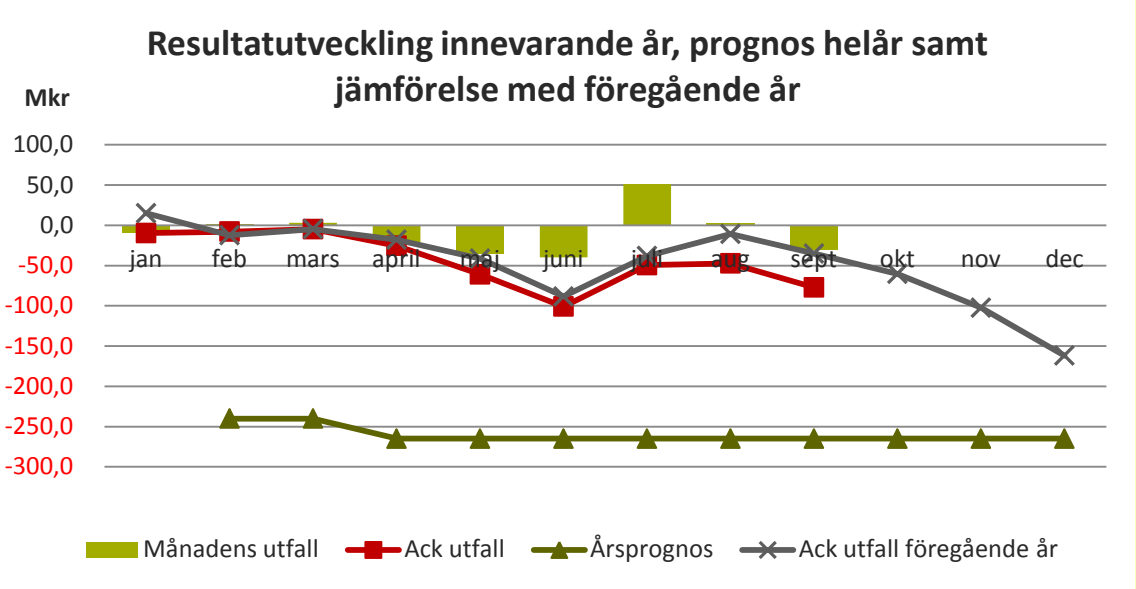
SAMMANTRÄDESHANDLINGAR

REGIONSTYRELSEN

3-4 NOVEMBER 2015

Månadsrapport september 2015

Region Jämtland Härjedalen



Aktuell nettokostnadsutveckling: 5,5 % Utveckling jämfört med augusti ↘

Sammanfattning

Verksamhet
Verksamheten har under sommaren bedrivits med god patientsäkerhet, upprätthållen kvalitet och tillräcklig kompetens på plats. Det visar en enkät ställd till verksamhetschefer. Däremot har delar av personalen stundtals upplevt att situationen varit på gränsen till det acceptabla utifrån vårdplatssituationen. Kostnaderna för sommarpaket och övertid ökade jämfört med 2014, totalkostnaden blev cirka 17 miljoner kronor vilket är 7 miljoner mer än året innan.

Tillgängligheten till behandling och besök når inte uppsatta mål och införandet av Cosmic har medfört en produktionsminskning inom primärvården. Antibiotikaförskrivningen i Region Jämtland Härjedalen har ökat marginellt sedan föregående år.

Arbetet med ny organisation har pågått enligt plan.

Personal
Sjukfrånvaron fortsätter att minska från 6,8 till 6,5 i jämförelse med tidigare år. Det är mäns sjukfrånvaro som minskar.

Kvinnors sjukfrånvaro är oförändrad för åren 2013-2015 och uppgår till 7,4%.

Alla centrum förutom primärvården och medicinska specialiteter sänker sin sjukfrånvaro.

Ekonomi
Det är fortsatt ett mycket allvarligt ekonomiskt läge. Resultatet till och med september är minus 107 miljoner kronor rensat för återbetalning från AFA samt retroaktiv ersättning för hepatitläkemedel, totalt 29 miljoner. Detta ska jämföras med förra årets underskott på 35 miljoner kronor.

Nettokostnadsökningen är fortsatt hög. Dock har den minskat något och är nu 5,5 % jämfört med motsvarande period 2014.

Regionens totala årsprognos för 2015 ligger kvar på ett underskott på 265 miljoner kronor. Personalkostnaderna inom vården är en stor del av underskottet. Kostnaden för inhyrd personal har ökat kraftigt jämfört med 2014 och ökningen är mer än 30%.

Björn Eriksson

Regiondirektör

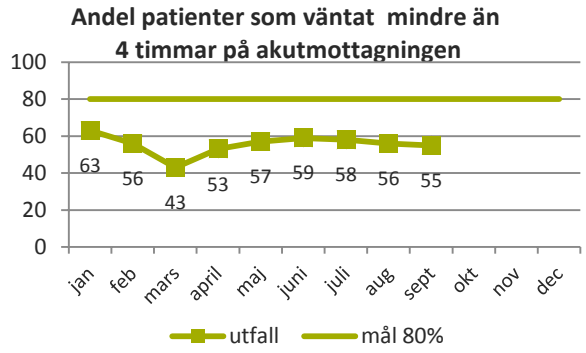
REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Tillgänglighet - specialistvården

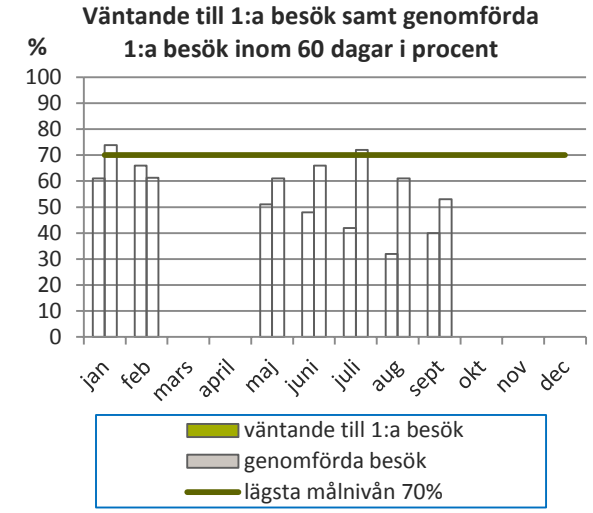
Väntetider inom specialistsjukvårdens akutmottagning Målet är att 80 % av patienterna ska vara klara (dörr till dörr) inom 4 timmar.

I september var 55 % klara (dörr till dörr) inom 4 timmar, 55 % av kvinnorna och 55 % av männen.

Två arbetsgrupper har under våren påbörjat förbättringsarbeten kring arbetssätt i triage, direktinläggningar till avdelningar och OBS platser mm. Väntan på akuten är ett samspel mellan kompetens hos såväl läkare som akutens egens personal samt väntan på undersökningar och det dagliga flödet av patienter.



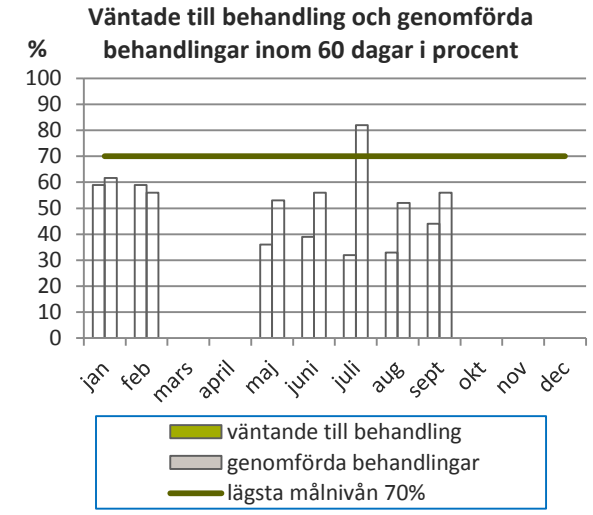
Väntetider inom 60 dagar (f d Kömiljarden)
Väntande till 1:a besök 40%, kvinnor 40 % och män 40%
Genomförda 1:a besök 53%, kvinnor 55 % och män 51 %
Väntande till behandling 45 %, kvinnor 42 % och män 48%.
Genomförda behandlingar 44 %, kvinnor 43% och män 46 %



Kommentera från centrumen om varför de har problem att nå målnivån 70% samt vilka åtgärder som vidtas:

Opererande specialiteter:
Fortsatt svårt att klara tillgängligheten till nybesök och behandling. Högt akutinflöde som genererar fler återbesök, produktionstapp i samband med COSMIC införandet, brist på vårdplatser, kapacitetsbrist i form av lokaler samt brist på vissa subspecialiteter har medfört förväntade problem med tillgängligheten. Arbetet med produktions- och kapacitetsplanering fortskrider.

Medicinska specialiteter:
Inga enheter klarar målet gällande väntande inom 60 dagar. Förbättringsarbete pågår inom projektet CMS 2.0, inkl. ”specialist i triaget”. Arbete med förbättrad produktions - och kapacitetsplanering pågår.



Barn, Kvinna och psykiatri:
Klarar inte målnivån 70% . Det arbetas med att komma tillrätta med felregistreringar som ger osäkra siffror. För alla verksamheter gäller fortsatt arbete med produktions- och kapacitetsplanering.

Antal väntade patienter som väntat mer än 60 dagar

Månad	jan	feb	mars	apr	maj	juni
1:a besök	1130	968	--	1239	1917	2100
Behandl				1426	1557	1572
Månad	**juli**	**aug**	**sep**	**okt**	**nov**	**dec**
1:a besök	2681	3247	2920			
Behandl	1808	1163	894			

Faktisk väntetid för barn och unga med psykisk ohälsa
Målen är att minst 90% av barn och unga med psykisk ohälsa ska få komma inom 30 dagar till en första bedömning samt att minst 80% ska få en fördjupad utredning eller behandling inom 30 dagar.

Fortfarande manuell rapportering av data till väntetidsdatabasen, då den automatiska överföringen av data från Cosmic inte fungerar.

Septemberdata visar att 51 % får komma till ett första besök inom 30 dagar (flickor 47 %, pojkar 53 %). En fördjupad utredning/behandling inom 30 dagar har 83% (flickor 100 %, pojkar 75 %) fått.

Tillgänglighet primärvården

Telefontillgängligheten- 0:an Besvarat telefon, rådgivning/tidsbokning
Utfall per 2015-09-30 gällande telefontillgänglighets-garantin för regiondriven primärvård är i genomsnitt 74 %. Det är 5 % enheter bättre jämfört med augusti.

Tillgängligheten i den regiondrivna primärvården varierar mellan 54 - 97 % .

För de långvariga problemen med telefonnätet har nu arbetsgruppen och Telia en ny Callback lösning som prövas i Hammarstrand och Odensala. Utvärdering sker inom kort.

Utfallet per 2015-09-30 gällande telefontillgänglighets garantin för privata hälsocentraler ligger på 94 %.

Läkarbesök inom 7 dagar – 7:an. Mål 100%.
Utfall per 2015-09-30 gällande besöksgarantin för regiondriven primärvård ligger på 84 % (kvinnor 83 %, män 84%). Tillgängligheten för besök i de regiondrivna hälsocentralerna varierar mellan 62 – 99 %.

Utfall per 2015-09-30 gällande de privata hälsocentralerna ligger på 83 % (kvinnor 82%, män 84%), med en variation mellan 77 - 94 %.

Väntande totalt för både den regiondrivna och de privata hälsocentralerna under september månad var 83 % (kvinnor 83 %, män 84 %).

Införandet av COSMIC har medfört en produktionsminskning i verksamheten som beror på att besöken tar längre tid dels eftersom överföring av vissa uppgifter fortgår från tidigare journalsystem och dels för att det är fler moment som ska genomföras jämfört med tidigare system.

Utfall september 2015	0:an Telefon-tillgänglighet	7:an Läkarbesök inom 1 vecka
Närvård Frostviken*	99	94
Åre hc	97	99
Fjällhälsan*	96	85
Lits hc	95	80
Offerdals hc*	93	88
Kälarne hc	93	75
Backe hc	93	96
Järpens hc	92	94
Funäsdalens hc	89	91
Nya Närvården*	88	77
Föllinge hc	88	76
Krokoms hc	87	77
Bräcke hc	79	63
Myrvikens hc	78	72
Strömsunds hc	78	89
Hammarstrands hc	78	79
Svenstavik hc	77	83
Frösö hc	77	76
Hallens hc	75	72
Lugnviks hc	74	80
Brunflo hc	73	62
Sveg hc	72	81
Odensala hc	66	86
Z-gränds hc	54	83
* = privat utförare		

Längre tidsmoduler genererar färre läkartider vilket påverkar tillgängligheten för besök. Bedömningen är att överföringarna kommer att fortsätta under en tidsperiod framöver för att efterhand upphöra

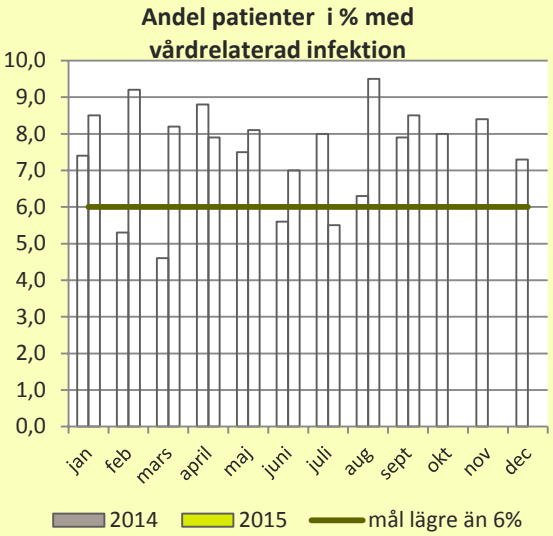
Vårdrelaterade infektioner (VRI)

Resultaten för vårdrelaterade infektioner når fortfarande inte det uppsatta målet att högst 6 % av patienterna drabbas av en vårdrelaterad infektion.

Vid mätningen inom somatiska avdelningar i september hade 8,5 % (21 av 247) av patienterna en vårdrelaterad infektion. Vid detta mättillfälle hittades 10 postoperativa infektioner (infektioner som uppstått efter operationer) och fem övriga ingreppsrelaterade infektioner.

Hygiensjuksköterska ger rådet att granska egna resultat, se över vilka patienter som drabbats och följa upp att rutiner följts. Sammantaget för året har 8 % av patienterna vid punktprevalens mätningarna haft en vårdrelaterad infektion. Det är högre andel män som drabbas av vårdrelaterade infektioner 9 % (81/902) i förhållande till kvinnor 7,2 % (70/972).

Psykiatriska avdelningarna deltar vid nationella mättillfällena, den senaste i mars. Ingen patient hade då någon vårdrelaterad infektion.



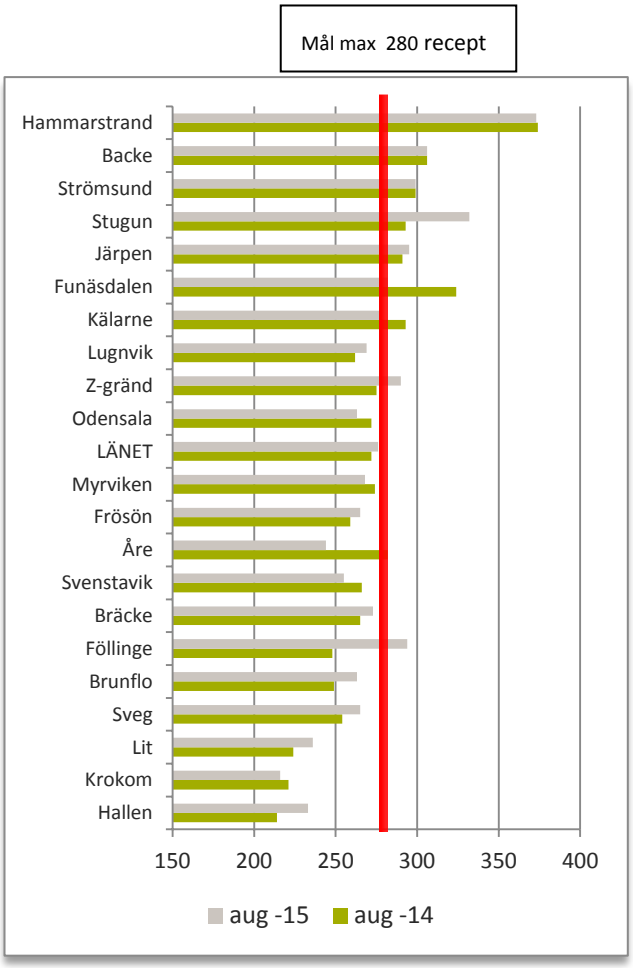
Minskad antibiotikaförskrivning

Primärvården
Värde september 2015: 275 recept/TIN.

Antibiotikaförskrivningen i Region Jämtland Härjedalen har ökat marginellt (1%) sedan föregående år. Vid nationellt jämförelse är det endast Västerbottens läns landsting som har en lägre förskrivning. Antibiotika användningen i primärvården ligger på en stabil låg nivå.
Fortfarande klar skillnad mellan hälsocentraler med låg respektive hög användning.
Målvärdet för 2015, 280 recept, uppnås av 67% av hälsocentralerna.

Inga särskilda aktiviteter har skett på detta område de senaste månaderna. Dialog kring antibiotika-förskrivning görs på patientsäkerhetsronderna som utförs av verksamheten. Kristina Seling, läkemedels kommittén har för avsikt att åka ut till hälsocentralerna gällande läkemedelsdialoger under hösten 2015/våren 2016.

Slutenvården
Opererande specialiteter har ett förbättrat resultat, mindre rekvirerat till och med augusti jämfört med 2014. Ögon och öron, näsa, hals mottagningens läkare registrerar all antibiotikaförskrivning i infektionsverkstyget. MLU följer utvecklingen och redovisar för läkargruppen.



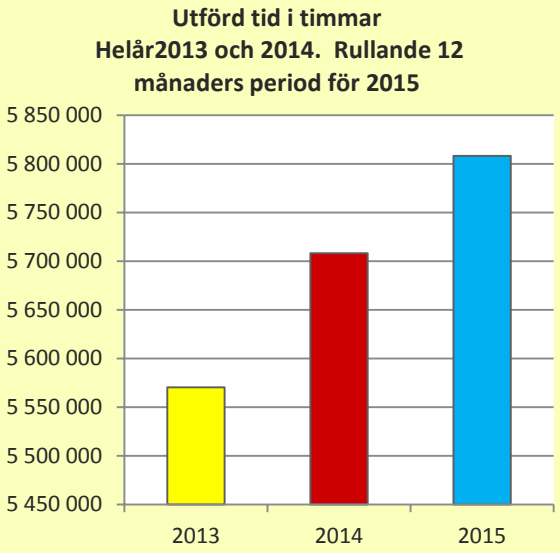
Medarbetare

Utförd tid t o m augusti

(Utförd tid 2015 i rapporten visar tiden september 2014 – augusti 2015. Eftersläp med en månad för att alla timmar ska hinna registreras)

Utförda tiden enligt rullande 12 månader visar på en ökning med 99 988 timmar för perioden jämfört med 2014. Ökningen motsvarar 57 årsarbetare, på samma nivå som vid delårsbokslutet. Ingen hänsyn tagen till antal vardagar.

Samtliga centrum förutom centrum för ledning och verksamhetsstöd, medicinska specialiteter, och folktandvård ökar den utförda tid. Centrum opererande specialiteter redovisar den största ökningen(+ 45 årsarbetare). Skäl som anges är införande av Cosmic , inskolningar av ny personal, extravak, ökad bemanning utifrån arbetsbelastning på vårdavdelningarna, ökat inflöde på akutmottagningen.
Inom Centrum diagnostik, teknik och service beror ökningen (+31 årsarbetare) i princip på införandet av vårdnära service. Centrum för ledning och verksamhetsstöd har utifrån vakanshållningar minskat med ca 7 årsarbetare. Centrum medicinska specialiteter, och folktandvård ligger på i princip samma nivå i jämförelse med 2014.
Vad gäller den regionala utvecklingsförvaltningen saknas det jämförande uppgifter från tidigare år.



Nyttjande av bemanningsföretag

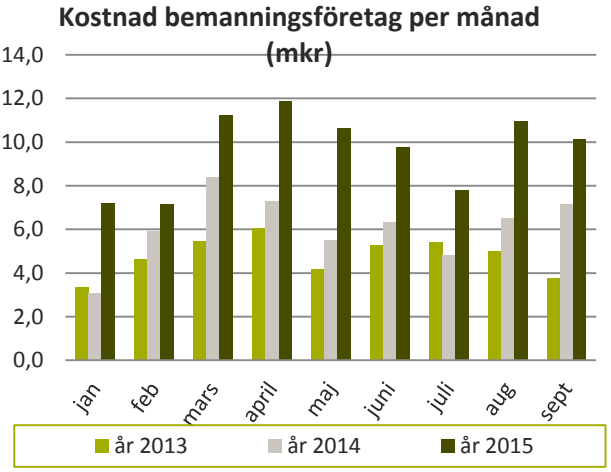
Kommentarer till köpt bemanning läkare:
Svårigheter att rekrytera läkare.

Kommentarer till köpt bemanning sjuksköterskor:
Svårigheter att rekrytera sjuksköterskor till centrum medicin och distriktssjuksköterskor i närvårdsområdena Härjedalen.

Kommentarer till köp av övrig personal:
Centrum primärvård köper tjänster vad gäller arbetsterapeuter och sjukgymnaster från kommunerna.

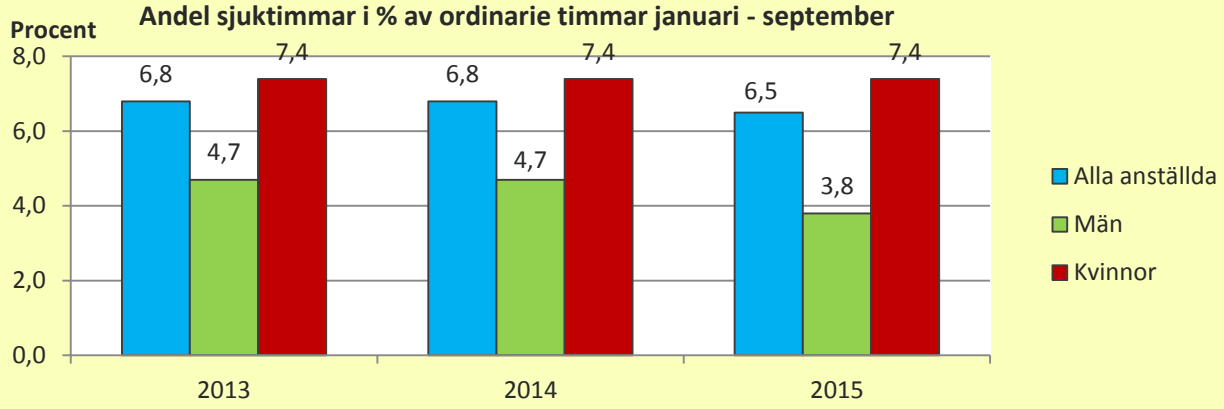
Vidtagna åtgärder för att minska köp från bemanningsföretag:
Översyn av vårplatsstruktur, polikliniserering, vem gör vad, utbildning av ST-läkare och rekryteringsaktiviteter.

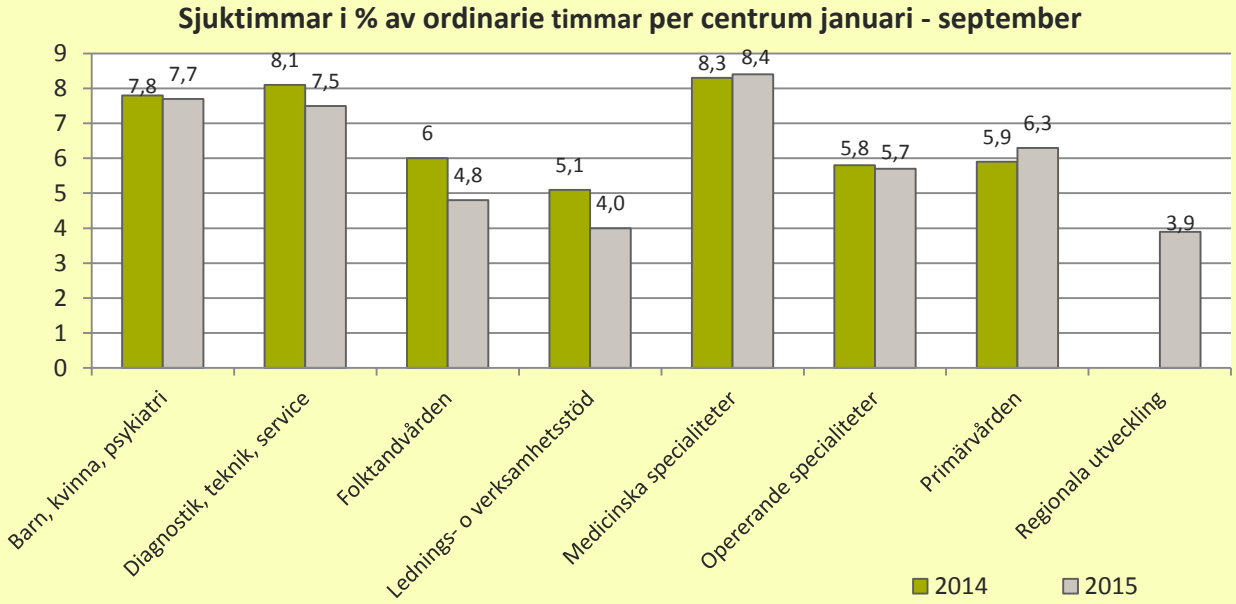
Inomcentrum diagnostik, teknik och service görs upphandling av externa granskningar.
I primärvården har ett samarbete påbörjats tillsammans med Härjedalens kommun kring rekrytering av distriktssköterskor till kommunen.



Kostnad bemanningsföretag ,mkr	Jan-sept 2014	Jan-sept 2015	Förändring
Kto 5551Övrig personal	2,7	2,7	0
Kto 5552 Läkare	49,1	75,2	26,1
Kto 5553 Sjuksköterskor	3,2	8,8	5,6
Totalt	**55,0**	**86,7**	**31,7**

Sjukfrånvaro





Kommentarer till sjukfrånvaron:
Sjukfrånvaron fortsätter att minska, från 6,8% till 6,5 % i jämförelse med tidigare år. Framförallt är det männens sjukfrånvaro som minskat. Kvinnornas sjukfrånvaro ökar inte utan ligger kvar på 7,4 % av den utfördra tiden.

Vad gäller sjukfrånvaron per månad jämfört med året innan så är sjukfrånvaron lägre alla månader utom augusti. Under augusti var det mycket korttidsfrånvaro som påverkat utfallet.

Alla centrum förutom Primärvården och Medicinska specialiteter sänker sin sjukfrånvaro i förhållande till året innan.Vad gäller sjukfrånvaro som är >60 dagar så har andelen minskat från 61,4% år 2013 till 53,2% 2015 i september. Vad gäller kvinnorna så sker en ökning vad gäller sjuktimmarna i alla åldersgrupper. Sjuktimmarna ökar mest i gruppen 50år - , med en ökning på 8412 timmar hittills i år. Gruppen kvinnor 0-29 år ökar med 5508 timmar och gruppen 30-49 år kvinnor med 933 sjukfrånvarotimmar i jämförelse med föregående år.

Utmaningen är att möta ökningen av sjukfrånvarotimmar bland kvinnor vad gäller korttidsfrånvaron samt att arbeta för att förhindra att sjukskrivningarna blir långa genom tidiga insatser.

Ekonomiskt utfall 2015 jämfört med budget och föregående år

Verksamhet i miljoner kronor	Utfall ack sept 2015	Utfall ack sept 2014	Differens	Budget 2015	Årsprognos 2015
Diagnostik, teknik och service	14,6	11,0	3,6	3	7,0
Ledning- och verksamhetsstöd	14,1	12,1	2,0	0	3,6
Folktandvården	0,4	2,5	-2,1	0	0,0
Landstingsövergripande verksamhet	-10,0	-14,0	4,0	0	-16,0
Barn, kvinna och psykiatri	-12,1	-13,4	1,3	0	-17,4
Motsedda utgifter	33,5	21,5	12,0	-115	-18,0
Primärvården	-32,7	-15,7	-17,0	0	-47,8
Medicinska specialiteter	-69,6	-40,3	-29,2	0	-93,0
Opererande specialiteter	-80,5	-52,4	-28,2	0	-102,0
Summa Hälso- och sjukvårdsnämnden	**-142,3**	**-88,8**	**-53,6**	**-112,0**	**-283,6**
Förtroendevalda politiker	1,4	1,6	-0,2	0	0,0
Landstingsrevisionen	0,4	0,3	0,1	0	0,0
Patientnämnden	0,3	0,1	0,1	0	0,0
Regionala utvecklingsnämnden	8,8	0,0	8,8	0	2,5
Vårdvalsnämnden	11,8	8,4	3,4	0	0,0
Summa Verksamheten	**-119,7**	**-78,4**	**-41,4**	**-112,0**	**-281,1**
Finansförvaltningen	42,6	43,2	-0,6	16	16,1
Totalt Region Jämtland Härjedalen	**-77,1**	**-35,2**	**-42,0**	**-96**	**-265,0**

Kommentarer till ekonomiskt resultat

Redogör för avvikelser mot ack utfall föregående år

Bokfört resultat till och med september 2015 är – 77,1 miljoner kronor . Rensat för återbetalning från AFA med 22 mkr samt retroaktiv ersättning för hepatitläkemedel 2014 på 7 mkr är resultatet – 106 miljoner kronor vilket kan jämföras med – 35,2 miljoner motsvarande period 2014.

Större kostnadsavvikelser jämfört med 2014 (exkl den nytillkomna regionala utvecklingsförvaltningen) är högre kostnader för personal 5,2 % (aug 5,3 %), inhyrd personal 58 % (aug 60 %) samt läkemedelskostnader 6,5 % (aug 6,1 %). Intäktssidan har ökat, framför allt beroende på återbetalningen från AFA på 22 mkr.

Redogör för årsprognosens avvikelse mot budget:

De största avvikelserna jämfört med budget (exkl regionala utvecklingsförvaltningen) består i högre kostnader för egen personal (44 mkr), inhyrd personal (60 mkr), köpt vård (20 mkr) samt läkemedel (55 mkr).

Prognos jämfört med föregående månad:

Prognosen är oförändrad jämfört med delårsbokslut augusti – 265 miljoner kronor.

§ 135 Uppsiktsskyldighet över verksamhet som drivs i företag (RUN/1129/2015)

Ärendebeskrivning

Enligt Kommunallagens 6 kapitel § 1a och b ska regionstyrelsen i årliga beslut för varje hel- och delägt bolag pröva om den verksamhet som bolaget har bedrivit under föregående kalenderår har varit förenlig med det fastställda kommunala ändamålet och utförts inom ramen för de kommunala befogenheterna.

Om styrelsen finner att så inte är fallet, ska den lämna förslag till fullmäktige om nödvändiga åtgärder. Kommunstyrelsen ska också vidta nödvändiga åtgärder för att säkerställa att de krav som anges i Kommunallagens 3 kapitel 17 och 18 §§ är uppfyllda i hel- och delägda bolag. Dessa krav omfattar att fullmäktige i helägda bolag ska:
1. Fastställa det kommunala ändamålet med verksamheten,
2. Se till att det fastställda kommunala ändamålet och de kommunala befogenheter som utgör ram för verksamheten anges i bolagsordningen,
3. Utse samtliga styrelseledamöter, och
4. Se till att det anges i bolagsordningen att fullmäktige får ta ställning innan sådana beslut i verksamheten som är av principiell beskaffenhet eller annars av större vikt fattas.

Regionala utvecklingsnämnden har enligt sitt reglemente i uppdrag att bevaka och tillvarata Region Jämtland Härjedalens intresse vid bolags- och föreningsstämmor i följande företag: Almi Företagspartner Mitt AB, Mid Sweden Science Park AB, Vattenbrukscentrum Norr AB, Naboer Aktiebolag, Torsta AB, Jämtlands Härjedalen Turistförening samt Länstrafiken i Jämtlands län AB och Norrtåg AB.

Regionala utvecklingsförvaltningen tar fram underlag till regionstyrelsens uppsiktsplikt för ovanstående bolag. Innan regionstyrelsen ska utöva sin uppsiktsplikt så informeras regionala utvecklingsnämnden om hur verksamheten inom dessa bolag har bedrivits.

Beslutsunderlag

Information enligt uppsiktsplikten för delägda bolag, 2015-09-23.

Förvaltningschefens förslag

Arbetsutskottet föreslår regionala utvecklingsnämnden

Informationen om de delägda bolagen godkänns och lämnas över till regionstyrelsen för deras fullgörande av uppsiktsplikten

REGIONALA UTVECKLINGSNÄMNDENS ARBETSUTSKOTTS BESLUT

Arbetsutskottet föreslår regionala utvecklingsnämnden

Informationen om de delägda bolagen godkänns och lämnas över till regionstyrelsen för deras fullgörande av uppsiktsplikten

REGIONALA UTVECKLINGSNÄMNDENS BESLUT

Informationen om de delägda bolagen godkänns och lämnas över till regionstyrelsen för deras fullgörande av uppsiktsplikten

Utdrag till

Områdeschef Näringsliv; Regionstyrelsen

Regional utveckling,
Område Näringsliv och område Infrastruktur och kommunikationer
Sven Winemark / Ruth Eriksson
E-post: sven.winemark@regionjh.se,
ruth.eriksson@regionjh.se

RUN/1129/2015

Information enligt uppsiktsplikten för delägda bolag

Allmänt

I nedanstående information rörande delägda bolag bygger de ekonomiska uppgifterna på föregående års bokslut – år 2014.

Torsta AB

Torsta AB ägs till 40 % av Region Jämtland Härjedalen.

Varför är vi delägare av bolaget -

Region Jämtland Härjedalen är delägare i bolaget för att via bolaget tillvarata och utveckla de möjligheter som finns i utvecklingen av landsbygden

Vad gör bolaget –

Bolaget skall erbjuda attraktiva, behovsanpassade och kostnadseffektiva utbildningar som syftar till att främja de gröna näringarna och landsbygden samt genomföra utvecklingsprojekt med samma syfte, bedriva annan verksamhet i anslutning till dessa verksamhetsområden och även främja utvecklingen av en kreativ och innovativ miljö som bidrar till att utveckla de gröna näringarna och landsbygden i Norrlands inland med fokus på Jämtland. Bolagets verksamhet skall bedrivas på ett sådant sätt att den främjar en hållbar utveckling.

Hur går det verksamhetsmässigt –

Lantbruket i sig själv befinner sig i ett akut krisläge. Antalet mjölkbönder minskar drastiskt. Behovet av att vidareutveckla kunskap inom de gröna näringarna är avgörande för att näringar skall klara sig in i framtiden om vi vill ha en levande landsbygd kvar. Samtidigt inom skogsbranschen så är behovet av kvalificerad arbetskraft mycket stort.

Torsta AB har under året utbildat både gymnasieelever och vuxna arbetssökande till skogsmaskinförare. Dessa har omedelbart efter utbildningen erbjudits arbeten till största del. Kurser och seminarier som erbjudits har varit efterfrågade. Särskilt uppskattat har projektet ”Kunskap för Företagande” varit, som har genomförts i samarbete med alla banker, ALMI och revisionsfirmor. Under ett antal år har antalet elever varit vikande

dock till terminsstarten ht -15 har det skett en liten ljusning. Totalt antogs 29 elever men antalet behöver ökas ytterligare för att få en stabil ekonomisk situation på bolaget.

Undervisningsjordbruket, liksom hela branschen, dras med vikande mjölkpriser. Investeringar i gårdsbruket behövs göras för att få en effektivare produktion.

Hösten 2016 kommer Torsta AB och JGY att starta en gymnasieutbildning med utgång renskötare.

Hur går det ekonomiskt –

Bokslutet för verksamhetsåret 2014 visar på rörelseintäkter om 45,0 mnkr. Rörelsekostnaderna uppgick till 46,16 mnkr och årets resultat -0,254 mnkr.

Omsättningen för verksamhetsåret 2015 är budgeterad till 40,7 mnkr och har under de första 8 månaderna uppgått till 25,6 mnkr. Kostnader har uppgått till 25,8 mnkr, vilket ger ett underskott om 0,16 mnkr. Prognosen för helåret är nu ett underskott på 0,9 mnkr och detta beroende på minskat elevantal, avhopp från gymnasieskolans utbildning och därmed lägre ersättning.

Naboer AB

Naboer AB ägs till 11,76 % (2/17) av Region Jämtland Härjedalen.

Varför är vi delägare av bolaget -

Bolaget skall ta till vara och utveckla banden mellan Jämtlands län och Tröndelag. Syftet med bolaget är att skapa gemensamma mervärden genom interregional utveckling.

Vad gör bolaget –

Bolagets verksamhet bygger ofta på genomförande av projekt. Bolagets roll i dessa projekt kan vara allt från att vara projektägare, projektledare, samverkansparter eller som skapare/initierare av projekt åt andra organisationer. Naboer arbetar ofta som pådrivare genom att fånga upp goda idéer inom nätverken, behovspröva dem, agera katalysator, samla intressenter kring idén och utveckla den. Därefter har bolaget en viktig roll i att projektformulera, ordna finansiering, ansöka och oftast också att koordinera det slutliga projektet.

Exempel på projekt där Naboer har eller har varit engagerade är – St. Olovsleden, Nabotåget, Armfeldts Karoliner, Gränslös informationshantering, Festningsspillet Beleiringen, Hike & Bike, Markering 2005, North East Cargolink – västra delen, tre6ti (unga arrangörer), Rondell, Hållbar utveckling i gränsfjällen, Nya marknader för St. Olovsloppet.

Hur går det verksamhetsmässigt –

2015 är ett s.k. mellanår för bolaget. Verksamheten bygger till mycket stora delar på att genomföra projekt och då strukturfonder/interreg ligger mer eller mindre nere så har verksamheten varit begränsad. Arbeten som Naboer genomför är framtagande av ett

projekt som handlar om Fjällkunskap och som skall starta jan 2016. Projektet skall förmedla kunskap om fjällen till den personal som arbetar i fjällvärlden eller i den direkta närheten. Bolaget har också under året varit involverat i framtagande av ansökningar i de olika tågprojekt som planeras mellan Tröndelag och Region Jämtland Härjedalen. Ett annat utvecklingsobjekt har varit deltagande i de förändringar som planeras i St Olovsloppet för att tävlingen skall få bättre förutsättningar.

Hur går det ekonomiskt –

Bokslutet för verksamhetsåret 2014 visar på rörelseintäkter om 3,02 mnkr. Rörelsekostnaderna uppgick till 3,1 mnkr och årets resultat 0,039 mnkr. Per den 31 juli 2015 visar verksamheten ett plus om 0,495 mnkr. Prognosen för året är ett nollresultat efter dispositioner

ALMI Företagspartner Mitt AB

Region Jämtland Härjedalen äger 24,5 % av bolaget

Varför är vi delägare av bolaget -

Region Jämtland Härjedalens ägande av ALMI bygger på att bolaget skall bidra till att länets företag får hjälp för att kunna växa och innovationsutveckling så att konkurrenskraftiga företag utvecklas.

Vad gör bolaget –

Bolagets verksamheter ska i enlighet med uppdraget, visionen och affärsidén vara inriktad på företagsutveckling genom rådgivning och utlåning till små och medelstora företag och bidra till tillväxt och innovation genom att förbättra möjligheterna att utveckla konkurrenskraftiga företag såväl nationellt som globalt.

Samverkan med kommersiella aktörer skall eftersträvas. Åtgärderna ska vara marknadskompletterande och utformas och tillämpas så att snedvridning av konkurrensen undviks.

Hur går det verksamhetsmässigt –

ALMI Mitt har haft en positiv start av verksamheten 2015. Bland annat har man per sista juli passerat 100 mnkr i utlåning som för helåret 2014 nådde 99 mnkr. I den tillväxtrådgivning som ALMI driver deltar drygt 60 företag. De uppsatta målen som finns för året bedömer ALMI att man skall nå med råge.

Hur går det ekonomiskt –

Bokslutet för verksamhetsåret 2014 visar på rörelseintäkter om 33,06 mnkr. Rörelsekostnaderna uppgick till 36,02 mnkr och årets resultat -1,7 mnkr. För första 6 månaderna 2015 har intäkterna uppgått till 16 623 tkr vilket är 1 929 tkr mer än budget för perioden. Kostnaderna har för samma period uppgått till 19 294 tkr vilket är 2 087 tkr mer än budgeterat. Totalt uppgår resultatet till – 671 tkr som är 158 tkr större minusresultat än budgeterat

Vattenbrukscentrum Norr AB

Region Jämtland Härjedalen äger 20 % av Vattenbrukscentrum Norr AB

Varför är vi delägare av bolaget -

Bolaget är viktigt för utvecklingen av vattenbruk/fiskodling i hela landet med inriktning mot röding och regnbåge och bolagets verksamhet gynnar därmed de företag som bedriver verksamhet i vår region.

Vad gör bolaget –

Företagets kärnverksamhet har varit och är att bedriva forskning och försök samt upplåta anläggningen till externa forskare framförallt från Sveriges Lantbruksuniversitet (SLU). Det är forskarna från universiteten som leder och ansvarar för de flesta försök och vi stödjer och ansvarar för den dagliga driften. Anläggning som är unik i Sverige är byggd för försöksverksamhet. Försök har även utförts på uppdrag av kommersiella aktörer.

Vattenbrukscentrum Norr har numer även konsultverksamhet i sin verksamhet. Bolaget har via utökad kompetens skaffat sig möjligheter att göra ekonomiska beräkningar som är nödvändiga inför en etablering och arbetar även som konsulter. De ekonomiska beräkningsmodellerna ger användaren ett bra beslutsunderlag för att beräkna exempelvis kapitalbehov, förväntat resultat, behov av likvida medel.

Hur går det verksamhetsmässigt –

Det gångna året har verksamheten haft för lite tillgång till fisk (röding) vilket inneburit att man inte har kunnat möta upp den efterfrågan som varit och är. Konsekvensen blir mindre försäljningsintäkter.

Under året har omfattande investeringar gjorts i anläggningen. Bland annat har alla utomhusdammar stängslats in för att stoppa det tjuvfiske som skett. Vidare har man byggt om energisystemet för att få kostnadsbesparingar. Investeringen räknas hem på 3 års effektivisering.

Bolaget har under det gångna året, på uppmaning från departementet, deltagit aktivt i att ta fram en ny nationell livsmedelsstrategi där odlad matfisk lyfts fram.

Mycket tid har under året används för bearbetning av politiska företrädare, på olika nivåer, för att förankra vikten av medelstillgång för avelsprogrammen inom SLU, som är utförare av forskningsprojekten vid anläggningen.

Hur går det ekonomiskt –

Bokslutet för verksamhetsåret 2014 visar på rörelseintäkter om 7,5 mnkr. Rörelsekostnaderna uppgick till 6,6 mnkr och årets resultat 0,58 mnkr. För de första sju

verksamhetsmånaderna 2015 har intäkterna uppgått till 3,2 mnkr och kostnaderna 3,5 mnkr vilket ger ett underskott perioden om 0,3 mnkr.

Mid Sweden Science Park AB (MSSP AB)

Region Jämtland Härjedalen äger 15 % av MSSP AB

Varför är vi delägare av bolaget -

MSSP AB skall bidra till att utveckla innovationsarbetet och där näringslivet och universitetsvärlden skall ha lättare att mötas så att företagen kan utvecklas och därigenom stå starkare i konkurrensen.

Vad gör bolaget –

Mid Sweden Science Parks verksamhet/initiativ består för närvarande av Inkubtorsdrift samt projektet **Peak Innovation**. Mid Sweden Science Parks uppdrag är – kortfattat – att stärka näringslivet och sysselsättningen genom att:

- stimulera uppkomsten av nya företag
- utveckla företag och organisationer som redan är igång
- få företag, kapital och människor att flytta till Jämtlands län
- bedriva inkubators – och innovationsverksamhet.

Hur går det verksamhetsmässigt –

Verksamheten har idag bestått av projektet PEAK Innovation III som drivs med full kraft och är finansierad med medel från Vinnova, Region Jämtland Härjedalen och kommuner. Även om projektet ligger under MSSP AB får man se denna verksamhet som en enskild verksamhet med sin egen ekonomi, kostnader och finansiering.

Inkubatorerna har varit igång men man får ändå konstatera att Inkubatorverksamheten varit begränsad då framtidsinriktningen av verksamheten och ägarförhållanden varit osäker. Diskussioner som förts mellan olika parter under det gångna året och efter diverse turer har företagsgruppering, Samling Näringsliv, tagit över kontrollen av MSSP AB då de köpte 55 % av aktierna från VTC och PEAK Business & Sport AB.

Med den förändrade ägarbilden kommer en extra bolagsstämma att hållas (20 nov -15) där ny styrelse om 9 personer kommer att utses, 5 representerade näringslivet och de 4 övriga det offentliga. Justering/förändringar kommer även att ske av bolagsordningen samt ägardirektiven.

Hur går det ekonomiskt –

Bokslutet för verksamhetsåret 2014 visar på rörelseintäkter om 18,25 mnkr. Rörelsekostnaderna uppgick till 18,19 mnkr och årets resultat 0,02 mnkr. Fram tom med juli månad 2015 har omsättningen uppgått till 7,6 mnkr och kostnaderna 7,6 vilket ger ett nollresultat för de första 7 månaderna.

Länstrafiken i Jämtlands län AB

Länstrafiken ägs till 100 % av Region Jämtland Härjedalen.

Varför är vi ägare av bolaget

Region Jämtland Härjedalen är ensam ägare av bolaget sedan 2012, då en ny lag (SFS 2010:1065) om hur kollektivtrafiken i ett län ska organiseras började gälla. Lagen anger att det ska finnas en regional kollektivtrafikmyndighet (RKM) i varje län/region. Sedan tidigare har verksamheten bedrivits i bolagsform, bolaget har behållits för den operativa delen av verksamheten.

Vad gör bolaget -

Länstrafikbolagets uppdrag är att operativt svara för de uppgifter som krävs för att upprätthålla en allmän kollektivtrafik i länet och till angränsande län ex vis upphandling, avtalsuppföljning, framtagning av tidtabeller, hantering av biljettintäkter, biljettmaskiner, hållplatser, marknadsföring statistik och bussgods

Hur går det i verksamheten -

Trafikutbudet är stabilt, mindre justeringar har gjorts inför skolstart i slutet av augusti. Resandet inom tätortstrafiken i Östersund har ökat med ca 2 % jämfört med motsvarande period januari – augusti 2014. I landsbygdstrafiken noteras en motsvarade minskning av resandet – 2 %. Resor på Norrtåg med länstrafikens färdbevis har ökat och uppgick till 72 000 resor januari till augusti 2015, jämfört med 70 000 motsvarande period 2014.
Bussgods har påbörjat ett åtgärdsarbete för att få resultatet i balans juni 2016.
Verksamheten har ett negativt resultat med fortsatt minskat antal fraktsändningar.
En ny webbsida ska lanseras under hösten.
Projekt Egen regi har startat.
Ett förslag till taxor och produkter från juni 2016 kommer under hösten från Länstrafiken till RKM.

Hur går det ekonomiskt –
Vid delårsbokslutet januari-augusti 2015 visar på ett överskott, helårsprognosen är ca 700 000 kr. Intäkterna i landsbygdstrafiken är något lägre än budgeterat, i tätortstrafiken är intäkterna ca 2 mkr högre än budgeterat. Trafikkostnaderna har varit högre än budgeterat utom förstärkningskostnaderna som har varit ca 2 mkr lägre än budgeterat.

Norrtåg AB

Norrtåg AB ägs till 25 % av Region Jämtland Härjedalen, övriga delägare är Kommunalförbundet Norrbottens läns kollektivtrafikmyndighet och Kommunalförbundet kollektivtrafikmyndigheten i Västernorrlandslän, och Länstrafiken i Västerbotten AB, 25 % vardera.

Varför är vi delägare av bolaget -

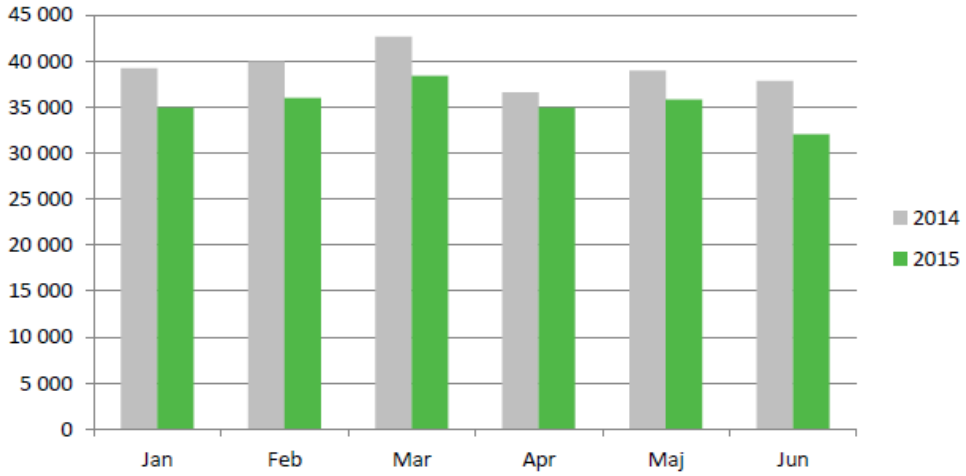
Region Jämtland Härjedalen har uppdragit åt bolaget att bedriva persontågtrafik på dagtid i respektive län samt mellan länen och angränsade län enligt överenskommelse med staten/Trafikverket

Vad gör bolaget –

I samverkan med ägarna ska bolaget planera, upphandla och samordna persontrafik med hög kundtillfredsställelse. Arbetet ska ske i enlighet med avtalet med Trafikverket om utveckling av regiontågstrafiken i länen.
Trafik för arbetspendling är viktigt att tillgodose. Under 2016 kommer Norrtåg att följa upp att den nuvarande operatörens avvecklingsplan och den nye operatörens uppstartsplan för att säkerställa en smidig övergång av trafiken.

Hur går det i verksamheten –

Jämtlands län fick trafik i planerad omfattning först i december 2012. Trafikutvecklingen har därefter varit positiv. Tågresor är snabbare och bekvämare och möjliggör arbets- och studiependling över längre avstånd än motsvarande resor med buss.
De två större linjerna Umeå-Sundsvall och Sundsvall-Östersund-Storlien har ett bra resande, bra turtäthet och hög regularitet och punktlighet som bidrar till en positiv utveckling. I den norra delen av trafiksystemet bromsas utvecklingstakten framförallt av problem med infrastrukturen.
På linjen Sundsvall-Östersund-Storlien är resandet stabilt, det totala antalet resor är mindre än under 2014. Det beror bland annat på att skolkort endast gäller för 2 resor/vardag, vidare noteras minskat resande till/från Norge.



Hur går det ekonomiskt –

Trafikkostnaden för första halvåret 2015 har varit lägre än budgeterat. Den lägre kostnaden är främst hänförbar till en mindre hyreskostnad för fordon i trafik och reservfordon, som i sin tur bland annat beror på en senareläggning av upprustning av fordon. Ersättningsfordon har behövts i mindre omfattning. Elkostnaden fortsätter att vara låg, det ger en positiv effekt jämfört med budget.

Budget för 2016 har reviderats utifrån det nya trafikavtalet som träder i kraft 2016-08-20. En riskfaktor som finns kvar är statens medfinansiering för utvecklad trafik. I den reviderade budgeten har bolaget från och med 2016-08-01 tagit höjd för det preliminära förhandsbesked som lämnats, en statlig finansiering upp till 50 % med ett tak på 45 miljoner kr årligen. Trafikutbud är enligt den inlämnade tågplanen T16.

Hälso- och sjukvårdsstaben
Anna Kerstin Lejonklou, vårdstrateg
tfn: 063-153457
E-post: annakerstin.lejonklou@regionjh.se

Carsten Dencker, landstingsöverläkare
Tfn: 063-147534
E-post: carsten.dencher@regionjh.se

2015-10-22

RS/1582/2015

Uppföljning om SVOM och Barnarenan

Syftet med den här rapporten är att till regionstyrelsen redovisa en uppföljning om grupperingarna Sociala vård och omsorgsgruppen (SVOM) och Barnarenan. Rapporten utgår från genomfört arbete under 2014 och beskriver vad folkhälsa är samt genomförda samordningsinsatser, analysarbeten, utbildningar/handledning, metodutveckling och hälsofrämjande information.

SVOM

Om SVOM

Sociala vård- och omsorgsgruppen (SVOM) består av Jämtland Härjedalens kommuners ordförande i socialnämnd /motsvarande facknämnd, deras socialchefer /motsvarande och samordnare social välfärd samt från Region Jämtland Härjedalen regionstyrelsens ordförande och två ytterligare ledamöter, Centrumchef primärvården, hälso- och sjukvårdsdirektör och vårdstrateg.

SVOM har fyra möten årligen, varav ett är gemensamt med kommunerna och landstinget i Västernorrland.

Beredande grupper till SVOM är Fredagsgruppen (samverkansarena mellan Region Jämtland Härjedalens hälso- och sjukvård och kommunernas vård- och omsorg) och L-IFO (samverkansarena mellan Region Jämtland Härjedalens hälso- och sjukvård, kommunernas individ och familjeomsorg samt skolan). Balanslistan (bilaga 1) innehåller de områden som SVOM arbetar med.

Uppföljning utifrån mål

Mål inom Gemensam hälso- och sjukvårdspolitik:

- Förbättrad psykisk hälsa
- Tillgänglig och samordnad hälso- och sjukvård
- Hälsofrämjande och trygghetsskapande levnadsvillkor

Mål regionplan

- Målen från gemensam hälso- och sjukvårdspolitik återfinns i regionplan och regiondirektörs verksamhetsplan.

Uppföljning av de områden SVOM arbetar med framgår av bilaga 1 - se kolumn *Vad som gjorts 2015*. Innehållet i sammanställningen är en kortfattad beskrivning av vilka frågor som behandlats i mötena. Inriktningsområdena är ofta desamma över lång tid, medan aktiviteterna blir olika.

Aktuella frågor och utmaningar

- En aktuell fråga som prioriterat sig själv är flyktingsituationen i Sverige och inom länet.

- För de områden det finns medel genom nationella satsningar är det en utmaning att fortsätta utvecklingen, vid övergång från projektform till del av ordinarie verksamhet.

- Att hålla i pågående delar, så att till exempel alla mer operativa grupper som gör arbete får tillräcklig dialog med SVOM .

- Säkerställa spridning av pågående arbete i hela länet.

Summering

SVOM: s arbete är av mer övergripande karaktär för samverkan mellan länets kommuner och Region Jämtland Härjedalen. SVOM kan främst bidra genom att vara ett forum för att hitta gemensamma lösningar på frågor inom vård- och omsorgsområdet.. Gemensamma lösningar uttrycks ofta i form av överenskommelser, som chefer och medarbetare inom respektive huvudman kan använda sig av. Dessa övergripande överenskommelser blir grund för samarbetet mellan huvudmännen på mer klinisk operativ nivå.

Barnarenan

Om barnarenan

Barnarenan är ett politiskt samverkansforum mellan Region Jämtland-Härjedalen och Jämtland Härjedalens kommuner. Fokus är frågor rörande barn och unga.
L-IFO är ett motsvarande forum som finns på tjänstemannanivå.

Barnarenan har ingen egen organisation, budget eller några beslutsmandat men kan ses som en samverkansarena/kunskapsarena. Barnarenan kan rekommendera kommunerna och Region Jämtland Härjedalen att följa de beslut som tas. Barnarenan träffas 4 gångar per år Under period oktober 2014- oktober 2015 har det som en följd av valet september 2014 blivet förändringar i personsammansättningen i barnarenan. En ny ordförande har utsetts.

Barnarenan består av:

- Presidierna i BUZ (arena för barn och utbildningsverksamheterna i länets kommuner), Sociala samrådsgruppen (SocSam) kompletterad med ordförande i socialnämnden Östersund.
- Regionstyrelsen har utsett två ordinarie ledamöter från regionstyrelsen
- Därutöver deltar som tjänstemannastöd regionala utvecklingsförvaltningens skol- respektive socialhandläggare, och från Region Jämtland Härjedalens hälso- och sjukvård deltar landstingsöverläkare, områdeschef barn och unga vuxna, barnhälsovårdsöverläkare samt enhetschef barn- och ungdomspsykiatrin. Från kommunerna deltar förvaltningscheferna inom utbildning och IFO-chefer

Aktiviteter oktober 2014-oktober 2015

1. Barnarenan har varit styrgrupp för PSYNK-projektet i länet och mottog januari 2015 en slutrapport om Psynk-arbetet. Psynk projektet har medfört ett flertal positiva arbeten. Nedan finns exempel på sådant som varit föremål för behandling i Barnarenan

   Närvaroteam:
   Närvaroteamsarbetet i Östersund hade redan startat när Psynk kom in i bilden. Samverkansformen NVT beslutades i chefsnätverket Birger. Närvaroteamet är en samverkan mellan Socialtjänst, Landstinget (både BUP och BUH) och Elevhälsan.

   Samordnad individuell plan (SIP):
   Det har genom Psynks försorg genomförts utbildning i SIP i L-IFO samt för personal i landstinget och kommunerna

   Socialpsykiatriskt behandlingsteam:
   Med modell från Uppsala och med stöd från Psynk har det beslutats att uppbygga ett Socialpsykiatriskt behandlingsteam i Region Jämtland-Härjedalen. Syftet med det är att genom tidiga insatser minska behovet av sluten psykiatrisk vård.

   Språkstödsgruppen
   En gruppering medarbetare med deltagare från Logopedmottagningen, BUH och Elevhälsan Östersund har utarbetat en rapport som belyser de brister som i dag finns i stödet till barn och unga med försenad/bristfällig språkutveckling. Rapporten ger även förslag på lösningar
   Eftersom en del av lösningsförslagen berör aktuellt huvudmannaansvar kommer en närmare analys att genomföras av berörda verksamheter innan beslut tas om fortsättningen

2. Barnarenan har fått en presentation av ”Gemensam handlingsplan hälso- och sjukvård”

3. Inom landstinget har det sedan några år pågått ett arbete kring implementering av Barnkonventionen i verksamheterna. Detta arbete har presenterats i barnarenan, delvis för att man på bättre sätt kan samordna region Jämtland-Härjedalens arbetet med det arbete som pågår i kommunerna

4. Ett arbete kring delaktighet och inflytande på barnhabiliteringen har gjorts och resultatet av en enkät kring barn och ungas delaktighet vid barnhabilitering presenterats för barnarenan

5. En presentation av den reviderade hjälpmedelspolicy med särskild fokus på kommunikation och kognition har gjorts

6. Samordningsgruppen för utsatta barn har presenterat sitt arbete i syfte att få ett tydligt mandat för sitt arbete samt informera om nyttan av Barnahus.

7. Under året har barnarenan fattat beslut om
   - Översyn av överenskommelse om länsgemensamma rutiner för mottagande i grundsärskola och gymnasiesärskola.

- Ersättning till representanter i regionala eller lokala samverkansgrupper i syfte att stärka brukar/anhörigas medverkan och inflytande.
- Balanslista för barnarenan - Se bilaga 2.

8. Ett arbete kring gemensamma rutiner för ansvarsfördelningen mellan region Jämtland-Härjedalen och elevhälsan i kommunerna gällande hepatit-B vaccination till barn i riskgrupper är på gång.

Summering

Barnarenan har visat sig vara ett mycket bra forum för att hitta gemensamma lösningar/överenskommelser på frågor som rör barn och unga. Sedan Barnarenan bildades har ett antal överenskommelser utarbetats som höjer kvaliteten för barnen och underlättar samarbetet mellan myndigheterna. Bra exempel på detta är; *Överenskommelsen om hälsoundersökning av barn inför placering* och *Gemensamma regler för inskrivning i särskolan*

Bilagor:

Bilaga 1: Balanslista SVOM 2015 - uppföljning
Bilaga 2: Balanslista Barnarenan 2015

Hälso- och sjukvårdsstaben
Anna Kerstin Lejonklou
Tfn: 063-15 34 57
E-post: annakerstin.lejonklou@regionjh.se

2015-10-21

RS/1582/2015

Inriktning	Område	Vad som gjorts 2015
Förbättrad psykisk hälsa (från gemensam hälso- och sjukvårdspolitik)	Länsöverenskommelse gällande personer med psykiska funktionsnedsättningar	
		○ Handlingsplan för personer med psykiska funktionsnedsättningar reviderad ○ Tagit emot information om psykiatriöverenskommelsen 2015.
	Länsöverenskommelse riskbruk, missbruk och beroende	
		○ Tagit emot rapport och analys av förslag till integrerad missbruks- och beroendeenhet i Jämtlands län /Östersunds kommun. SVOM ställer sig bakom intentionerna i utredarnas förslag om stegvis uppbyggnad av integrerad verksamhet. Ärendet ska fortlöpande rapporteras till SVOM. ○ Tagit emot rapport och studie om mångbesökare inom beroendevården i Jämtland. Studien gjord utifrån brukarperspektiv syfte att använda resultatet för verksamhetsplanering. ○ Tagit emot rapport från projektet ”Förbättrat stöd och behandlings insatser vid omhändertagande av berusade personer”. ○ Implementering av nationella riktlinjer missbruk/ beroende. GAP-analys gjord (2014). ○ Uppdragsdirektiv beslutat angående boende för särskilt vård- och omsorgskrävande individerna i Jämtlands län.
Tillgänglig och samordnad hälso- och sjukvård (från gemensam hälso- och sjukvårdspolitik)	➢ Bättre liv för sjuka äldre – strategi och handlingsplan	○ Handlingsplan ledningskraft 2015-2016 antagen (fd. Bättre liv för sjuka äldre- strategi och handlingsplan. ○ Vård- och omsorgscollege, beslut i SVOM att regionala styrgruppen för VOC ska utgöras av tjänstemän. ○ Uppföljning av avvikelser Jämtlands läns landsting och kommunerna i Jämtlands län 2014. ○ Hälso- och sjukvård sommaren 2015 Region JH och länets kommuner (x3).
Hälsofrämjande och trygghetsskapande levnadsvillkor (från gemensam hälso- och sjukvårdspolitik)	Folkhälsopolicy	SVOM tar hänsyn till detta målområde. Arbetet sker dock i övervägande del via andra grupper.

ÖVRIGT		
LSS	Statlig satsning personer med funktionsnedsättning	Arbetet följs främst via Barnarenan
Kunskapsstyrning (evidensbaserad praktik**)**		○ Handlingsplan för implementering av evidensbaserad praktik inom socialtjänsten och angränsande hälso- och sjukvård, beslutad ○ Redovisning av indikatorer med förbättringspotential för fortsatt analys utifrån resultat Öppna jämförelser ○ Nationella riktlinjer: Tagit emot uppföljningsresultat av samverkansdokument för demensvård och omsorg i Jämtlands län. Utvärdering pb. hösten 2015 ○ Nationella riktlinjer: RACT team, arbetsgrupp rapporterat x2 om framtagande av gemensamt beslut om införande av RACT i Region JH och länets kommuner. RACT har prioritet 1 i nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd.
Avtal och överenskommelser	Översyn enligt planering förteckning överenskommelser (http://www,regionjh.se/samverkan)	○ Hemsjukvårdsavtalet förlängt t.o.m.31 augusti 2016.
Nationella satsningar		○ Info om att staten och SKL kommit överens om att fortsatt stödja till evidensbaserad praktik inom barn/unga respektive personer med funktionsnedsättning (x2). ○ Brukararvode beslut att tillämpas inom de kvarvarande statliga utvecklingssatsningarna (psykiatri, barn/unga, funktionshinder.
eHälsa		○ Handlingsplan för eHälsa i länet följs
Revidering hjälpmedels policy		○ Ansvarig för revidering utsedd, arbetsgrupp utsedd, uppdragsunderlag framtaget.
Samverkansdagar 2015		○ Samverkansdag tillsammans med Västernorrland landsting och kommuner genomförd. Tema små idéer och stora resultat.
Övriga frågor		○ Eventuellt behov av nytt kris- och traumacenter ○ Integration, tema den 9 oktober ○ Ny organisation Region Jämtland Härjedalen, kort information.

Region Jämtland Härjedalen
Carsten Dencker, hälso – och sjukvårdsstaben
Magdalena Risselborn, samordnare barn och utbildning
Lena Hallquist, samordnare social välfärd

2015-09-21

Balanslista Barnarenan 2015-2016

Inriktning	Område	Ansvarig tjänsteman	Forum	Pågående arbete 2015
Förbättrad psykisk hälsa (från gemensam hälso- och sjukvårdspolitik)	Länsöverenskommelse gällande personer med psykiska funktionsnedsättningar Jämtbus – länsöverenskommelse för barn med särskilda behov.	Utvecklingsledare Barn och unga	L-IFO	Reviderad februari 2015.
	○ Handlingsplan för personer med psykiska funktionsnedsättningar ○ Barn och unga psykisk ohälsa, PRIO satsningen	Projektledare PRIO satsning		
Tillgänglig och samordnad hälso- och sjukvård	• Bättre stöd för barn/unga med språkproblematik i regionen • Välfärdsteknologi		L-IFO Fredags gruppen	
(från gemensam hälso- och sjukvårdspolitik)	Kompetensförsörjning			
	Gemensamt arbete anhörigfrågor Barn som anhöriga		L-IFO Fredags-gruppen	
	Föräldrastöd – generellt	Folkhälsocentrum	L-IFO	
Hälsofrämjande och trygghetsskapande levnadsvillkor (från gemensam hälso-och sjukvårdspolitik)	Folkhälsopolicy -ska genomsyra verksamheter		L-IFO Fredags-gruppen	
	Regional överenskommelse att motverka våld i nära relationer			
	• Våld i nära relationer Handlingsplan mot våld i nära relationer Myndighetssamverkan	Länets kommuner, Region Jämtland Härjedalen, Polisen, Länsstyrelsen	L-IFO Fredags gruppen	Anm. Region Jämtland Härjedalen hälso- och sjukvård företräds av regiondirektör. Kommunerna företräds av

			samordnare social välfärd.
	Mobilisering mot droger Främst mot barn och unga		
ÖVRIGT			
Barnkonventionen	Nätverk och arbetsgrupp inom Region Jämtland Härjedalen	Nätverk: kommunerna och Region Jämtland Härjedalen Arbetsgrupp: Region Jämtland Härjedalen	
Integration	Samverkan kring nyanlända barn och unga	Integrationssamordnare inom Region Jämtland Härjedalen	L-IFO Fredagsgruppen
Ungdomsstrategin	Antogs oktober 2014, implementeringsarbete	Barn- och utbildningssamordnare Region Jämtland Härjedalen	L-ifo Fredagsgruppen
SIP	Pågående implementeringsarbete		L-IFO Fredagsgruppen
LSS	Statlig satsning personer med funktionsnedsättning	Utvecklingsledare Region Jämtland Härjedalen	L-IFO Fredags gruppen
Avtal och överenskommelser	Översyn enligt planering förteckning överenskommelser Överenskommelse om länsgemensamma rutiner kring mottagande i grundsärskolan och gymnasiesärskolan Jämtbus Hälsoundersökning nyanlända	Samordnare social välfärd Barn och utbildninssamordnare Region Jämtland Härjedalen och chef Planerings- och beställarstaben Region Jämtland Härjedalen.	L-IFO Fredags- gruppen

Historik över genomförda aktiviteter

2011	
	Regional överenskommelse om länsgemensamma rutiner för mottagande i grund- och gymnasiesärskola.
	Regional utvecklingsledare inom sociala barn och ungdomsvården, prioritering från staten som ska fasas in under 2011
	Barnarenans relation till Regionförbundet, samverkansskiss framtagen
	Diskussionsområden: Barn som far illa/psykisk ohälsa Folkhälsopolicy Barnkonventionen Barnfattigdom Barnfetma ANDT Gemensam barn-och ungdomshälsa Familjecentraler Barn och föräldraskap kontra arbetsliv och övriga livet Nyanlända bar och unga Regionalt kompetenscentrum - föräldrastöd Hälsoundersökning nyanlända Jämtbus
2012	
	Diskussionsområden: UHU – projekt Östersund Barnfattigdom Kompetenscentrum Föräldrastöd Konsekvenser kommunalt utjämningssystem Nationellt uppdrag barn- och ungdomsvården Start framtagande ungdomsstrategi Skolresultat och psykisk hälsa Nyanlända barn och unga Barnkonventionen Jämtbus Inledande diskussion kring socialpsykiatriskt team Psykiatrisatsning Vårdhygienisk kompetens, förskolan

2013	
	Kompetenscentrum Föräldrastöd
	Stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2013
	Projekt rörande funktionshindrade, barn och unga påbörjas
	Föräldrastöds konferens arrangeras av Jämtlands läns landsting, Regionförbundet Jämtlands län och Statens folkhälsoinstitut
	Diskussionsområden: Familjecentralskonferens Psykiatriöverenskommelsen, prestationsersättning Psynk – begäran om uppdrag kring samordning av barn och unga med språkstörningar Socialpsykiatriskt team Stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa Jämtbus Barnfetma Schysst idrott för alla Narkotika fri skola Familjecentralskonferens Framtida hälso-och sjukvårdspolitik Balanslista Kompetenscentrum Föräldrastöd Utveckling av ungdomsmottagningens verksamhet
2014	
Samordnad individuell plan (SIP)	Påbörjad
	Socialpsykiatriskt team, beslut att Östersund och Region Jämtland Härjedalen arbetar vidare.
	Beslut om handlingsplan för gemensam hälso- och sjukvårdspolitik
	Ungdomsstrategin antogs oktober 2014
	Psynk projektet avslutat 2014
	Diskussionsområden: Aktuellt läge, personer med funktionsnedsättning Former för Barnarenan Jämtbuz Information angående SIP som riktar sig till barn/unga Hälsoundersökning placerade barn/unga Psynk Strategisk resursplanering Socialpsykiatriskt team Balanslista Barnarenan

	Familjecentralskonferens Föräldrastöd Integrationsstrategi Barn som anhöriga Gemensam handlingsplan hälso-och sjukvård Samordning av insatser kring barn, unga (vuxna) med språkstörningar

Samordningskansliet
Daniel Nilsson
Tfn:
E-post: daniel.l.nilsson@regionjh.se

2015-09-18

RS/805/2015

Bilaga - uppföljning av internkontroll november

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

Nästan alla verksamheter som hanterar kemikalier inom Region Jämtland Härjedalen har nu sina kemikalieförteckningar i systemet iChemistry och har börjat arbeta med systemet. Enheter som uttryckt behov har fått ytterligare handledning av miljöhandläggare och manual finns lättillängligt i systemet. Responsen från användarna är hittills att det är ett väldigt lättanvänt och överskådligt system som kommer att underlätta arbetet med kemikalier. Införandet av kemikaliehanteringssystemet har också inneburit att flera verksamheter passat på att rensa i sitt kemikaliesortiment.

Vid vårens internrevisioner konstaterades att det finns väldigt få riskbedömningar gjorda avseende kemikalier. Kemikaliehanteringssystemet ger bra stöd till hur man kan prioritera de riskbedömningar som behöver göras först. Miljöhandläggare och miljöstrateg ska tillsammans med personalstaben ta fram ett effektivt arbetssätt för hur riskbedömning av kemikalier ska genomföras i Region Jämtland Härjedalens verksamheter framgent.

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 ärendehantering (RS/487/2015) 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 – 2015-08-31. 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 genomfört utbildningsinsats om ärendeprocessen och vad beslutsunderlag ska innehålla för medarbetare inom centrum för lednings- och verksamhetsstöd. Utbildningsinsatserna kommer att vara återkommande höst och vår fortsättningsvis.

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. För att underlätta för verksamheterna att göra beställningar på rätt sätt från befintliga avtal och för att följa upp organisationens avtalstrohet behöver det tillsättas resurser för att införa e-handel i organisationen. Genom e-handel skapas bättre kontroll av beställningar och kostnader.

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 verksamheterna i samband med att nya

upphandlingar genomförs för att på så sätt se vad som ligger på avtal och vad som behöver upphandlas.

Risk	Konsekvens	Åtgärd	Riskbedömning
Fakturor och underlag innehåller inte tillräcklig information för beslut om utbetalning.	Felaktiga utbetalningar kan ske.	Kontroll av fakturaunderlag. Är underlaget tillräckligt?	12

På redovisningsenheten finns för närvarande fem personer som har till uppgift att göra utbetalningskontroller av samtliga leverantörsfakturor som utbetalas. De kontrollerar att korrekt belopp betalas som anges på fakturan, det vill säga att faktura och inskannat belopp överensstämmer, att deltagare och syfte är angivet där så krävs, att attesterande chef inte attesterar fakturor där denne själv deltagit, att rätt moms är avdragen och att inte uppenbara felkonteringar skett.

Attesterande chef tar i sin tur ansvar för att fakturan är leveranskontrollerad och att antal och belopp är korrekt samt att rätt leverantör är inskannad. Detta ska även finnas ett tillräckligt underlag till fakturan. Attesterande chef ansvarar för att medarbetaren har gjort affär med upphandlad leverantör.

Utbetalningskontrollanterna på redovisningsenheten gör dessutom minst 50 stickprovskontroller som dokumenteras varje vecka i pärm som finns tillgänglig hos enheten. De fem kontrollanterna ansvarar för en vecka var enligt rullande schema. Rutin på hur stickprovskontrollerna ska dokumenteras finns upprättad och går att hitta på Insidan och i Centuri. Samtliga kontroller som uppvisar felaktigheter åtgärdas av kontrollant och vidtagen åtgärd dokumenteras.

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

I februari 2015 fastställde regionfullmäktige reviderade regler för planering och uppföljning enligt Region Jämtland Härjedalens styrmodell. Reglerna har tillämpats i arbetet med verksamhetsplanering för 2016-2018 och utsatt tidsplan har i stort sett följts. I januari beslutade regionstyrelsen om Planeringsförutsättningar för 2016-2018 vilket varit utgångspunkten för verksamhetsplanerna. Beslut om regionstyrelsens och nämndernas planer är något försenat till följd av att alla delar inför den nya tjänstemannaorganisationen inte vara färdiga och därmed påverkat budgetarbetet. Det återstår också arbete med att få alla delar inom uppföljningen på plats. Den nya organisationen innebär också att reglerna för styrmodellen kommer att behöva justeras något. Målet är att styrmodellen ska vara fullt implementerad under 2016. Då ska den också utvärderas.

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

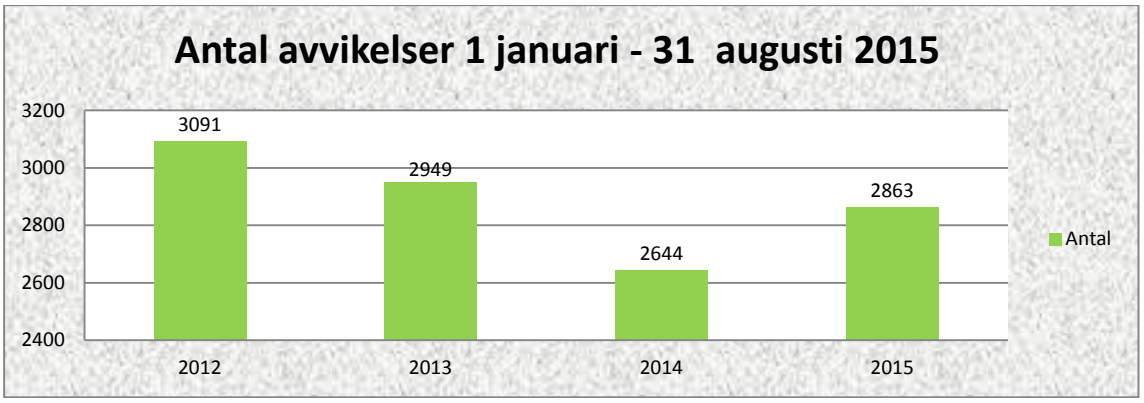
Det har gjorts en värdeflödeskartläggning av hur information når ut till medarbetarna. Det visade sig att ledningsinformationen fungerar bra fram till sista chefsinstans men att informationen ofta stannade där. Det finns alltså ett problem i att få lednings-information att nå hela vägen ner till medarbetarna. Dessa får då oftast informationen genom att själva leta upp den via Insidan. Detta har resulterat i att kommunikations-staben 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.

En utvärdering av ledningsinformationen har nu gjorts och utifrån den har tidpunkten för utskick ändrats från fredag till torsdag. Möjligheten att direkt sprida informationen vidare till medarbetarna har också förbättrats då det arkiv för ledningsinformation på Region Jämtland Härjedalens intranät inte längre är behörighetsstyrt utan tillgängligt för alla, vilket ökar tillgängligheten för medbetarna att ta del av aktuell information.

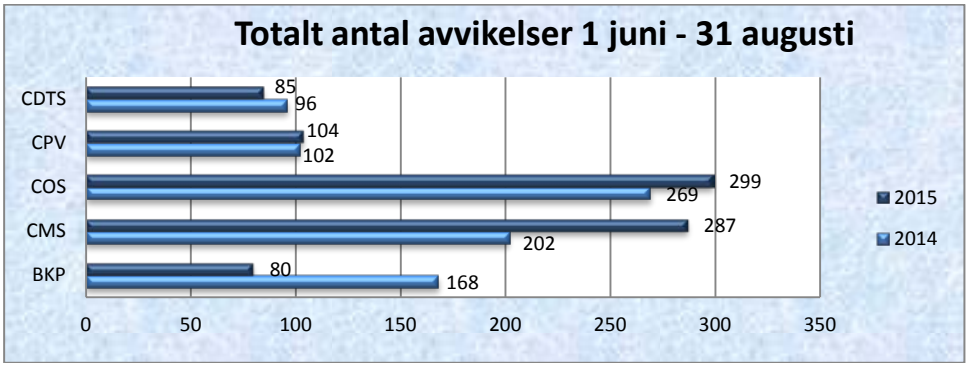
När det gäller utseendet så har det uppdaterats i enlighet med den nya grafiska profilen och ledningsinformationen har även kompletterats med en lista över beslutsprotokoll.

Patient

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



Utslaget per månad har det varit en ökning varje månad med en topp i juni medan antalet i juli varit färre och i augusti ungefär lika som föregående år.



Vid en övergripande genomgång av avvikelser i anslutning till Cosmic så har det från och med piloten 2014 rapporterats 161 avvikelser. Under 2015 har totalt 138 avvikelser rapporterats varav 132 efter 18 mars fram till 31 augusti. Under sommarperioden har 49 st rapporterats.
Utan att ha gått in djupare i varje avvikelse kan man se att läkemedel och olika typer av remisshantering har många avvikelser. Bland läkemedelsavvikelserna handlade flera om läkemedelslistan A3 som inte var fullständig med risk att patienterna inte fick rätt läkemedel. Journalavvikelserna handlar bl a om att anteckningar blandats med andra patienters anteckningar, att anteckningar försvunnit mm. Dokumentation som saknas eller inte är överförd från VAS har också ett antal avvikelser. Diktering har också förekommit flera gånger.
Även om det är många som inte är avslutade och färdigt klassificerade så är angivna sammanhang liknande de som gäller för 2014. Arbetsmiljö och läkemedelshantering (ej patientrelaterad) verkar ha ökat.
Utrustning /produkt har också ökat markant jämfört med 2014. I 52 avvikelserapporter handlar det om IT- och kommunikationssystem där journalsystem och Cosmic är inblandat i 29 av dessa. Det är även 9 avvikelser klassificerade som datasystem där de flesta handlar om Cosmic.

Ett arbete har under våren och sommaren pågått med att inventera hur det ska gå att få en förbättrad avvikelserapportering och en rapport med förbättringsförslag har nyligen presenterats för chef patientenheten och regionstabschef. Kortfattat innebär förslagen att avvikelseformuläret förenklas för att underlätta användandet, möjlighet att registrera 'ringa avvikelser' ska finnas, inrätta avvikelseombud som har möjlighet att utreda avvikelser inom ett speciellt område samt fortsatta utbildningsinsatser

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 det nyligen reviderade dokumentet 'Regler för ärendehantering' (RS/487/2015), 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.

Stickprov har gjorts för att kontrollera att delegationsbeslut är fattade utifrån rätt delegationsbestämmelser. Kontrollen har visat att det finns vissa brister i angivelse av aktuell delegationsbestämmelse och att felaktig delegat skrivit under beslut.
För att ytterligare förstärka kompetensnivån för medarbetarna och öka kunskapsnivån gällande rutiner för bland annat delegationsbestämmelser har samordningskansliet under våren och hösten 2015 genomfört en utbildning i både ärendeberedning samt ärendehanteringssystem för de personer som handlägger ärenden inom centrum för lednings- och verksamhetsstöd. Resultatet i de gjorda stickprovskontrollerna visar dock att fortsatt utbildningsbehov föreligger. Utöver detta måste delegationsbeslut fortsätta att följas upp. Området föreslås följas upp vid kommande års internkontrollplan.

Samordningskansliet
Daniel Nilsson
Tfn:
E-post: daniel.l.nilsson@regionjh.se

2015-09-29

RS/385/2015

Regler för regionstyrelsens uppsiktsplikt

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

Regionstyrelsen ska följaktligen:

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

Styrelsen ska löpande inhämta den information som behövs för att kunna utföra sin uppsiktsplikt. Detta sker genom månadsrapporter, delårsrapporter, bokslut och protokoll. Utöver detta ska styrelsen få information om hur nämnd, bolag eller stiftelse uppfyller sitt syfte och uppdrag utifrån gällande bolagsordning, ägardirektiv, stadgar etc. samt hur de uppfyller sina övergripande mål utifrån regionplanen. Det ska även ingå en redovisning om ekonomi samt hur egenkontroll görs. Redovisning enligt ovan ska ske i nämndernas, bolagens, stiftelsernas och föreningarnas årsbokslut.

Utöver skriftliga rapporter kan styrelsen besluta att företrädare för nämnd, bolag och stiftelse en gång per verksamhetsår informera regionstyrelsen om måluppföljning och ekonomiskt resultat utifrån de mål som är satta av regionfullmäktige.

Utvärdering av uppsiktsplikt
I samband med att styrelsen årligen tar sin plan för uppsikt görs en skriftlig utvärdering av resultatet av uppsiktsplikten föregående år och vilka eventuella åtgärder som styrelsen vidtagit. En kontroll görs även att av att nämnder, bolag och stiftelser inkommit med material efter ev. påpekanden om brister eller behov av åtgärder. Fullmäktige ska via informationsärende ta del av denna utvärdering.

Samordningskansliet
Daniel Nilsson
Tfn:
E-post: daniel.l.nilsson@regionjh.se

2015-09-09

RS/1453/2015

Revisorerna i Region jämtland Härjedalen

Svar på revisorernas granskning av styrelsens internkontrollplan

Revisionskontoret har genomfört en granskning av regionstyrelsens arbete med internkontrollplanen för år 2015. Granskningen har syftat till att undersöka om styrelsens internkontrollplan är upprättad och genomförd i enlighet med det av fullmäktige beslutade internkontrollreglementet och uppfyller kommunallagens bestämmelser. Granskningen har även omfattat att undersöka om det finns tillfredsställande rutiner för återrapportering och uppföljning av arbetet med att genomföra internkontrollplanen.

Regionstyrelsen konstaterar inledningsvis att arbetet med internkontrollen har stärkts jämfört med tidigare granskningar. Av granskningen framgår även att styrelsens internkontrollplan är upprättad och genomförd i enlighet med rådande reglemente, vilket är positivt. Vidare instämmer regionstyrelsen i de punkter som granskningen uppmärksammat.
Regionstyrelsen kommer att arbeta med att förstärka arbetet med internkontroll genom att:

- Arbeta med att synliggöra och medvetandegöra på ledningsnivå om internkontroll samt involvera fler chefer i arbetet med framtagande av den årliga internkontrollplanen
- Revidera gällande internkontrollreglemente. Här ingår att skapa tydligare tillämpningsanvisningar för riskbedömningar och ifyllande av internkontrollplanen samt tydliggöra ansvarsfördelning för återrapportering
- Stärka arbetet med riskbedömning och riskhantering
- Formalisera rutiner för när och hur internkontroll ska redovisas till fullmäktige

Granskningen har visat på områden där förbättringsarbete bör ske:

Genomför riskinventering i samtliga verksamheter för att säkerställa att prioriteringar av riskförebyggande åtgärder sätts in där de största riskerna finns.
Arbetet med internkontroll är fortfarande ett utvecklingsområde som alltjämt pågår.
I framtagandet av kommande års internkontrollplan kommer fler enheter att involveras i risk- och konsekvensanalysarbetet. I ramverket för internkontroll, COSO-modellen, anges att en organisations kultur är en viktig beståndsdel i att skapa legitimitet och förståelse för arbetet med egenkontroll och riskarbetet. Häri torde det finnas ett betydande arbete att göra. Samordningskansliet har under hösten 2015 bokat tid för en träff med stabschefer för en ytterligare dragning om internkontroll och om hur riskområden kan plockas ut. Här måste organisationen bli bättre på att identifiera risk relaterat till uppsatta mål. En riskidentifiering ska kunna göras på alla nivåer i

organisationen och både interna och externa riskfaktorer ska kunna tas med och bedömas.

Dokumentera risk- och väsentlighetsanalyser för att tydliggöra motivering och prioritering av riskområdena i internkontrollplanen för alla berörda och underlätta vid uppföljning och planering.
Inför framtagandet av styrelsens internkontrollplan 2015 fick respektive stabschef i uppdrag att ta fram, analysera och bedöma de risker som de ansåg vara de mest allvarliga inom aktuellt ansvarsområde. Inom vissa områden framkom fler riskområden än de som slutligen nedtecknades i den internkontrollplan som fastställdes av styrelsen. Gällande internkontrollreglemente (med tillämpningsanvisningar) håller för närvarande att arbetas om för att ge ett bättre stöd vid framtagandet av planen. Häri kommer bland annat att ingå att upprätta så kallade bruttolistor där det tydligare framgår hur risker har värderats. Mer tydligt ska det framgå:

- Identifiering av risk
- Analys om hur identifierade risker påverkar måluppfyllnad
- Riskkategorisering efter allvarlighetsgrad
- Styrning av hur risk ska hantering via lämpliga metoder

En tydligare kommunikation mellan Samordningskansliet, stabscheferna och de som utsetts som ansvariga i internkontrollplanen så att det är klart vad ansvaret innebär och vad som förväntas i återredovisningar och uppföljningar.
I arbetet med internkontrollreglementet och internkontrollplanen för 2015 har ansvarig handläggare träffat ledningsgrupp och de stabschefer som önskat hjälp med att ta fram riskområden inom det egna verksamhetsområdet. Internkontrollreglementet återfinns i ledningssystemet och anses därför vara känt hos samtliga medarbetare inom organisationen. I reglementet framgår vilket ansvar man som medarbetare eller chef har gällande internkontrollarbetet.
En ytterligare träff med chefsgruppen är planerad under november 2015. I samband med detta kommer ansvarsfördelning att diskuteras. Vid den planerade revideringen av reglemente och plan kommer tydligare tillämpningsanvisningar att läggas i syfte att förenkla arbetet med riskbedömningar och återrapporteringar. .

Säkerställ att internkontrollreglementet efterlevs när det gäller redovisning av styrelsens arbete med interna kontrollen i fullmäktige.
Regionstyrelsens internkontrollreglemente fastställdes hösten 2014 tillsammans med internkontrollplanen för verksamhetsår 2015. Tanken är att en samlad redovisning över styrelsens internkontroll skall delges fullmäktige efter att samtliga uppföljningar gjorts. Följaktligen kommer denna redovisning att återfinnas som ett informationsärende under fullmäktiges sammanträde i början av 2016.

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Ann-Marie Johansson
Regionstyrelsens ordförande

Björn Eriksson
Regiondirektör

Regionens revisorer

2015-09-07

Dnr: REV/17/2015

Revisionsdirektör Majvor Enström
Tfn: 063- 14 75 28

Regionstyrelsen

Granskning av styrelsens arbete med Internkontrollplan 2015

På vårt uppdrag har revisionskontoret genomfört en granskning av styrelsens arbete med internkontrollplanen för år 2015. Bakgrunden till granskningen är den stora betydelse som en god intern kontroll har för styrelsens möjligheter att uppfylla fullmäktiges mål och de för verksamheterna gällande regelverket.

Granskningen syftar till att undersöka om styrelsens internkontrollplan är upprättad och genomförd i enlighet med det av fullmäktige beslutade internkontrollreglementet och uppfyller kommunallagens bestämmelser. Granskningen har även omfattat att undersöka om det finns tillfredsställande rutiner för återrapportering och uppföljning av arbetet med att genomföra internkontrollplanen.

Sammanfattningsvis bedömer vi att internkontrollplanen 2015 i stort är upprättad i enlighet med internkontrollreglementet. Granskningen har även visat på brister, bland annat i kartläggningen av riskområden inför upprättande av planen vilket kan medföra att områden med behov av angelägna riskförebyggande åtgärder inte identifierats. Vi har noterat brister i dokumentationen av risk-och väsentlighetsanalysen samt att det i några fall är oklart vem som är ansvarig för återrapportering av åtgärder enligt internkontrollplanen. Det uppges från några av de intervjuade att det inte är klargjort vad ansvaret enligt planen innebär.

Vi rekommenderar följande förbättringar:

- Genomför riskinventering i samtliga verksamheter för att säkerställa att prioriteringar av riskförebyggande åtgärder sätts in där de största riskerna finns.
- Dokumentera risk- och väsentlighetsanalyser för att tydliggöra motivering och prioritering av riskområdena i internkontrollplanen för alla berörda och underlätta vid uppföljning och planering.
- En tydligare kommunikation mellan samordningskansliet, stabscheferna och de som utsetts som ansvariga i internkontrollplanen så att det är klart vad ansvaret innebär och vad som förväntas i återredovisningar och uppföljningar.
- Säkerställ att internkontrollreglementet efterlevs när det gäller redovisning av styrelsens arbete med interna kontrollen till fullmäktige.

Vi emotser senast den 2015-11-03 en redovisning av vilka åtgärder som regionstyrelsen vidtar eller avser vidta med anledning av granskningsresultatet.

För Region Jämtland Härjedalens revisorer

Mona Nyberg
Ordförande

Annelie Bengtsson
V ordförande

Bilaga
Rapport av Granskning av styrelsens internkontrollplan

Kopia till

Regiondirektören
Biträdande regiondirektören
Hälso- och sjukvårdsdirektören
Chefen för samordningskansliet
Chefen för Planerings- och beställarstaben
Chefen för patientsäkerhetsenheten

REGION
JÄMTLAND
HÄRJEDALEN
REVISIONSKONTORET

Revisionsrapport

Granskning av styrelsens internkontrollplan

Therese Norrbelius
Kommunal yrkesrevisor
Tfn: 063-147527

Therese Norrbelius
Kommunal yrkesrevisor
Tfn: 063-147527

Innehållsförteckning

1 SAMMANFATTNING 4

2 INLEDNING/BAKGRUND 5

3 SYFTE, REVISIONSFRÅGA OCH AVGRÄNSNING 5

4 REVISIONSKRITERIER 6

5 METOD 6

6 RESULTAT 6

6.1 HAR STYRELSENS INTERNKONTROLLPLAN UPPRÄTTATS I ENLIGHET MED REGIONENS INTERNKONTROLLREGLEMENTE? 6

6.1.1 Iakttagelser 7

6.1.2 Bedömning och rekommendationer 8

6.2 FINNS RUTINER FÖR EN VÄL FUNGERANDE RAPPORTERING OCH UPPFÖLJNING AV STYRELSENS INTERNKONTROLLPLAN? FÖLJS RUTINERNA? 8

6.2.1 Iakttagelser 9

6.2.2 Bedömning och rekommendationer 10

6.3 FINNS RUTINER FÖR ATT FÖLJA UPP OCH ÅTGÄRDA AVVIKELSER SOM IDENTIFIERATS VID UPPFÖLJNING AV STYRELSENS INTERNKONTROLLPLAN? 10

6.3.1 Iakttagelser 10

6.3.2 Bedömning och rekommendationer 11

6.4 SLUTSATS 11

7 ANSVARIGA FÖR GRANSKNINGENS GENOMFÖRANDE 11

8 BILAGOR 12

8.1 BILAGA 1- RISKKARTA 12

Therese Norrbelius
Kommunal yrkesrevisor
Tfn: 063-147527

1 SAMMANFATTNING

Granskningens övergripande syfte har varit att svara på om styrelsens internkontrollplan för år 2015 är upprättad i enlighet med internkontrollreglemente och kommunallag samt om det finns tillfredställande rutiner för återrapportering och uppföljning.

Inledningsvis vill vi nämna att vi under granskningen noterat att arbetet med internkontrollplanen är under utveckling, vilket är positivt. Vi har dock i granskningen noterat vissa brister där ytterligare åtgärder kan vidtas för att stärka arbetet med internkontrollplanen ytterligare.

Kartläggningen av regionens riskområden behöver utvecklas för att säkerställa att väsentliga riskområden inte utelämnas och att rätt riskområden prioriteras i åtgärdsplaner. Det finns även anledning att se över rutinen för vilka som involveras i kartläggningen av riskerna och tydliggöra stabschefernas ansvar att fånga alla verksamheter. I granskningen har framkommit kritiska synpunkter på arbetet med kartläggningen t.ex. från patientsäkerhetsenheten med sina verksamhetsövergripande erfarenheter som inte efterfrågats i arbetet med internkontrollplanen.

I våra intervjuer har även framkommit att det inte hos alla berörda är klargjort vilka som är dom bakomliggande orsakerna till riskerna i internkontrollplanen och även en oklarhet över vilka personer som är ansvariga att återrapportera åtgärderna i planen. Vi bedömer att dokumentation av risk- och väsentlighetsanalyserna, från kartläggningen, skulle ge bättre förutsättningar för riskvärderingen, tydliggöra motiveringen av riskerna och därmed underlätta återrapportering för ansvariga samt ge ett bra underlag inför nästkommande års risk- och väsentlighetsanalys. Vi ser även att tydligare kommunikation mellan samordningskansliet, stabscheferna och de som utsetts som ansvariga för internkontrollplanens riskområden kan stärka rutinen för återredovisning och även klargöra vad ansvaret innebär.

Enligt uppgift har rutinen för planering av återrapportering förbättrats, dock uteblev återredovisningen för tre av de tio riskområdena i internkontrollplanen vid styrelsens uppföljning i maj. Styrelsens återrapportering av arbetet med internkontrollplanen till fullmäktige har uteblivit vilket inte är tillfredställande.

Sammanfattningsvis är vår bedömning att internkontrollplanen i stort är upprättad i enlighet med internkontrollreglementet, men att det finns brister i rutinerna för kartläggningen av riskerna vilket gör att det finns en risk att riskområden inte fångas i analysen. Det finns även brister i rutinerna för återrapportering och uppföljning, då det från flera av de intervjuade framkommit oklarheter kring riskområdens bakomliggande orsaker och vilka som är ansvariga för att följa upp riskerna.

Vi lämnar följande rekommendationer:

- ✓ Klargör vikten av grundligt genomförda risk- och väsentlighetsanalyser. Ta tillvara på regionens befintliga resurser t.ex. erfarenheter från patientsäkerhetsenheten och tydliggör stabschefernas ansvarsområden för att säkerställa att samtliga riskområden i organisationen fångas vid kartläggningen.
- ✓ Dokumentera risk- och väsentlighetsanalyserna för att tydliggöra motivering och prioritering av riskområdena och underlätta vid uppföljning och planering.
- ✓ Tydliggör och kommunicera om innehållet i internkontrollplanen, ansvaret för återrapportering mm med de utsedda ansvariga och stabschefer för genomförandet av åtgärder och uppföljning av planen.

Therese Norrbelius
Kommunal yrkesrevisor
Tfn: 063-147527

2 INLEDNING/BAKGRUND

Styrelsen har enligt KomL 6 kap. ett uppdrag att leda och samordna regionens angelägenheter samt ha uppsikt över att regionens verksamhet bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt. Styrelsen ansvarar för att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten i övrigt bedrivs på ett i övrigt tillfredställande sätt.

Av *Reglemente för regionstyrelsen i Region Jämtland Härjedalen 2015-2018* framgår att styrelsen ska ha uppsikt över verksamheterna och se till att den interna kontrollen är tillräcklig, bl.a. genom att årligen fastställa en plan och följa upp den interna kontrollen.

Syftet med intern kontroll är att säkerställa att de av fullmäktige fastställda målen uppfylls inom ramen för gällande lagar. Om rutinerna för arbetet med den interna kontrollen inte fungerar tillfredsställande finns en risk för att regionen inte når uppsatta mål.

Det har i revisorernas tidigare granskning framkommit att risk- och väsentlighetsanalysen inte gjorts i enlighet med internkontrollreglementet vid framtagandet av internkontroll planen för 2014. Det noterades även en brist att styrelsen trots konstaterade avvikelser inte gjort ansvarsutkrävande eller beslutat om krav på handlingsplaner[1].

Regionens revisorer har genom sin risk- och väsentlighetsanalys bedömt det angeläget att genomföra en granskning av regionstyrelsens arbete med internkontrollplanen. Granskningen ingår i revisorernas revisionsplan för år 2015.

3 SYFTE, REVISIONSFRÅGA OCH AVGRÄNSNING

Syfte

Granskningens syfte har varit att bedöma om styrelsens internkontrollplan är upprättad i enlighet med det internkontrollreglemente regionfullmäktige beslutat om, kommunallagen samt om det finns tillfredställande rutiner för återrapportering och uppföljning.

Revisionsfrågor

Granskningen besvarar följande revisionsfrågor:

- Har styrelsens internkontrollplan upprättats i enlighet med regionens internkontrollreglemente?
- Finns rutiner för en väl fungerande rapportering och uppföljning av styrelsens internkontrollplan?
- Följs rutinerna för rapportering och uppföljning?
- Finns rutiner för att följa upp och åtgärda avvikelser som identifierats vid uppföljning av styrelsens internkontrollplan?

[1] REV/9/2014

Therese Norrbelius
Kommunal yrkesrevisor
Tfn: 063-147527

Avgränsning

Granskningen har avgränsats till regionstyrelsens internkontrollplans uppbyggnad utifrån internkontrollreglementet samt rutiner för återrapportering och uppföljning. Granskningen omfattar inte kvalitén i den återrapportering och uppföljning som sker eller värderat beslutade åtgärder.

4 REVISIONSKRITERIER

Uppfylls kraven enligt:

- Kommunallag (1991:900) 6 kap. 1-7 §§ styrelsens uppgifter och ansvar
- Reglemente för regionstyrelsen i Region Jämtland Härjedalen 2015-2018 (LS/185/2014)
- Internkontrollreglemente för Region Jämtland Härjedalen (LS/1477/2014)

5 METOD

Granskningen har genomförts genom dokumentanalys och intervjuer med berörda tjänstemän.
Dokument som granskats är internkontrollreglemente, internkontrollplan för år 2015 och styrelse- och fullmäktigeprotokoll.
Intervjuer har genomförts med planerings- och beställarstabschefen, patientsäkerhetsenhetschefen, kanslichef och samordnaren vid samordningskansliet. Kortare avstämningar har genomförts med cheferna för upphandlingsenheten och beställarenheten samt hälso- och sjukvårdsdirektören.

6 RESULTAT

6.1 Har styrelsens internkontrollplan upprättats i enlighet med regionens internkontrollreglemente?

Enligt Internkontrollreglemente för Region Jämtland Härjedalen ska:

- stabschefer årligen genomföra risk- och väsentlighetsanalyser i syfte att ta fram underlag till nästa års internkontrollplan. Resultatet av risk- och väsentlighetsanalyserna ska dokumenteras och redovisas för regiondirektören.

- regionstyrelsen årligen fastställa en internkontrollplan för nästkommande verksamhetsår.

- det vid arbetet med intern kontroll finnas en tydlighet i arbetsuppgifter, ansvar, funktioner och fördelning av dessa.

Therese Norrbelius
Kommunal yrkesrevisor
Tfn: 063-147527

6.1.1 Iakttagelser

Internkontrollplanens struktur

Regionstyrelsens internkontrollplan antogs 2015 i november 2014[2]. Planen är indelad i fem kontrollområden; medarbetare, verksamhetsresultat, patient, samhälle och delegationer[3]. Planen innehåller de delar som ska ingå enligt reglementet, med undantag för tidpunkt för återrapportering till styrelsen.

Tabell 1: Mall internkontrollplan LS/1477/2014

Rutinerna för arbetet med internkontrollplanen

Samordnaren betonar att arbetet med internkontrollplanen fortfarande är under utveckling

Risk	Konsekvens	Åtgärd	Riskbedöm-ning (kopplat till riskkarta)	Ansvarig	Rapportering

och kan förbättras ytterligare t.ex. genom bättre precision av riskerna. Inför nästa års plan planeras, enligt uppgift, att stabscheferna samlas för en gemensam genomgång av risk- och väsentlighetsanalyserna för att ge möjlighet till en mer samlad bild och en liktydig bedömning av riskerna.

Rutinen inför 2015 års internkontrollplan har, enligt uppgift, varit att stabscheferna enskilt analyserat fram respektive stabs riskområden utifrån regionens strategiska mål, värderat dem enligt riskkartan (Se bilaga 8.1) och lämnat materialet till samordningskansliet för sammanställning. Fördelningen har, enligt uppgift, varit två-tre insatser per kontrollområde för att det ska vara rimligt för de som utsetts till ansvariga för återrapportering att hinna med. Det är de högst prioriterade riskområdena som kommit med i slutversionen, och styrelsen har haft möjlighet att komplettera planen om de önskat.

Arbetet med kartläggning och analysering av riskområdena behöver utvecklas

Enligt internkontrollreglementet är riskbedömning en process där följande ingår:

- Kartläggning
- Uppskattning av konsekvens och sannolikhet
- Aktiviteter för att bearbeta riskerna

Det har i granskningen framkommit olika beskrivningar om hur stabernas risk- och väsentlighetsanalys har genomförts. En iakttagelse är att kartläggningen inte gjorts i verksamheterna, vilket gör att det finns en risk att områden som borde prioriterats inte har identifierats.

---

[2] 2014-11-04—05, 248 §

[3] Delegationer tillkom efter revisorernas rekommendation vid 2014 års granskning av styrelsens arbete, ansvar och uppföljning (REV/9/2014)

Therese Norrbelius
Kommunal yrkesrevisor
Tfn: 063-147527

Vi har noterat att stabschefernas ansvarsområden vid kartläggningen inte framgår helt tydligt. Planeringschefen avsåg t.ex. att riskområdena mellan Hälsovalet och den regiondrivna primärvården skulle lyftas av primärvårdschefen utifrån perspektivet som utförare (dvs. i hälso- och sjukvårdsstabens analys) och tog därmed inte upp riskområdet i sin analys. Det framgår inte av denna granskning om detta var ett riskområde som fanns med i hälso- och sjukvårdsstabens ursprungliga kartläggning, riskområdet var dock inte med i slutprodukten.

Planeringschefen uppger att värderingen av stabens riskområden, dvs. uppskattningen av konsekvens och sannolikhet, gjordes av samordningskansliet. Enligt uppgift fanns inom stabens kartläggning riskområden som borde prioriterats högre än de som slutligen kom med i den färdigställda planen t.ex. inom fastighetsområdet. En otydlig riskbeskrivning eller en annorlunda bedömning av samordningskansliet kan, enligt planeringschefen, vara orsaken till detta.

Vi har i granskningen noterat kritiska synpunkter av arbetet med kartläggningen av internkontrollplanens riskområden. Patientsäkerhetsenheten ställer sig frågande till varför inte deras enhet tillfrågats att medverka i processen med kartläggningen med tanke på att enheten landstingsövergripande arbetar med intern kontroll. Enheten har en mängd mätresultat som visar på riskområden som uppges vara lämpliga att arbeta med från högre nivå.

6.1.2 Bedömning och rekommendationer

- Internkontrollplanens struktur avseende formalia överensstämmer med kriterierna i internkontrollreglementet, med undantag för tidpunkten för återrapportering till styrelsen där det endast står halvårsvis. Vi bedömer att ett datum skulle tydliggöra och stärka rutinen för de utsedda ansvarigas arbete.

- Kartläggningen av regionens riskområden behöver utvecklas. För att få en fullständig bild av alla verksamheter bedömer vi att det av stor vikt att grundliga inventeringar genomförs inför analyserna för att säkerställa att väsentliga riskområden inte utelämnas och att rätt riskområden prioriteras.

- Vi ser positivt på det utvecklingsarbete som pågår t.ex. den gemensamma träff med stabscheferna som kanslichefen planerat inför nästkommande års internkontrollplan. Vi ser dock ett behov av att tillvarata t.ex. patientsäkerhetsenhetens och centrumchefernas insyn i processen för att eliminera risken att områden "faller mellan stolarna".

Vi rekommenderar att vikten av grundligt genomförda risk- och väsentlighetsanalyser inklusive en gedigen kartläggning av verksamheternas riskområden tydliggörs.

Vi rekommenderar att regionens befintliga resurser tas tillvara på, och att stabschefernas ansvarsområden klargörs för att säkerställa att alla verksamheters identifierade riskområden fångas vid kartläggningen.

6.2 Finns rutiner för en väl fungerande rapportering och uppföljning av styrelsens internkontrollplan? Följs rutinerna?

Enligt Internkontrollreglemente för Region Jämtland Härjedalen ska:

- Respektive stabschef ansvarar för att kontroller som beslutats om i planen sker samt att de regelbundna uppföljningarna dokumenteras och lämnas till föredragande tjänsteman (som sammanställer materialet till styrelsens sammanträde).

Therese Norrbelius
Kommunal yrkesrevisor
Tfn: 063-147527

- Regiondirektören ansvara för att analysera resultatet, föreslå förbättringsåtgärder och halvårsvis presentera en rapport för styrelsen om resultatet av internkontrollen (vad som gjorts samt resultat av genomförda aktiviteter avseende internkontrollen)

- Regionstyrelsen under året, löpande följa upp den upprättade internkontrollplanen, avkräva ansvar för att åtgärdsplaner blir upprättade, genomförda och uppföljda i de fall där så krävs.

- Regionstyrelsen själva årligen informera fullmäktige om resultatet av genomförda kontroller enligt internkontrollplanen.

6.2.1 Iakttagelser

Ansvarsrollen och rutiner för uppföljning är otydlig

Av internkontrollreglementet framgår att det vid arbetet med intern kontroll ska finnas en tydlighet i arbetsuppgifter, ansvar, funktioner och fördelning av dessa. Det råder en oklarhet avseende ansvarsfördelningen i internkontrollplanen. Enligt uppgifter har flera av de som listats som ansvariga i planen inte varit samma person som återredovisat punkten. Dessa personer har i några fall inte heller delegerats uppgiften av den ansvarige. En av de ansvariga har inte alls involverats i uppföljningen av sin ansvarspunkt, utan uppger att kansliet erhållit återredovisningen från en annan person inom enheten.

Utifrån vad som framkommit i granskningen har ingen dokumentation gjorts t.ex. i form av bruttolista eller motivering till prioriteringar av riskområdena. Av internkontrollreglementet framgår att resultatet av risk- och väsentlighetsanalyserna ska dokumenteras, men det framgår inte om den slutliga planen är tillräcklig som dokumentation.

Vi har även noterat att det råder oklarheter om bakomliggande orsaker till de risker som listats i internkontrollplanen t.ex. motivering, hur värdering gjorts och vilken stab som kartlagt och prioriterat riskområdet. Om detta hade dokumenterats skulle uppföljningsarbetet troligen underlättats för de som delegerats att följa upp riskområden de ej varit med och kartlagt.

Uteblivna återrapporteringar till vid styrelsens sammanträde i maj

Enligt samordnaren har rutinen för planering av återrapporteringen förbättrats, jämfört med tidigare år då en mer sporadisk uppföljning skedde. Vid styrelsens sammanträde i maj uteblev dock rapportering för tre av punkterna. Enligt uppgift var orsaken att uppföljningen inte hann lämnas in i tid, men att rapportering av dessa punkter kommer att ske i augusti, vilket även framgår av beslut i styrelseprotokoll[4].

Vid tidigare återrapporteringar har samordningskansliet redovisat internkontrollplanens resultat för styrelsen. Vi sammanträdet i maj bedömde styrelsens presidium i samråd med kanslichefen att en ärendebeskrivning var tillräcklig. Samordnaren hänvisar till att det i uppföljningen inte framkommit något som måste åtgärdas och att styrelsen troligen varit mer angelägen av en redovisning i de fall att uppföljningen visat på brister. En annan orsak uppges vara ett stort antal övriga ärenden vid sammanträdet.

[4] RS/805/2015

Therese Norrbelius
Kommunal yrkesrevisor
Tfn: 063-147527

Fullmäktige har inte informerats av styrelsen

Enligt internkontrollreglementet ska styrelsen årligen informera fullmäktige om resultatet av de genomförda kontrollerna som återrapporterats från internkontrollplanen. Detta har styrelsen inte gjort. Enligt uppgift planeras detta att göras i november.

6.2.2 Bedömning och rekommendationer

- Rutinerna för arbetet med internkontrollplanen behöver tydliggöras. Det råder oklarhet såväl för de utsedda ansvariga, som för de som tagit fram planen kring vem som är ansvarig för återrapportering av punkterna i planen.
- När det gäller dokumentationen av risk- och väsentlighetsanalyserna framgår det inte helt tydligt av internkontrollreglementet vad kravet är. Vi bedömer att dokumentation av arbetet skulle ge bättre förutsättningar för, och tydliggöra, motiveringen och prioritering, av riskerna, klargöra rutinerna för ansvariga vid återrapportering samt ge ett bra underlag inför nästkommande års risk- och väsentlighetsanalys.
- De uteblivna återredovisningarna tyder på att det finns otydlighet i rutinen för uppföljning. Utebliven uppföljning kan innebära att det finns en risk för att stora avvikelser finns inom området som styrelsen inte har kontroll över. Vi bedömer att en tydligare beskrivning av vad ansvaret innebär kan stärka rutinen.
- Det är inte tillfredställande att styrelsens återrapportering till fullmäktige uteblivit.

Vi rekommenderar att styrelsen tydliggör och kommunicerar med internkontrollplanens utsedda ansvariga. Klargör även vad det innebär att vara ansvarig för återrapportering av internkontrollplanens punkter.

Vi rekommenderar att arbetet med risk- och väsentlighetsanalyserna dokumenteras för att tydliggöra motivering och prioritering av riskområdena och för att underlätta uppföljning och planering.

6.3 Finns rutiner för att följa upp och åtgärda avvikelser som identifierats vid uppföljning av styrelsens internkontrollplan?

Enligt Internkontrollreglemente för Region Jämtland Härjedalen ska:

- Respektive stabschef ansvara för att beslutade kontroller sker.
- Eventuella större avvikelser ska rapporteras enligt gällande avvikelsehantering.
- Regionstyrelsen ska samt avkräva ansvar för att åtgärdsplaner blir upprättade, genomförda och uppföljda i de fall där så krävs.

6.3.1 Iakttagelser

Rutin för uppföljning och åtgärd vid avvikelser

Återrapportering av internkontrollplanen ska enligt internkontrollreglementet ske två gånger per år. Det som behöver följas upp ytterligare ska, enligt samordnaren, bli ett ärende och handläggas enligt ordinarie ärendeprocess. Avvikelser som identifieras mellan rapporteringstillfällena ska hanteras genom avvikelserapportering.

Inget ärende eller ytterligare avvikelse har uppkommit kring punkterna i internkontrollplanen, enligt samordnaren.

Therese Norrbelius
Kommunal yrkesrevisor
Tfn: 063-147527

Om ytterligare uppföljning eller åtgärd av avvikelser krävs finns, enligt samordnaren, tre vägar:

- Stabschefen själv (eller den som är ansvarig enligt planen) tar initiativet till uppföljning.
- Kansliberedningen tar upp frågan i dialog med stabschef (eller ansvarig) om att sätta in en uppföljningspunkt.
- Styrelsen beslutar om att uppföljning ska ske.

Styrelsen har vid sammanträdet i maj inte avkrävt något ansvar för de uteblivna återredovisningarna, vilket enligt uppgift, kan härledas till att rutinen är relativt ny. Ingen ytterligare åtgärdsplan av någon punkt i internkontrollplanen har heller krävts. Det är första gången återredovisning uteblir, skulle händelsen upprepas kommer problemet lyftas, uppger kanslichefen. Vidare kommer riskområden i internkontrollplanen som inte åtgärdats under året framledes följa med till nästkommande års plan.

6.3.2 Bedömning och rekommendationer

- Vi bedömer att rutiner finns, men konstaterar att ingen ytterligare uppföljning eller åtgärd av identifierade avvikelser utöver den ordinarie uppföljning har beslutats.

6.4 SLUTSATS

Granskningens syfte var att svara på om styrelsens internkontrollplan är upprättad i enlighet med internkontrollreglementet som regionfullmäktige beslutat om, kommunallagen samt om det finns tillfredställande rutiner för återrapportering och uppföljning.

Vår bedömning är att internkontrollplanen i sin struktur är upprättad i enlighet med internkontrollreglementet. I granskningen har dock framkommit att det finns delar i arbetet med internkontrollplanen som behöver utvecklas. Detta gäller kartläggning och analysering av risker där det saknas uppgifter från verksamheterna. Det finns även brister i rutinerna för återrapportering och uppföljning, då det framkommit flera oklarheter kring riskområdens bakomliggande orsaker och vilka som är ansvariga för att följa upp riskerna.

7 ANSVARIGA FÖR GRANSKNINGENS GENOMFÖRANDE

Projektledare[5]:

Therese Norrbelius
Kommunal yrkesrevisor

Kvalitetssäkring[6]:

Majvor Enström
Revisionsdirektör
Certifierad kommunal revisor

[5] Projektledare svarar för kvalitetssäkring gentemot uppgiftslämnare och av de insamlade uppgifter som används i analysen. Projektledaren har det primära ansvaret för att den analys och de bedömningar och förslag som förs fram är tillräckligt underbyggda.

[6] Ansvarig för kvalitetssäkring har det övergripande ansvaret för att kontrollera om granskningen har en tillräcklig yrkesmässig och metodisk kvalitet samt att det finns en överensstämmelse mellan revisionsfrågorna/kontrollmålen, metoder, fakta, slutsatser/bedömningar och framförda förslag.

Therese Norrbelius
Kommunal yrkesrevisor
Tfn: 063-147527

8 BILAGOR

8.1 BILAGA 1- RISKKARTA

Riskkarta för internkontroll

K4 Mycket allvarlig	4	8	12	16
K3 Allvarlig	3	6	9	12
K2 Mindre allvarlig	2	4	6	8
K1 Ringa	1	2	3	4
Konsekvens/ Sannolikhet	S1 Mycket liten	S2 Liten	S3 Stor	S4 Mycket stor

REGION
JÄMTLAND
HÄRJEDALEN
REVISIONSKONTORET

Revisionsrapport

Granskning av styrelsens internkontrollplan

Therese Norrbelius
Kommunal yrkesrevisor
Tfn: 063-147527

Therese Norrbelius
Kommunal yrkesrevisor
Tfn: 063-147527

Innehållsförteckning

1 SAMMANFATTNING 4

2 INLEDNING/BAKGRUND 5

3 SYFTE, REVISIONSFRÅGA OCH AVGRÄNSNING 5

4 REVISIONSKRITERIER 6

5 METOD 6

6 RESULTAT 6

6.1 HAR STYRELSENS INTERNKONTROLLPLAN UPPRÄTTATS I ENLIGHET MED REGIONENS INTERNKONTROLLREGLEMENTE? 6

6.1.1 Iakttagelser 7

6.1.2 Bedömning och rekommendationer 8

6.2 FINNS RUTINER FÖR EN VÄL FUNGERANDE RAPPORTERING OCH UPPFÖLJNING AV STYRELSENS INTERNKONTROLLPLAN? FÖLJS RUTINERNA? 8

6.2.1 Iakttagelser 9

6.2.2 Bedömning och rekommendationer 10

6.3 FINNS RUTINER FÖR ATT FÖLJA UPP OCH ÅTGÄRDA AVVIKELSER SOM IDENTIFIERATS VID UPPFÖLJNING AV STYRELSENS INTERNKONTROLLPLAN? 10

6.3.1 Iakttagelser 10

6.3.2 Bedömning och rekommendationer 11

6.4 SLUTSATS 11

7 ANSVARIGA FÖR GRANSKNINGENS GENOMFÖRANDE 11

8 BILAGOR 12

8.1 BILAGA 1- RISKKARTA 12

Therese Norrbelius
Kommunal yrkesrevisor
Tfn: 063-147527

1 SAMMANFATTNING

Granskningens övergripande syfte har varit att svara på om styrelsens internkontrollplan för år 2015 är upprättad i enlighet med internkontrollreglemente och kommunallag samt om det finns tillfredställande rutiner för återrapportering och uppföljning.

Inledningsvis vill vi nämna att vi under granskningen noterat att arbetet med internkontrollplanen är under utveckling, vilket är positivt. Vi har dock i granskningen noterat vissa brister där ytterligare åtgärder kan vidtas för att stärka arbetet med internkontrollplanen ytterligare.

Kartläggningen av regionens riskområden behöver utvecklas för att säkerställa att väsentliga riskområden inte utelämnas och att rätt riskområden prioriteras i åtgärdsplaner. Det finns även anledning att se över rutinen för vilka som involveras i kartläggningen av riskerna och tydliggöra stabschefernas ansvar att fånga alla verksamheter. I granskningen har framkommit kritiska synpunkter på arbetet med kartläggningen t.ex. från patientsäkerhetsenheten med sina verksamhetsövergripande erfarenheter som inte efterfrågats i arbetet med internkontrollplanen.

I våra intervjuer har även framkommit att det inte hos alla berörda är klargjort vilka som är dom bakomliggande orsakerna till riskerna i internkontrollplanen och även en oklarhet över vilka personer som är ansvariga att återrapportera åtgärderna i planen. Vi bedömer att dokumentation av risk- och väsentlighetsanalyserna, från kartläggningen, skulle ge bättre förutsättningar för riskvärderingen, tydliggöra motiveringen av riskerna och därmed underlätta återrapportering för ansvariga samt ge ett bra underlag inför nästkommande års risk- och väsentlighetsanalys. Vi ser även att tydligare kommunikation mellan samordningskansliet, stabscheferna och de som utsetts som ansvariga för internkontrollplanens riskområden kan stärka rutinen för återredovisning och även klargöra vad ansvaret innebär.

Enligt uppgift har rutinen för planering av återrapportering förbättrats, dock uteblev återredovisningen för tre av de tio riskområdena i internkontrollplanen vid styrelsens uppföljning i maj. Styrelsens återrapportering av arbetet med internkontrollplanen till fullmäktige har uteblivit vilket inte är tillfredställande.

Sammanfattningsvis är vår bedömning att internkontrollplanen i stort är upprättad i enlighet med internkontrollreglementet, men att det finns brister i rutinerna för kartläggningen av riskerna vilket gör att det finns en risk att riskområden inte fångas i analysen. Det finns även brister i rutinerna för återrapportering och uppföljning, då det från flera av de intervjuade framkommit oklarheter kring riskområdens bakomliggande orsaker och vilka som är ansvariga för att följa upp riskerna.

Vi lämnar följande rekommendationer:

- ✓ Klargör vikten av grundligt genomförda risk- och väsentlighetsanalyser. Ta tillvara på regionens befintliga resurser t.ex. erfarenheter från patientsäkerhetsenheten och tydliggör stabschefernas ansvarsområden för att säkerställa att samtliga riskområden i organisationen fångas vid kartläggningen.
- ✓ Dokumentera risk- och väsentlighetsanalyserna för att tydliggöra motivering och prioritering av riskområdena och underlätta vid uppföljning och planering.
- ✓ Tydliggör och kommunicera om innehållet i internkontrollplanen, ansvaret för återrapportering mm med de utsedda ansvariga och stabschefer för genomförandet av åtgärder och uppföljning av planen.

Therese Norrbelius
Kommunal yrkesrevisor
Tfn: 063-147527

2 INLEDNING/BAKGRUND

Styrelsen har enligt KomL 6 kap. ett uppdrag att leda och samordna regionens angelägenheter samt ha uppsikt över att regionens verksamhet bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt. Styrelsen ansvarar för att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten i övrigt bedrivs på ett i övrigt tillfredställande sätt.

Av *Reglemente för regionstyrelsen i Region Jämtland Härjedalen 2015-2018* framgår att styrelsen ska ha uppsikt över verksamheterna och se till att den interna kontrollen är tillräcklig, bl.a. genom att årligen fastställa en plan och följa upp den interna kontrollen.

Syftet med intern kontroll är att säkerställa att de av fullmäktige fastställda målen uppfylls inom ramen för gällande lagar. Om rutinerna för arbetet med den interna kontrollen inte fungerar tillfredsställande finns en risk för att regionen inte når uppsatta mål.

Det har i revisorernas tidigare granskning framkommit att risk- och väsentlighetsanalysen inte gjorts i enlighet med internkontrollreglementet vid framtagandet av internkontroll planen för 2014. Det noterades även en brist att styrelsen trots konstaterade avvikelser inte gjort ansvarsutkrävande eller beslutat om krav på handlingsplaner[1].

Regionens revisorer har genom sin risk- och väsentlighetsanalys bedömt det angeläget att genomföra en granskning av regionstyrelsens arbete med internkontrollplanen. Granskningen ingår i revisorernas revisionsplan för år 2015.

3 SYFTE, REVISIONSFRÅGA OCH AVGRÄNSNING

Syfte

Granskningens syfte har varit att bedöma om styrelsens internkontrollplan är upprättad i enlighet med det internkontrollreglemente regionfullmäktige beslutat om, kommunallagen samt om det finns tillfredställande rutiner för återrapportering och uppföljning.

Revisionsfrågor

Granskningen besvarar följande revisionsfrågor:

- Har styrelsens internkontrollplan upprättats i enlighet med regionens internkontrollreglemente?
- Finns rutiner för en väl fungerande rapportering och uppföljning av styrelsens internkontrollplan?
- Följs rutinerna för rapportering och uppföljning?
- Finns rutiner för att följa upp och åtgärda avvikelser som identifierats vid uppföljning av styrelsens internkontrollplan?

[1] REV/9/2014

Therese Norrbelius
Kommunal yrkesrevisor
Tfn: 063-147527

Avgränsning

Granskningen har avgränsats till regionstyrelsens internkontrollplans uppbyggnad utifrån internkontrollreglementet samt rutiner för återrapportering och uppföljning. Granskningen omfattar inte kvalitén i den återrapportering och uppföljning som sker eller värderat beslutade åtgärder.

4 REVISIONSKRITERIER

Uppfylls kraven enligt:

- Kommunallag (1991:900) 6 kap. 1-7 §§ styrelsens uppgifter och ansvar
- Reglemente för regionstyrelsen i Region Jämtland Härjedalen 2015-2018 (LS/185/2014)
- Internkontrollreglemente för Region Jämtland Härjedalen (LS/1477/2014)

5 METOD

Granskningen har genomförts genom dokumentanalys och intervjuer med berörda tjänstemän.
Dokument som granskats är internkontrollreglemente, internkontrollplan för år 2015 och styrelse- och fullmäktigeprotokoll.
Intervjuer har genomförts med planerings- och beställarstabschefen, patientsäkerhetsenhetschefen, kanslichef och samordnaren vid samordningskansliet. Kortare avstämningar har genomförts med cheferna för upphandlingsenheten och beställarenheten samt hälso- och sjukvårdsdirektören.

6 RESULTAT

6.1 Har styrelsens internkontrollplan upprättats i enlighet med regionens internkontrollreglemente?

Enligt Internkontrollreglemente för Region Jämtland Härjedalen ska:

- stabschefer årligen genomföra risk- och väsentlighetsanalyser i syfte att ta fram underlag till nästa års internkontrollplan. Resultatet av risk- och väsentlighetsanalyserna ska dokumenteras och redovisas för regiondirektören.

- regionstyrelsen årligen fastställa en internkontrollplan för nästkommande verksamhetsår.

- det vid arbetet med intern kontroll finnas en tydlighet i arbetsuppgifter, ansvar, funktioner och fördelning av dessa.

Therese Norrbelius
Kommunal yrkesrevisor
Tfn: 063-147527

6.1.1 Iakttagelser

Internkontrollplanens struktur

Regionstyrelsens internkontrollplan antogs 2015 i november 2014[2]. Planen är indelad i fem kontrollområden; medarbetare, verksamhetsresultat, patient, samhälle och delegationer[3]. Planen innehåller de delar som ska ingå enligt reglementet, med undantag för tidpunkt för återrapportering till styrelsen.

Tabell 1: Mall internkontrollplan LS/1477/2014

Rutinerna för arbetet med internkontrollplanen

Samordnaren betonar att arbetet med internkontrollplanen fortfarande är under utveckling

Risk	Konsekvens	Åtgärd	Riskbedömning (kopplat till riskkarta)	Ansvarig	Rapportering

och kan förbättras ytterligare t.ex. genom bättre precision av riskerna. Inför nästa års plan planeras, enligt uppgift, att stabscheferna samlas för en gemensam genomgång av risk- och väsentlighetsanalyserna för att ge möjlighet till en mer samlad bild och en liktydig bedömning av riskerna.

Rutinen inför 2015 års internkontrollplan har, enligt uppgift, varit att stabscheferna enskilt analyserat fram respektive stabs riskområden utifrån regionens strategiska mål, värderat dem enligt riskkartan (Se bilaga 8.1) och lämnat materialet till samordningskansliet för sammanställning. Fördelningen har, enligt uppgift, varit två-tre insatser per kontrollområde för att det ska vara rimligt för de som utsetts till ansvariga för återrapportering att hinna med. Det är de högst prioriterade riskområdena som kommit med i slutversionen, och styrelsen har haft möjlighet att komplettera planen om de önskat.

Arbetet med kartläggning och analysering av riskområdena behöver utvecklas

Enligt internkontrollreglementet är riskbedömning en process där följande ingår:

- Kartläggning
- Uppskattning av konsekvens och sannolikhet
- Aktiviteter för att bearbeta riskerna

Det har i granskningen framkommit olika beskrivningar om hur stabernas risk- och väsentlighetsanalys har genomförts. En iakttagelse är att kartläggningen inte gjorts i verksamheterna, vilket gör att det finns en risk att områden som borde prioriterats inte har identifierats.

[2] 2014-11-04—05, 248 §
[3] Delegationer tillkom efter revisorernas rekommendation vid 2014 års granskning av styrelsens arbete, ansvar och uppföljning (REV/9/2014)

Therese Norrbelius
Kommunal yrkesrevisor
Tfn: 063-147527

Vi har noterat att stabschefernas ansvarsområden vid kartläggningen inte framgår helt tydligt. Planeringschefen avsåg t.ex. att riskområdena mellan Hälsovalet och den regiondrivna primärvården skulle lyftas av primärvårdschefen utifrån perspektivet som utförare (dvs. i hälso- och sjukvårdsstabens analys) och tog därmed inte upp riskområdet i sin analys. Det framgår inte av denna granskning om detta var ett riskområde som fanns med i hälso- och sjukvårdsstabens ursprungliga kartläggning, riskområdet var dock inte med i slutprodukten.

Planeringschefen uppger att värderingen av stabens riskområden, dvs. uppskattningen av konsekvens och sannolikhet, gjordes av samordningskansliet. Enligt uppgift fanns inom stabens kartläggning riskområden som borde prioriterats högre än de som slutligen kom med i den färdigställda planen t.ex. inom fastighetsområdet. En otydlig riskbeskrivning eller en annorlunda bedömning av samordningskansliet kan, enligt planeringschefen, vara orsaken till detta.

Vi har i granskningen noterat kritiska synpunkter av arbetet med kartläggningen av internkontrollplanens riskområden. Patientsäkerhetsenheten ställer sig frågande till varför inte deras enhet tillfrågats att medverka i processen med kartläggningen med tanke på att enheten landstingsövergripande arbetar med intern kontroll. Enheten har en mängd mätresultat som visar på riskområden som uppges vara lämpliga att arbeta med från högre nivå.

6.1.2 Bedömning och rekommendationer

- Internkontrollplanens struktur avseende formalia överensstämmer med kriterierna i internkontrollreglementet, med undantag för tidpunkten för återrapportering till styrelsen där det endast står halvårsvis. Vi bedömer att ett datum skulle tydliggöra och stärka rutinen för de utsedda ansvarigas arbete.

- Kartläggningen av regionens riskområden behöver utvecklas. För att få en fullständig bild av alla verksamheter bedömer vi att det av stor vikt att grundliga inventeringar genomförs inför analyserna för att säkerställa att väsentliga riskområden inte utelämnas och att rätt riskområden prioriteras.

- Vi ser positivt på det utvecklingsarbete som pågår t.ex. den gemensamma träff med stabscheferna som kanslichefen planerat inför nästkommande års internkontrollplan. Vi ser dock ett behov av att tillvarata t.ex. patientsäkerhetsenhetens och centrumchefernas insyn i processen för att eliminera risken att områden ”faller mellan stolarna”.

Vi rekommenderar att vikten av grundligt genomförda risk- och väsentlighetsanalyser inklusive en gedigen kartläggning av verksamheternas riskområden tydliggörs.

Vi rekommenderar att regionens befintliga resurser tas tillvara på, och att stabschefernas ansvarsområden klargörs för att säkerställa att alla verksamheters identifierade riskområden fångas vid kartläggningen.

6.2 Finns rutiner för en väl fungerande rapportering och uppföljning av styrelsens internkontrollplan? Följs rutinerna?

Enligt Internkontrollreglemente för Region Jämtland Härjedalen ska:

- ❖ Respektive stabschef ansvarar för att kontroller som beslutats om i planen sker samt att de regelbundna uppföljningarna dokumenteras och lämnas till föredragande tjänsteman (som sammanställer materialet till styrelsens sammanträde).

Therese Norrbelius
Kommunal yrkesrevisor
Tfn: 063-147527

- Regiondirektören ansvara för att analysera resultatet, föreslå förbättringsåtgärder och halvårsvis presentera en rapport för styrelsen om resultatet av internkontrollen (vad som gjorts samt resultat av genomförda aktiviteter avseende internkontrollen)

- Regionstyrelsen under året, löpande följa upp den upprättade internkontrollplanen, avkräva ansvar för att åtgärdsplaner blir upprättade, genomförda och uppföljda i de fall där så krävs.

- Regionstyrelsen själva årligen informera fullmäktige om resultatet av genomförda kontroller enligt internkontrollplanen.

6.2.1 Iakttagelser

Ansvarsrollen och rutiner för uppföljning är otydlig

Av internkontrollreglementet framgår att det vid arbetet med intern kontroll ska finnas en tydlighet i arbetsuppgifter, ansvar, funktioner och fördelning av dessa. Det råder en oklarhet avseende ansvarsfördelningen i internkontrollplanen. Enligt uppgifter har flera av de som listats som ansvariga i planen inte varit samma person som återredovisat punkten. Dessa personer har i några fall inte heller delegerats uppgiften av den ansvarige. En av de ansvariga har inte alls involverats i uppföljningen av sin ansvarspunkt, utan uppger att kansliet erhållit återredovisningen från en annan person inom enheten.

Utifrån vad som framkommit i granskningen har ingen dokumentation gjorts t.ex. i form av bruttolista eller motivering till prioriteringar av riskområdena. Av internkontrollreglementet framgår att resultatet av risk- och väsentlighetsanalyserna ska dokumenteras, men det framgår inte om den slutliga planen är tillräcklig som dokumentation.

Vi har även noterat att det råder oklarheter om bakomliggande orsaker till de risker som listats i internkontrollplanen t.ex. motivering, hur värdering gjorts och vilken stab som kartlagt och prioriterat riskområdet. Om detta hade dokumenterats skulle uppföljningsarbetet troligen underlättats för de som delegerats att följa upp riskområden de ej varit med och kartlagt.

Uteblivna återrapporteringar till vid styrelsens sammanträde i maj

Enligt samordnaren har rutinen för planering av återrapporteringen förbättrats, jämfört med tidigare år då en mer sporadisk uppföljning skedde. Vid styrelsens sammanträde i maj uteblev dock rapportering för tre av punkterna. Enligt uppgift var orsaken att uppföljningen inte hann lämnas in i tid, men att rapportering av dessa punkter kommer att ske i augusti, vilket även framgår av beslut i styrelseprotokoll[4].

Vid tidigare återrapporteringar har samordningskansliet redovisat internkontrollplanens resultat för styrelsen. Vi sammanträdet i maj bedömde styrelsens presidium i samråd med kanslichefen att en ärendebeskrivning var tillräcklig. Samordnaren hänvisar till att det i uppföljningen inte framkommit något som måste åtgärdas och att styrelsen troligen varit mer angelägen av en redovisning i de fall att uppföljningen visat på brister. En annan orsak uppges vara ett stort antal övriga ärenden vid sammanträdet.

[4] RS/805/2015

Therese Norrbelius
Kommunal yrkesrevisor
Tfn: 063-147527

Fullmäktige har inte informerats av styrelsen

Enligt internkontrollreglementet ska styrelsen årligen informera fullmäktige om resultatet av de genomförda kontrollerna som återrapporterats från internkontrollplanen. Detta har styrelsen inte gjort. Enligt uppgift planeras detta att göras i november.

6.2.2 Bedömning och rekommendationer

- Rutinerna för arbetet med internkontrollplanen behöver tydliggöras. Det råder oklarhet såväl för de utsedda ansvariga, som för de som tagit fram planen kring vem som är ansvarig för återrapportering av punkterna i planen.
- När det gäller dokumentationen av risk- och väsentlighetsanalyserna framgår det inte helt tydligt av internkontrollreglementet vad kravet är. Vi bedömer att dokumentation av arbetet skulle ge bättre förutsättningar för, och tydliggöra, motiveringen och prioritering, av riskerna, klargöra rutinerna för ansvariga vid återrapportering samt ge ett bra underlag inför nästkommande års risk- och väsentlighetsanalys.
- De uteblivna återredovisningarna tyder på att det finns otydlighet i rutinen för uppföljning. Utebliven uppföljning kan innebära att det finns en risk för att stora avvikelser finns inom området som styrelsen inte har kontroll över. Vi bedömer att en tydligare beskrivning av vad ansvaret innebär kan stärka rutinen.
- Det är inte tillfredställande att styrelsens återrapportering till fullmäktige uteblivit.

Vi rekommenderar att styrelsen tydliggör och kommunicerar med internkontrollplanens utsedda ansvariga. Klargör även vad det innebär att vara ansvarig för återrapportering av internkontrollplanens punkter.

Vi rekommenderar att arbetet med risk- och väsentlighetsanalyserna dokumenteras för att tydliggöra motivering och prioritering av riskområdena och för att underlätta uppföljning och planering.

6.3 Finns rutiner för att följa upp och åtgärda avvikelser som identifierats vid uppföljning av styrelsens internkontrollplan?

Enligt Internkontrollreglemente för Region Jämtland Härjedalen ska:

- ❖ Respektive stabschef ansvara för att beslutade kontroller sker.
- ❖ Eventuella större avvikelser ska rapporteras enligt gällande avvikelsehantering.
- ❖ Regionstyrelsen ska samt avkräva ansvar för att åtgärdsplaner blir upprättade, genomförda och uppföljda i de fall där så krävs.

6.3.1 Iakttagelser

Rutin för uppföljning och åtgärd vid avvikelser

Återrapportering av internkontrollplanen ska enligt internkontrollreglementet ske två gånger per år. Det som behöver följas upp ytterligare ska, enligt samordnaren, bli ett ärende och handläggas enligt ordinarie ärendeprocess. Avvikelser som identifieras mellan rapporteringstillfällena ska hanteras genom avvikelserapportering.

Inget ärende eller ytterligare avvikelse har uppkommit kring punkterna i internkontrollplanen, enligt samordnaren.

Therese Norrbelius
Kommunal yrkesrevisor
Tfn: 063-147527

Om ytterligare uppföljning eller åtgärd av avvikelser krävs finns, enligt samordnaren, tre vägar:

- Stabschefen själv (eller den som är ansvarig enligt planen) tar initiativet till uppföljning.
- Kansliberedningen tar upp frågan i dialog med stabschef (eller ansvarig) om att sätta in en uppföljningspunkt.
- Styrelsen beslutar om att uppföljning ska ske.

Styrelsen har vid sammanträdet i maj inte avkrävt något ansvar för de uteblivna återredovisningarna, vilket enligt uppgift, kan härledas till att rutinen är relativt ny. Ingen ytterligare åtgärdsplan av någon punkt i internkontrollplanen har heller krävts. Det är första gången återredovisning uteblir, skulle händelsen upprepas kommer problemet lyftas, uppger kanslichefen. Vidare kommer riskområden i internkontrollplanen som inte åtgärdats under året framledes följa med till nästkommande års plan.

6.3.2 Bedömning och rekommendationer

- Vi bedömer att rutiner finns, men konstaterar att ingen ytterligare uppföljning eller åtgärd av identifierade avvikelser utöver den ordinarie uppföljning har beslutats.

6.4 SLUTSATS

Granskningens syfte var att svara på om styrelsens internkontrollplan är upprättad i enlighet med internkontrollreglementet som regionfullmäktige beslutat om, kommunallagen samt om det finns tillfredställande rutiner för återrapportering och uppföljning.

Vår bedömning är att internkontrollplanen i sin struktur är upprättad i enlighet med internkontrollreglementet. I granskningen har dock framkommit att det finns delar i arbetet med internkontrollplanen som behöver utvecklas. Detta gäller kartläggning och analysering av risker där det saknas uppgifter från verksamheterna. Det finns även brister i rutinerna för återrapportering och uppföljning, då det framkommit flera oklarheter kring riskområdens bakomliggande orsaker och vilka som är ansvariga för att följa upp riskerna.

7 ANSVARIGA FÖR GRANSKNINGENS GENOMFÖRANDE

Projektledare[5]:	Kvalitetssäkring[6]:
Therese Norrbelius Kommunal yrkesrevisor	Majvor Enström Revisionsdirektör Certifierad kommunal revisor

[5] Projektledare svarar för kvalitetssäkring gentemot uppgiftslämnare och av de insamlade uppgifter som används i analysen. Projektledaren har det primära ansvaret för att den analys och de bedömningar och förslag som förs fram är tillräckligt underbyggda.

[6] Ansvarig för kvalitetssäkring har det övergripande ansvaret för att kontrollera om granskningen har en tillräcklig yrkesmässig och metodisk kvalitet samt att det finns en överensstämmelse mellan revisionsfrågorna/kontrollmålen, metoder, fakta, slutsatser/bedömningar och framförda förslag.

Therese Norrbelius
Kommunal yrkesrevisor
Tfn: 063-147527

8 BILAGOR

8.1 BILAGA 1- RISKKARTA

Riskkarta för internkontroll

K4 Mycket allvarlig	4	8	12	16
K3 Allvarlig	3	6	9	12
K2 Mindre allvarlig	2	4	6	8
K1 Ringa	1	2	3	4
Konsekvens/ Sannolikhet	S1 Mycket liten	S2 Liten	S3 Stor	S4 Mycket stor

Planerings- och beställarstaben
Ingela Jönsson
Tfn: 063-14 77 62
E-post: ingela.jonsson@jll.se

2015-10-05

RS/1215/2015

Regionstyrelsens svar på revisorernas granskning av primärvårdens övergripande planering 2015

Region Jämtlands Härjedalens revisorer har genomfört en granskning av den övergripande planeringen av primärvården. Granskningens övergripande syfte är att svara på om regionstyrelsen har en tillfredställande planering av primärvården på länsnivå. Rapport över granskningen är gjord 2015-06-29.

Planerings- och beställarstaben har ansvarat för sammanställningen av detta svar.

En övergripande kommentar är att det 2015 inte är enbart Regionstyrelsens ansvar för ”planering av primärvården på länsnivå”. Regionstyrelsen har ansvar för att planera, styra och följa upp den regiondrivna primärvården inom ramen för Hälsovalets förfrågningsunderlag. Det är Vårdvalsnämnden som ansvarar för utformandet av beställningen av primärvård i länet och att ge likartade förutsättningar för regiondriven och privat driven primärvård utifrån befolkningens behov. Regionstyrelsen lämnar svar på de slutsatser som avser driften av primärvården och vårdvalsnämnden för övriga slutsatser.

I övrig besvaras och kommenteras vart och ett av revisorernas iakttagelser och bedömningar (kursiva citat från revisionsrapporten):

- ✓ *”Enligt vår bedömning finns rutiner för en kartläggning av befolkningens behov av god vård i enlighet med Hälso- och sjukvårdslagen. Dock framkommer från intervjuer förslag på förbättringsområden.”*

Ansvar för detta delas av både regionstyrelsen och vårdvalsnämnden. De kartläggningar som görs handlar om befolkningsutveckling, flyktingmottagande, turismutveckling mm som i första hand handlar om volymer, åldersstrukturer mm för hela länet sammantaget. Det som diskuteras som förbättringsområden är analyser av mer kvalitativa variabler t ex hur kan befolkningens behov analyseras mer detaljerat när det gäller geografiska skillnader i socioekonomiska villkor, eller olika geografiska områdens olikheter i befolkningens levnadsvillkor och därmed sjukdomar, eller förklaringar till olikheter i hur vård nyttjas av befolkningen – allt för att få mer kunskap om det som påverkar likvärdig vård. Då befolkningsunderlaget i Region Jämtland Härjedalen är lågt blir det svårt att få ut statistik för enskilda hälsocentraler kring ovanstående frågor. Ett arbete pågår dock i norra regionen om inköp av ett system som bättre stödjer uppföljning på hälsocentralsnivå.

- ✓ *”Det finns förbättringsområden som att bättre tar tillvara resultatet av folkhälsoenkäten i planeringsarbetet”*

Den nytillträdda chefen för den regiondrivna primärvården konstaterar att det finns variationer mellan regionens hälsocentraler och övrig regiondriven primärvårds-verksamhet gällande i vilken utsträckning detta underlag utgör en del i planeringsarbetet. Hon ser sitt ansvar i att samordna arbetet utifrån de analyser av folkhälsoenkäten som finns per kommun när verksamheten ska planeras för kommande år.

- ✓ *”Enligt Hälso- och sjukvårdslagen skall planeringen ske utifrån befolkningens behov och statens prioriteringsordning. Detta uppges i förarbetena till lagen vara särskilt viktigt då det råder ett ansträngt ekonomiskt läge. Den medicinska samordnaren efterlyser därför tydligare prioriteringar i planeringsarbetet.”*

Den regiondrivna primärvårdens chef konstaterar att primärvården har ett stort uppdrag genom styrningen utifrån både hälsovalet och regiondirektörens uppdrag. Utöver det tillkommer projekt och utvecklingsarbeten på övergripande nivå, lokalt, regionalt och nationellt. Verksamheten har stora utmaningar med personalbrist och behöver många gånger prioritera vad som är viktigast. I planeringsarbetet tenderar regionen, liksom säkert många andra, att lägga ribban högre än vad som kanske är rimligt utifrån de förut-sättningar som råder.

- ✓ *”Det pågår ett planeringsarbete för att pröva om andra yrkeskategorier kan överta en del av läkarens arbetsuppgifter, så att läkarresursen kan utnyttjas mer optimalt. Samtidigt med detta planeringsarbete införs ett nytt vårdadministrativt system som enligt uppgift kräver 10 % mer läkartid utöver den tid själva införandet tar.”*

Enligt IT-chefen gjordes under juni en förändring i behörighetskonfiguration för primärvården, i syfte att ge användaren förvalda värden och funktioner utifrån arbets-plats och yrkesroll. Rätt använd ger förändringen ett enklare och smidigare flöde vid arbete i systemet. Beslutet togs i ledningsgruppen i början av juni med snabb verkställig-het utifrån insikt om de problem som identifierats. En avstämning mot ärenden i COSMIC support visar dock att information om förändringen inte varit tillräcklig. Användare saknar kunskap om hur inloggning bör ske och nyttjar därmed inte de för-bättringar den nya konfigurationen kan ge. Därför kommer ytterligare informations/ utbildningsinsatser att göras för primärvården.

- ✓ *”Enligt uppgift har, trots rekryteringsgruppens arbete, bemanningsläget avseende läkare inte markant förbättrats sedan föregående år. Planeringen har fokuserats på att lösa det akut upp-komna behovet av distriktsläkare. Vi saknar dock en kartläggning av kompetensbehovet av övriga yrkeskategorier i planeringsarbetet”*

I den långisktiga utvecklingsplanen för god ekonomisk hushållning finns satsnings-området Kompetensförsörjning. Inför framtagandet av satsningsområdet, fastställdes behovet av en modell för att strukturellt och systematiskt kunna förutse kommande behov. Svensk standard för kompetensförsörjning bedömdes vara en modell som tillgodoser detta. En projektplan med nedanstående innehåll togs fram och projektet startades:

- Införa Svensk standard för långsiktig kompetensförsörjning

- Ta fram förslag för systemstöd
- Utbilda chefer
- Ta fram handlingsplan för långsiktig kompetensförsörjning, kopplad till LUP god ekonomisk hushållning. Handlingsplanen ska revideras årligen.

Handlingsplanen anger bl a :

- Varje verksamhet ska ha en kompetensförsörjningsplan. Planen ska i samband med budgetarbetet uppdateras och revideras vid behov.
- Varje medarbetares kompetens ska kartläggas och dokumenteras löpande.
- Prognoser på Region Jämtland Härjedalens kompetensförsörjningsbehov ska upprättas i 4-, 8- och 12-årsperspektiv utifrån verksamheternas kompetens-försörjningsplaner. Prognoserna ska revideras varje år.
- Aktivitetsplaner kopplat till prognoserna ska upprättas i 1-, 4-, 8- och 12-års perspektiv. De ska revideras årligen.

Svensk standard för kompetensförsörjning kommer när den har införts att ge bättre styrförmåga på kompetensförsörjningen, underlag för bättre bemanningsplanering och svar på vilket behov och omfattning av kompetens som Region Jämtland Härjedalen har. Systemstöd för detta arbete är under upphandling.

Den regiondrivna primärvårdens chef konstaterar att arbetet med kompetenskart-läggning planeras och förväntas bli välfungerande. När det gäller rekryteringsgruppen så har arbetet under år 2015 resulterat i fyra utlandsrekryteringar. Just nu pågår planering och budgetering av nästa års arbete i denna grupp. Diskussioner förs om huruvida de enbart ska rikta sig till distriktsläkare eller om det även är intressant att titta på rekrytering av andra yrkesgrupper som börjar bli svårrekryterade, exempelvis distrikts-sköterskor.

✓ *”Utifrån intervjuer har framkommit att Torvalla hälsomottagning ska få viss läkarbemanning under hösten 2015. Något styrelsebeslut avseende detta har inte fattats. Centrumchefen för primär-vården och ordförande för regionstyrelsen anser att en sådan åtgärd ska kunna rymmas i den befogenhet som finns inom förvaltningen.”*

När det gäller Torvalla pågår det för närvarande en utvärdering av hur konceptet med Torvalla som hälsomottagning har fallit ut och vad som är realistiskt och önskvärt läge för framtiden. En risk- och konsekvensanalys har upprättats, ekonomisk beräkning av nuvarande och alternativa upplägg ska genomföras. Utvärderingen är ännu inte klar och resultatet av den avgör vilka ändringar som kan bli aktuella. Strävan är att eventuella förändringar ska ske vid årsskiftet.

✓ *”Det finns former för planering av centrumövergripande processer, dock framkommer uppgifter om att det går trögt avseende Samzyn- dokumenten, och en anledning som nämns är brist på läkar-medverkan i arbetet med att ta fram dessa dokument. Enligt den medicinska samordnaren före-kommer det fall där det saknas en samsyn mellan primärvård och specialiserad vård när det gäller gränsyta. Detta löses i de allra flesta fallen, dock inte alltid vilket medför att patienter riskerar att hamna mellan stolarna.”*

I förslaget till struktur för primärvården som behandlades av regionstyrelsen i september finns förslag på att arbeta med flödesscheman både för att tydliggöra och föra över arbetsuppgifter mellan yrkeskategorier inom primärvården men också för att tydliggöra

rollerna för primärvården och specialiserade vården – allt för att uppnå Lägsta Effektiva Omhändertagande Nivå, LEON.

Chefen för den regiondrivna primärvården konstaterar att svårigheten ligger i att prioritera utvecklingsarbete, även om verksamheten är överens om att det är nödvändigt och ska prioriteras. Dialogkonferenser kommer att genomföras med de olika yrkesgrupperna inom primärvården som ett första steg i genomförandet av LUP primärvårdsstruktur. Syftet är att få en hög delaktighet, engagemang för frågorna samt att identifiera gemensamma mål med arbetet som ska leda till positiva effekter för både patienter och medarbetare inom primärvården.

En förutsättning för ett högt deltagande och framgång i förändringsarbetet är att primärvården prioriterar det som görs utifrån LUP primärvårdsstruktur och verksamhetsplanerna. Svårigheten ligger i att det sannolikt kommer att komma fler uppdrag och projekt som måste prioriteras in.

- ✓ *"Det är viktigt att det finns rutiner som säkerställer att beställarchefen i god tid får vetskap om förändringar som har bäring på primärvårdens uppdrag. En konsekvens kan annars bli att uppdraget och ersättningen inte harmoniserar."*

Denna fråga besvaras av Vårdvalsnämnden.

- ✓ *"Vi anser det otillfredsställande att det saknas MLU på några hälsocentraler. Detta förhållande medför en brist för planeringsarbetet inom den enskilda hälsocentralen. Fortsatta åtgärder bör därför vidtas för att dessa befattningar besätts.*

Chefen för den regiondrivna primärvården konstaterar att det tyvärr är svårt på vissa håll att ha MLU överallt särskilt där det nästan inte finns någon fast läkare. Åtgärder pågår som redovisats för att rekrytera läkare och vissa positiva signaler finns. Olof Englund har fungerat som MLU i Östersundsområdet. Ute i övriga närvårdsområden har man kunnat hitta lösningar efterhand.

- ✓ *"I Regionstyrelsens ansvar ingår att säkerställa att verksamheten bedrivs utifrån mål, lagar och föreskrifter. Vi anser det därför otillfredsställande att inte det skett en uppföljning och utvärdering av om intentionerna med LOV uppnåtts inför kommande planering."*

Denna fråga besvaras av Vårdvalsnämnden.

- ✓ *"Lagen om valfrihetssystem ställer krav på transparens när det gäller ersättning som ligger till grund för hur uppdraget räknats fram och att undvika fria nyttigheter. Konkurrensverket har uppmanat landstinget att visa på hur OH- kostnader beräknats. Styrelsen har höjt ersättningsnivån från 6 kronor till 30 kronor efter en analys. Något underlag för denna analys har dock inte presenterats. Om sådant underlag saknas rekommenderar vi styrelsen att ta fram ett sådant underlag, dels utifrån lagens krav och Konkurrensverkets uppmaning, och dels utifrån att ersättningen varken skall vara för låg eller för hög"*

Denna fråga besvaras av Vårdvalsnämnden.

- ✓ *"Vid tidpunkten för vår granskningen var flera delar av LUP-primärvård ännu inte färdigutredda, och där beslut skall tas redan under hösten. Enligt uppgift är planen det ska finnas en*

rapport om LUP-primärvård färdig i augusti och regionstyrelsen ska fatta beslut i frågan under hösten. I intervjuerna framkommer en tveksamhet till att tidsplanen kommer att hålla då projektledaren slutat och en ny primärvårdschef har tillträtt. Då vi inte kunnat ta del av några kalkyler för de presenterade kostnadsbesparingsförslagen i LUP:en har vi inte kunnat bedöma trovärdigheten i att de förväntade besparingseffekterna ska kunna uppnås."

- ✓ *"Kompetenstapp och tempotapp i samband med byte av projektledning riskerar bli följden av att nyckelpersoner för projektledningen slutar. För att minska risken för detta är det bl.a. viktigt att det finns en tillräcklig projektdokumentation. Då inte Projektil använts för genomförande av projektet bör motsvarande dokumentation säkerställas på annat sätt. Dokumentationen bör också finnas sökbar efter projektavslut.*

- ✓ *"Enligt de intervjuade skulle ett förankringsarbete ske under sommaren. Detta har enligt uppgift inte hunnits med. Vi anser att det därför finns risk för att delar av förankringsarbetet uteblir, alternativ att tidplanen inte kommer att hållas. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen har regionen en samverkansskyldighet med externa parter i samband med planeringsarbetet."*

Den tidplan som revisorerna ovan hänvisar till har trots personalförändringarna kunna hållas. Regionstyrelsen fattade beslut på septembermötet och ärendet ska hanteras av regionfullmäktige i oktober. Den nytillträdda primärvårdschefen har en arbetsgrupp och projektledare utsedda för att kunna starta genomförandearbetet direkt när besluten är tagna. Samverkan med externa parter har inte skett eftersom de förslag som finns handlar om att effektivisera inom den regiondrivna primärvården.

- ✓ *"Utifrån intervjuer och den beräknings som ligger till grund för framräknandet av den totala potten för vårdvalet framkommer indikationer på att vårdvalet är underfinansierat. Enligt Lagen om valfrihet riskerar en underfinansiering av vårdvalet att lagens intentioner med ökad mångfald inte uppnås."*

Prioritering av ekonomiska ramar är regionfullmäktiges uppgift, där avvägningar av alla behov slutligen görs. I det kärva ekonomiska läge som Region Jämtland Härjedalen har finns i nuläget inget ekonomiskt utrymme för att öka budgeten för Hälsovalet. Det är utifrån det faktumet som LUP-åtgärdspaketet angående strukturen för primärvården har hanterats. Fokus där är åtgärder som ska effektivisera den regiondrivna primärvården så att den kan inrymmas i den tilldelade potten för Hälsovalet.

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Ann-Marie Johansson
Regionstyrelsens ordförande

Björn Eriksson
Regiondirektör

REGION
JÄMTLAND
HÄRJEDALEN
Revisorerna Jämtland Härjedalen

Skrivelse

2015-06-16

Dnr REV/9/2015

Revisionsdirektör Majvor Enström
Tfn: 063- 147528

Regionstyrelsen

Granskning av Primärvården – övergripande planering

Regionens revisionskontor har på vårt uppdrag genomfört en granskning av om planeringen av primärvården. Granskningens övergripande syfte är att svara på om Regionstyrelsen för Jämtland Härjedalen har en tillfredställande planering av primärvården på länsnivå.

Granskningen har omfattat processer och former för planeringen av primärvården. I granskningen har det även ingått att pröva om det finns former för att identifiera gränsytor och samverkan med den specialiserade vården. Vi har också granskat om det skett en tillfredsställande samverkan med externa parter för planeringens genomförande.

I granskningen har även ingått att pröva om det sker en planering för att säkerställa konkurrensneutraliteten och som en del i detta hur den landstingsdrivna primärvården skall lyckas driva sin verksamhet utan underskott.

Resultatet av granskningen i sin helhet redovisas i bifogad granskningsrapport och i sammanfattningen de delar som vi revisorer särskilt vill lyfta fram.

Vi emotser senast den 21 september 2015 en redovisning av vilka åtgärder som Regionstyrelsen vidtar eller avser att vidta med anledning av granskningsresultatet.

För revisorerna i Region Jämtland Härjedalen

Mona Nyberg
Ordförande

Annelie Bengtsson
Vice ordförande

Bilaga
Rapporten Granskning av Primärvården 2015 – övergripande planering

Kopia till
Fullmäktiges presidium
Vårdvalsnämnden
Regiondirektören
Hälso- och sjukvårdsdirektören
Planeringschefen
Chefen för beställarenheten
Centrumchefen för Primärvården

REGION
JÄMTLAND
HÄRJEDALEN
REVISIONSKONTORET

REVISIONSRAPPORT

GRANSKNING AV PRIMÄRVÅRDEN 2015 – ÖVER-GRIPANDE PLANERING

Jan-Olov Undvall

Innehållsförteckning

1 SAMMANFATTNING 3
2 INLEDNING/BAKGRUND 4
3 SYFTE, REVISIONSFRÅGA OCH AVGRÄNSNING 5
4 REVISIONSKRITERIER 6
5 METOD 6
6 RESULTAT 7
6.1 Planeringsansvaret 7
6.2 Kartläggning av befolkningens framtida behov av primärvård 7
6.3 Att kartlägga och tillgodose kompetensbehovet 9
6.4 Kartläggning av behovet av ändamålsenliga lokaler 10
6.5 Gränsytor och samverkan gentemot den specialiserade vården 12
6.6 Säkerställs konkurrensneutraliteten i planeringen? 13
6.7 Planering av landstingsdrivna primärvården utan underskott 15
6.8 Organisering och ansvarsfördelning för planeringens genomförande (LuP:en) 17
6.9 Tid och kompetenser för att genomföra planeringen (LUP:en) 17
7 ANSVARIGA FÖR GRANSKNINGENS GENOMFÖRANDE 19
8 LITTERATURFÖRTECKNING 20

1 SAMMANFATTNING

Det övergripande syftet med granskningens har varit att svara på om Regionstyrelsen för Jämtland Härjedalen har en tillfredställande planering av primärvården på länsnivå.

Hälso- och sjukvårdslagen anger att landstinget har ett ansvar att planera sin hälso- och sjukvård utifrån befolkningens behov. Enligt lagens förarbeten bör planeringen av hälso- och sjukvården utgå ifrån primärvården då denna anses vara basen i hälso- och sjukvården.

Några av granskningen iakttagelser och bedömningar sammanfattas i det följande:

- Enligt vår bedömning finns rutiner för en kartläggning av befolkningens behov av god vård i enlighet med Hälso- och sjukvårdslagen. Dock framkommer från intervjuer förslag på förbättringsområden.
- Det pågår ett planeringsarbete för att pröva om andra yrkeskategorier kan överta en del av läkarens arbetsuppgifter, så att läkarresursen kan utnyttjas mer optimalt. Samtidigt med detta planeringsarbete införs ett nytt vårdadministrativt system som enligt uppgift kräver 10 % mer läkartid utöver den tid själva införandet tar.
- Sedan hälsovalsreformens införande 2010 utformas primärvårdens uppdrag i ett s.k. förfrågningsunderlag. För att ett förändrat uppdrag för primärvården skall komma med i förfrågningsunderlaget måste detta vara känt före mars året innan. Det är därför viktigt för planeringsprocessen att det finns rutiner som säkerställer att Beställarenheten i god tid får vetskap om ev. förändringar av primärvårdens uppgifter.
- Det saknas fortfarande MLU[1] på några hälsocentraler. Enligt uppgift kan detta förhållande medföra en brist för planeringsarbetet inom den enskilda hälsocentralen. Fortsatta åtgärder bör därför vidtas för att dessa befattningar besätts.
- Vid tidpunkten för granskningen innehåller LUP- primärvård[2] flera ej färdigutredda delar. Enligt flera av de intervjuade kommer det förankringsarbete som skulle ske under sommaren inte hinnas med. I intervjuerna har även framkommit att det kommer uppstå ett kompetens- och tempotapp i samband med byte av projektledning och byte av primärvårdschef. Vi rekommenderar regionstyrelsen att uppmärksamma det ovan nämnda i det fortsatta projektarbetet så att en tillfredställande beredning av LUP- primärvård kan säkerställas.
- Lagen om valfrihetssystem ställer krav på transparens när det gäller hur, den ersättning som ligger till grund för uppdraget, räknats fram och att undvika fria nyttigheter. Konkurrensverket har uppmanat landstinget att visa på hur OH- kostnader beräknats. Styrelsen har höjt ersättningsnivån från 6 kronor till 30 kronor efter en analys. Något underlag för denna analys har dock inte presenterats. Om sådant underlag saknas rekommenderar vi styrelsen att ta fram en sådan, dels utifrån lagens

[1] MLU = Medicinskt ledningsuppdrag. Om verksamhetschefen inte är läkare behöver denne en MLU för planeringen av verksamheten.

[2] LUP- primärvård är den del av långsiktig utvecklings plan för god ekonomisk hushållning som handlar om primärvården.

krav och Konkurrensverkets uppmaning, och dels utifrån att ersättningen varken skall vara för låg eller för hög.

2 INLEDNING/BAKGRUND

Regionen Jämtlands Härjedalens revisorer har bedömt det angeläget att genomföra en granskning av den övergripande planeringen av primärvården.

2008 fastställde landstingsfullmäktige primärvårdens uppdrag, struktur och finansieringsform fram t.o.m. 2015 (LS/306/2007). Följande vägledande huvudprinciper slogs fast:

- *Närhetsprincipen*: Patienten ska vara i fokus och vården ska ges så nära hemmet som möjligt
- *Samordning*: Mellan primärvård, kommun och specialistvård med fokus på patientens behov.
- *Ekologiskt hållbar*: Patientens miljöpåverkan ska vara så liten som möjligt.
- *Folkhälsofrämjande.*
- *Anpassningsbar verksamhet*: Primärvården ska anpassas efter förändringar i befolkningsunderlag, medicinska behov eller ekonomiska förutsättningar.
- *Uppföljnings- och utvärderingsbar verksamhet.*

2009 infördes valfrihetssystem i landstinget. Landstingsfullmäktige fastställde ramarna för hälsovalet i dokumentet ”Valfrihetssystem inom primärvården i Jämtlands läns – politisk inriktning” (LS/628/2009). En modell för över och underskottshantering fastställdes (LS/42/2010) vilket innebar att ett underskott ska regleras inom de kommande tre åren.

Revisorernas granskningar har visat att primärvården står inför flera stora framtida utmaningar att hantera. Granskningen från 2014 visade bl.a. att stafettläkarstoppet inneburit att flera läkare slutat och som en följd av detta bristande kontinuitet och bristande kvalitetsarbetet. Vidare visade granskningen på otillräckliga resurser för flyktingmottagandet, bristande telefontillgängligheten och att vissa hälsocentraler saknade ändamålsenliga lokaler, t.ex. Lungvik hälsocentral och Odensala HC.

Den landstingsdrivna primärvården har inte lyckats finansiera sin verksamhet inom kapiterings systemet sedan hälsovalet infördes. För 2014 blev underskottet -32,9 mkr vilket är en försämring på 14,7 mkr jämfört 2013. Prognos för 2015 är -26,4 mkr.

I den långsiktiga utvecklingsplanen för god ekonomisk hushållning ingår struktur för den framtida primärvården som en del (LS/1758/2012). En rapport med förslag till ny struktur för Östersunds närvårdsområde planeras att presenteras i maj 2015 och för övriga länet i slutet av 2015.

3 SYFTE, REVISIONSFRÅGA OCH AVGRÄNSNING

Syfte

Granskningens övergripande syfte är att svara på om Regionstyrelsen för Jämtland Härjedalen har en tillfredställande planering av primärvården på länsnivå.

Revisionsfrågor

Granskningen har följande revisionsfrågor:

- Ingår i planeringen en tillfredställande kartläggning av befolkningens framtida behov av hälso- och sjukvård och hur primärvårdens framtida kompetensbehov och behovet av ändamålsenliga lokaler ska tillgodoses?
- Ingår i planeringen att identifiera gränsytor och hur samverkan ska ske gentemot den specialiserade vården?
- Ingår i planeringen hur konkurrensneutralitet skall säkerställas? Och, som en del i detta, hur den landstingsdrivna primärvården skall lyckas driva sin verksamhet utan underskott?
- Finns en tydlig organisering och ansvarsfördelning för planeringens genomförande?
- Finns tillfredsställande förutsättningar för planeringens genomförande i form av tid och kompetenser?
- Sker en tillfredställande samverkan med berörda externa parter?

4 REVISIONSKRITERIER

Uppfylls kraven på:

- Hälso- och sjukvårdslagen 3 §, Varje landsting skall erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget.
- Hälso- och sjukvårdslagen 7 §, Landstinget skall planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i befolkningens behov av sådan vård.
- Hälso- och sjukvårdslagen 8 §, I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården skall landstinget samverkan med samhällsorgan, organisationer och privata vårdgivare.
- Patientlagen (2014:821)
- Lag (2008:962) om valfrihetssystem. 2 § att alla leverantörer skall behandlas på ett likvärdigt och icke diskriminerande sätt.
- Fullmäktiges beslut om en konkurrensneutral organisation
- Regionplanen 2015

5 METOD

Granskningen genomförs genom dokumentanalys och djupintervjuer.

Intervjuer har genomförts med följande personer:

- Ordföranden och ledamot från regionstyrelsen
- Hälso- och sjukvårdsdirektör
- Ekonomidirektör
- Planeringschef
- Beställarchef
- Centrumchef för Primärvården
- Medicinsk samordnare för Primärvården
- Projektledare för Långsiktig utvecklingsplan delprojekt primärvård (LUP- primärvård)
- Samordnare för projektet Långsiktig utvecklingsplan

6 RESULTAT

6.1 Planeringsansvaret

(Siffra inom parantes hänvisar till litteraturförteckningen i slutet av rapporten)

Enligt HSL 7 § har landstinget ett ansvar att planera sin hälso- och sjukvård utifrån befolkningens behov och statens prioriteringsordning. Planeringsansvaret gäller i första hand dem som är bosatta i landstinget, men även i övrigt verka för en god hälsa hos hela befolkningen (1).

Statens prioriteringsordning innebär att vid en prioritering utifrån ekonomiska restriktioner skall planering utgå från de grundläggande principerna: människovärdesprincipen[3], behovs- och solidaritetsprincipen[4] och kostnadseffektivitetsprincipen[5]. Det två förstnämnda principerna är överstående den tredje.

Landstingets planeringsansvar omfattar även den hälso- och sjukvård som erbjuds av privata vårdgivare. Detta innebär att landstinget i sin planering måste hålla sig underrättad om andra vårdgivares planer, t.ex. nedläggning av en verksamhet (1).

Vid planeringen förutsätts en samverkan med andra myndigheter och organisationer, främst primärkommunerna. Främst avser detta gemensamma områden som äldreomsorg, handikappsomsorg, missbruksvård etc. (1).

Planeringen av hälso- och sjukvård bör utgå från primärvården

Enligt lagens förarbeten till hälso- och sjukvårdslagen bör planeringen av hälso- och sjukvården utgå ifrån primärvården då denna anses vara basen i hälso- och sjukvården (1).

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen är primärvården inte i första hand ett organisatoriskt begrepp, utan betecknar en vårdnivå som skall tillgodose befolkningens basala behov av hälso- och sjukvård (1).

Primärvårdens ansvarsområde gentemot den specialiserade vården avgränsas genom att primärvården svarar för hälso- och sjukvård som inte kräver specialistvårdens teknik, kunskap och utrustning (1).

6.2 Kartläggning av befolkningens framtida behov av primärvård

Enligt Regionens styrmodell sker en kartläggningen av befolkningens framtida behov av hälso- och sjukvård i arbetet med att ta fram planeringsförutsättningar. Planeringsförutsättningarna utgör grunden för regionens övergripande mål i regionplanen och regionstyrelsens och nämndernas verksamhetsplaner (3).

---

[3] Människovärdesprincipen innebär att alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället.

[4] Behovs- och solidaritetsprincipen innebär att resurserna bör fördelas efter behov.

[5] Kostnadseffektivitetsprincipen innebär att det i planeringen bör eftersträvas en rimlig relation mellan kostnad och effekt, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet vid val mellan olika verksamheter eller åtgärder.

Ansvaret för att ta fram planeringsförutsättningarna ligger främst på styrelsen och på utskotten till styrelsen. Enligt regionstyrelsens ordförande är politikerna numera tidigt inne i processen med att ta fram planeringsförutsättningarna.

Planeringschefen har fått i uppdrag att bistå vid den politiska beredningen av planeringsförutsättningarna. Syftet med planeringsförutsättningarna är, enligt planeringschefen, att ta fram ett faktaunderlag för verksamheten att ha med sig i planeringen. Enligt planeringschefen har kartläggningen fokuserats på att följa befolkningsutvecklingen, flyktingutveckling och turismutvecklingen etc.

Den kartläggningen som presenteras i planeringsförutsättningarna är på länsnivå. Planeringschefen anser att det kan finnas skäl att förfina kartläggningen med lokala behovsanalyser utifrån perspektivet jämlik vård på närvårdsområdesnivå och att det finns planer på att genomföra en sådan pilotstudie.

Planeringsförutsättningarna ligger till grund för förfrågningsunderlaget

Sedan hälsovalsreformens införande 2010 formas primärvårdens uppdrag i ett s.k. förfrågningsunderlag. Fr.o.m. 2015 bereds förfrågningsunderlaget av Vårdvalsnämnden. Den kartläggning som sker i arbetet med planeringsförutsättningarna ska ligga till grund för uppdraget i förfrågningsunderlaget.

Vårdvalsnämnden gör årliga uppföljningar av uppdraget i förfrågningsunderlaget. Förfrågningsunderlaget skickas på en remissrunda till primärvårdens utförare och representanter i de olika staberna.

De uppgifter som skall finnas med i förfrågningsunderlaget för nästkommande år måste, enligt regionens budgetmodell, i praktiken vara klart i mars året innan. Införandet av Vårdvalsnämnden har medfört kortare tid att bereda förfrågningsunderlaget då det måste passera både vårdvalsnämnden och regionstyrelsen innan det fastställs av regionfullmäktige. Efter att regionfullmäktige har fastställt förfrågningsunderlaget skall uppdraget i princip ligga fast.

Enligt regionens styrmodell skall de övergripande målen i regionplanen ligga till grund för utformningen av nämndernas verksamhetsplaner och även förfrågningsunderlaget. Att regionplanen fastställs i juni och uppdraget i förfrågningsunderlaget i praktiken skall vara klart i mars innebär att förfrågningsunderlaget i är klart innan regionplanen har fastställts. För att lösa detta fastställs mål och mätetal i förfrågningsunderlaget i november, enligt beställarchefen.

När det gäller den landstingsdrivna delen av primärvården sker också en planering i och med att verksamhetsplanen för centrum primärvård tas fram.

Att upprätthålla konkurrensneutralitet i beredningen av förfrågningsunderlaget

För att bl.a. bättre säkerställa konkurrensneutralitet i arbetet med att utforma uppdraget i förfrågningsunderlaget har Vårdvalsnämnden inrättats. Ledamöterna i Vårdvalsnämnden är inte ledamöter i Regionstyrelsen. Dock har vårdvalsnämnden ingen egen förvaltning. Den tjänsteman som är ansvarig för framtagandet av förfrågningsunderlaget är beställarchefen. Denna är underställd planeringschefen. Enligt beställarchefen har det ännu inte uppstått någon situation där konkurrensneutraliteten åsidosatts i planeringsarbetet, men att det teoretiskt skulle kunna uppstå en sådan situation.

Ett bättre tillvaratagande av resultatet av folkhälsorapporten

Hälso- och sjukvårdsdirektören är strategiskt ansvarig för hälso- och sjukvården, dock utan något linjeansvar. Hälso- och sjukvårdsdirektören anser det önskvärt att primärvården till-

varatar resultatet av folkhälsoenkäten bättre i sitt planeringsarbete. Resultatet av folkhälsoenkäten presenteras i kommunrapporter vilket enligt direktören skulle kunna vara ett bra underlag för den enskilda hälsocentralen att använda i sitt planeringsarbete.

Avsaknad av prioriteringar

För att kunna hantera verksamheten utifrån det svåra ekonomiska läget önskar den medicinska samordnaren för primärvården tydligare prioriteringar av verksamheten. Anledningen till det inte sker mer prioriteringar i planeringsarbetet tror den medicinska samordnaren beror på att flera ansvariga chefer saknar adekvat sjukvårdserfarenhet och därför har svårt att föra diskussioner och föreslå sådana beslut.

Bedömning och kommentar

- Enligt vår bedömning har inget i granskningen framkommit som direkt tyder på att kartläggningen av behovet av primärvård inte skulle ske i enlighet med Hälso- och sjukvårdslagen. Dock framkommer i intervjuerna att det finns förbättringsområden som att bättre tar tillvara resultatet av folkhälsoenkäten i planeringsarbetet, samt att involvera lokala behovsplaneringar utifrån jämlik vård.
- Enligt Hälso- och sjukvårdslagen skall planeringen ske utifrån befolkningens behov och statens prioriteringsordning. Detta uppges i förarbetena till lagen vara särskilt viktigt då det råder ett ansträngt ekonomiskt läge. Den medicinska samordnaren efterlyser därför tydligare prioriteringar i planeringsarbetet.

6.3 Att kartlägga och tillgodose kompetensbehovet

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen skall det där det bedrivs hälso- och sjukvård finnas den personal som behövs för att god vård skall kunna ges (HSL 2e§).

Utifrån genomförda intervjuer är fokus i arbetet med att kartlägga kompetensbehovet, främst behovet av läkarkompetens, samt i viss utsträckning behovet av distriktssköterskor.

Efter stafettläkarstoppet blev bristen på distriktsläkare akut inom flera hälsocentraler. Beslutet togs sedermera tillbaka och ett nytt beslut fattades 2013 av landstingsstyrelsen om att nyttjandet av stafettläkare skulle upphöra senast inom två år, vilket innebär att nyttjandet av stafettläkare ska upphöra under oktober 2015. Enligt beslutet skulle det tas fram en plan för hur detta skulle ske.

Beslutet om stafettläkarstopp anser samliga intervjuade vara orealistiskt. Regionstyrelsens ordförande uppger att hon därför skall ta initiativ till nytt beslut tas.

I samband med beslutet om stafettläkarstopp från 2013 skulle det göras en analys av varför arbetade timmar ökat medan produktionen minskar, samt göra en översyn av arbetsorganisationen (4). Vi har efterfrågat denna analys och översyn, men har inte fått något besked om att något sådant skett.

Rekryteringsgrupp inrättades

Som en del i planen att bli oberoende av stafettläkare inrättades en strategisk rekryteringsgrupp under 2014 som arbetar med att rekrytera läkare bl.a. genom rekrytering från utlandet. Enligt verksamhetsberättelsen för primärvården har dock användandet av stafettläkare och arvodesläkare ökat (5). Enligt den medicinska samordnaren är bemanningsläget avseende läkare ungefär samma nivå som föregående år.

Kompetensväxling

Planer finns på en kompetensväxling, dvs. att distriktssköterskorna utbildas att göra en del av läkarnas uppgifter och undersköterskorna utbildas att göra en del av distriktssköterskornas uppgifter. **L**ägsta **e**ffektiva **o**mhändertagande**n**ivå (LEON- principen) nämns som ett sätt för att frigöra tid för läkarna att kunna ägna mer tid åt de med de största behoven.

Enligt planeringschefen pågår ett arbete "Vem gör vad i vården" med att pröva olika angreppssätt för att stimulera till en kompetensförskjutning, bl.a. att pröva vilka arbetsuppgifter som läkarna idag gör som går att lägga på sköterskor. Arbetet har i en första fas bedrivits inom sjukhuset, men kommer i en senare fas också omfatta primärvården, enligt planeringschefen.

Införande av Cosmic och pensionsavgångar

Införandet av Cosmic och stundande pensionsavgångar uppges vara en utmaning i arbetet med att minska stafettläkarberoendet. Införandet av Cosmic uppges ha haft stor negativ inverkan på primärvårdens produktion. Den medicinska samordaren bedömer att Cosmic tar ca 10 % längre tid för läkaren att använda jämfört med VAS, utöver tidsåtgången för införandet. Enligt den medicinska samordnaren finns också en oro för hur kommande pensionsavgångar ska kunna ersättas med nya läkare.

Bedömning och kommentar

- Vi noterar att det pågår aktiviteter för att tillgodose behovet av läkarkompetens. Diskussioner om kompetensväxling pågår, vilket kan medföra att tid frigörs för läkarna. Planeringsprocessen för LUP- primärvård är ännu inte slutförd, men vad vi kan se kommer det krävas bl.a. fortsatt utredningsarbete, utbildningsinsatser och ev. investeringar i nödvändig utrustning samt vissa informationsinsatser mot allmänheten.
- Det pågår ett planeringsarbete för att pröva om andra yrkeskategorier kan överta en del av läkarens arbetsuppgifter och därmed frigöra tid för läkaren, så att läkarresursen kan nyttjas mer optimalt. Samtidigt med detta planeringsarbete införs ett nytt vårdadministrativt system som enligt uppgift kräver 10 % mer läkartid utöver den tid själva införandet tar.
- Enligt uppgift har, trots rekryteringsgruppens arbete, bemanningsläget avseende läkare inte markant förbättrats sedan föregående år. Planeringen har fokuserats på att lösa det akut uppkomna behovet av distriktsläkare. Vi saknar dock en kartläggning av kompetensbehovet av övriga yrkeskategorier i planeringsarbetet.

6.4 Kartläggning av behovet av ändamålsenliga lokaler

Där det bedrivs hälso- och sjukvård skall det finnas de lokaler som behövs för att god vård skall kunna ges (HSL 2e§). Enligt förarbetena till HSL innebär detta att de utrymmen där vård ges skall vara av gott skick. Lokalerna skall vara anpassade för att tillgodose patienternas behov av trygghet och integritet (1).

Närhetsprincipen, som fullmäktige har beslutat om, innebär att vården skall ges så nära hemmet som möjligt (6).

Enligt regionstyrelsens ordförande är ett politiskt mål som ska beaktas i LUP- arbetet att den vård som är möjlig ska ges så nära hemmet som möjligt. Innehåll och arbetsätt kan förändras men de lokaliseringar som finns behöver sannolikt vara kvar, enligt henne, för att uppnå målet och minska sjukresorna.

Struktur för landstingsdrivna primärvården

Projektet ”Ny start Östersund” som resulterade i rapporten ”Struktur för landstingsdrivna primärvården i Östersunds kommun” genomfördes 2011-2012. I rapporten framkom olika sammanslagningsalternativ av hälsocentraler (7).

Vid landstingsstyrelsens möte i december 2012 fick landstingsdirektören i uppdrag att till mars 2013 ta fram en genomförandeplan för sammanslagningar, samlokaliseringar eller nya geografiska placeringar för hälsocentralerna inom Östersunds kommun, exklusive Brunflo och Lit (7).

I februari 2013 beslutade landstingsfullmäktige dels att lokalisering av hälsocentraler inom Östersunds kommun, exklusive Brunflo och Lit får förändras genom sammanslagningar, samlokaliseringar eller nya geografiska placeringar (7).

I april 2013 beslutade landstingsstyrelsen i ett första steg att samordning ska ske av Odensala och Torvalla hälsocentraler och i augusti beslutades att lokalisera de båda hälsocentralerna till Odensala (7).

För övrig primärvård inom Östersunds kommun beslutade styrelsen att arbetet med genomförandeplanen skulle redovisas med förslag till beslut för landstingsstyrelsen i november 2013 (7).

Någon fullständig genomförandeplan togs dock aldrig fram. Däremot togs det fram en målbild för primärvården inom Östersunds kommun. I november 2013 beslutade landstingsstyrelsen att arbetet med genomförandeplanen ska ske mot målbilden och att ett förslag till beslut skulle presenteras för styrelsen i augusti 2014 (8). Något förslag och beslut avseende detta togs dock inte i augusti 2014. Enligt planeringschefen berodde detta på att det då beslutats att strukturarbetet för primärvården skulle ingå i LUPen varför det inte blev aktuellt med en redovisning i augusti.

Stafettläkarstopp ledde till en omfattande omlistning

Som vi tidigare nämnt beslutade landstingsstyrelsen under våren 2013 om ett stafettläkarstopp. Som en följd av bl.a. det svåra bemanningsläget upphörde Torvallas hälsocentral under 2013 och blev en hälsomottagning. Torvallas sextusen patienter fick lista sig till Brunflo och Odensala. För Odensala innebar detta svårigheter lokalmässigt då det fanns begränsade möjligheter att expandera i befintliga lokaler. Även för Lungviks hälsocentral medförde stafettläkarstoppet svårigheter att klara inflödet av patienter i befintliga lokaler.

Enligt centrumchefen fanns inte förutsättningar att fortsätta med strukturarbetet efter stafettläkarstoppet, då arbetet fick fokuseras på att klara de akuta problem som beslutet medförde.

Översynen av struktur för den landstingsdrivna primärvården övergick i LUP:en

Landstingsstyrelsen beslutade i maj 2014 om att arbetet med att se över strukturen för den landstingsdrivna primärvården skulle ske som ett delpaket i den långsiktiga utvecklingsplanen LUPen. I november 2014 beslutade landstingsstyrelsen om inriktningen för LUP- primärvård. Enligt de intervjuade ingår det för närvarande inte i uppdraget att se över samlokaliseringar eller ny geografiska lösningar.

Utifrån intervjuer har framkommit att Torvalla hälsomottagning ska få viss läkarbemanning under hösten 2015. Något styrelsebeslut avseende detta har inte fattats. Centrumchefen för primärvården och ordförande för regionstyrelsen anser att en sådan åtgärd ska kunna rymmas i den befogenhet som finns inom förvaltningen.

Ändrade begrepp

Hälsocentral är numera ett begrepp som används enbart vid kommunikation mot allmänheten. Internt används i stället begreppet vårdenhet. Enligt uppgift finns det ett krav på att det ska finnas en vårdenhet inom varje kommun. Det är enbart till en vårdenhet som patienten kan lista sig till. Filial innebär ett begränsat vårdutbud.

Bedömning och kommentar

- Planeringen av primärvårdens lokaler inom Östersunds närvårdsområde har bytt inriktning. Från att lokalfrågan har haft ett mycket stort fokus i planeringsarbetet för några år sedan till att i stort sett inget fokus riktas mot denna fråga i nuläget. Som vi uppfattat det finns numera en politisk vilja att befintliga lokaler skall finnas kvar i möjligaste mån, vilket präglar nuvarande planeringsarbete.

6.5 Gränsytor och samverkan gentemot den specialiserade vården

Enligt Socialstyrelsens föreskrift för ett systematiskt kvalitetsarbete skall vårdgivaren identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet (9).

Zamsyn- dokument och Handläggningsöverenskommelser

Inom primärvården finns primärvårdskonsulter som arbetar med att identifiera och beskriva de processer som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet mellan primärvård och specialiserad vård. Processerna finns formulerade i s.k. Zamsyn- dokument. Dessa dokument beskriver vad primärvården respektive den specialiserade vården skall arbeta med inom specifika områden. Idag finns bl.a. Zamsyn- dokument för depression och självmord. Enligt hälso- och sjukvårdsdirektören finns en viss fördröjning i arbetet med att åstadkomma sådana överenskommelser, bl.a. pga. att det är svårt med läkarmedverkan i arbetet med att ta fram dessa dokument.

Handläggningsöverenskommelser innebär en övergripande beskrivning av vem som gör vad mellan primärvården och den specialiserade vården.

Centrumövergripande vårdprogram

Ytterligare arbete för att identifiera de processer som behövs för att förebygga vårdskador, enligt hälso- och sjukvårdsdirektören, är implementering av standardisering av vårdprogram för cancer, vilka berör både primärvård och specialiserad vård.

Hälso- och sjukvårdsdirektören menar att genom att implementera standardiserade vårdprogram som t.ex. för cancer kommer initiativ att tas till att fler processer som berör både primärvård och specialiserad vård, att standardiseras.

Fortlöpande frågeställningar avseende gränsdragningar

Enligt den medicinska samordnaren för primärvården är den största delen av primärvårdens verksamhet av sådan karaktär att det inte går att formulera ett vårdprogram kring dessa. Enligt honom förs fortlöpande diskussioner kring frågeställningar om vilken vård som skall utföras inom primärvården respektive inom den specialiserade vården.

Gränsdragningsfrågor blir ofta ärenden för den medicinska samordnaren att ta ställning till. Enligt denne kan en lösning av sådana ärenden ske på lite olika sätt beroende på vilken kompetens som finns på den enskilda hälsocentralen eller vilken kapacitet det finns där. I de allra flesta fall nås en överenskommelse mellan primärvården och specialistvården, dock

finns fall som initialt förblir olösta och medför en onödig fördröjning för patienten innan denne tas omhand.

Den medicinska samordnaren poängterar att brist på MLU[6] försvårar planeringen inom den enskilda hälsocentralen. Det saknas en befattning med helhetsgrepp avseende medicinska frågeställningar inom verksamhetsområdet vilket kan medföra risk för att nödvändig översyn av rutiner etc. uteblir.

Större förändringar bör finnas med i förfrågningsunderlaget

Enligt de intervjuade sker ständiga förändringar av vad primärvården skall göra, t.ex. provtagning inför operation, uppföljning av vissa läkemedel som ordinerats av specialistvården etc.

För att ett utökat uppdrag för primärvården skall komma med i förfrågningsunderlaget måste detta vara känt före mars året innan då förslag till förfrågningsunderlaget lämnas till politikerna för kommande år.

Chefen för Beställarenheten som ansvarar för beredningen av förfrågningsunderlaget önskar av nämnda anledning att bli bättre informerad om beslut som berör primärvården. Hon nämnder BOA- skolan (**B**ättre **o**mhändertagande efter **a**rtros) som ett exempel när hon inte blev informerad och uppdraget om detta inte hamnade i förfrågningsunderlaget. Detta påverkar de interna såväl som de privata utförarna.

Bedömning och kommentar

- Det finns former för planering av centrumövergripande processer, dock framkommer uppgifter om att det går trögt avseende Samzyn- dokumenten, och en anledning som nämns är brist på läkarmedverkan i arbetet med att ta fram dessa dokument.
- Enligt den medicinska samordnaren förekommer det fall där det saknas en samsyn mellan primärvård och specialiserad vård när det gäller gränsyta. Detta löses i de allra flesta fallen, dock inte alltid vilket medför att patienter riskerar att hamna mellan stolarna.
- Det är viktigt att det finns rutiner som säkerställer att beställarchefen i god tid får vetskap om förändringar som har bäring på primärvårdens uppdrag. En konsekvens kan annars bli att uppdraget och ersättningen inte harmoniserar.
- Vi anser det otillfredsställande att det saknas MLU på några hälsocentraler. Detta förhållande medför en brist för planeringsarbetet inom den enskilda hälsocentralen. Fortsatta åtgärder bör därför vidtas för att dessa befattningar besätts.

6.6 Säkerställs konkurrensneutraliteten i planeringen?

2010 blev vårdvalet obligatoriskt för samtliga landstings primärvård. Syftet med Lagen om valfrihet är att öka patienternas valfrihet och införa kvalitetskonkurrens. En förutsättning för att detta skall kunna nås är att det finns flera aktörer att välja på och att det finns information om utförarnas kvalitet (9).

[6] MLU = Medicinskt Lednings Uppdrag. De verksamhetschefer som själv inte är läkarutbildade ska ha en MLU till hjälp för bl.a. vissa medicinska planeringsfrågor.

Vårdvalet inom Jämtlands läns landsting kallas Hälsovalet Jämtlands län. Den ursprungliga avtalstiden för utförarna var 4 år. En uppföljning av avtalsperioden genomfördes under 2014 med representation från samtliga politiska partier i fullmäktige. Fokus för uppföljning var innehållet i uppdraget, ersättningsmodell, filialverksamhet, listningsregler och avtalstid.

Lagens intentioner för att öka patienternas valfrihet har dock inte varit föremål för uppföljningen av hälsovalet, enligt de intervjuade.

Enligt rapport från Konkurrensverket avviker Jämtlands läns landsting markant jämfört med övriga riket när det gäller andelen av befolkningen som har en extern utförare att välja på. 79 % av populationen Jämtlands län saknar en privat aktör att välja på vilket är högst i landet (10).

Modell för över- och underskottshantering tillämpas inte

I samband med införandet av hälsovalet 2009 beslutade landstingsfullmäktige om en konkurrensneutral organisation i vilken en del var en modell för över- och underskottshantering. Treårsplaner skulle införas, under och överskott skulle kunna sparas mellan åren. Ekonomiskt underskott skulle återställas inom tre år (11). För primärvården skulle principen tillämpas per närvårdsområde (12). Enligt ordförande för regionstyrelsen ändrades regelverket till att gälla över- och underskott för hela den landstingsdrivna primärvården.

Enligt centrumchefen för primärvården har dock modellen om över och underskottshantering aldrig tillämpats som den var tänkt från början. Primärvården har inte lyckats återställa några underskott sedan hälsovalet infördes 2010.

Privata utförare kompenseras i efterhand

Av intervjuerna har framkommit att konkurrensneutraliteten upprätthålls genom att de privata hälsocentralerna kompenseras om inte underskottet för den landstingsdrivna primärvården lyckas återställas efter tre år. Kompensationen till de privata hälsocentralerna utbetalas efter tredje året räknat från det år underskottet uppstod.

Enligt ansvarig tjänsteman på konkurrensverket går det inte att pröva konkurrensneutraliteten avseende det ovan nämnda förfarande utifrån Lagen om valfrihetssystem. Detta menar denne beror på att alla leverantörer ska behandlas lika, men med leverantörer avses enbart externa leverantörer och egenregi omfattas således inte av begreppet. Dock bör likabehandling eftersträvas så långt som möjligt utifrån EU:s direktiv om likabehandling[7].

OH- kostnader klarlagda?

Enligt Lagen om valfrihetssystem skall det tydligt framgå av förfrågningsunderlaget vilket uppdraget är och hur ersättningen för uppdraget framräknats. Man skall därför undvika schablonmässiga ersättningar. Om fria nyttigheter finns, skall dessa framgå av förfrågningsunderlaget (13).

Konkurrensverket har prövat konkurrensneutraliteten inom hälsovalet i jämtland avseende OH- kostnader och IT-kostnader[8]. Konkurrensverket uppmanade Jämtlands läns landsting att klargöra vilka fria nyttigheter som landstingsdrivna enheterna har och anpassa ersätt-

[7] Samtal med Leif Nordqvist på konkurrensverket den 6: maj 2015. Hänvisar till Konkurrensverkets prövning 581/2009.

[8] IT- kostnaden handlade om uppkoppling till Sjunet

ningsnivå därefter, alternativt fördela kostnaderna för de fria nyttigheterna på de egna landstingsdrivna enheterna (14).

En analys av IT kostnader uppges ha skett enligt ärendebeskrivning av Hälsoval 2015. Denna analys har resulterat i en höjning av ersättningen för OH kostnader från 6 kr till 30 kr per listad individ (15). Enligt beställarchefen har beräkningen utgått från bl.a. transparensutredningen inom tandvården. Någon kalkyl för hur OH- kostanden har räknats fram har dock inte presenterats för oss.

Särredovisning av hälsovalet i årsbokslutet

Redovisningen av hälsovalet skall enligt lagen om valfrihetssystem särredovisas från den del som är anslagsfinansierad. I primärvårdens redovisning har kostnaden för landstingets primärvård inom hälsovalsmodellen särredovisats, men inte i den samlade årsredovisningen. Enligt ekonomichefen kommer detta att korrigeras till nästa år.

Bedömning och kommentar

- I Regionstyrelsens ansvar ingår att säkerställa att verksamheten bedrivs utifrån mål, lagar och föreskrifter. Vi anser det därför otillfredsställande att inte det skett en uppföljning och utvärdering av om intentionerna med LOV uppnåtts inför kommande planering.
- Lagen om valfrihetssystem ställer krav på transparens när det gäller ersättning som ligger till grund för hur uppdraget räknats fram och att undvika fria nyttigheter. Konkurrensverket har uppmanat landstinget att visa på hur OH- kostnader beräknats. Styrelsen har höjt ersättningsnivån från 6 kronor till 30 kronor efter en analys. Något underlag för denna analys har dock inte presenterats. Om sådant underlag saknas rekommenderar vi styrelsen att ta fram ett sådant underlag, dels utifrån lagens krav och Konkurrensverkets uppmaning, och dels utifrån att ersättningen varken skall vara för låg eller för hög .

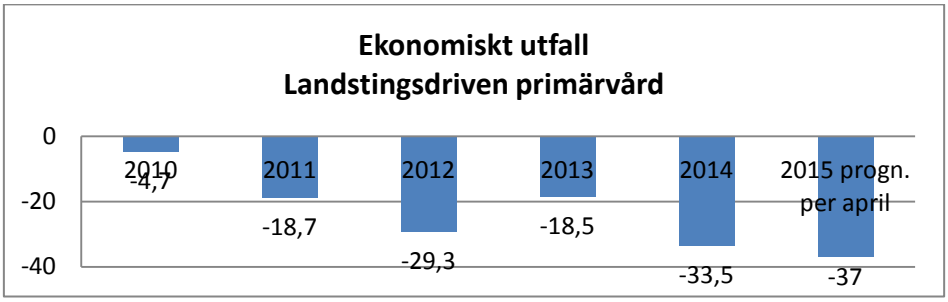
6.7 Planering av landstingsdrivna primärvården utan underskott

Enligt propositionen till lagen om valfrihetssystem framgår att det är viktigt att inte uppdraget är underprissatt. ”*Detta riskerar den upphandlande myndighetens egenregiverksamhetens existens, men även mångfalden och kvaliteten*”. Konkurrensverket påpekar att om en upphandlande myndighet trots rationaliseringar och effektivisering av verksamheten i egen regi, inte lyckas finansiera sin verksamhet inom ersättningsnivån, kan detta vara en indikation på att ersättningsnivån är för lågt satt” (15).

Enligt Konkurrensverket innebär ett oreglerat underskott för den egendrivna primärvården en subventionering av denna (17). En sammanställning från Konkurrensverket visar att andelen hälsocentraler som gick med underskott var högst i Jämtlands län och Norrbotten (18).

Stafettläkarkostnader lyfts fram av de intervjuade som det största enskilda problemet för att komma tillrätta med underskotten. I en rapport från Konkurrensverket lyftes även kostnader för sjukresor fram som ett mycket stort problem i Jämtlands län (18).

Planering för att komma ifrån de ständiga underskotten (LUP:en)



Syftet med LUP:en har varit att på sikt minska kostnaderna genom att hitta en ny struktur för den landstingsdrivna primärvården. I det ursprungliga uppdraget ingick också en översyn av närvården i Strömsund (Näva). Enligt uppgift är denna del av projektet klar. Östersunds närvårdsområde och övriga länet har sammanförts till en gemensam del, från att från början varit två separerade delar i projektet.

Regionstyrelsen fick en delrapportering av LUP:en i juni. Vi har tagit del av informationsmaterialet som utgjordes av OH- bilder. Det finns vid tidpunkten för granskningen inget förslag till rapport att ta del av. Vi har efterfrågat kalkyler över de åtgärdsförslag som tagits fram, men inga sådana har presenterats. LUP arbetet planeras vara klart för beslut av regionstyrelsen under hösten. Enligt uppgift ska ett rapportförslag finnas färdigt senast sista augusti. I enlighet med den ursprungliga tidplanen skulle dock en rapport ha presenterats i maj för regionstyrelsen (18).

Flera av de intervjuade är dock skeptiska till tidsplanen i LUP:en. Detta bl.a. pga. att projektledaren för LUP: primärvår avslutat sin anställning i juni och ny primärvårdschef har tillträtt under sommaren. Några av de intervjuade ser framför sig att det troligen måste bli någon form av omstart av projektet under hösten. Enligt samordnaren för LUP- arbetet bedöms det i nuläget inte vara aktuellt med en omstart.

Besparingskraven på primärvården ligger fast

Flera av de intervjuade framhåller att primärvården är underfinansierad, även så ordförande för regionstyrelsen. Enligt ekonomidirektören ligger dock besparingskravet på primärvården fast och det finns inga planer, enligt honom, på att skjuta till pengar till primärvården. Enligt ekonomichefen behövs ytterligare lika mycket besparingar till inom primärvården förutom de som finns målsatta i LUP:en.

På frågan om hur de ekonomiska besparingarna kommer att följas upp, svarar ekonomichefen att det tillsatts en grupp inom ekonomienheten att särskilt följa upp detta.

Vi har frågat ekonomichefen om det finns en beräkning av hur den totala potten i ersättning för hälsovalet räknats fram. Den beräkning som presenterats för oss är den sammanställning som gjordes inför införandet av vårdvalet 2010 och består i grunden av den ram som primärvården hade 2009, överföring av den ersättning som tidigare utbetalats till privata hälsocentraler, samt budgeterade medel för lab. och röntgen i och med införandet av köp/sälj. I beräkningen ingår också en neddragning av anslaget på drygt 23 mkr utifrån det omställningsarbete som gjordes 2010. Neddragningen på 23 mkr förutsatte dock en besparingsåtgärd som aldrig genomfördes, nämligen att öka antalet listade personer från 1600 till 1800 inom Östersunds närvårdsområde (18).

	2015	2016	2017	2018
Mål om besparingar i LUP.en	2 mkr	13 mkr		
Reviderat mål efter styrelsebeslut i juni 2015	2 mkr	2 mkr	8 mkr	3 mkr

En försvårande omständighet när det gäller att uppnå besparingskraven uppges handla om införandet av det vårdadministrativa systemet Cosmic, då införandet kräver en del dubbelarbete av läkaren. Detta beror på att patientuppgifter från det gamla journalsystemet måste föras över manuellt in i det nya.

Bedömning och kommentar

- Vid tidpunkten för vår granskningen var flera delar av LUP-primärvård ännu inte färdigutredda, och där beslut skall tas redan under hösten. Enligt uppgift är planen det ska finnas en rapport om LUP-primärvård färdig i augusti och regionstyrelsen ska fatta beslut i frågan under hösten. I intervjuerna framkommer en tveksamhet till att tidsplanen kommer att hålla då projektledaren slutat och en ny primärvårdschef har tillträtt.
- Då vi inte kunnat ta del av några kalkyler för de presenterade kostnadsbesparingsförslagen i LUP:en har vi inte kunnat bedöma trovärdigheten i att de förväntade besparingseffekterna ska kunna uppnås.
- Utifrån intervjuer och den beräknings som ligger till grund för framräknandet av den totala potten för vårdvalet framkommer indikationer på att vårdvalet är underfinansierat. Enligt Lagen om valfrihet riskerar en underfinansiering av vårdvalet att lagens intentioner med ökad mångfald inte uppnås.

6.8 Organisering och ansvarsfördelning för planeringens genomförande (LuP:en)

Enligt intervjuerna har det skett uppstartsmöten vid primärvårdens planeringsdagar under hösten 2014. Det som framkom vid dessa planeringsdagar har enligt uppgift utgjort utgångspunkt för det fortsatta arbetet.

<u>Delar av det formella regelverket för projektarbete har inte följts för LUP- primärvård</u>

Enligt direktiven för LUP- arbetet skulle projektet drivas enligt Projektil (19), vilket inte har skett. Vi har heller inte kunna se några beslut för hur projektledaren eller för hur övriga projektdeltagarna har utsetts.

6.9 Tid och kompetenser för att genomföra planeringen (LUP:en)

Projektledaren har haft 20 % för projektledning, vilket i praktiken varit en dag i veckan. Dock har denne samtidigt haft kvar sin ordinarie arbetsuppgifter. Projektledaren uppger sig i det läget då ha prioriterat projektet och fått ge avkall på ordinarie uppgifter. Han anser att detta förhållande inte har varit optimalt förhållande för projektledning. Totalt har under projekttiden tre personer ingått i projektgruppen. Projektgruppen har haft hjälp av en, för hela LUP- arbetet, projektanställd person med att sammanställa en rapport.

De intervjuade anser sig haft tillgång till de kompetenser man har varit i behov av. Medicinsk kompetens har dock inte ingått direkt i projektarbetet, men har enligt projektledaren kunnat införskaffas under hand.

Kompetenstapp i och med att projektledningens slutar

Projektledaren har aviserat att han skulle sluta sin anställning i juni, så även centrumchefen för primärvården. Enligt den senare kommer även fem chefer inom primärvården att sluta (projektledaren inräknad), vilket innebär att en stor del av primärvårdens ledningsgrupp byts ut. Enligt dåvarande centrumchefen har dock primärvårdens ledningsgrupp aktivt följt projektet.

Begränsad samverkan med berörda externa parter i LUP- primärvård

Enligt uppgift har det varit en begränsad samverkan med externa partner vid genomförande av projekt LUP- Primärvård. Enligt intervjuer skulle ett utkast med huvuddragen av förslagen förankras genom medborgardialoger under sommaren. Enligt uppgift har detta inte hunnits med.

För övrigt planeringsarbete sker samverkan i följande forum:

- SVOM – ny sjukvårdspolitik för länet
- Fredagsgruppen – Ädel avtal
- Ledningskraft – effektiva processer för de mest sjuka äldre

Bedömning och kommentar

- Kompetenstapp och tempotapp i samband med byte av projektledning riskerar bli följden av att nyckelpersoner för projektledningen slutar. För att minska risken för detta är det bl.a. viktigt att det finns en tillräcklig projektdokumentation. Då inte Projektil använts för genomförande av projektet bör motsvarande dokumentation säkerställas på annat sätt. Dokumentationen bör också finnas sökbar efter projektavslut.
- Enligt de intervjuade skulle ett förankringsarbete ske under sommaren. Detta har enligt uppgift inte hunnits med. Vi anser att det därför finns risk för att delar av förankringsarbetet uteblir, alternativ att tidplanen inte kommer att hållas. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen har regionen en samverkansskyldighet med externa parter i samband med planeringsarbetet.

7 ANSVARIGA FÖR GRANSKNINGENS GENOMFÖRANDE

Projektledare[9]:

Jan-Olov Undvall
Certifierad kommunal revisor

Kvalitetssäkring[10]:

Majvor Enström
Revisionsdirektör
Certifierad kommunal revisor

[9] Projektledare svarar för kvalitetssäkring gentemot uppgiftslämnare och av de insamlade uppgifter som används i analysen. Projektledaren har det primära ansvaret för att den analys och de bedömningar och förslag som förs fram är tillräckligt underbyggda.

[10] Ansvarig för kvalitetssäkring har det övergripande ansvaret för att kontrollera om granskningen har en tillräcklig yrkesmässig och metodisk kvalitet samt att det finns en överensstämmelse mellan revisionsfrågorna/kontrollmålen, metoder, fakta, slutsatser/bedömningar och framförda förslag.

8 LITTERATURFÖRTECKNING

1. **Sahling, Lars-Åke Johnsson Jan.** *Hälso- och sjukvårdslagen med kommentarer - åttonde upplagan*. Stockholm : Nordstedts Juridik AB, 2010. ISBN/978-91-39-11122-1.

2. **Region Jämtland Härjedalen.** Regionsstyrelsens sammanträdesprotokoll §18. 2015-02-11. RS/79/2015.

3. **Jämtlands läns landsting.** Plan för avveckling av stafettläkare inom primärvården. Dnr:LS/1314/2013.

4. —. Bokslut 2014 - Centrum för primärvård. 2015.

5. —. Primärvårdens struktur och utveckling. 2008. Dnr:LS/306:2007.

6. —. Struktur för landstingsdrivna primärvården i Östersunds kommun. Dnr:LS/1758/2012.

7. —. Utdrag ur sammanträdesprotokoll från landstingsstyrelsen . 2013-11-06. § 281.

8. **Socialstyrelsen.** Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete - Handbok för tillämpning av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9). 2012. ISBN: 978-91-87169-50-2.

9. **Sveriges Riksdag.** Prop. 2008/09:29 Lag Om Valfrihetssystem.

10. **Konkurrensverket.** Etablering och konkurrens bland vårdcentraler. Stockholm : u.n., 2014. ISSN-nr 1401-8438.

11. **Jämtlands läns landsting.** Uppdrag att utreda och införa konkurrensneutral organisation för primärvården i landstingets regi. Dnr:LS/935/2009.

12. —. Modell för över- och underskottshantering inom Jämtlands läns landsting. Dnr: LS/42/2010.

13. **Sveriges Riksdag.** Svensk författningssamling 2008:962 - Lag om valfrihetssystem.

14. **Konkurrensverket.** Påstått problme gällande brist på konkurrensneutralitet inom Hälsoval Jämtland. Dnr: 348/2013.

15. **Jämtlands läns landsting.** Utdrag sammanträdesprotokoll § 35 Hälsoval 2015. 2014-02-11--12. Dnr: LS/1867/2012.

16. **Konkurrensverket.** Kvalietetshöjande konkurrens i valfrihetssystem - vad krävs? 2012. ISSN-nr 1401-8438.

17. —. Etablering och konkurrens bland vårdcentraler - om kvalitetsdriven konkurrens och ekonomiska villkor. 2014. ISSN: nr 1401-8438.

18. **Jämtlands läns landsting.** Långsiktig plan för god ekonomisk hushållning - Paket 6 Förändra strukturen för primärvården, del 1. . 2014. Dnr:LS/1758/2012.

19. **Revisionskontoret Jämtlands läns landsting.** *Granskning av primärvården inom hälsovalsmodellen*. 2011. Dnr:Rev/21/2011.

20. **Jämtlands läns landsting.** Långsiktig utvecklingsplan för GOD EKONOMISK HUSHÅLLNING 2015-2025. ver 9. 2014. Dnr:LS/1810/2013.

21. **Johnsson, Lars-Åke.** *Patientlagen - En kommentar.* Stockholm : Nordstedts Juridik AB, 2015. ISBN:978-91-39-11440-6.

22. **Regeringskansliets förvaltningsavdelning.** Trygg och effektiv utskrivning från sluten vård - Betänkande av utredning om betalningsansvarslagen . Stockholm : u.n., 2015. SOU 2015:20.

Planerings- och beställarstaben
Monica Byvald
Tfn: 063-14 77 62
E-post: ingela.jonsson@jll.se

2015-10-26

VVN/31/2015

Vårdvalsnämndens svar på revisorernas granskning av primärvårdens övergripande planering

Region Jämtlands Härjedalens revisorer har genomfört en granskning av den övergripande planeringen av primärvården. Granskningens övergripande syfte är att svara på om Regionstyrelsen för Jämtland Härjedalen har en tillfredställande planering av primärvården på länsnivå. Rapport över granskningen är gjord 2015-06-29.

Planerings- och beställarstaben har ansvarat för sammanställningen av detta svar.

En övergripande kommentar är att det 2015 inte är enbart Regionstyrelsens ansvar för ”planering av primärvården på länsnivå”. Det är Vårdvalsnämnden som ansvarar för utformandet av beställningen av primärvård i länet och att ge likartade förutsättningar för regiondriven och privat driven primärvård utifrån befolkningens behov. Regionstyrelsen har ansvar för att planera, styra och följa upp den regiondrivna primärvården inom ramen för Hälsovalets förfrågningsunderlag. Vårdvalsnämnden lämnar svar på de slutsatser som avser reglerna för Hälsovalet och Regionstyrelsen för övriga slutsatser.

I övrig besvaras och kommenteras vart och ett av revisorernas iakttagelser och bedömningar (kursiva citat från revisionsrapporten):

- ✓ *”Enligt vår bedömning finns rutiner för en kartläggning av befolkningens behov av god vård i enlighet med Hälso- och sjukvårdslagen. Dock framkommer från intervjuer förslag på förbättringsområden.”*

Ansvar för detta delas av både Regionstyrelsen och Vårdvalsnämnden. De kartläggningar som görs handlar om befolkningsutveckling, flyktingmottagande, turismutveckling mm som i första hand handlar om volymer, åldersstrukturer mm för hela länet sammantaget. Det som diskuteras som förbättringsområden är analyser av mer kvalitativa variabler t ex hur kan befolkningens behov analyseras mer detaljerat när det gäller geografiska skillnader i socioekonomiska villkor, eller olika geografiska områdens olikheter i befolkningens levnadsvillkor och därmed sjukdomar, eller förklaringar till olikheter i hur vård nyttjas av befolkningen – allt för att få mer kunskap om det som påverkar likvärdig vård. Då befolkningsunderlaget i Region Jämtland Härjedalen är lågt blir det svårt att få ut statistik för enskilda hälsocentraler kring ovanstående frågor. Ett arbete pågår dock i norra regionen om inköp av ett system som bättre stödjer uppföljning på hälsocentralsnivå.

- ✓ *”Det finns förbättringsområden som att bättre tar tillvara resultatet av folkhälsoenkäten i planeringsarbetet”*

Denna fråga besvaras av Regionstyrelsen utifrån sitt driftansvar. Vårdvalsnämnden avser att inför 2017 se över tilläggsuppdraget för folkhälsoinsatser och noterar därför revisorernas synpunkter.

- ✓ *”Enligt Hälso- och sjukvårdslagen skall planeringen ske utifrån befolkningens behov och statens prioriteringsordning. Detta uppges i förarbetena till lagen vara särskilt viktigt då det råder ett ansträngt ekonomiskt läge. Den medicinska samordnaren efterlyser därför tydligare prioriteringar i planeringsarbetet.”*

Denna fråga besvaras av Regionstyrelsen utifrån sitt driftansvar.
Vårdvalsnämnden noterar synpunkterna på tydligare prioriteringar inför arbetet med förfrågningsunderlag för 2017.

- ✓ *”Det pågår ett planeringsarbete för att pröva om andra yrkeskategorier kan överta en del av läkarens arbetsuppgifter, så att läkarresursen kan utnyttjas mer optimalt. Samtidigt med detta planeringsarbete införs ett nytt vårdadministrativt system som enligt uppgift kräver 10 % mer läkartid utöver den tid själva införandet tar.”*

Denna fråga besvaras av Regionstyrelsen utifrån sitt driftansvar.

- ✓ *”Enligt uppgift har, trots rekryteringsgruppens arbete, bemanningsläget avseende läkare inte markant förbättrats sedan föregående år. Planeringen har fokuserats på att lösa det akut uppkomna behovet av distriktsläkare. Vi saknar dock en kartläggning av kompetensbehovet av övriga yrkeskategorier i planeringsarbetet”*

Denna fråga besvaras av Regionstyrelsen utifrån sitt driftansvar.

- ✓ *”Utifrån intervjuer har framkommit att Torvalla hälsomottagning ska få viss läkarbemanning under hösten 2015. Något styrelsebeslut avseende detta har inte fattats. Centrumchefen för primärvården och ordförande för regionstyrelsen anser att en sådan åtgärd ska kunna rymmas i den befogenhet som finns inom förvaltningen.”*

Denna fråga besvaras av Regionstyrelsen utifrån sitt driftansvar.

- ✓ *”Det finns former för planering av centrumövergripande processer, dock framkommer uppgifter om att det går trögt avseende Samzyn-dokumenten, och en anledning som nämns är brist på läkarmedverkan i arbetet med att ta fram dessa dokument. Enligt den medicinska samordnaren förekommer det fall där det saknas en samsyn mellan primärvård och specialiserad vård när det gäller gränsyta. Detta löses i de allra flesta fallen, dock inte alltid vilket medför att patienter riskerar att hamna mellan stolarna.”*

Denna fråga besvaras av Regionstyrelsen utifrån sitt driftansvar.

- ✓ *”Det är viktigt att det finns rutiner som säkerställer att beställarchefen i god tid får vetskap om förändringar som har bäring på primärvårdens uppdrag. En konsekvens kan annars bli att uppdraget och ersättningen inte harmoniserar.”*

I den nya tjänstemanna-organisationen är Beställarenheten placerade i hälso-och sjukvårdspolitiska avdelningen och en markering är gjord angående vikten av att Beställarchefens behov av information till och från Hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp beaktas. Hantering av ärenden där kommer att behöva ett lärande bland deltagarna för att förstå påverkan på förfrågningsunderlaget och den tidplan som krävs för förändringar i primärvårdens uppdrag.

- ✓ *”Vi anser det otillfredsställande att det saknas MLU på några hälsocentraler. Detta förhållande medför en brist för planeringsarbetet inom den enskilda hälsocentralen. Fortsatta åtgärder bör därför vidtas för att dessa befattningar besätts.*

Denna fråga besvaras av Regionstyrelsen utifrån sitt driftansvar.

- ✓ *”I Regionstyrelsens ansvar ingår att säkerställa att verksamheten bedrivs utifrån mål, lagar och föreskrifter. Vi anser det därför otillfredsställande att inte det skett en uppföljning och utvärdering av om intentionerna med LOV uppnåtts inför kommande planering.”*

Fr o m 2015-01-01 är det Vårdvalsnämnden som har ansvaret för vårdvalen och hur verksamheterna bedrivs utifrån mål, lagar och föreskrifter. Hälsovalskansliet genomför en årlig uppföljning som resulterar i ett särskilt Hälsovalsbokslut som i mars redovisades för Vårdvalsnämnden och som ingår i årsbokslutsdokumenten som finns tillgängliga för Regionstyrelsen och Regionfullmäktige. När det gäller det mer övergripande syftet med införande utifrån lagens om LOV s syfte sker det bl a via patientenkät och vårdbarometern. På nationell nivå har sådan uppföljningar gjorts av bl a konkurrensverket, socialstyrelsen, myndigheten för vårdanalys och SKL.

- ✓ *”Lagen om valfrihetssystem ställer krav på transparens när det gäller ersättning som ligger till grund för hur uppdraget räknats fram och att undvika fria nyttigheter. Konkurrensverket har uppmanat landstinget att visa på hur OH- kostnader beräknats. Styrelsen har höjt ersättningsnivån från 6 kronor till 30 kronor efter en analys. Något underlag för denna analys har dock inte presenterats. Om sådant underlag saknas rekommenderar vi styrelsen att ta fram ett sådant underlag, dels utifrån lagens krav och Konkurrensverkets uppmaning, och dels utifrån att ersättningen varken skall vara för låg eller för hög”*

Ersättningen för OH-kostnaderna inkluderar kostnader för ekonomisystem, personalsystem, revision och IT-kostnader. Under 2013 gjordes framställningar från de privata vårdgivarna om deras OH-kostnader bl a vilka IT-kostnader som de bär i sina verksamheter, men som den regiondrivna primärvårdsverksamheten har som fri nyttighet. De privata vårdgivarna fick inkomma med underlag för sina kostnader. Dessa kostnader avsåg, bredband/internet, sjunet, brandvägg, helpdesk, arbetsplatsutrustning, skrivare, Tieto support på plats, telefoni, telefonist, VPN, SITHS-kort, HSA/EKO-verksamhetskatalog och switchar. Bedömning gjordes vilka kostnader de privat utförarna hade för detta och vilka av dessa kostnader som den regiondrivna primärvårdsverksamheten får bära genom internfakturering och vad som är fria nyttigheter för dem. Kostnaderna som de privata vårdgivarna presenterade var både årskostnader och engångskostnader. De olika utförarna hade delvis olika kostnader. Sammantaget konstaterades dock att de underlag som de presenterade handlade om merkostnader för de privata utförarna på minst 50 000 kr/år, därför beslutade styrgruppen för hälsovalet att justera ersättningen för OH-kostnader. Underlaget för analysen finns hos IT-chefen och Beställarchefen. I arbetet med att utveckla regionens totalkostnadsbokslut kommer det att bli bättre och bättre underlag för att göra bedömningar av regionens OH-kostnader.

- ✓ *”Vid tidpunkten för vår granskningen var flera delar av LUP-primärvård ännu inte färdigutredda, och där beslut skall tas redan under hösten. Enligt uppgift är planen det ska finnas en rapport om LUP-primärvård färdig i augusti och regionstyrelsen ska fatta beslut i frågan under hösten. I intervjuerna framkommer en tveksamhet till att tidsplanen kommer att hålla då projektledaren slutat och en ny primärvårdschef har tillträtt. Då vi inte kunnat ta del av några kalkyler för de presenterade kostnadsbesparingsförslagen i LUP:en har vi inte kunnat bedöma trovärdigheten i att de förväntade besparingseffekterna ska kunna uppnås.”*

- ✓ *”Kompetenstapp och tempotapp i samband med byte av projektledning riskerar bli följden av att nyckelpersoner för projektledningen slutar. För att minska risken för detta är det bl.a. viktigt att det finns en tillräcklig projektdokumentation. Då inte Projektil använts för genomförande av*

projektet bör motsvarande dokumentation säkerställas på annat sätt. Dokumentationen bör också finnas sökbar efter projektavslut.

- ✓ *”Enligt de intervjuade skulle ett förankringsarbete ske under sommaren. Detta har enligt uppgift inte hunnits med. Vi anser att det därför finns risk för att delar av förankringsarbetet uteblir, alternativ att tidplanen inte kommer att hållas. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen har regionen en samverkansskyldighet med externa parter i samband med planeringsarbetet.”*

Denna fråga besvaras av Regionstyrelsen utifrån sitt driftansvar.

- ✓ *”Utifrån intervjuer och den beräknings som ligger till grund för framräknandet av den totala potten för vårdvalet framkommer indikationer på att vårdvalet är underfinansierat. Enligt Lagen om valfrihet riskerar en underfinansiering av vårdvalet att lagens intentioner med ökad mångfald inte uppnås.”*

Prioritering av ekonomiska ramar är regionfullmäktiges uppgift, där avvägningar av alla behov slutligen görs. I det kärva ekonomiska läge som Region Jämtland Härjedalen har finns i nuläget inget ekonomiskt utrymme för att öka budgeten för Hälsovalet. Det är utifrån det faktumet som LUP-åtgärdspaketet angående strukturen för primärvården har hanterats. Fokus där är åtgärder som ska effektivisera den regiondrivna primärvården så att den kan inrymmas i den tilldelade potten för Hälsovalet.
Vårdvalsnämnden förstår att den har skyldighet att begära en budget som täcker de behov och krav som ställs i förfrågningsunderlaget, samtidigt som nämnden också är medveten om den ekonomiska situationen och problemen att exakt identifiera vilken budget som krävs för att verkställa de krav som finns i Hälsovalets regelverk. Vårdvalnämnden ser därför med intresse på de förslag till åtgärder som finns regionstyrelsen beslutat om angående LUP-åtgärdspaket angående strukturen för den regiondrivna primärvården.

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

2015-10-07

Dnr RS/1236/2015

Revisorerna i Region Jämtland Härjedalen

Svar på granskning av folkhälsoarbetet

Revisionskontoret har, med stöd av konsultinsatser granskat Region Jämtland Härjedalens folkhälsoarbete. Syftet är att granskningen ska svara på om regionstyrelsen har en tillfredsställande styrning och kontroll av folkhälsoarbetet och om arbetet sker på ett effektivt och ändamålsenligt sätt.

Folkhälsa och folkhälsoarbete har hög prioritet i Region Jämtland Härjedalen. Revisionsrapporten konstaterar att det finns en tydlig koppling mellan övergripande mål i Regionplan och verksamhetsplaner men saknar konkretiseringar. Vidare framförs att det saknas koppling mellan mål för folkhälsan och medel i regionplanen.

Rapporten lämnar också synpunkter på den fortsatta organiseringen av folkhälsoarbetet i regionen, bland annat behov av förtydligande och enhetlighet, att utveckla samverkan med kommunerna samt att fortsatt se folkhälsokompetensen som en samlad och strategisk resurs. Dessa synpunkter är viktiga och kommer att kunna användas i det kommande arbetet med ny organisation.

Regionstyrelsen välkomnar rapporten som visar på att det arbete som bedrivits sedan förra granskningen har skett på ett ändamålsenligt sätt och att det har skett en positiv utveckling. Rapporten lämnar synpunkter och förbättringsförslag som är relevanta och som bör åtgärdas, vilka besvaras specifikt nedan.

Revisionens synpunkter och regionstyrelsens svar

- *Verksamhetsplanerna behöver utvecklas till att ge en tydligare styrning. Granskningen visar exempelvis att det hälsofrämjande arbetet i regiondirektörens verksamhetsplan inte har konkretiseras. I verksamhetsplanen för vårdvalsnämnden saknas en tydlig koppling mellan framgångsfaktorer för att uppnå de strategiska målen och det direkta folkhälsoarbetet inom de verksamhetsområden som nämnden svarar för.*

Svar: Regionstyrelsen instämmer i synpunkterna och menar att detta är ett viktigt utvecklingsområde. Det finns också en stor vilja i organisationen att göra förbättringar och konkretiseringar. Folkhälsocentrum har idag och förslaget till ny stabsorganisationen kommer att ha möjlighet att bidra med stöd till konkretiseringar och förtydliganden i arbetet med att ta fram uppdrag, mål och mått. Exempel på

förbättringar är att det i nya journalsystemet COSMIC finns planer på att införa KVÅ-koder för uppföljning av arbetet med sjukdomsförebyggande åtgärder. De här uppföljningarna kommer att kunna målsättas på ett tydligt och konkret sätt.

- *Resultaten från hälsoundersökningar tas inte tillvara i tillräckligt stor utsträckning så att detta återspeglas i de övergripande uppdragen. Detta gäller t.ex. hur regionen ska verka för att minska den psykiska ohälsan bland unga, framförallt flickor och unga kvinnor.*

Svar: Regionstyrelsen instämmer. Mycket arbete läggs ned på enkäter och undersökningar och resultaten analyseras och presenteras för verksamheterna, ex vis Hälsa på lika villkor(HLV), CAN-enkäten, skolsköterskornas hälsosamtal i skolan(HiSS) m fl. Dessa underlag kan i högre utsträckning användas för verksamhetsplanering än vad som görs för närvarande. Det här är en viktig ledningsfråga, som ska beaktas i det fortsatta arbetet med verksamhetsplanering när det gäller att formulera mål och mått för verksamheterna.

- *Vid tidpunkten för vår granskning var fördelningen av ansvaret för folkhälsofrågorna mellan Regionala utvecklingsnämnden och regionstyrelsen inte klargjorda. I granskningen har framkommit att folkhälsoarbetet, i den tidigare organisering med uppdelning av ansvaret mellan dåvarande landstinget och regionförbundet, upplevts varit splittrat. Vi bedömer att en förstärkt samverkan mellan styrelsen och nämnden kan bidra till ett mer effektivt och ändamålsenligt folkhälsoarbete både på strategisk och verksamhetsnivå.*

Svar: Regionstyrelsen instämmer i att det har funnits otydligheter i ansvars- och uppgiftsfördelning i regionen. Detta har beaktats vid framtagande av förslag till ny stabsorganisation. Förslagen kommer att effektueras vid årsskiftet.

- *Uppföljningen av de sjukdomsförebyggande insatserna har enligt uppgift varit svåra att genomföra i det tidigare vårdadministrativa systemet VAS. Statistiken avseende insatser för att minska riskbruk är enligt uppgift missvisande och anledningen uppges vara att det är krångligt att registrera uppgifterna om dessa insatser. Nämnda förhållande är inte tillfredsställande med datasystem som inte bidrar till att stödja verksamheterna med tillförlitlig statistik och där det inte kan produceras uppgifter som är väsentliga för uppföljning av verksamheterna och dess olika insatser, i detta fall de sjukdomsförebyggande insatserna.*

Svar: Regionstyrelsen instämmer i synpunkterna att det är otillfredsställande att inte följa upp sjukdomsförebyggande insatser. Det finns nationellt framtagna KVÅ-koder som kan användas för ändamålet. I framtida planering för det nya vårdadministrativa systemet COSMIC finns det med att lägga in dessa KVÅ-koder i syfte att förbättra uppföljningen. Det har dock inte funnits med som högsta prioritet vid COSMIC införandet, men kommer alltså att finnas med framgent.

- *Formerna för samverkan med kommunerna om folkhälsofrågor kan behöva ses över. I vår enkätundersökning hos tjänstemän inom länets kommuner har det bland annat framkommit synpunkter om vissa brister i samverkan.*

Svar: Regionstyrelsen har ingen direkt avvikande uppfattning, men noterar att det finns variationer i hur samarbetet med kommuner och andra organisationer har fungerat, beroende på vilken del i organisationen eller vilken kommun som avses. Det som framkommer i revisionsrapporten kommer att beaktas då man genomför den nya organisationen efter årsskiftet.

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Ann-Marie Johansson
Regionstyrelsens ordförande

Björn Eriksson
Regiondirektör

Regionens revisorer

2015-06-16

Dnr: REV/15/2015

Revisionsdirektör Majvor Enström
Tfn: 063- 14 75 28

Regionstyrelsen

Granskning av Folkhälsoarbetet

Regionens revisionskontor med hjälp av konsult från KPMG har på vårt uppdrag genomfört en granskning av Folkhälsoarbetet. Det övergripande syftet med granskningen har varit att svara på om Regionstyrelsen har en tillfredsställande styrning och kontroll av folkhälsoarbetet och om folkhälsoarbetet bedrivs på ett effektivt och tillfredsställande sätt.

Resultatet av granskningen i sin helhet redovisas i bifogad granskningsrapport och i rapportens sammanfattning redovisas de väsentligaste iakttagelserna som vi vill uppmärksamma styrelsen på.

Sammanfattningsvis visar granskningen att det finns ett klart uttryck i regionens olika styrande dokument om att folkhälsoarbetet ska prioriteras. Granskningen visar även att det finns en röd tråd från Regionplan till verksamhetsområdena när det gäller det övergripande målen men vi ser i liten utsträckning hur detta ska konkretiseras när verksamheternas insatser beskrivs.
Vi noterar även att det saknas en tydlig koppling mellan mål för folkhälsan och medel i regionplanen. Denna iakttagelse uppmärksammades även i föregående granskning av Folkhälsoarbetet (REV/27/2006).

I det följande redovisas förbättringsområden som framkommit i granskningen:

- Verksamhetsplanerna behöver utvecklas till att ge en tydligare styrning. Granskningen visar exempelvis att det hälsofrämjande arbetet i regiondirektörens verksamhetsplan inte har konkretiseras. I verksamhetsplanen för vårdvalsnämnden saknas en tydlig koppling mellan framgångsfaktorer för att uppnå de strategiska målen och det direkta folkhälsoarbetet inom de verksamhetsområden som nämnden svarar för.

- Resultaten från hälsoundersökningar tas inte tillvara i tillräckligt stor utsträckning så att detta återspeglas i de övergripande uppdragen. Detta gäller t.ex. hur regionen ska verka för att minska den psykiska ohälsan bland unga, framförallt flickor och unga kvinnor.

- Vid tidpunkten för vår granskning var fördelningen av ansvaret för folkhälsofrågorna mellan Regionala utvecklingsnämnden och regionstyrelsen inte klargjorda. I granskningen har framkommit att folkhälsoarbetet, i den tidigare organisering med uppdelning av ansvaret mellan dåvarande landstinget och regionförbundet, upplevts varit splittrat. Vi bedömer att en förstärkt

samverkan mellan styrelsen och nämnden kan bidra till ett mer effektivt och ändamålsenligt folkhälsoarbete både på strategisk och verksamhetsnivå.

- Uppföljningen av de sjukdomsförebyggande insatserna har enligt uppgift varit svåra att genomföra i det tidigare vårdadministrativa systemet VAS. Statistiken avseende insatser för att minska riskbruk är enligt uppgift missvisande och anledningen uppges vara att det är krångligt att registrera uppgifterna om dessa insatser. Nämnda förhållande är inte tillfredsställande med datasystem som inte bidrar till att stödja verksamheterna med tillförlitlig statistik och där det inte kan produceras uppgifter som är väsentliga för uppföljning av verksamheterna och dess olika insatser, i detta fall de sjukdomsförebyggande insatserna.

- Formerna för samverkan med kommunerna om folkhälsofrågor kan behöva ses över. I vår enkätundersökning hos tjänstemän inom länets kommuner har det bland annat framkommit synpunkter om vissa brister i samverkan.

Vi emotser senast den 21 september 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 Folkhälsoarbetet.

Kopia till
Fullmäktiges presidium
Regiondirektören
Hälso- och sjukvårdsdirektören
Folkhälsocentrum
Chefer för centrumen Psykiatri och Primärvård.

Region Jämtland Härjedalen

Granskning av Folkhälsoarbete

Rapport

KPMG AB
2015-06-16
Antal sidor:25
Bilagor.1

© 2015 KPMG AB, the Swedish member firm of KPMG International, a Swiss cooperative. All rights reserved.

Innehåll

1. Sammanfattning 1
2. Bakgrund 3
3. Avgränsning 3
4. Projektets syfte och revisionsfrågor 4
5. Revisionskriterier 4
6. Ansvarig nämnd/styrelse 4
7. Metod 5
8. Folkhälsa - Folkhälsoarbete 5
9. Styrning mål och uppdrag - Folkhälsoarbete 7
9.1 Länsövergripande, kommun- och regionsgemensamt 7
9.2 Regionens styrdokument 9
9.3 Kommentarer och bedömning 12
10. Organisation av folkhälsoarbete 13
10.1 Folkhälsocentrum (FHC) 14
10.2 Andra regionövergripande funktioner med ansvar för folkhälsofrågor 17
10.3 Hälsocentralerna - Hälsoval 18
10.4 Verksamhetsområde Psykiatri 19
10.5 Kommentarer och bedömning 19
11. Samverkan 20
11.1 Samverkan med kommunerna 21
11.2 Bedömning och kommentarer 22
12. Uppföljning 23
12.1 Hälsa på lika villkor 23
12.2 Landstings-/Regionstyrelsens uppföljning 23
12.3 Utskottet för folkhälsa och rehabilitering 24
12.4 Hälsoval 24
12.5 Område psykiatri 24
12.6 Kommentarer och bedömning 25

© 2015 KPMG AB, the Swedish member firm of KPMG International, a Swiss cooperative. All rights reserved.

1. Sammanfattning

KPMG har fått i uppdrag av Revisionskontoret i Region Jämtland Härjedalen (Region JH[1]) att genomföra revisionsprojektet *Granskning av Folkhälsoarbete.*

Folkhälsa och Hälsofrämjande är begrepp som har fått fäste i svensk hälso- och sjukvård och så även i Region JH. I Regionplan och budget är hälsoutvecklingen i länet väl beskriven och det beskrivs i styrande dokument att arbetet med hälsofrämjande arbete ska prioriteras och vara en del i sjukvårdens insatser.

Nedan sammanfattas granskningens slutsatser utifrån revisorernas formulerade frågor.

Finns en tillfredställande styrning av folkhälsoarbetet i form av mål, uppdrag och rutiner?
Bedömningen är att regionens styrande dokument lyfter fram hälsoutvecklingen i länet och beskriver att folkhälsoarbete ska prioriteras. Vi anser även att den gemensamma folkhälspolicyn utgår från relevant ”folkhälsokunskap”. Det finns även ett formulerat uppdrag om en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård. I de två styrdokument som vi tagit del av inom primärvård och psykiatri är det hälsofrämjande arbetet en prioriterad del.

Vår bedömning är att målen och uppdrag inom folkhälsoområdet har utvecklats sedan tidigare granskning men att det finns ett förbättringsarbete i att finna indikatorer och mätetal som bättre beskriver vilka insatser som verkligen genomförs. Det finns idag rutiner, utifrån nationella riktlinjer, för det folkhälsoarbete som hälso- och sjukvården ska bedriva inom området sjukdomsförebyggande insatser. Däremot saknas det tillförlitliga mått för att följa hur dessa rutiner efterlevs.

Finns en ändamålsenlig organisering och ansvarsfördelning av folkhälsoarbetet?
Organisationen för folkhälsa i Jämtland har varit delad utifrån ett samverkansavtal, mellan Jämtlands Läns landsting och Regionförbundet Jämtland sedan år 2011. Avtalet innebar att det strategiska folkhälsoarbetet och samordning av Folkhälsoarbetet mellan landstinget och länets kommuner var ett ansvar för Regionförbundet. Ansvaret för stöd till hälso-och sjukvårdens folkhälsoarbete var landstingets.

Flertalet av respondenterna i denna granskning anser att nämnda uppdelning har splittrat folkhälsoarbetet i länet. Vi delar denna bedömning och anser att det i och med den nya regionorganisationen finns förutsättningar att olika perspektiv och nivåer av folkhälsoarbete kommer att kunna integreras tydligare med varandra.

Finns en tillfredställande samverkan med andra aktörer? Och är samverkan formaliserad på ett tillfredställande sätt?
Bedömningen är att det finns tydliga övergripande former och organisation för samverkan genom tjänstemanna- och politikernätverk. Folkhälsocentrum har däremot enligt flera av våra respondenter blivit mer osynliga när de är en stödfunktion till linjeorgani-

[1] I det följande avvänds förkortningen Region JH för benämning av Region Jämtland Härjedalen

© 2015 KPMG AB, the Swedish member firm of KPMG International, a Swiss cooperative. All rights reserved.

sationen och inte en del av den. Vår bedömning är dock att stödfunktioner för folkhälsoarbete bör vara regionövergripande för att på det sättet kunna verka i hela regionen på enhetligt sätt.

Finns tillfredsställande förutsättningar i form av kompetenser, metodstöd etc.?
Bedömningen är att det i förhållande till länets storlek finns god tillgång till folkhälsokompetens och även metodkunskap. Däremot är bedömningen att den inte används fullt ut i organisationen.

Finns en tillfredsställande uppföljning och återredovisning av folkhälsoarbetet?
Det finns en god uppföljning av hälsoläget i befolkningen genom läns- och kommunrapporterna utifrån folkhälsoenkäten. Rapporterna om hälsoläget och rapporter om genomförda folkhälsoinsatser är presenterade för styrelsen och utskott.

Det finns indikatorer och mätetal som ska spegla det sjukdomsförebyggande arbetet inom tobaksbruk och riskbruk av alkohol. Resultaten som presenteras är inte tillförlitliga och kan inte sägas spegla det arbete som utförs. Bedömningen är att den regionövergripande uppföljningen genom dessa indikatorer inte ger en tillräcklig eller ändamålsenlig uppföljning av området. Som nämns ovan finns det rutiner men det saknas till stor del tillförlitliga metoder för att följa upp insatserna och hur rutinerna implementerats i verksamheterna

Sammanfattningsvis är bedömningen att folkhälsoarbete är prioriterat i regionens styrande dokument men inte genomförs fullt ut. Vår bedömning är också att det hälsofrämjande synsättet har ökat inom hälso- och sjukvården. t.ex. har andelen patienter som uppger att personal i primärvården frågar om levnadsvanor ökat mellan år 2011 till 2013 med cirka 15 procent enligt den nationella patientenkäten. I nedanstående punkter lyfter vi fram några av granskningens slutsatser.

- Uppföljning bör i högre utsträckning motsvara den prioritering som beskrivs i regionens styrande dokument.

- Verksamhetsplaner på olika nivåer behöver utvecklas för att ge en tydligare styrning inom folkhälsoområdet. I t.ex. Regiondirektörens verksamhetsplan används begreppet hälsofrämjande arbetssätt frekvent men vår bedömning är att det konkretiseras i låg utsträckning inom framförallt området patient. Det hälsofrämjande perspektivet bör stärkas även i Vårdvalsnämndens verksamhetsplan.

- Resultatet från hälsoundersökningar bör i större utsträckning få en konkret återspegling i övergripande uppdrag. Det gäller t.ex. den psykiska ohälsan bland unga och framförallt flickor och unga kvinnor.

- Uppföljningen av de sjukdomsförebyggande insatserna har enligt uppgift varit svår att genomföra i det tidigare vårdadministrativa systemet VAS. Den statistik som tas fram är missvisande bl.a. på grund av att det beskrivs vara ”krångligt” att registrera uppgifter. För att kunna följa upp genomförda insatser är det nödvändigt att det på ett enkelt sätt går att registrera genomförda insatser och att presentera tillförlitlig statistik. Vi förutsätter att detta säkerställs i det nya vårdadministrativa systemet (Cosmic) som införts våren 2015.

© 2015 KPMG AB, the Swedish member firm of KPMG International, a Swiss cooperative. All rights reserved.

- Vid tidpunkten när granskningen genomfördes var inte organisationen för det övergripande folkhälsoarbetet i regionen klarlagd. Den tidigare organisationen beskrivs av flertalet av granskningens respondenter som splittrad.

- En förstärkt samverkan mellan Regionstyrelsen och Regionala utvecklingsnämnden kan enligt vår bedömning bidra till ett mer effektivt och ändamålsenligt folkhälsoarbete både på strategisk- och verksamhetsnivå.

- Den övergripande stödfunktionerna för folkhälsofrågor kan enligt vårt sätt att se inte fördelas ut i verksamheterna utan bör vara regionövergripande. Däremot anser vi att det bör ses över hur samverkan mellan stödfunktioner och verksamheter utformas.

- Formerna för samverkan med kommunerna om folkhälsofrågor kan behöva ses över. I vår enkätundersökning hos tjänstemän inom länets kommuner har det bland annat framkommit synpunkter om att det varit vissa brister i samverkan.

2. Bakgrund

KPMG har fått i uppdrag av Revisionskontoret i Region Jämtland Härjedalen (Region JH) att genomföra revisionsprojektet *Granskning av Folkhälsoarbete.*

Det övergripande målet i Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) är en god hälsa för hela befolkningen. Enligt Landstingsplan/Regionplan för 2015 finns det goda vetenskapliga belägg för att hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser i hälso- och sjukvården är effektiva för att förbättra folkhälsan.

I tidigare granskning av landstingets folkhälsoarbete (Rev/27/2006) framkom bl.a. att folkhälsomålen i dåvarande folkhälsoplanen och landstingsplanen behövde bli tydligare. Revisorerna ansåg att det fanns brister i folkhälsomålens styregenskaper. Det saknades även en tydlig koppling mellan mål för folkhälsa och medel i landstingsplanen.

Registreringen av folkhälsoinsatser inom primärvården uppgavs i årsredovisningen för 2013 vara alltför osäkra för att kunna redovisas, vilket medför brister i uppföljningen av folkhälsoarbetet.

I landstingets årsredovisning för 2013 påpekas att det finns en förhöjd risk för ohälsa för personer med psykisk funktionsnedsättning. Det framkommer vidare att det finns skillnader i folkhälsa mellan länsdelarna, en ojämn fördelning av hälsa mellan könen samt att socioekonomiska förhållanden har betydelse för folkhälsan.

I den nu gällande folkhälsopolicyn betonas vikten av samverkan mellan länets kommuner och landstinget och att även olika regionala och statliga organ är viktiga samverkansparter.

3. Avgränsning

Granskningen är avgränsad till den del av folkhälsoarbetet som bedrivs inom Folkhälsocentrum, Primärvården och område Psykiatri.

© 2015 KPMG AB, the Swedish member firm of KPMG International, a Swiss cooperative. All rights reserved.

4. Projektets syfte och revisionsfrågor

Det övergripande syftet med granskningen är att svara på om Regionstyrelsen har en tillfredställande styrning och kontroll av folkhälsoarbetet och om folkhälsoarbetet bedrivs på ett effektivt och ändamålsenligt sätt.

Granskningen har följande revisionsfrågor:

- Finns en tillfredställande styrning av folkhälsoarbetet i form av mål, uppdrag och rutiner?
- Finns en ändamålsenlig organisering och ansvarsfördelning av folkhälsoarbetet?
- Finns en tillfredställande samverkan med andra aktörer? Och är samverkan formaliserad på ett tillfredställande sätt?
- Finns tillfredställande förutsättningar i form av kompetenser, metodstöd etc.?
- Finns en tillfredssställande uppföljning och återredovisning av folkhälsoarbetet?

5. Revisionskriterier

Nedan redovisas granskningens revisionskriterier. Med revisionskriterier avses de bedömningsgrunder som bildar underlag för revisionens analyser och bedömningar.

- Mål för folkhälsan, regeringens prop. 2002/03
- Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011
- Folkhälsopolicy för Jämtlands läns 2011-2015
- Landstingsplan/Regionplan 2015-2017
- Förfrågningsunderlag Hälsovalet 2015
- Folkhälsostrategi, Jämtlands läns landsting
- Folkhälsopolitiskt program för norrlandstingen 2012-2014

6. Ansvarig nämnd/styrelse

Ansvarig nämnd är styrelsen för Region Jämtland Härjedalen.

© 2015 KPMG AB, the Swedish member firm of KPMG International, a Swiss cooperative. All rights reserved.

7. Metod

Granskningen har genomförts genom dokumentstudier och intervjuer. Intervjuer har genomförts med tjänstemän vid Folkhälsocentrum, regional utveckling, hälso- och sjukvårdsdirektör, representanter för verksamhetsområdet psykiatri samt verksamhetschefer vid sju hälsocentraler. En enkätundersökning har genomförts riktad till kommuntjänstemän med samordningsansvar för folkhälsofrågor. Granskningen har genomförts av Örjan Garpenholt och Jenny Malmsjö, KPMG. Kontaktperson vid revisionskontoret har varit Jan-Olov Undvall. Rapporten är sakgranskad av hälso-och sjukvårdsdirektören, enhetschefen vid FHC och den folkhälsopolitiska strategen.

8. Folkhälsa - Folkhälsoarbete

Folkhälsa är ett begrepp som har använts i över hundra år och vars betydelse skiftat över tid. Idag är synen på folkhälsa att det berör allt från individens val av levnadsvanor till samhälleliga faktorer såsom miljö och demokrati. En definition som presenterades år 2000 av Nationella Folkhälsokommittén lyder:

> *Folkhälsa är ett begrepp som beskriver hälsa, sjuklighet och dödlighet liksom levnadsvanor, hälsorisker och skyddsfaktorer för hälsa i olika befolkningsgrupper. Begreppet innefattar inte bara summan av individernas hälsa utan även mönster av större eller mindre olikheter i hälsa som råder mellan olika grupper inom befolkningen.*

Den rådande synen på folkhälsa utgår från ett perspektiv som beskriver insatser och förutsättningar som leder till hälsa, ibland benämnt salutogenes[2]. Tidigare har framförallt orsaker till uppkomst av sjukdom varit i fokus (patogenes[3]).

Folkhälsoarbete kan utifrån dessa begrepp delas in i två inriktningar, hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande. I folkhälsoarbetet behövs kunskaper från såväl det patogena som det salutogena perspektivet. Man talar om hälsans bestämningsfaktorer dvs. de olika faktorer som påverkar, ökar eller minskar risken för att drabbas av ohälsa eller sjukdom.

För att utveckla ett hållbart och ändamålsenligt lokalt folkhälsoarbete behövs både ett individinriktat, sjukdomsförebyggande arbete och ett övergripande samhälleligt, hälsofrämjande arbete. Det krävs också en förståelse för de olika begreppen, dess innebörd samt förståelse för olika aktörers olika perspektiv och uppgifter.

Detta framgår tydligt i det nationella folkhälsomål som Sveriges riksdag antog första gången år 2003 och fem år senare, år 2008, antogs regeringens förslag till en förnyad folkhälsopolitisk (prop. 2007/8:110). Det övergripande nationella målet för folkhälsan är att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. Detta övergripande mål är indelat i elva målområden för folkhälsa:

- ✓ Delaktighet och inflytande i samhället
- ✓ Ekonomiska och sociala förutsättningar
- ✓ Barns och ungas uppväxtvillkor

[2] Salutogenes kommer från det latinska ordet salus som betyder hälsa och från det grekiska ordet genesis som betyder ursprung eller uppkomst. Ett salutogenetiskt perspektiv innebär att man lägger tonvikten på friskfaktorer istället för riskfaktor.

[3] Patogenes = beskrivning av uppkomst och utveckling av sjukdom.

© 2015 KPMG AB, the Swedish member firm of KPMG International, a Swiss cooperative. All rights reserved.

- ✓ Hälsa i arbetslivet
- ✓ Miljöer och produkter
- ✓ Hälsofrämjande hälso- och sjukvård
- ✓ Skydd mot smittspridning
- ✓ Sexualitet och reproduktiv hälsa
- ✓ Fysisk aktivitet
- ✓ Matvanor och livsmedel
- ✓ Tobak, alkohol, narkotika, dopning och spel

De elva målområdena kan grupperas i tre domäner. De fem första avser att skapa förutsättningar för en god hälsoutveckling – att skapa goda levnadsvillkor. Intentionen med det sjätte målområdet är att hälso- och sjukvården ska arbeta utifrån ett främjande synsätt och mer fokusera på förebyggande insatser. Område sju till elva är mål som riktar sig mot individer med ökad risk. Inom dessa har den enskilde själv påverkansmöjligheter, i större eller mindre omfattning.

På senare år har förebyggande insatser lyfts fram som viktiga inom de flesta samhälleliga insatser. Inom sjukvården talas det ofta om tidig upptäckt av sjukdomar genom t.ex. screening för olika cancerformer. Läkemedelsbehandling vid t.ex. högt blodtryck och höga blodfetter är förebyggande insatser för att förhindra uppkomst av hjärt- och kärlsjukdom som stroke eller hjärtinfarkt för dem som har en ökad risk. Många av de medicinska behandlingar som ges inom hälso- och sjukvården avser inte att behandla manifesta akuta sjukdomshändelser utan avser att förhindra att dessa uppstår eller förskjuts. Detta brukar ofta inte benämnas som folkhälsoarbete men är viktigt för hur folkhälsan utvecklas i ett samhälle. Internationellt används begreppet folkhälsa (Public Health) ofta som ett övergripande begrepp för hälso- och sjukvårdsplanering.

Enligt WHO kan 80 procent av all kranskärlssjukdom och stroke och 30 procent av all cancer förebyggas genom sunda levnadsvanor. Sunda levnadsvanor kan också förebygga eller fördröja utvecklingen av typ 2-diabetes. Den som inte röker, äter hälsosamt, är måttligt fysiskt aktiv och har en måttlig konsumtion av alkohol lever i genomsnitt längre än den som har ohälsosamma levnadsvanor. Även personer som redan drabbats av en sjukdom kan snabbt göra stora hälsovinster genom att förbättra sina levnadsvanor, t.ex. personer med hjärt-kärlsjukdomar. Socialstyrelsen har i de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder[4] valt ut levnadsvanorna tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor. Hälso- och sjukvården ska genom särskilda metoder stödja patienter att förändra en ohälsosam levnadsvana. Dessa fyra vanor är också de levnadsvanor som bidrar mest till den samlade sjukdomsbördan i Sverige.

Det primära målet för hälso- och sjukvårdens insatser är att producera hälsa och inte sjukvård. Detta sker genom traditionella sjukvårdsinsatser men också genom att stödja den enskilde att själv bevara och erhålla så god hälsa som möjligt. Som nämnts ovan betonar ett av målområdena i det nationella folkhälsomålet att sjukvården är en viktig del i folkhälsoarbetet. Så har historiskt skett inom flera områden som till exempel barnhälso- och mödrahälsovård, tandhälsovård för barn- och ungdomar, tobakspreventiva enheter och i enskilda möten med patienter. Hälso- och sjukvårdens målsättning behöver vara hälsoinriktad och hälso- och sjukvårdens delaktighet i samhällets förebyggande arbete måste finnas för att kunna nå det övergripande målet – en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen.

[4] Nationella riktlinjer

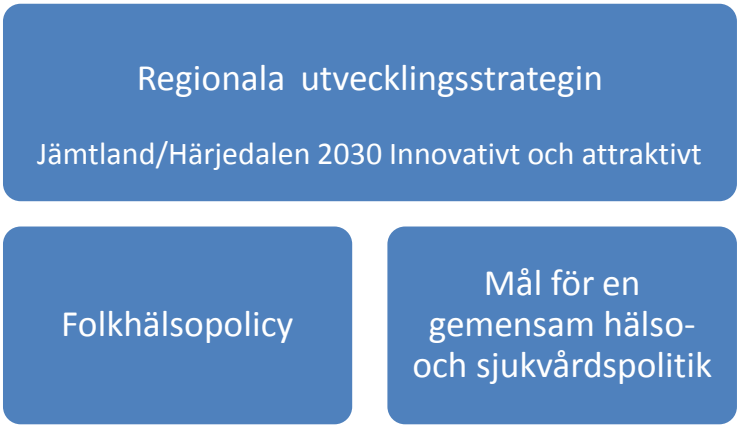
© 2015 KPMG AB, the Swedish member firm of KPMG International, a Swiss cooperative. All rights reserved.

9. Styrning mål och uppdrag - Folkhälsoarbete

I nedanstående sammanställning beskrivs de styrande dokument som på olika sätt har beröring med folkhälsan utifrån ovanstående beskrivning av kunskapsområdet. Först beskrivs de länsövergripande dokumenten och sedan landstingets styrdokument som rör folkhälsoarbete.

9.1 Länsövergripande, kommun- och regionsgemensamt

I nedanstående bild visas de länsövergripande styrdokument som har beröring på folkhälsoinsatser.



Regionala utvecklingsstrategin

Den regionala utvecklingsstrategin för Jämtland (RUS), Jämtland/Härjedalen 2030" Innovativt & Attraktivt" antogs i december 2013 av Regionförbundet Jämtlands Län och övertogs från år 2015 av Region JH som Regional utvecklingsstrategi. Den nuvarande strategin föregicks av RUS för Jämtlands län 2006-2013. Den tidigare strategin innehöll fem prioriterade områden som i ett vitt perspektiv har en koppling till hälsans utveckling i länet. Dessa var:

- Företagande, innovation, forskning och utveckling
- Kompetens och kunskapsutveckling
- Resurssnålare och effektivare
- Besöksnäring och attraktivitet
- Infrastruktur och samhällsservice

Dessa områden har i nuvarande RUS kompletterats med två nya prioriterade områden varav ett är direkt kopplat till folkhälsa och det andra har stark beröring med folkhälsoområdet.

1. *Socialt inkluderande liv*. De mål som är formulerade för området är:
    a. hälsa och förutsättningar, oavsett funktionsförmåga, på lika villkor för hela befolkningen,
    b. ett tryggt län och en väl fungerade jämlik och jämställd social välfärd,
    c. hälso- och sjukvården erbjuder länsinvånarna högkvalificerad vård.

© 2015 KPMG AB, the Swedish member firm of KPMG International, a Swiss cooperative. All rights reserved.

2. *Demografiska möjligheter*. De formulerade målen för området är at:
    a. länet tillhör de mest attraktiva i landet för unga kvinnor,
    b. bra och välutvecklat mottagande av alla nya länsinnevånare,
    c. åldras i Jämtlands län innebär möjligheter för individ och samhälle,

Folkhälsopolicy

Det finns en länsövergripande folkhälsopolicy för Jämtlands län 2011-2015[5] som togs fram och antogs av JLL och länets kommuner år 2011. Folkhälsopolicyn ska enligt dokumentet revideras under år 2015. Folkhälsopolicyn utgår från fyra utvecklingsområden. I planen står att dessa ska konkretiseras i lokala och regionala handlingsplaner. De fyra utvecklingsområdena är

- Trygga uppväxtvillkor
- Utbildning och arbete
- Hälsofrämjande miljö
- Delaktighet och inflyttande

I policyn beskrivs också fyra angreppssätt för att nå framgång i policyns vision ”Hälsa på lika villkor för hela befolkningen för en hållbar utveckling i Jämtlands län”. Dessa är:

1. Mäta och Kartlägga
2. Insatser
3. Utvärdera Insatser
4. Bredda kunskapsbasen

Policyn ska ses som ett underdokument till den Regionala utvecklingsstrategin (RUS).

Mål för en gemensam hälso- och sjukvårdspolitik

Det har sedan år 2000 funnits en gemensam policy för landstinget och länets kommuner om en gemensam hälso- och sjukvårdspolitik för länet. År 2013 reviderades detta dokument och år 2014 antog landstingsfullmäktige och samtliga kommuner i länet ”Mål för en gemensam hälso- och sjukvårdspolitik i Jämtland”. Enligt dokumentet ska måldokumentet relatera till RUS, folkhälsopolicyn och ungdomsstrategin.

Visionen för den gemensamma hälso- och sjukvården i Jämtland är:

”Hälsa på lika villkor för hela befolkningen för en hållbar utveckling i Jämtlands län” med de övergripande målen:

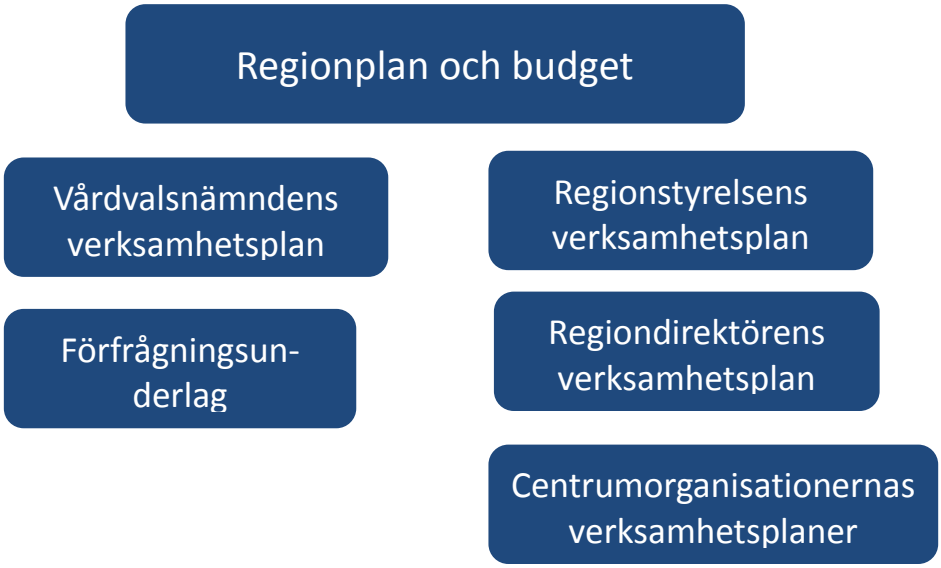
- Förbättrad psykisk hälsa
- Hälsofrämjande och trygghetsskapande levnadsvillkor
- Tillgänglig och samordnad hälso- och sjukvård

[5] Vår hälsa - Länets möjlighet, Folkhälsopolicy för Jämtlands län 2011.

© 2015 KPMG AB, the Swedish member firm of KPMG International, a Swiss cooperative. All rights reserved.

9.2 Regionens styrdokument

I nedanstående figur beskrivs de av regionens styrande dokument som har beröring med folkhälsoinsatser.



Regionplanen

I Region JH:s styrande dokument Regionplanen 2015-2017[6] beskrivs i en framtidanalys att det kommer krävas fortsatta förebyggande insatser med länets innevånare som medaktörer samt ett större krav att utifrån folkhälsomålen arbete med livsstilsfrågor. I regionplanen sammanfattas också utmaningar för regionens folkhälsoarbete utifrån folkhälsopolicyn och folkhälsostrategin (se nedan). I en bilaga till regionplanen finns det indikatorer som beskriver folkhälsoutvecklingen i länet. Indikatorerna är uppdelade i områdena barn och unga, mitt i livet och äldre.

I Region JH delas styrningen av hälso- och sjukvården upp i Regionstyrelsen och Vårdvalsnämnden. Regionstyrelsen har till uppgift att fungera som regionens hälso- och sjukvårdsnämnd. Det innebär att Regionstyrelsen ska leda hälso- och sjukvården i regionen förutom den hälso- och sjukvård som ingår i valfrihetssystem. Vårdvalsnämnden utses av fullmäktige och utför beställning av hälso- och sjukvård samt barn- och ungdomstandvård enligt hälso- och sjukvårdslagens och tandvårdslagens bestämmelser om valfrihetssystem. Vårdvalsnämnden har också hand om frågor som rör det reformerade tandvårdsstödet, lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för fysioterapi.

[6] Reviderad Regionplan 2015-2017, Vision, mål och ekonomiska ramar. Lf 2014-11-25

© 2015 KPMG AB, the Swedish member firm of KPMG International, a Swiss cooperative. All rights reserved.

Folkhälsostrategi

År 2012 tog Folkhälsocentrum (FHC) på uppdrag av landstingsdirektören fram en folkhälsostrategi[7] med syfte att skapa en struktur vad gäller systematiska förbättringsarbeten inom folkhälsoarbetet. Landstingsstyrelsen antog strategin i december 2012.

Strategin konkretiserar folkhälsopolicyn för landstingets/regionens verksamhet utifrån policyns målområden. I strategin beskrivs sjukvårdens roll i folkhälsoarbetet och att landstingets verksamheter ska formulera mål inom folkhälsopolicyns utvecklingsområden.

Verksamhetsplan

I regionstyrelsens verksamhets- och uppföljningsplan[8] är fyra strategiska mål formulerade utifrån områdena, samhälle, patient, medarbetare och verksamhetsresultat. Under området samhälle finns det bl.a. mål som har fokus på folkhälsoarbete. För år 2015 beskrivs att regionstyrelsen under år 2015 ska fokusera på att:

- Utarbeta en långsiktig utvecklingsplan för folkhälsa.
- 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.
- Analysera hur nationella riktlinjer för barnhälsovård ska implementeras.
- Utvärdera långsiktig utvecklingsplan för miljö och revidera den.
- Arbeta aktivt med att minska suicid i regionen tillsammans med andra myndigheter.
- Arbeta tillsammans med andra aktörer, framförallt med skolan, för att minska effekterna av livsstilssjukdomar.
- Tillsammans med andra aktörer, framförallt länets kommuner, arbeta med att utveckla former för en sammanhållen vård av barn och unga.
- Tillsammans med Försäkringskassan, Arbetsförmedling och arbetsgivare utarbeta en långsiktig plan för minskning av sjukskrivningar i länet.
- Förslag på en ny struktur för primärvården i Östersund och primärvården i övriga länet ska utredas.
- Skapa en bra struktur för hur ansvaret för folkhälsofrågorna ska fördelas mellan regionstyrelsen och regionala utvecklingsnämnden.

Under området patient finns tre strategiska mål:

- Likvärdig och tillgänglig vård
- Vård efter behov och hälsofrämjande
- Trygga patienter

Inom detta område lyfts det att suicidprevention ska prioriteras för att uppnå målet om en 0-vision.

[7] (LS/1651/2012)

[8] (RS/74/2015)

© 2015 KPMG AB, the Swedish member firm of KPMG International, a Swiss cooperative. All rights reserved.

Vårdvalsnämnden

Vårdvalsnämndens verksamhetsplan för år 2015[9] har samma struktur som Regionstyrelsens verksamhetsplan och utgår från samma utvecklingsområden. I verksamhetsplanen beskrivs att nämndens huvudsakliga fokus inom området samhälle är de strategiska målen förbättrad psykisk hälsa, hälsofrämjande och trygghetsskapande levnadsvanor och goda samarbetspartners. Inom området patient lyfter nämnden fram som sitt huvudsakliga fokus, likvärdig och tillgänglig vård och vård efter behov och hälsofrämjande arbete.

Vårdvalsnämnden lyfter i verksamhetsplanen fram framgångsfaktorer för att uppnå de strategiska målen. Ingen av de formulerade framgångsfaktorerna (mål) är tydligt kopplad till det direkta folkhälsoarbete inom de verksamhetsområden som nämnden ansvarar för.

Regiondirektörens verksamhetsplan

Regiondirektörens verksamhetsplan innehåller ”strategiska viktiga utvecklingsområden” i form av mål och resultatmått för regionstyrelsen och vårdvalsnämndens verksamhetsområden. De fyra övergripande fokusområden som direktören valt att fokusera på under år 2015 är, tillgänglighet till vård, mest sjuka äldre, attraktiv arbetsgivare och effektivitet (=kvalitet och produktivitet). Begreppet hälsofrämjande används men konkretiseras inte.

Förfrågningsunderlag, Hälsoval Region Jämtland Härjedalen 2015

Förfrågningsunderlaget är styrdokumentet och kravspecifikation för primärvården i Jämtlands län. Sedan år 2010 bedrivs den landstingsfinansierade primärvården i länet utifrån lagen om valfrihetssystem. Benämningen på vårdvalssystemet är Hälsoval Region Jämtland Härjedalen med motiveringen att primärvården i regionen ska betona de förbyggande och hälsofrämjande insatserna.

I förfrågningsunderlaget beskrivs att Hälsocentralen (Vårdgivaren) ska bidra till att patienter och befolkning i upptagningsområdet får kontroll över och förbättrar sin hälsa. I dokumentet beskrivs också att Hälsocentralen ska följa Socialstyrelsens riktlinjer för sjukdomsförebyggande insatser samt att regionens policydokument och riktlinjer inom området ska följas.

Hälsocentralerna har enligt förfrågningsunderlaget ansvar för barnhälsovård och mödrahälsovård. Barnhälsovård och mödrahälsovård är uppgifter som i huvudsak är att betrakta som folkhälsoarbete och sjukvårdsförebyggande insatser. Enligt underlaget har Hälsocentralerna också ett lokalt smittskyddsansvar som också är en del av regionens folkhälsoarbete.

Ersättningen till hälsocentralerna baseras på tre delar, ersättning per listad person, rörlig ersättning och tilläggsersättning. Det finns i Hälsoval Jämtland Härjedalen ingen målrelaterad ersättning. Däremot finns det en tilläggsersättning till de vårdcentraler som bedriver en familjecentral i samverkan mellan barnhälsovård, mödrahälsovård, öppen förskola och socialtjänst á 100 kronor per listat barn i åldern 0-6 år, dock minst 25 000 kronor och högst 100 000 kr. Ersättning är till för att möjliggöra tid för samverkan. En förutsättning för att erhålla ersättningen är at det finns ett skriftligt lokalt samverkansavtal mellan parterna.

[9] VVN1/2015

© 2015 KPMG AB, the Swedish member firm of KPMG International, a Swiss cooperative. All rights reserved.

Hälsocentraler kan också ansöka om medel för ”utvecklingsprojekt inom folkhälsoområdet”, se nedan avsnitt 10.3.

Verksamhetsplaner för Centrumorganisationerna

Verksamhetsplanen för Centrum barn, kvinna och psykiatri beskrivs uppdraget för respektive, område. I verksamhetsplanens uppdragsbeskrivningar, fokusområden och mål används begreppet hälsofrämjande och förebyggande insatser. Däremot beskrivs inte hur detta ska utföras i det praktiska mötet medpatienter. Det är formulerat att centrumet ska delta i införandet av nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande åtgärder och en av framgångsfaktorerna i arbetet med patienter är prevention.

I verksamhetsplanen för område psykiatri beskrivs uppdraget att genomföra aktiviteter för att minska antalet patienter med fetma (BMI > 30). Exempel på aktiviteter inom detta är att verkställa att patienter alltid vägs och mäts vid inskrivning, införa hälsosamtal med standardiserad provtagning inför det årliga läkarbesöket, anställa dietist vid området som ska jobba med kvalificerad rådgivning till områdets patienter.

9.3 Kommentarer och bedömning

Folkhälsa lyfts fram i samtliga av de ovan beskrivna styrdokumenten både som ett strategiskt fokus och som hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser. Bedömningen blir därför att folkhälsoperspektivet och det förebyggande arbetet lyfts fram som en prioriterad del av regionens arbete. Det gäller både som en aktör i det övergripande samhällsarbetet och i hälso- och sjukvården.

Det finns en röd tråd från Regionplan till verksamhetsområden när det gäller det övergripande målet men vi ser i liten utsträckning hur detta ska förverkligas och konkretiseras när verksamheternas insatser beskrivs. Vi anser därför att det tydligare bör förtydligas vad hälso- och sjukvårdens roll i det hälsofrämjande arbetet är och hur det kan utformas i det vardaglig hälso- och sjukvårdsarbetet. Ett sådant konkret positivt exempel är att dubbelt så många patienter beskriver att primärvårdens personal ställer frågor om levnadsvanor år 2013 jämfört med år 2012. I dagsläget är fokus i huvudsak på levnadsvanor, övriga delar av folkhälsoarbetet konkretiseras inte.

Vår bedömning är att målen och uppdrag inom folkhälsoområdet har utvecklats sedan tidigare granskning men att det finns ett förbättringsarbete i att finna indikatorer och mätetal som bättre beskriver vilka insatser som genomförs. Det finns idag rutiner för det folkhälsoarbete som hälso- och sjukvården ska bedriva inom området sjukdomsförebyggande insatser. Däremot saknas det tillförlitliga mått för att följa hur dessa rutiner efterlevs och hur de nationella riktlinjerna implementerats.

Vi kan också konstatera att dokumenten RUS, folkhälsopolicyn och mål för gemensam hälso- och sjukvårdspolitik i stor utsträckning överlappar varandra med i princip samma eller likartade visioner och målformuleringar. Vår uppfattning är därför att det inte behövs någon förnyad folkhälsopolicy i länet. Både RUS och mål för en gemensam hälso- och sjukvårdspolitik kan tillsammans ersätta den tidigare folkhälsopolicyn, med mindre revidering. Vi anser det däremot viktigt att det tas fram praktiska handlingsplaner för hur samverkan mellan kommuner och region ska vara utformad och hur regionen ska utforma sina insatser inom folkhälsoarbetet. Ett bra exempel på en sådan handlingsplan är den övergripande handlingsplanen för suicidpreventivt arbete. Vi är medvetna att det krävs beslut av regionen och länets kommuner att inte revidera nuvarande folkhälspolicy. Vi

© 2015 KPMG AB, the Swedish member firm of KPMG International, a Swiss cooperative. All rights reserved.

anser dock att Region JH bör initiera diskussion med länets kommuner om att inkludera folkhälsopolicyn i RUS och policyn ”mål för en gemensam hälso- och sjukvårdspolitik”.

10. Organisation av folkhälsoarbete

Den övergripande organiseringen av folkhälsoarbete i Jämtlands läns landsting har skiftat över tid. Under de senaste fyra åren har den övergripande organiseringen för folkhälsoarbete varit delat mellan Regionförbundet och landstinget. Landstinget har ansvarat för det operativa stödet inom sin egen organisation och erbjuda ett samordnat stöd och kunskapsutveckling till kommuner och organisationer inom området hälsa. Det strategiska arbetet i länet har varit ett ansvar för regionförbundet. Även det drogförebyggande arbetet mobilisering mot droger har organiserats från regionförbundet. Sedan 1 januari har Region JH övertagit ansvaret för folkhälsoarbetet för de arbetsuppgifter inom området som regionförbundet och landstinget tidigare ansvarade för.

Den Regionala utvecklingsnämnden och Regionstyrelsens är de nämnder som har ansvar för folkhälsoarbetet inom regionen. Fram till och med år 2014 var ansvaret för folkhälsoarbete uppdelat mellan landstinget och Regionförbundet Jämtlands län. I och med att landstinget överlät sina regionala utvecklingsverksamheter år 2011 till regionförbundet tecknades ett samarbetsavtal[10] som beskriver landstingets respektive regionförbundets ansvar inom bl.a. folkhälsa. Det innebar att tjänsten som regional folkhälsostrateg som tidigare funnits inom landstinget överfördes till regionförbundet. Vilket medförde att ansvaret för att revidera, kommunicera och samordna arbetet utifrån den beslutade folkhälsopolicyn blev regionförbundets.

Regionförbundet/folkhälsstrategen ansvarade för att lyfta hälsa som en viktig faktor i en långsiktig regional utveckling. Folkhälsoarbetet i regionen ska knyta an till EU 2020. Hälsoprogrammet för 2014-2020 ”Health for growth” är en viktig stödstruktur för internationell samverkan inom området och är i linje med Regionens syn att hälsa är en viktig tillväxtfaktor. Regionförbundet hade i uppdrag att:

- Revidera, kommunicera och samordna arbetet med utformning, implementering och uppföljning av Folkhälsopolicyn
- Samordna och koordinera de länsövergripande politiska- och tjänstemannanätverken inom folkhälsoområdet
- Genomföra internationell omvärldsbevakning och vara kunskapsstöd med särskilt fokus på gränsöverskridande samverkansutveckling inom hälsoområdet
- Samordna och koordinera de i folkhälsopolicyn angivna länsövergripande politiska- och tjänstemannanätverken inom folkhälsoområdet.

Vid Regionförbundet fanns samverkansformen ”Mobilisering mot droger”.

Mobilisering mot droger är en bred samverkan mellan myndigheter, frivilliga och idéburna organisationer, samfund och arbetsmarknadens parter. Arbetet leds av förtroendevalda från Region Jämtland Härjedalen, kommunerna tillsammans med Polisen och Länsstyrelsen. Arbetet samordnas av Region Jämtland Härjedalen. Målet är att behålla toppositionen i Sverige som en, trygg

10

© 2015 KPMG AB, the Swedish member firm of KPMG International, a Swiss cooperative. All rights reserved.

och attraktiv region – med landets lägsta brottslighet och störst upplevda trygghet. Kampen mot illegala droger är därför av stor betydelse.

Arbetet har pågått sen 2006 och har erhåller projektmedel från Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen. En projektledare från Regionförbundet samordnar olika ingående projekt, ansvarar för uppföljning och rapportering.

Samarbetsavtalet beskriver att landstingets arbete med folkhälsa ska ta sin utgångspunkt i hälso- och sjukvårdslagen med ett särskilt fokus på att främja hälsa genom förbättrade levnadsvanor. I avtalet beskrivs att Regionförbundet hade att i samklang med förbundets verksamhetsidé ansvar för att lyfta hälsa som en viktig faktor för långsiktig regional utveckling. Ansvaret för att revidera, kommunicera och samordna arbetet med folkhälsopolicyn var därför ett ansvar för Regionförbundet. I en bilaga beskrivs ansvarsfördelning och samverkan mellan Regionförbundet och JLL för att säkerställa och möjliggöra folkhälspolicyns intentioner.

Hälso- och sjukvårdsdirektören har i uppdrag att ta fram ett förslag på hur det framtida folkhälsoarbetet i Region JH ska organiseras, när nu de olika arbetsuppgifter som tidigare var fördelade mellan landstinget och regionförbundet finns i samma organisation.

En extern utredning[11] har genomförts som bland annat ger förslag att FHC, det folkhälsostrategiska arbetet och Mobilisering mot droger placeras i den gemensamma stabsfunktionen till regiondirektören. Det pågår ett internt arbete med att ta fram flera olika förslag till organisering.

I samband med bildandet av Region JH har ett utskott för folkhälsa och rehabilitering bildats under regionstyrelsen. Utskottets uppgifter är att arbeta och bevaka frågor inom områdena hälsofrämjande och förebyggande insatser, hälsans bestämningsfaktorer och rehabilitering. Utskottet har haft tre sammanträden under våren 2015 och har inte enligt intervjuade helt funnit sin roll. En förutsättning för hur man ska arbeta är det kommande ställningstagandet till hur ansvaret för folkhälsofrågor ska fördelas mellan Regionala utvecklingsnämnden och regionstyrelsen.

10.1 Folkhälsocentrum (FHC)

FHC är regionens/hälso- och sjukvårdens kunskapscentrum för folkhälsa. FHC:s uppdrag är att:

- Ansvara för att informera, utbilda och implementera samt i övrigt stödja primär- och länssjukvård i det sjukdomsförebyggande arbetet
- Bidra till en god hälsa på lika villkor för alla, bland annat genom att skapa förutsättningar för kommuner, frivilligorganisationer och företag att delta i arbetet
- Synliggöra befolkningens hälsosituation samt identifiera framgångsfaktorer för att bidra till god hälsa
- Sprida kunskap om samt stimulera medborgare så att de av egen kraft kan utveckla ”friskfaktorer”

Vid FHC finns 11 medarbetare (9,25 tjänst) varav en enhetschef. Enhetschefen är underställd hälso- och sjukvårdsdirektören i regionen. Lokalmässigt finns FHC i en egen lokal i Östersunds centrum.

[11] Översyn, organisering av områdena, miljö, folkhälsa, jämlikhet och jämställdhet samt FoU i Region Jämtland Härjedalen. Lariku, februari 2015

© 2015 KPMG AB, the Swedish member firm of KPMG International, a Swiss cooperative. All rights reserved.

Nedan följer en kortfattad beskrivning av FHC:s arbetsuppgifter[12].

Mäta och kartlägga

Grundläggande för folkhälsoarbete är kunskap om hälsans fördelning i befolkningen. Kunskapen om hälsoläget och hälsans fördelning är en viktig utgångspunkt för att planera hälso- och sjukvårdens insatser och prioriteringar. En viktig del i detta är att beskriva och analysera skillnader i hälsan mellan olika befolkningsgrupper avseende kön, socioekonomi och andra av bestämningsfaktorer.

FHC har uppdrag att utifrån olika datakällor ta fram underlag för hälsans fördelning och utveckling i länet och i jämförelse med riket.

De tre datakällor som används i detta arbete är.

- Nationella folkhälsoenkäten. Hälsa på lika villkor. FHC sammanställer lokala data från den nationella folkhälsoundersökningen på läns- och kommunnivå. Framtagandet av dessa underlag görs i samarbete med länets kommuner och med enheten för analys inom regionkansliets stab.

- Skolelevers drogvanor – CANenkäten [13]. Riksrepresentativa drogvaneenkäter bland skolelever har genomförts sedan 1971 i årskurs 9, och sedan 2004 även i gymnasiets år 2. Bland annat belyser undersökningarna utvecklingen av ungdomars drogvanor över tid och visar på skillnader mellan exempelvis kön och regioner. År 2008 genomfördes en totalundersökning av skolelevers drogvanor i Jämtlands län och planer har funnits på att genomföra en totalundersökning vart tredje år. Under 2011 fick Folkhälsocentrum ansvaret att samordna genomförandet av en totalundersökning 2012. Undersökningen finansierades gemensamt av Länsstyrelsen Jämtlands län, Jämtlands läns landsting och länets kommuner. År 2013 presenterades en länsrapport och kommunrapporter för länets kommuner.

- I Jämtlands län erbjuder skolsköterskorna barn och unga i förskoleklassen, årskurs 4, 7 och gymnasiet ett hälsosamtal som kompletteras med en enkät. Modellen med hälsofrågorna startades av landstinget Västernorrland i samarbete med skolsköterskor. Hälsofrågorna används idag i hela länet.

Föräldrastöd

FHC har en samordnande funktion för att utveckla föräldrastödet i regionen. År 2013 startade ett nätverk för föräldrastöd med det övergripande målet att stärka och utveckla föräldrastödet i regionen. Det ska ske genom att bygga upp en större kompetens men också att förmå föräldrar att i större utsträckning deltar i det föräldrastöd som erbjuds.

[12] I Folkhälsocentrums verksamhetsplan för år 2013-2015 finns en mer detaljerade beskrivning av uppdrag och mål (FHC:s hemsida på www.regionjh.se)

[13] Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning

© 2015 KPMG AB, the Swedish member firm of KPMG International, a Swiss cooperative. All rights reserved.

Sjukdomsförebyggande arbete

Sedan år 2010 har det pågått ett arbete med att implementera Socialstyrelsens riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder i JLL. Arbetet har skett i två faser. I fas 1 påbörjades arbetet med att implementera riktlinjerna i primärvården och år 2012 fick FHC ett utökat uppdrag (fas 2) som innebar att riktlinjerna ska implementeras i länssjukvårdens arbete. Under våren 2015 har FHC fått ett förnyat uppdrag att fortsätta arbetet med att implementera riktlinjerna genom att stödja regionens hälso- och sjukvård i det arbetet (fas 3).

De nationella riktlinjerna belyser vilka metoder för det sjukdomsförebyggande arbetet inom hälso- och sjukvården som har ett vetenskapligt stöd. De områden som tas upp i riktlinjerna är

- Rökning
- Riskbruk av alkohol
- Otillräcklig fysik aktivitet,
- Ohälsosamma matvanor

Grunden för de metoder som tas upp i samtalet är det rådgivande samtalet och dess olika nivåer enligt nedanstående modell[14]. FHC leder arbetet i regionen med att utbilda och att sprida användningen att metodiken Motiverande samtal (MI).

Tabell 2. Socialstyrelsens tre åtgärdsnivåer för sjukdomsförebyggande metoder

Åtgärdsnivå
Enkla råd
Rådgivande samtal
Kvalificerat rådgivande samtal

Inom området otillräcklig fysisk aktivitet samordnar FHC arbetet med FAR (fysisk aktivitet på recept).

Region JH har en lång tradition inom arbetet att minska rökningen i befolkningen. FHC har övertagit det samordnande ansvaret för det arbete som sker i regionen för att minska rökning och tobaksbruk. Region JH är det första landstinget i Sverige som deltar i opinionsbildningsprojektet Tobacco ENDgame – Rökfritt Sverige 2025.

FHC ansvarar för samordning av det förebyggande arbetet med målet att minska sexuellt överförda infektioner (STI). Det finns en framtagen handlingsplan för det arbetet[15].

Länet har under lång tid haft en hög förekomst av klamydiainfektioner i jämförelse med andra delar av riket. Det har tolkats som att det är en hög andel som har oskyddad sex i länet. Sedan år 2006/2007 genomförs informationsinsatser i några av länets fjällorter. År 2014 genomfördes sådan insatser i Åre, Vemdalen, Funäsdalen och Lofsdalen. Involverade är säsongsarbetare, företagen,

[14] För ytterligare information om modellen se www.socialstyrelsen.nationella/riktlinjer

[15] Handlingsplanen finns på FHC:s hemsida,

© 2015 KPMG AB, the Swedish member firm of KPMG International, a Swiss cooperative. All rights reserved.

befolkningen och respektive hälsocentral som ansvarar för muntlig information och utdelande av skrift samt kondomer.

10.2 Andra regionövergripande funktioner med ansvar för folkhälsofrågor

Smittskydd

Smittskyddsenhetens uppgift är att förebygga och minska spridningen av smittsamma sjukdomar till och från människor i länet. Arbetet består i övervakning av anmälningspliktiga sjukdomar, smittspårning och utbildning och informationsinsatser till sjukvården och allmänheten. Verksamheten regleras enligt smittskyddslagen.

Föräldra- och barnhälsan

Föräldra- och barnhälsan är landstingets samlade enhet med medicinsk, psykologisk, social och omvårdnadskompetens gällande mödra- och barnhälsovården i Jämtlands län. Verksamhetens uppdrag är att utveckla en enhetlig:

- mödrahälsovård (MHV) - med mål en god reproduktiv och sexuell hälsa
- barnhälsovården (BHV) - med mål att främja barns hälsa, trygghet och utveckling

Enheten arbetar dels med att stödja och utveckla verksamheten inom MHV och BHV i länet och dels med direkt patientarbete inom primärvården.

Ungdomsmottagningar

Den första ungdomsmottagningen i Sverige startades år 1970. Med åren har verksamheten breddats, framför allt när det gäller de psykologiska och sociala frågeställningarna. Det utåtriktade förebyggande arbetet har också ökat på många håll.

Enligt Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar är det övergripande målet för ungdomsmottagningar att främja fysisk och psykisk hälsa, stärka ungdomar i identitetsutvecklingen så att de kan hantera sin sexualitet samt att förebygga oönskade graviditeter och sexuellt överförbara infektioner[16].

I Region JH finns det två ungdomsmottagningar (Östersund och Sveg). Vid ungdomsmottagningarna finns det tillgång till barnmorska, kurator, sjuksköterska och läkare.

Det finns även en ungdomsmottagning på nätet - UMO. UMO är en webbplats[17] för alla som är mellan 13 och 25 år. På UMO kan man få svar på frågor om sex, hälsa och relationer. Bakom UMO står alla landsting och regioner. UMO administreras av Stockholms läns landsting.

[16] Policyprogram för Sveriges ungdomsmottagningar, www.fsum.org
[17] www.umo.se

© 2015 KPMG AB, the Swedish member firm of KPMG International, a Swiss cooperative. All rights reserved.

10.3 Hälsocentralerna - Hälsoval

Hälsocentralerna har i uppdrag enlig Hälsovalets förfrågningsunderlag att bedriva primärvård i länet inklusive mödra- och barnhälsovård. Det fanns under 2014 18 vårdenheter och tolv filialer i landstingets regi samt fyra vårdenheter i annan regi med tre filialer.
Enligt förfrågningsunderlaget för hälsovalet är det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet en prioriterad uppgift för hälsocentralerna (se ovan) och ska vara ett integrerat synsätt i all vård och behandling. De prioriterade uppgifterna vid hälsocentralerna är att arbeta utifrån de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder.

För att stärka arbetet med det sjukdomsförebyggande arbetet kan hälsocentralerna sedan år 2012 söka projektmedel för utvecklingsarbete. Under år 2014 delades det ut utvecklingsuppdrag[18] till:

- Järpen HC – utveckling och samverkan inom lokalt hälsoarbete
- Lugnvik HC -Gruppbehandling med ACT[19] för patienter med kronisk smärta i multimodala team
- Lit HC - Gruppbehandling med ACT för patienter med kronisk smärta i multimodala team Åre HC – IBS[20]-skola
- Hammarstrand HC - Gruppbehandlingsprogram för personer med fetma (BMI>30)

Vi har intervjuat företrädare för 7 hälsocentraler, primärvårdens ledning och hälsovalsansvariga. Samtliga menar att det förebyggande hälsofrämjande och förebyggande perspektivet är ett signum för primärvård och är integrerad del av uppdraget. Med utgångspunkt från de formulerade revisionsfrågorna har vi efterfrågat hälsocentralernas syn på hur folkhälsoarbetet inom primärvården och regionen är utformat.

De flesta av de intervjuade anser att det finns mål och uppdrag för folkhälsouppdraget utifrån kraven som formuleras i förfrågningsunderlaget för Hälsoval Jämtland.

Flera av de intervjuade anser att den tidigare organisationen med att stödjande funktioner fanns inom primärvården gav bättre möjligheter till metodstöd för det praktiska folkhälsoarbetet vid hälsocentralerna.

Det gavs varierande svar på hur samverkan med kommunerna i det lokala folkhälsoarbetet fungerar. Någon svarade att det är ett mycket gott samarbete och man arbetar tillsammans i olika projekt medan någon svarar att det inte finns någon fungerande samverkan.

Det lyfts fram att framgång i samverkan och i hälsoarbetet är mycket beroende på enskilda personers engagemang.

Samtliga intervjuade lyfter fram svårigheten att följa upp de sjukdomsförebyggande insatserna i det tidigare journaldatasystemet (VAS). Det nya journalsystemet (Cosmic) som börjat användas under våren 2015 förväntas underlätta uppföljning av folkhälsoarbetet vid hälsocentralerna.

[18] Utvecklingsprojekten är utförligt beskrivna på FHC.s hemsida

[19] Acceptance and Commitment Therapy (ACT) är en KBT metod .

[20] Irritable Bowel syndrome

© 2015 KPMG AB, the Swedish member firm of KPMG International, a Swiss cooperative. All rights reserved.

10.4 Verksamhetsområde Psykiatri

Människor med psykiatrisk diagnos har en större risk än många andra att drabbas av kroppslig ohälsa, sämre livskvalitet och i många fall också en förkortad livslängd. En betydande del av riskerna finns i individens levnadsvanor, framför allt i de fyra levnadsvanorna som lyfts fram i de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder. Som beskrivs ovan bedrivs det projekt för att minska fetma bland psykiatrins patienter. I två av de nationella kvalitetsregister som vuxenpsykiatrin rapporterar till följs frågor om levnadsvanor upp.

I intervjuer beskrivs att det finns ett stort intresse för att arbeta med sjukdomsförebyggande metoder men på grund av den ökade arbetsbelastningen har det varit svårt att få i gång arbetet på bred front. Arbetet med levnadsvanor beskrivs vara i ”sin linda” men att intresset finns.

Psykiatrin är också en viktig part i det suicidförebyggande arbete som pågår i Region JH utifrån den Övergripande handlingsplanen för suicidpreventivt arbete år 2013-2015. Andelen personer som begår självmord har varit högre i Jämtland jämfört med riket under lång tid. Framför allt gäller detta män.

Barn- och ungdomspsykiatrin i Region JH har både ansvar för första linjen-insatser för barns och ungdomars psykiska besvär och specialistvården inom barn- och ungdomspsykiatri.

Inom verksamhetsområde psykiatri finns den Ungdomspsykiatriska mottagningen (UPM). UPM är en öppenvårdsmottagning i samarbete mellan vuxenpsykiatrin och barn- och ungdomspsykiatrin. UPM är ett komplement till dessa verksamheter och riktar sig till unga och unga vuxna i åldern 16-25 år. Till UPM kan unga/unga vuxna med psykisk ohälsa vända sig utan remiss

10.5 Kommentarer och bedömning

Det förebyggande perspektivet har alltid funnits i hälso- och sjukvården och i andra välfärdsområden och står inte till motsats folkhälsoinsatser utan är en del av samhällets samlade folkhälsoinsatser. Som beskrivs ovan är det många områden som på olika sätt arbetar för att förebygga ohälsa/främja hälsa. Vår bedömning är att Region JH är på rätt väg och har inkluderat ett främjande synsätt i styrning och ledning.

Den övergripande organisationen för folkhälsa i Jämtland har varit delad utifrån ett samverkansavtal, mellan Jämtlands läns landsting och Regionförbundet Jämtland sedan år 2011. Avtalet innebar att det strategiska folkhälsoarbetet och samordningen av folkhälsoarbetet mellan Jämtlands läns landsting och länets kommuner var ett ansvar för Region Jämtland. Ansvaret för stöd till hälso-och sjukvårdens folkhälsoarbete var landstingets. Som vi tolkar det har ansvaret för det arbetet som bedrevs vid regionförbundet överförts till den Regionala utvecklingsnämnden och det ansvar som tidigare fanns inom Landstingsstyrelsen har överförts till Regionstyrelsen.

Flertalet av respondenterna i denna granskning anser att uppdelningen har splittrat folkhälsoarbetet i länet. Vi delar denna bedömning och anser att det i och med den nya regionorganisationen finns förutsättningar att olika perspektiv och nivåer av folkhälsoarbete kommer kunna att integreras tydligare med varandra. En förstärkt samverkan mellan Regionstyrelsen och Regionala utvecklingsnämnden anser vi är nödvändigt för ett mer effektivt och sammanhållet folkhälsoarbete både på strategisk- och verksamhetsnivå.

© 2015 KPMG AB, the Swedish member firm of KPMG International, a Swiss cooperative. All rights reserved.

Vår bedömning är också att den stödjande och samordnade funktion som funnits vid FHC och inom Regionförbundet ska finnas utanför linjeorganisationen för att kunna ge stöd till så många som möjligt.

Regionstyrelsen har beslutat om ett ökat fokus på den psykiska ohälsan och övervikt bland barn, (se avsnitt 10.). Vi anser att det bör lyftas fram och konkretiseras tydligare i styrande dokument.

11. Samverkan

För ett effektivt och ändamålsenligt folkhälsoarbete krävs samverkan och samarbete mellan olika aktörer.

En stabil och välfungerande samverkan kräver prioritering, kunskap, planering och inte minst ett aktivt ställningstagande hos ledningarna i berörda verksamheter. För att uppnå en fungerande samverkan brukar tre förutsättningar nämnas som viktiga;

Styrning - det ska finnas ett samlat grepp över samverkansfrågor. Detta kräver engagemang och ställningstagande från den politiska och administrativa ledningen. Det uppfylls genom att legitimera, ge mandat och resurser samt efterfråga uppföljning och utvärdering.

Struktur - handlar om att skapa tydlighet. I struktur ingår att veta vad man talar om och att begrepp är tydligt definierade. Det ska finnas ett tydligt syfte och en tydlig ansvarsfördelning. Avtal, riktlinjer och handlingsplaner är exempel på verktyg för att utforma strukturer för samverkan.

Samsyn - avser att ha tydliga yrkesroller samtidigt som man har en gemensam problemförståelse. Det krävs tillit till varandras kompetens och förståelse för varandras uppdrag, resurser och begränsningar. Olikheter är styrkan i en välfungerande samverkan. Samsyn kräver kontaktytor och kommunikation.

I Jämtland Härjedalen finns det nätverk på olika nivåer för att stödja det regionala och lokala folkhälsoarbetet.

- *Forum för folkhälsa* är ett nätverk av politiker med ansvar för hälsa i varje kommun och ska fungera som styrgrupp för de folkhälsoansvariga tjänstemännen i kommunerna.
- Den folkhälsopolitiska strategen samordnar två nätverk dels *Folkhälsonätverket som* består av samtliga folkhälsoansvariga tjänstemän i kommunerna, representanter från FHC och representant för näringslivet (HälZa) och *Politikernätverket* med representanter från samtliga kommuner och Region JH.
- *Länsstyrelsen* har ett nationellt uppdrag att säkerställa att nationella riktlinjer följs inom ANDT, Föräldrastöd och CAN-enkäten. Länsstyrelsen har idag begränsade resurser inom folkhälsoområdet och köper därför tjänster från FHC avseende handlingsplan ANDT, samordna arbetet med Föräldrastöd och genomföra samt sammanställa CAN-enkäten.

- HälZa i Jämtland är en sammanslutning av företagare och organisationer med intresse för hälsa och folkhälsa i Jämtlands län.

Förutom ovanstående nätverk har Norrlandstingens regionförbund beslutat om ett gemensamt folkhälsopolitiskt program som ska revideras årligen[21].

[21] Folkhälsopolitiskt program Norrlandstingens regionförbund 2012.

© 2015 KPMG AB, the Swedish member firm of KPMG International, a Swiss cooperative. All rights reserved.

11.1 Samverkan med kommunerna

Som nämns ovan sker samverkan mellan region JH (tidigare regionförbundet och landstinget) och kommuner i nätverk och olika former arbetsgrupper. Vi har därför genom en enkät tillfrågat kommunala tjänstemän om samverkan i folkhälsofrågor. Enkäten skickades till 24 tjänstemän i länets kommuner. De som fick enkäten var kommunchef och de som FHC uppgav som kontaktpersoner i folkhälsofrågor. Enkäten skickades till 24 personer varav 18 besvarade enkäten.

I enkäten och i redovisningen av resultat använder vi oss av den tidigare uppdelningen av mellan landsting och regionförbundet.

Nedan sammanfattas enkätens resultat. I bilaga 1 ges en mer detaljerad redovisning av resultatet.

När det gäller samverkan med landstinget hade respondenter att ta ställning till nedanstående påståenden:

1) Landstinget ger ett samordnat stöd om kunskapsutveckling till kommuner och organisationer inom området folkhälsa.

2) Landstinget ger stöd i arbetssätt och metoder inom folkhälsoområdet.

3) Landstinget ger omvärlds- och kunskapsförmedling inom folkhälsoområdet.

4) Landstinget bidrar till att metoder utvecklas, dokumenteras och sprids inom folkhälsoområdet.

Majoriteten av respondenterna instämmer i att landstinget ger ett samordnat stöd om kunskapsutveckling till kommuner och organisationer inom området folkhälsa på ett eller annat sätt. Däremot skiljer det sig i vilken utsträckning man tycker att arbetet bedrivs. På liknande sätt ser det ut vad gäller landstingets stöd i arbetssätt och metoder inom folkhälsoområdet.

Vad gäller landstingets omvärlds- och kunskapsförmedling inom området anser respondenterna att detta görs men inte fullt ut (endast en person instämmer helt). Även landstingets bidrag till att metoder utvecklas, dokumenteras och sprids kan förbättras, även om man upplever att detta till viss del görs idag. (Folkhälsosamordnarnas träffar upplevs som bra. Om det tas fram ny kunskap och som dokumenteras är spridningen liten eller obefintlig.) Dock finns goda exempel där kommuner upplever att de har haft god hjälp av både drogförebyggande samordnare och medarbetare inom Folkhälsocentrum, som beskrivs som en viktig samarbetspartner för kommunerna.

På motsvarande sätt hade respondenterna att ta ställning till nedanstående påståenden avseende samverkan med Regionförbundet inom folkhälsoområdet. Till varje påstående har det också getts möjlighet att lämna kommentarer.

1) Regionförbundet samordnar de länsövergripande strategiska folkhälsoarbetet på politisk nivå.
2) Regionförbundet ger strategiskt stöd samt metodstöd för att påvisa hälsans betydelse som tillväxtfaktor för hållbar tillväxt och utveckling.

© 2015 KPMG AB, the Swedish member firm of KPMG International, a Swiss cooperative. All rights reserved.

3) Regionförbundet erbjuder utbildningar inom folkhälsoområdet till politiker och tjänstemän.
4) Regionförbundet samverkar med länets kommuner för att utveckla och stödja arbetet med att skapa lokala handlingsplaner inom folkhälsoområdet utifrån den övergripande folkhälsopolicyn.

Vad gäller regionförbundets roll instämmer respondenterna framför allt i att förbundet samordnar det länsövergripande strategiska folkhälsoarbetet på politisk nivå samt i att förbundet erbjuder utbildningar inom området till politiker och tjänstemän. Samtidigt påpekas att förbundet har varit väldigt mycket politik och lite verkstad och att mer verkstad vore önskvärt.

Lika tydligt är det inte att förbundet också ger strategiskt stöd samt metodstöd för att påvisa hälsans betydelse för hållbar tillväxt och utveckling, även om cirka en tredjedel av respondenterna anser att det görs i stor utsträckning. Att förbundet även samverkar med länets kommuner för att utveckla och stödja arbetet med att skapa lokala handlingsplaner inom folkhälsoområdet utifrån den övergripande policyn är något som kan bli tydligare då majoriteten anser att det idag endast sker i liten utsträckning.

I övrigt efterfrågas bättre samordning mellan det tidigare Regionförbundet och Landstinget, bland annat utrycktes att exempelvis folkhälsopolicyn och ”gemensam hälso- och sjukvårdspolitik” bör kunna synkas på ett bättre sätt. Ett utökat arbete på övergripande nivå krävs för att förankra och implementera regionala samverkansöverenskommelser. Regionen står för den övergripande policyn så att alla arbetar åt samma håll, landstinget står för en stor del av kompetensen och sakkunskapen inom folkhälsoområdet, kommunerna står för kompetens, sakkunskap, lokal kännedom samt även lokal handlingskraft.

11.2 Bedömning och kommentarer

Vår bedömning är att det finns en rimlig och ändamålsenlig struktur för samverkan mellan kommuner och Region JH inom folkhälsoområdet. Samverkan om beskrivning av hälsoläget och att skapa gemensam kunskapssammanställningar för hälsoutvecklingen i länet är viktiga för prioritering av insatser.

Flera av våra respondenter har utryckt att det har funnits en otydlighet mellan det tidigare regionförbundets och landstingets uppdrag. Vår bedömning är att för att få en ändamålsenlig samverkan inom folkhälsoarbete bör det strategiska arbetet ha en nära koppling till det praktiska folkhälsoarbetet. Vår uppfattning är också att det lokala folkhälsoarbetet i kommunerna och Region JH bör ha kunskap om och en tydlig koppling till det strategiska folkhälsoarbetet.

Formerna för samverkan med kommunerna kan behöva ses över utifrån de synpunkter som framkommit om samverkan mellan Region JH och kommunerna[22] och de nya förutsättningar för samverkan som regionbildningen innebär.

[22] Synpunkterna grundar sig i huvudsak på den tidigare samverkan mellan regionförbundet, landstinget och kommunerna,

© 2015 KPMG AB, the Swedish member firm of KPMG International, a Swiss cooperative. All rights reserved.

12. Uppföljning

Uppföljning av folkhälsoinsatser och av folkhälsans utveckling kan ske på olika sätt. Vi kommer i detta avsnitt att kortfattat beskriva hur Region JH arbetar med att följa folkhälsan i länet och hur insatserna följs upp.

12.1 Hälsa på lika villkor

Landstinget/Region JH har deltagit med ett utökat urval i den nationella folkhälsoundersökningen 2006, 2010 och 2014. Totalt har drygt 5 000 personer i åldern 18 – 24 år svarat på enkäten, vilket motsvarar 52 procents svarsfrekvens. Det tas fram en länsrapport som beskriver utvecklingen i länet och kommunrapporter för respektive län. Utifrån resultat från rapporterna sammanfattas att det finns behov av insatser för att stärka den psykiska hälsan bland unga vuxna kvinnor, främja goda levnadsvanor för gruppen 30 till 64 år och utveckla möjligheter till social samvaro och tillgång till socialt stöd till den äldre åldersgruppen.

Rapporterna har presenterats i olika fora och beskrivs vara bra underlag för diskussion om framtida satsningar inom region och kommunerna.

12.2 Landstings-/Regionstyrelsens uppföljning

I landstingsstyrelsen årsredovisning för år 2014 fanns uppföljning av indikatorer för de mål som formulerats i fyra målområden, patient, samhälle, medarbetare och verksamhetsresultat. I målområde samhälle fanns det ett mål som distinkt handlade om hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete utifrån insatser som hälso- och sjukvården ansvarar för, Indikatorn var andelen tobaksfria sex månader efter genomförd insats tobaks. Tillförlitligheten i denna indikator bedömdes vara låg pga. bristande registrering.

Det fanns också andra mått som har beröring på folkhälsa som t.ex. antalet sjukskrivningar i länet och antibiotikaförskrivning.

I Regionstyrelsens verksamhetsplan för år 2015 beskrivs under område samhälle fler utvecklingsområden inom folkhälsoområdet som styrelsen avser att fokusera på under år 2015.

Vid Regionstyrelsens sammanträde i april 2015 presenterades en rapport om uppföljning av området folkhälsa[23]. Rapporten utgick från vad som genomförts inom området år 2014 och beskrev genomförda samordningsinsatser, analysarbeten, utbildningar, metodutveckling och informationsinsatser.

I regiondirektörens verksamhetsplan för år 2015 finns det under område samhälle och under framgångsfaktorn hälsofrämjande och förebyggande metoder fyra indikatorer.

- Under det strategiska målet Hållbar utveckling avseende ekonomi, ekologi och socialt är indikatorn, minskad antibiotikaförskrivning.

[23] RS 524/2015

© 2015 KPMG AB, the Swedish member firm of KPMG International, a Swiss cooperative. All rights reserved.

- Under det strategiska målet Förbättrad psykisk hälsa och hälsofrämjande och trygghetsskapande levnadsvillkor finns tre indikatorer med definierade mål, antal tobaksbrukare som är tobaksfria sex månader efter förbyggande insats, antal heltidssjukskrivna i diagnosgruppen förstämningssyndrom och att antal personer som är heltidssjukskrivna ska minska i diagnosgruppen andra ryggsjukdomar.

12.3 Utskottet för folkhälsa och rehabilitering

Regionstyrelsens utskott för folkhälsa och rehabilitering har under våren 2015 haft tre sammanträden. Vid sammanträden har det skett presentationer av de folkhälsoinsatser som sker i länet och den utredning som genomförts om bl.a. folkhälsoarbetets organisation (se avsnitt 10).

12.4 Hälsoval

I årsbokslutet för Hälsoval Jämtland Härjedalen 2014 beskrivs hälsocentralernas arbete med det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet.

Under året har diplomeringsutbildningar i tobaksavvänjning genomförts liksom även uppföljnings- och utvecklingsdagar. Tre MI-utbildningar har genomförts under år 2014. Förskrivarutbildningar i FAR, Fysisk aktivitet på recept, har genomförts vid fem olika tillfällen under året.

Resultaten, enligt vårdadministrativa systemet VAS, för insatser för att minska tobaksbruket och riskbruk av alkohol minskade år 2014. Detta bedöms bero på en minskad registrering som uppges bero på krånglig registrering. Enligt verksamhetsberättelserna från hälsocentralerna beskrivs att patienterna blir tillfrågade om sin livsstil. Detta stöds av resultatet i patientenkäten som visar att andelen av primärvårdspatienter som blir tillfrågade om levnadsvanor har ökat.

Målet är att minska antalet dagliga användare av tobak där andel av tobaksbrukare som är tobaksfria sedan minst sex månader ska registreras. För 2014 var 155 (199 år 2013) personer i länet enligt VAS tillfrågade om sina tobaksvanor och 23 (35 år 2013) personer registrerade som tobaksfria efter sex månader. Kvinnor tillfrågas i lägre utsträckning än män om sina rökvanor, trots att fler kvinnor röker.

Målet att minska antalet personer med riskbruk ska mäts genom andel patienter som konstateras med ett riskbruk av alkohol och har minskat sin alkohol konsumtion till under riskbruk 6 månader senare. Enligt VAS tillfrågades endast 11 personer om sitt riskbruk under år 2014.

12.5 Område psykiatri

De psykiatriska verksamheterna deltar i flera kvalitetsregister. I framför allt två av registren samlas data in om levnadsvanor för patientgruppen.

I det nationella kvalitetsregistret för psykosvård, Psykos R, registreras den enskilde patientens BMI, alkoholkonsumtion och skattning av social-, yrkes- och psykosocial funktion (GAF). Registreringen av alkoholkonsumtionen sker utifrån ett instrument som identifierar riskfylld och skadlig alkoholkonsumtion (AUDIT).

I det nationella kvalitetsregistret för Bipolär sjukdom registreras BMI, viktuppgång under läkemedelsbehandling och GAF-skattning.

© 2015 KPMG AB, the Swedish member firm of KPMG International, a Swiss cooperative. All rights reserved.

Registrering av patienter i ovanstående kvalitetsregister kommer att innebära att hälsoutvecklingen inom övervikt, riskbruk av alkohol och sociala funktioner kommer att kunna följas framgent. Andelen registrerade i registren har tidigare varit låg men har ökat och förväntas öka ännu mer.

De i verksamhetsplan beskrivna prioriterade insatserna att minska antalet patienter med fetma (BMI > 30) genom vägning vid inskrivning, införa hälsosamtal med standardiserad provtagning inför det årliga läkarbesöket kommer att följas upp,

12.6 Kommentarer och bedömning

Det hälsofrämjande perspektivet och sjukdomsförebyggande arbetet lyfts fram i regionens styrdokument. Det saknas en tillförlitlig uppföljning av hur detta uppnås i de verksamheter som regionen ansvarar för.

Det finns indikatorer och mätetal som ska spegla det sjukdomsförebyggande arbetet inom tobaksbruk och riskbruk av alkohol. Resultaten som presenteras är dock inte tillförlitliga och kan inte sägas spegla det arbete som utförs.

Resultatet från den nationella patientenkäten visar att andelen patienter som blivit tillfrågade om levnadsvanor har ökat de senare åren är tillförlitligare än de mått som används i regionens uppföljning bedömer vi vara en mer tillförlitlig indikator än det data som hämtas från det vårdadministrativa systemet.

Fram till att det finns tillgång till tillförlitliga data anser vi att den övergripande uppföljningen bör formuleras genom indikator av processkaraktär som beskriver vilka insatser som görs istället för resultatmått som inte är tillförlitliga.

Uppföljning av insatser oavsett om det är traditionella medicinska åtgärder eller inte som t.ex. råd om levnadsvanor ska kunna tas fram ur det patientadministrativa systemet. Vi anser att det bör vara ett prioriterat arbete att möjliggöra sådan uppföljning**.**

KPMG AB, dag som ovan

Örjan Garpenholt, projektledare

© 2015 KPMG AB, the Swedish member firm of KPMG International, a Swiss cooperative. All rights reserved.

Bilaga 1. Statistiksammanställning – Folkhälsa 2015

Undersökningen Folkhälsa består av fyra frågor och har besvarats av 18 personer.

F1. Nedan finner Du fyra påståenden där vi önskar att du kryssar den ruta som beskriver i vilken grad du instämmer i påståendet

F1.1 Landstinget ger ett samordnat stöd om kunskapsutveckling till kommuner och organisationer inom området folkhälsa

18 respondenter har besvarat frågan varav tio instämmer (helt eller i stor utsträckning) medan sex respondenter endast instämmer i liten utsträckning. Två respondenter har svarat ”vet ej” på frågan.

F1.2 Landstinget ger stöd i arbetssätt och metoder inom folkhälsoområde

18 respondenter har besvarat frågan, varav tio instämmer (helt eller i stor utsträckning) medan sju respondenter endast instämmer i liten utsträckning. En respondent har svarat ”vet ej” på frågan.

F1.3 Landstinget ger omvärlds- och kunskapsförmedling inom folkhälsoområdet

18 respondenter har besvarat frågan, varav elva instämmer (helt eller i stor utsträckning) medan fem respondenter endast instämmer i liten utsträckning. Två respondenter har svarat ”vet ej” på frågan.

F1.4 Landstinget bidrar till att metoder utvecklas, dokumenteras och sprids inom folkhälsoområdet

18 respondenter har besvarat frågan, varav sju instämmer (helt eller i stor utsträckning) medan nio respondenter endast instämmer i liten utsträckning. Två respondenter har svarat ”vet ej” på frågan.

F2. Nedan finner Du fyra påståenden där vi önskar att du kryssar den ruta som beskriver i vilken grad du instämmer i påståendet

F2.1 Regionförbundet samordnar de länsövergripande strategiska folkhälsoarbetet på politisk nivå

© 2015 KPMG AB, the Swedish member firm of KPMG International, a Swiss cooperative. All rights reserved.

18 respondenter har besvarat frågan, varav 13 instämmer (helt eller i stor utsträckning) medan tre respondenter endast instämmer i liten utsträckning eller inte alls. Två respondenter har svarat ”vet ej” på frågan.

F2.2 Regionförbundet ger strategiskt stöd samt metodstöd för att påvisa hälsans betydelse som tillväxtfaktor för hållbar tillväxt och utveckling

18 respondenter har besvarat frågan, varav åtta instämmer (helt eller i stor utsträckning) medan sex respondenter endast instämmer i liten utsträckning eller inte alls. Fyra respondenter har svarat ”vet ej” på frågan.

F2.3 Regionförbundet erbjuder utbildningar inom folkhälsoområdet till politiker och tjänstemän

18 respondenter har besvarat frågan, varav nio instämmer (helt eller i stor utsträckning) medan sex respondenter endast instämmer i liten utsträckning eller inte alls. Tre respondenter har svarat ”vet ej” på frågan.

F2.4 Regionförbundet samverkar med länets kommuner för att utveckla och stödja arbetet med att skapa lokala handlingsplaner inom folkhälsoområdet utifrån den övergripande folkhälsopolicyn

18 respondenter har besvarat frågan, varav sex instämmer (helt eller i stor utsträckning) medan elva respondenter endast instämmer i liten utsträckning eller inte alls. En respondent har svarat ”vet ej” på frågan.

F3. Här kan du beskriva vad som fungerar bra och vad som bör utvecklas/förbättras i samverkan inom Folkhälsoområdet mellan kommunerna och Region Jämtland Härjedalen

- ”Bättre samordning mellan fd Regionförbundet och fd Landstinget. T ex finns många likheter mellan folkhälsopolicyn och "gemensam hälso- och sjukvårdspolitik, men de två styrdokumenten känns inte helt synkade. Mer arbete på övergripande nivå för att förankra och implementera regionala samverkansöverenskommer. Risk för att det dessa annars blir en överenskommelse kommunen ingår i ’för att alla andra gör det’ men utan att i egentlig mening äga frågan. För att öka helhetsbilden, förbättra samverkan på alla plan vill jag föreslå att en folkhälsokommission bildas, på liknande vis som i Malmö och Östergötland. Ett arbete som med brett deltagande sammanställer regionens utmaningar och möjliga insatser. I denna bör även ANDT-arbetet införlivas.”
- ”Har haft god hjälp av medarbetare inom Folkhälsocentrum i olika frågor, både med kunskapspåfyllnad samt med metoder och arbetssätt. Länets drogförebyggande samordnare har också genom sitt arbete tillsammans med kommunerna bidragit till att utveckla det gemensamma arbetet i länet mellan kommuner och landsting. I flera kommuner finns

© 2015 KPMG AB, the Swedish member firm of KPMG International, a Swiss cooperative. All rights reserved.

folkhälsoråd/ BRÅ därför bör de frågorna kopplas samman även på läns nivå. När det gäller arbetet på strategisk nivå för övriga folkhälsofrågor bör arbetet primärt ha fokus på situationen i länet och vad kommuner och landsting kan påverka (i stället för att allt för mycket fokus läggs på mittnorden och EU)."

- "Östersunds kommun och Jämtlands läns landsting har sedan 2000 ett organiserat samarbete bl a kring finansiering av kommunens folkhälsotjänst. Landstingets (och senare också Regionförbundets) företrädare har haft en plats i kommunens Folkhälsoråd (som också Ronny W på ett bra sätt medverkade vid). Det har blivit mindre av samarbete sedan uppdelningen i landstingets resp regionförbundets verksamheter och vi ser naturligtvis ett behov av samordning framgent. Vi vill gärna ha med primärvården i det lokala folkhälsoarbetet, dvs någon med verksamhetsansvar."

- "För det första tycker vi att man ska jobba hårt på den nu inslagna vägen att få till en gemensam plattform att utgå från i länets gemensamma folkhälsoarbete. Det är exempelvis viktigt utifrån att nuvarande folkhälsopolicy är under revidering i år. För det andra att vi bygger tydliga broar mellan kommun och primärvård som möjliggör att vi tar ett tydligare helhetsgrepp och lokalt fokuserar på gemensamma områden som kommer ur länsundersökningar. Att vi hjälps åt att lägga tyngd på och belysa gemensamma enkätundersökningar, så kallade fokusenkäter, tillsammans med forskningsresultat som kommer fram från exempelvis MIUN. Samtidigt får vi inte begränsa görandet på fältet med att utreda. Inom kommun och primärvård ska det vara fullt fokus på konkreta handlingar som är till för medborgarnas bästa."

- "Är inte insatt i folkhälsoarbetet i länet."

- "Folkhälsocentrum är en väldigt viktig samarbetspartner för kommunerna. Vi har gott samarbete. Det hoppas jag fortsätter. Däremot saknas samarbete med de loka hälsocentralerna. Kommunerna bjuder in dem men de kommer så gott som aldrig. Regionförbundet har varit väldigt mycket politik och liten verkstad. Mer verkstad vore önskvärt."

- "Folkhälsosamordnarnas träffar upplevs som bra. Om det tas fram ny kunskap och som dokumenteras är spridningen liten eller obefintlig."

- "I skolan fungerar samarbetet med landstinget-regionen bra genom barnarenan. I övrigt kan jag inte uttala mig. Har bara skolan som ansvarsområde."

F4. Här kan Du lämna kommentarer i övrigt om samverkan mellan landsting/region och kommuner inom folkhälsoområdet

- "För att folkhälsoarbetet ska få effekt ute i kommunerna behöver regionen se över de resurser som finns ute i primärvården. Det är i kommuner som människor bor och det är där det behöver ske ett konkret folkhälsoarbetet för att förebygga ohälsa och främja hälsa."

- "Just nu har vi inga fler kommentarer att lämna. Vi förbehåller oss möjligheten att komplettera lämnade svar till början av vecka 22 för vi som berörts av enkäten fått en chans

© 2015 KPMG AB, the Swedish member firm of KPMG International, a Swiss cooperative. All rights reserved.

att läsa igenom varandras svar. Det kan ju ha kommit upp någon ny tanke under tiden. Med vänlig hälsning Rolf Pehrsson, folkhälsosamordnare”

- ”Är inte insatt i folkhälsoarbetet i länet.”
- ”Se förra svaret.”
- ”Alla bor i en primärkommun-Det är viktigt att stödja Folkhälsosamordnarna inne i primärkommunen som har närheten till de lokala samhällena. Givet detta måste de regionala arbetet samordnas och utformas som ett stöd”
- ”se tidigare kommentar”
- ”Regionen står för den övergripande policyn så att alla arbetar åt samma håll, landstinget står för en stor del av kompetensen och sakkunskapen inom folkhälsoområdet, kommunerna står för kompetens, sakkunskap, lokal kännedom samt även lokal handlingskraft.”

Sammanfattade resultat

Landstinget

Majoriteten av respondenterna instämmer i att landstinget ger ett samordnat stöd om kunskapsutveckling till kommuner och organisationer inom området folkhälsa på ett eller annat sätt. Däremot skiljer det sig i vilken utsträckning man tycker att arbetet bedrivs. På liknande sätt ser det ut vad gäller landstingets stöd i arbetssätt och metoder inom folkhälsoområdet.

Vad gäller landstingets omvärlds- och kunskapsförmedling inom området anser respondenterna att detta görs men inte fullt ut (endast en person instämmer helt). Även landstingets bidrag till att metoder utvecklas, dokumenteras och sprids kan förbättras, även om man upplever att detta till viss del görs idag. (Folkhälsosamordnarnas träffar upplevs som bra. Om det tas fram ny kunskap och som dokumenteras är spridningen liten eller obefintlig.) Dock finns goda exempel där kommuner upplever att de har haft god hjälp av både drogförebyggande samordnare och medarbetare inom Folkhälsocentrum, som beskrivs som en viktig samarbetspartner för kommunerna.

F1. Regionförbundet
Vad gäller regionförbundets roll instämmer respondenterna framför allt i att förbundet samordnar det länsövergripande strategiska folkhälsoarbetet på politisk nivå samt i att förbundet erbjuder utbildningar inom området till politiker och tjänstemän. Samtidigt påpekas att förbundet har varit väldigt mycket politik och lite verkstad och att mer verkstad vore önskvärt.

Lika tydlig är det inte att förbundet också ger strategiskt stöd samt metodstöd för att påvisa hälsans betydelse som tillväxtfaktor för hållbar tillväxt och utveckling, även om cirka en tredjedel av respondenterna anser att det görs i stor utsträckning. Att förbundet även samverkar med länets kommuner för att utveckla och stödja arbetet med att skapa lokala handlingsplaner inom

© 2015 KPMG AB, the Swedish member firm of KPMG International, a Swiss cooperative. All rights reserved.

folkhälsoområdet utifrån den övergripande policyn är något som kan bli tydligare då majoriteten anser att det idag endast sker i liten utsträckning.

Övrigt
I övrigt efterfrågas bättre samordning mellan det tidigare Regionförbundet och Landstinget, exempelvis bör folkhälsopolicyn och ”gemensam hälso- och sjukvårdspolitik” kunna synkas på ett bättre sätt. Ett utökat arbete på övergripande nivå krävs för att förankra och implementera regionala samverkansöverenskommelser. Regionen står för den övergripande policyn så att alla arbetar åt samma håll, landstinget står för en stor del av kompetensen och sakkunskapen inom folkhälsoområdet, kommunerna står för kompetens, sakkunskap, lokal kännedom samt även lokal handlingskraft.

Inom vissa områden, exempelvis skolan fungerar samarbetet med landstinget/regionen bra genom barnarenan.

Generellt sett behöver samverkan utökas på alla nivåer och bildandet av en folkhälsokommission föreslås. Mindre fokus bör läggas på mittnorden och EU och istället fokusera på länet, exempelvis finns folkhälsoråd/BRÅ som behöver kopplas samman på länsnivå. En gemensam plattform för länets gemensamma folkhälsoarbete känns viktigt (särskilt nu när nuvarande folkhälsopolicy är under revidering).

På lokal nivå kan samverkan/samordning utvecklas med regionen/landstinget. Sedan uppdelningen av landstinget respektive regionförbundet gjordes har samarbetet på lokal nivå blivit mindre, något som behöver återställas. Man lyfter också primärvårdens roll och vikten av att primärvården/lokala hälsocentraler finns med i det lokala folkhälsoarbetet (och att resurserna ses över). Det är också viktigt att stödja Folkhälsosamordnarna inne i primärkommunen som har närheten till de lokala samhällena.

Samtidigt är det viktigt att hjälpas åt att lägga tyngd på och belysa gemensamma enkätundersökningar, så kallade fokusenkäter, tillsammans med forskningsresultat som kommer fram från exempelvis MIUN.

© 2015 KPMG AB, the Swedish member firm of KPMG International, a Swiss cooperative. All rights reserved.

Staben för e-hälsa och IT
Marit Nilsson
Tfn: 063-147677 (ank 27677)
E-post: marit.nilsson@regionjh.se

2015-10-13

RS/1195/2015
S2015/2282/FS

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

Remissvar - Betänkandet Nästa fas i e-hälsoarbetet (SOU 2015:32)

Region Jämtland Härjedalen har inbjudits att lämna synpunkter på Betänkandet Nästa fas i e-hälsoarbetet (SOU 2015:32).

Sammanfattning

Region Jämtland Härjedalen delar utredningens bedömning att det behövs en gemensam inriktning och en nationell samordning av e-hälsoarbetet och ser positivt på alla initiativ, som verkar för en ändamålsenlig och säker informationshantering i hälso- och sjukvården. Regionen anser att det finns behov av en tydligare ansvars- och rollfördelning mellan landsting/regioner och staten. Det finns även behov av en koordinerande myndighet på statlig nivå och i statlig verksamhet.

För att ta steget in i nästa fas av e-hälsoarbetet, krävs en ny strategi och en ny överenskommelse mellan parterna, om hur det fortsatta arbetet ska bedrivas. Det är viktigt att nuvarande hinder undanröjs och att staten aktivt underlättar landsting/ regioners utvecklingsarbete. Region Jämtland Härjedalen delar uppfattningen att ledningens ansvar för informationshantering och e-hälsa behöver vara en prioriterad fråga, men anser att detta förutsätter ett ekonomiskt tillskott till landsting/regioner.

I den föreslagna samverkansorganisationen är landstingen/regioners direkta inflytande och medverkan ytterst begränsat. Förslagen har heller inte nyttjat de möjligheter som finns i befintliga samverkansstrukturer. Det måste finnas möjligheter till reell påverkan på Samverkansnämndens beslut om krav på interoperabilitet, som kan få stora ekonomisk och verksamhetsmässiga konsekvenser för huvudmännen. Region Jämtland Härjedalen vill även betona vikten av att både arenor samt tid för dialog, förankring och koordinering säkerställs, i den nya samverkansorganisationen.

Region Jämtland Härjedalen anser att ett utökat övervaknings- och kontrollansvar för landsting/regioner, är kontraproduktivt i förhållandet till redan etablerade myndigheters tillsynsansvar. För landsting och kommuner blir styrmedlet kravställande i upphandlingar. Ansvar för uppföljning, innebär ett utökat uppdrag mot idag.

Region Jämtland Härjedalen har inget att invända mot utredningens förslag till ett första steg mot förbättrad informationshantering i läkemedelsprocessen. Det andra steget mot informationshantering i läkemedelsprocessen, behöver utredas vidare.

Region Jämtland Härjedalen är tveksam till behovet av ytterligare en myndighet som arbetar med informationssäkerhetsfrågor, men ser ett behov av bättre samordning mellan nuvarande myndigheter.

Avgränsningar
Betänkandet baseras på E-hälsokommitténs uppdrag att skapa för utsättningar för en bättre, säkrare och effektivare informationshantering inom och mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Utredningens tolkning av uppdraget blir därmed att patient-/invånarperspektivet inte ska behandlas i betänkandet.

Patienter och invånare är centrala för informationshantering i vårdens processer och deras behov, önskemål och prioriteringar behöver appliceras även på frågor som rör system, reglering och styrning. Det ger förutsättning för lösningar som tillför nytta för såväl den enskilde patienten/invånaren som för verksamheten. Region Jämtland Härjedalen delar inte utredningens uppfattning att det är tillräckligt att förslagen indirekt kan skapa bättre förutsättningar för individens tillgång till information. Patient-/invånarperspektivet måste ingå i det fortsatta arbetet.

De juridiska ”hinder” som finns i informationshanteringen är i huvudsak knutna till regler för personuppgiftsbehandling och sekretess. Om dessa problem kan lösas tas ett hinder bort i lösningar på informationsutbytet. Det borde tas ett samlat grepp på lagstiftningen, nu när dataskyddsförordningen träder i kraft och anpassa den svenska reglering till denna. Parallellt med detta kan arbetet med utveckling av standards för informationsutbyte fortsätta.

Utgångspunkter för utredningens förslag
Utredningen konstaterar att man inte lyckats få fram hur många vårdgivare som finns i Sverige (avsnitt 6.2.2). Vidare konstateras att ….”varje landsting har hundratals, kanske tusentals, system. Trots den problembild som utredningen redovisar, med insikten om att varje landsting/region har utvecklat IT-miljöer som ser väldigt olika ut, innebärande oändliga variationsmöjligheter och problemställningar, föreslås ingen samordning och stöd till sjukvårdshuvudmännen vad gäller dialog och kravställning mot leverantörer av befintliga system.

Utredningen berör inte heller hur den med tiden alltmer ökande ansamlingen av patientuppgifter i föråldrade IT-system utan utvecklade konverterings- och arkivfunktioner ska hanteras och den ökande sårbarheten detta medför. Ett krav på leverantörer som tillhandahåller system på den svenska marknaden att tillhandahålla standardiserade lagringsformat skulle kunna överbrygga svårigheterna vid konvertering och lagring av uppgifter i system som inte uppfyller legala krav. En framtvingad utveckling av standardiserade lagringsformat skulle också snabba på önskad utveckling av system med interoperabilitet. Region Jämtland Härjedalen anser mot den bakgrunden att myndigheternas ansvar måste omfatta även befintliga system.

Region Jämtland Härjedalen delar utredningens slutsats att MSB inte bör erhålla utökade befogenheter gentemot vårdens aktörer. Regionen anser dock att Skatteverkets myndighetsansvar bör omfatta framtagande av en nationell standard för reservnummer, eventuellt i samråd med bland andra eHälsomyndigheten.

Ny samverkansorganisation för utvecklingsarbete inom e-hälsoområdet
Region Jämtland Härjedalen avstyrker förslaget i dess nuvarande utformning. Detta är en form av statlig styrning som är ineffektiv. Den statliga styrningen bör ske genom lagstiftning som på detta område riktar sig till vårdgivare.

Förslaget innebär en ny och tämligen komplex organisation, med syfte att uppnå ett effektivt och mer koordinerat utvecklingsarbete inom e-hälsoområdet. En nationell samordnare skall leda uppbyggnaden av den nya samverkansorganisationen, som består av styrgrupp, koordineringsgrupp och samverkansnämnd. I den föreslagna organisationen är dock landstingen/regioners direkta inflytande och medverkan begränsat.

I styrgruppen som leds av Socialdepartementet ingår företrädare för regeringskansliet, berörda departement, apoteksbranschen, professionella organisationer (oklart vad som avses) samt SKL. Landstings/regioners inflytande blir enbart indirekt via SKL:s representant.

Koordineringsgruppens sammansättning ska var bredare än styrgruppens och bör innehålla representanter från stat, landsting, kommuner, intresse-, bransch- och fackliga organisationer samt professions- och patientorganisationer. För att koordinerings-gruppens arbetsformer ska bli praktiskt hanterbara, är det rimligt att anta att landstings/regioners deltagande begränsas till ett fåtal huvudmän. Utveckling inom e-hälsa handlar inte bara om IT och teknik, utan om verksamhetsutveckling och om vårdens stora utmaningar att införa nya verktyg och nytt arbetssätt. Den operativ koordinering av landsting/regioner, snabba beslut och förankring som idag sker inom ramen för Ineras verksamhet, måste säkerställas även i det fortsatta arbetet.

Samverkansnämnden föreslås bli ett nytt beslutsorgan inom E-hälsomyndigheten, med mandat att fatta beslut om krav på interoperabilitet. Det innebär en statlig myndighet som fattar bindande beslut för landsting/regioner. Landsting/regioners möjligheter att påverka och säkerställa att kraven är realiserbara, framgår ej av förslagen.

Gemensam informationsstruktur
Region Jämtland Härjedalen avstyrker förslaget i dess nuvarande utformning. Behovet av en enhetlig och säker informationshantering i hälso- och sjukvården är ingen ny fråga. Den aktualiserades redan för 25 år sedan (Informationsstruktur för hälso- och sjukvården SOU 1991:18). Socialstyrelsen har de senaste 10 åren haft ansvar för den nationella informationsstrukturen (NI). Region Jämtland Härjedalen delar bedömningen att behovet av strukturerad information med entydiga termer och begrepp fortfarande är stort. Det är dock svårt att se vad i betänkandets förslag kring tydligare uppdrag för Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten, som konkret kan ge nya förutsättningar för en mer aktiv utveckling och förvaltning inom området.

Region Jämtland Härjedalen anser också att Skatteverket snarast bör få ett uppdrag att ta fram en nationell standard för reservnummer. Vidare efterlyser regionen föreskrifter för personuppgiftsbehandling av skyddade personuppgifter, omfattande såväl patienter som personal med skyddade personuppgifter. Ökad interoperabilitet och behovet av

överföring av uppgifter mellan olika myndigheter ökar sårbarheten, liksom IT-system med bristande uppfyllnad av legala krav.

Huvudmännens ansvar

Region Jämtland Härjedalen avstyrker utredningens förslag. Utredningen väljer att utöka landstings och kommuners ansvar med bl.a. kontroll och tillsyn av privata vårdgivares informationssäkerhet. Om utredningens förslag genomförs behövs instruktioner för hur detta ska gå till. En CE-märkning innebär inte att ett system uppfyller legala krav; hur ska då vårdgivarna genomdriva att legala krav uppfylls dels avseende gamla system, dels vid nyanskaffning. Det behöver förtydligas vad en risk- och behovsanalys ska innehålla.

Det är svårt att överblicka konsekvenserna av förslaget att landsting och kommuner ska ställa krav på och följa upp att privata vårdgivare inom det geografiska området uppfyller Patientdatalagen. För landsting och kommuner blir styrmedlet kravställande i upphandlingar, vilket eventuellt kan begränsa etableringsmöjligheter för enskilda vårdgivare. Landsting/regioners ansvar för uppföljning, innebär ett utökat uppdrag mot idag.

Region Jämtland Härjedalen anser att ett utökat övervaknings- och kontrollansvar för informationssäkerheten är kontraproduktivt i förhållandet till redan etablerade myndigheters tillsynsansvar. Landsting och kommuner har idag inte tillgång till de rättsmedel som krävs för sådan övervakning och kontroll. Det är inte effektivt att landstings och kommuners tolkningar, prioriteringar och beställningar blir avgörande i dessa frågor. Inspektionen för vård och omsorg, Läkemedelsverket och Datainspektionen har både de uppdrag och de expertkunskaper som krävs för förbättrad övervakning och kontroll. Det behövs istället utökade anslag och tydligare uppdragsbeskrivningar till dessa myndigheter.

Ett ansvar för landsting och kommuner som omfattar aktörer som även bedriver icke skattefinansierad vård inom det geografiska området, är orimligt och praktiskt ogenomförbart. Regionen står inte alltid i något avtalsförhållande till de privata vårdgivare, som skulle omfattas av det föreslagna övervaknings- och kontrollansvaret. Ett övervaknings- och kontrollansvar förutsätter uttryckligt lagstöd med sanktionsmöjligheter. Utredningen har inte övervägt eller lämnat något förslag i denna del.

Ett förslag till reglering av informationshantering inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör ha sin utgångspunkt i personuppgiftslagen och i de lagar som preciserar och förtydligar personuppgiftsbehandling. Regleringen bör utformas med ansvar för den som är personuppgiftsansvarig enligt personuppgiftslagen. Att skapa otydlig och överlappande lagreglering av ansvaret motverkar det man vill uppnå med regleringen.

Utredningen föreslår att ett nytt begrepp, huvudman, införs i lagen för att tydliggöra skillnaden mellan landstings/regioners och kommuners ansvar för att tillhandahålla hälso- och sjukvård till befolkningen och dessas ansvar som vårdgivare. Begreppet har också diskuterats i andra lagstiftningssammanhang utan att komma till uttryck i lagstiftningen. Att tydliggöra denna skillnad är bra, men bör göras i hälso- och

sjukvårdslagen och inte i patientdatalagen. Genom att införa begreppet i denna lag skapas osäkerhet om vad som gäller i andra sammanhang än personuppgiftsbehandling.

Region Jämtland Härjedalen anser att begreppet huvudman inte ska användas för att tydliggöra ansvaret för verksamheten och avstyrker förslaget. Begreppet för tanken till patriarkala strukturer och lagstiftningen bör undvika att använda könsbundna ord som befäster gamla tankemönster. Region Jämtland Härjedalen förordar att man håller fast vid begrepp som redan finns i kommunallagen och hälso- och sjukvårdslagen och istället använda begreppen landsting/region och kommun.

Informationshantering i läkemedelsprocessen
Förbättrad informationshantering inom läkemedelsområdet, är en viktig patientsäkerhetsfråga. Region Jämtland Härjedalen instämmer i utredningens beskrivning av problem och brister i dagens läkemedelshantering. Förslaget att legitimerad sjukvårdspersonal redan fr o m januari 2016 ska kunna få ta del av information i receptregistret, är mycket positivt. Region Jämtland Härjedalen instämmer i att arbetet för en gemensam läkemedelslista bör inledas omgående.

När det gäller steg två i informationshantering i läkemedelsprocessen, så anser regionen att det är en komplex fråga som behöver utredas vidare. Alternativa vägar att nå samma målbild, behöver analyseras vidare. Frågan om vem som äger informationen och hur denna får nyttjas, behöver utredas vidare.

Utredningen föreslår att patienter ska kunna privatmarkera läkemedelsuppgifter samt att patientens samtycke krävs för åtkomst till privatmarkerade uppgifter. Detta bör förtydligas vad gäller ungdomar som själv råder över sekretess för sina uppgifter.

Informationssäkerhet
E-hälsomyndigheten föreslås få ansvar för att verka för god informationssäkerhet i hälso- och sjukvård, apotek och socialtjänst. En uppgift som redan idag ligger på ett antal andra myndigheter. Region Jämtland Härjedalen är tveksam till behovet av ytterligare en myndighet som arbetar med informationssäkerhetsfrågor, men ser ett behov av bättre samordning mellan nuvarande myndigheter.

Utredningen tar upp vissa initiativ gällande huvudmännens egna program och samverkansformer, för att åstadkomma gemensam och säker informationshantering för vården. Regionen saknar dock en beskrivning av det omfattande samarbete som idag finns inom kundgruppering för de olika vårdsystemen. Som ett exempel kan nämnas att inom COSMIC kundgrupp samarbetar åtta landsting/regioner med gemensam kravställan och utveckling, med målet att nå förbättrad funktionalitet, interoperabilitet och hög informationssäkerhet. Regionen anser att utredningen saknar en beskrivning av en incitamentsstruktur och finansiering, för att ytterligare utveckla och stärka detta samarbete.

Finansiering
Utredningen pekar på det faktum att de samlade IT-kostnaderna för landsting och regioner över tid legat oförändrat på 2,8% av omslutningen, trots ökat nyttjande och ökade behov. En hög ambitionsnivå inom utveckling av e-hälsa måste i en kräv

ekonomisk situation ställas mot prioriteringar av medicinska behandlingar och omvårdnad av den enskilde patienten. Mot denna bakgrund är det viktigt att Samverkansnämndens beslut om krav på interoperabilitet, måste balanseras mot huvudmännens ekonomiska och verksamhetsmässiga förmåga att leva upp till kraven. Region Jämtland Härjedalen ser positivt på inriktningen att öka utvecklingstakten , men detta förutsätter att staten tar ett större ansvar, inte enbart för styrning, utan även inom det finansiella området.

Region Jämtland Härjedalen anser att en myndighet – t.ex. E-hälsomyndigheten - ska ha både ett finansiellt ansvar och personuppgifts- och förvaltningsansvar avseende nationella IT-tjänster inom vård och omsorg. Genom ett centralt personuppgiftsansvar förenklas och legaliseras självständig personuppgiftsbehandling.

Vårdgivarnas personuppgiftsansvar idag utgör ett legalt hinder som inte alltid beaktas vid utveckling och driftsättning av nationella tjänster. Likaså bör det övergripande personuppgiftsansvaret avseende nationella kvalitetsregister organiseras på ett liknande sätt.

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Ann-Marie Johansson
Regionstyrelsens ordförande

Björn Eriksson
Regiondirektör

REGERINGSKANSLIET

Remiss

2015-06-22 S2015/2282/FS

Socialdepartementet

Enheten för folkhälsa och sjukvård

REGION
JÄMTLAND HÄRJEDALEN
2015 -06- 25
Dnr...../...../20.....

SOU 2015:32 Nästa fas i e-hälsoarbetet

Remissinstanser:

1. Riksdagens ombudsmän (JO)
2. Riksrevisionen
3. Justitiekanslern (JK)
4. Förvaltningsrätten i Stockholm
5. Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB)
6. Datainspektionen
7. Kommerskollegium
8. Försäkringskassan
9. Socialstyrelsen
10. Inspektionen för vård och omsorg (IVO)
11. Läkemedelsverket
12. Folkhälsomyndigheten
13. Myndigheten för vårdanalys
14. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU)
15. Statens institutionsstyrelse (SiS)
16. Myndigheten för delaktighet
17. Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte)
18. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV)
19. Inspektionen för socialförsäkringen
20. Statskontoret
21. E-hälsomyndigheten
22. Statens medicinsk-etiska råd (SMER)
23. Ekonomistyrningsverket (ESV)
24. Linnéuniversitet
25. Konkurrensverket
26. Verket för innovationssystem (Vinnova)
27. Regelrådet
28. Riksarkivet
29. Bengtsfors kommun

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

30. Dorotea kommun
31. Fagersta kommun
32. Falu kommun
33. Gnosjö kommun
34. Gotlands kommun
35. Gällivare kommun
36. Göteborgs kommun
37. Halmstads kommun
38. Huddinge kommun
39. Kalmar kommun
40. Linköpings kommun
41. Malmö kommun
42. Mora kommun
43. Motala kommun
44. Munkfors kommun
45. Norrköpings kommun
46. Norrtälje kommun
47. Ronneby kommun
48. Sandvikens kommun
49. Skara kommun
50. Staffanstorp kommun
51. Stockholms kommun
52. Sundsvalls kommun
53. Sunne kommun
54. Sävsjö kommun
55. Torsby kommun
56. Uppsala kommun
57. Vimmerby kommun
58. Vingåkers kommun
59. Västerås kommun
60. Växjö kommun
61. Åre kommun
62. Örebro kommun
63. Östersunds kommun
64. Stockholms läns landsting
65. Uppsala läns landsting
66. Södermanlands läns landsting
67. Östergötlands läns landsting
68. Jönköpings läns landsting
69. Kronobergs läns landsting
70. Kalmar läns landsting
71. Blekinge läns landsting
72. Skåne läns landsting
73. Hallands läns landsting

74. Västra Götalands läns landsting
75. Värmlands läns landsting
76. Örebro läns landsting
77. Västmanlands läns landsting
78. Dalarnas läns landsting
79. Gävleborgs läns landsting
80. Västernorrlands läns landsting
81. Jämtlands läns landsting
82. Västerbottens läns landsting
83. Norrbottens läns landsting
84. Akademikerförbundet SSR
85. Apotekarsocieteten (APS)
86. Distriktssköterskeföreningen
87. Föreningen Sveriges socialchefer
88. Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter
89. Fysioterapeuterna
90. Kommunal
91. Privattandläkarna
92. Svensk Sjuksköterskeförening (SSF)
93. Svenska Läkaresällskapet
94. Sveriges Farmaceuter
95. Sveriges läkarförbund
96. Sveriges Psykologförbund
97. Tjänstetandläkarna
98. VISION
99. Vårdförbundet
100. Astma och Allergiförbundet
101. Handikappförbunden
102. Lika unika
103. Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH)
104. Pensionärernas Riksorganisation(PRO)
105. Reumatikerförbundet
106. Riksförbundet HjärtLung
107. Svenska Diabetesförbundet
108. Aleris
109. Apoteket AB
110. Capio
111. FAMNA
112. Inera AB
113. IT & Telekomföretagen
114. Kronans Droghandel Apotek AB
115. Läkemedelsindustriföreningen (LIF)
116. Praktikertjänst
117. Stiftelsen Nätverk för läkemedelsepidemiologi (NEPI)

118. Sveriges Advokatsamfund
119. Sveriges Apoteksförening
120. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)
121. Sveriges Pensionärsförbund (SPF)
122. Swedish Medtech
123. Swedish Standards Institute (SIS)
124. Vårdföretagarna

Remissvaren ska ha kommit in till Socialdepartementet senast **den 27 oktober 2015.** Vi vill att ni enbart 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 remissvaret ska Socialdepartementets diarienummer S2015/2282/FS anges.

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.

De ekonomiska konsekvenserna av utredningens förslag beskrivs delvis i betänkandet varför remissinstanserna särskilt ombeds att yttra sig över dessa.

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

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

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

Frågor under remisstiden besvaras av Henrik Moberg, Socialdepartementet, Enheten för folkhälsa och sjukvård, telefon 072-231 36 68, eller henrik.moberg@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

2015-10-13

RS/1195/2015

Sammanfattning av remiss Nästa fas i e-hälsoarbetet

Länk till hela remissen

Utredningens utgångspunkter

En ändamålsenlig och säker informationshantering i hälso- och sjukvården, på öppenvårdsapoteken och i socialtjänsten kan förbättra såväl patient- och brukarsäkerheten som kvaliteten i dessa verksamheter. E-hälsokommitténs förslag syftar till att ge förutsättningar för en sådan informationshantering.

Utredningens bestämda uppfattning är att det inte är acceptabelt att patienters och brukares säkerhet riskeras till följd av brister i informationshanteringen. Rätt information i rätt tid för rätt användare är avgörande för professionernas möjligheter att göra ett bra arbete med hög kvalitet. Skyddet för den enskildes integritet måste samtidigt vara starkt. Känsliga personuppgifter måste skyddas mot obehörig åtkomst.

Ändamålsenlighet handlar om att informationen ska vara tillgänglig på ett enkelt sätt och att det ska gå att lita på att den är korrekt. Det handlar om att informationshanteringen ska fungera i praktiken för professionerna i deras dagliga arbete. Säkerhet syftar både på skyddet för individens integritet och på rätt tillgång till korrekt information. E-hälsa syftar på insatser för att med hjälp av informationssystem och e-tjänster skapa och utveckla en ändamålsenlig och säker informationshantering inom och mellan hälso- och sjukvården, öppenvårdsapoteken och socialtjänsten, till nytta för individer, professioner och beslutsfattare.

Utredningen bedömer att behoven av att kunna utbyta information kommer att öka i framtiden, när såväl patienter som brukare i allt större utsträckning rör sig över gränser. Det gäller till exempel gränser mellan huvudmän i hela landet, mellan offentliga och privata aktörer eller mellan olika länder. Rörligheten kan förväntas öka, bland annat till följd av de möjligheter som patientlagen ger. Information måste därför kunna utbytas och tillgängliggöras för berörda professioner på ett säkert sätt.

Utredningen har lagt fram en delredovisning i form av en diskussionspromemoria[1] för att beskriva den övergripande problembild utredningen har identifierat på e-hälsoområdet. Promemorian lade också fast den huvudsakliga inriktningen för utredningens arbete.

De mest angelägna behoven att åtgärda var enligt diskussionspromemorian att:

[1] Nästa fas i e-hälsoarbetet - En diskussionspromemoria från E-hälsokommittén (S2013:17).

– staten behöver styra det nationella e-hälsoarbetet för att skapa en mer ändamålsenlig och säker informationshantering inom och mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst. Sådan styrning kan utföras med hjälp av normering, tillsyn, myndighetsstyrning och samordning,
– rollfördelningen mellan statliga myndigheter på området behöver förtydligas,
– staten bör se till att en ny e-hälsostrategi med tillhörande handlingsplan utarbetas,
– det behövs nationella krav för att säkerställa en grundläggande interoperabilitet mellan informationssystem inom vård och socialtjänst,
– E-hälsomyndigheten bör få ett utökat uppdrag, bland annat inom ovan nämnda områden och när det gäller koordinering av insatser i handlingsplanen,
– den statliga tillsynen av informationshantering i hälso- och sjukvården och socialtjänsten behöver utvecklas och förstärkas,
– staten behöver i större utsträckning kunna ge råd, stöd och vägledning till huvudmän och verksamheter för att underlätta implementering av befintlig och eventuell ny normering, och att
– arbetet med att införa strukturerad information med entydiga termer och begrepp bör inledningsvis fokuseras på de områden där behoven är störst, exempelvis läkemedelsbehandling.

Landsting och kommuner har länge samordnat sig kring e-hälsofrågorna. Staten har på en övergripande nivå bidragit till utvecklingsarbetet inom ramen för den nationella it-strategin 2005 och sedan 2010 strategin Nationell eHälsa. Mycket utvecklingsarbete har genomförts på såväl lokal och regional som på statlig nivå. Den tekniska utvecklingen har möjliggjort förbättringar i verksamheternas informationshantering och utvecklat verksamheterna. Utredningen anser att det nu är nödvändigt att åstadkomma en bättre samordning och en starkare styrning av utvecklingen på e-hälsoområdet. I landsting och kommuner behöver ledningens ansvar för informationshantering och e-hälsa vara en prioriterad fråga. Utredningen ser mot den här bakgrunden behov av att utveckla lagstiftning och andra regelverk, koordinera det nationella ehälsoarbetet i en samverkansorganisation, inrätta ett särskilt beslutsorgan för krav på interoperabilitet och skapa en gemensam läkemedelslista. Dessutom behövs förtydligade myndighetsuppdrag.

Bygg upp en samverkansorganisation och tillsätt en nationell samordnare

Utredningen föreslår en samverkansorganisation för det fortsatta utvecklingsarbetet inom e-hälsoområdet. En styrgrupp under ledning av Socialdepartementet ska inrättas liksom en koordineringsgrupp ledd av E-hälsomyndigheten. Styrgruppen ska besluta om en handlingsplan för nationell e-hälsa. Det ska framgå av handlingsplanen vem som ansvarar för respektive insats. E-hälsomyndigheten ska få i uppdrag att vara sammankallande för en koordineringsgrupp och leder därför arbetet inom ramen för organisationen.
Arbetet i organisationen ska utgå ifrån en handlingsplan som beslutas årligen av styrgruppen och utarbetas av koordineringsgruppen. Utredningen föreslår att regeringen ska tillsätta en nationell samordnare med uppdraget att inrätta samverkansorganisationen samt att upprätta en arbetsprocess för samverkansorganisationen. Den nya samverkansorganisationens första uppgift blir att utarbeta handlingsplanen.

Inrätta en beslutande nämnd

Utredningen föreslår att en ny nämnd ska inrättas, Samverkansnämnden, med E-hälsomyndigheten som värdmyndighet. Samverkansnämnden ska med stöd av en ny förordning besluta om krav på interoperabilitet vid behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården, på öppenvårdsapoteken och i socialtjänsten. Syftet är att främja teknisk och semantisk interoperabilitet. Vårdgivare, tillståndshavare för öppenvårdsapotek och de som bedriver socialtjänst blir enligt utredningens förslag skyldiga att följa nämndens beslut. Tillsynsmyndigheterna Inspektionen för vård och omsorg, Datainspektionen och Läkemedelsverket ska kunna utöva tillsyn över hur nämndens beslut följs.

Genom Samverkansnämnden inrättas en nationell aktör med mandat att besluta om de grundläggande förutsättningarna för informationshantering. Utredningen föreslår att nämnden ska bestå av företrädare för E-hälsomyndigheten, Socialstyrelsen, Läkemedelsverket, Sveriges Kommuner och Landsting, ett landsting, en kommun, en tillståndshavare och en privat vårdgivare. Samverkansnämndens konstruktion, menar utredningen, ger goda möjligheter till förankring av besluten hos berörda aktörer.

E-hälsomyndigheten ansvarar för beredningen av de beslut som nämnden ska fatta. Beredningen utgör en del av koordineringsarbetet i samverkansorganisationen. Utredningen anser att det forum som koordineringsgruppen utgör ger goda möjligheter till förankring av nämndens kommande beslut även i beredningsfasen.

Tydligare myndighetsuppdrag om gemensam informationsstruktur

Utredningens bedömning är att behovet av strukturerad information med entydiga termer och begrepp är stort inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten; det är grunden för semantisk och teknisk interoperabilitet, för att professioner ska kunna ge säkra insatser av hög kvalitet, för att utveckla besluts- och kunskapsstöd och för uppföljning, kunskapsstyrning och forskning.

Utredningen ser behov av att förtydliga uppdragen för berörda myndigheter. Socialstyrelsen ska få ett instruktionsenligt ansvar för att i samråd med E-hälsomyndigheten utveckla och förvalta en gemensam informationsstruktur. Socialstyrelsen ska också ge verksamheterna råd och stöd vid införande och användning av den gemensamma informationsstrukturen. E-hälsomyndigheten ska få ett instruktionsenligt ansvar att i samråd med Socialstyrelsen utveckla och förvalta de informationssystem som krävs för tillgängliggörande av en gemensam informationsstruktur för hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Förbättra informationshanteringen i läkemedelsprocessen

Utredningens bedömning är att lagstiftningen som reglerar tillgången på personuppgifter i läkemedelsprocessen behöver utvecklas för att förbättra tillgången till information om patienters läkemedelsbehandling. Det handlar om ett långsiktigt och omfattande arbete som bör genomföras i flera steg. Det första steget är en tillfällig lösning i avvaktan på att en gemensam läkemedelslista kan införas. Det handlar om att ge legitimerade yrkesutövare i hälso- och sjukvården tillgång till samma information i receptregistret, som expedierande personal på öppenvårdsapotek och patienten själv redan har. Utredningen föreslår därför vissa förändringar i receptregisterlagen. Dessa lagändringar föreslås träda i kraft i januari 2016.

Det andra steget är att ta ett helhetsgrepp och införa en ny lagstiftning som reglerar en gemensam läkemedelslista. En sådan lagstiftning föreslås träda i kraft i januari 2018. Utredningen anser att det förberedande arbetet med att inrätta en gemensam läkemedelslista bör inledas omgående. Utredningens förslag innebär att alla ordinatörer ska vara skyldiga att dokumentera sina ordinationer i den gemensamma läkemedelslistan, som lagras hos och tillgängliggörs av E-hälsomyndigheten. Ordinatörerna ska fullgöra sin journalföringsplikt genom att dokumentera i den gemensamma läkemedelslistan. De ordinationer som dokumenteras i den gemensamma läkemedelslistan ska vara tillgängliga för behöriga användare i hälso- och sjukvården och på öppenvårdsapoteken. Syftet med den gemensamma läkemedelslistan är att ge de yrkesutövare som ordinerar, administrerar och expedierar läkemedel och andra varor, tillgång till aktuella och korrekta uppgifter så att kvalitet och säkerhet vid denna verksamhet kan säkerställas. Syftet är även att patienten ska få tillgång till uppgifter om de läkemedel och andra varor som har ordinerats och expedierats till hen.

Förslaget innebär att staten tar ansvar för skyddet av dessa personuppgifter genom nationell lagring av information. Staten ska säkerställa berörda professioners tillgång till denna information. Nästa steg mot att uppnå bättre tillgång till viktig information i läkemedelprocessen är att även innefatta ordinationer, som görs i den slutna vården och som ges direkt till patienten, i den gemensamma läkemedelslistan. Det återstår dock enligt utredningens bedömning en hel del arbete med att utreda vilket behov av informationsutbyte som finns och hur sådana ordinationer ska beskrivas och struktureras innan detta steg kan tas. Utredningen anser att detta ytterligare utvecklingsarbete ska inledas så fort som möjligt och att det ska göras som en insats i den föreslagna handlingsplanen.

Gör huvudmännens ansvar tydligare

Utredningen föreslår förändringar i patientdatalagen för att förtydliga att huvudmännen för hälso- och sjukvård har ett ansvar att se till att de vårdgivare som är verksamma med huvudmannens finansiering använder informationssystem som kan användas för ändamålsenligt och säkert utbyte av personuppgifter. Oavsett om huvudmannen bedriver all vård i egen regi eller om det är flera olika aktörer som bedriver verksamheten ska nödvändig information kunna följa patienten.

Utredningen föreslår också att en huvudman genom att ställa krav på och följa upp vårdgivare som är verksamma inom huvudmannens ansvarsområde, ska se till att kraven på ändamålsenlig och säker behandling av personuppgifter som ställs i patientdatalagen följs.

Ge E-hälsomyndigheten en central roll

Utredningens förslag kommer att göra E-hälsomyndigheten till den koordinerande kraften i det nationella e-hälsoarbetet. Myndigheten kommer till följd av förslagen att spela en central roll i arbetet med att uppnå en ändamålsenlig och säker informationshantering i hälso- och sjukvården, på öppenvårdsapoteken och i socialtjänsten.

E-hälsomyndigheten föreslås vara värdmyndighet åt Samverkansnämnden. Myndigheten ska bereda underlaget för nämndens beslut samt ge råd och stöd när det gäller tillämpningen av besluten. Vidare föreslås E-hälsomyndigheten vara ansvarig för drift

och förvaltning samt tillgängliggörande av den gemensamma läkemedelslistan. E-hälsomyndigheten ska också vara personuppgiftsansvarig för läkemedelslistan. Utredningen föreslår också att E-hälsomyndigheten får ett instruktionsenligt uppdrag att verka för god informationssäkerhet vid behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården, på öppenvårdsapoteken och i socialtjänsten. Myndigheten ska kunna ge råd och stöd till vårdgivare, tillståndshavare och den som bedriver socialtjänst i arbetet med informationssäkerhet.

Nina Fållbäck-Svensson
Hälso- och sjukvårdsstaben
Tfn: 063-14 75 51
E-post: nina.fallback-svensson@regionjh.se

2015-10-13

Dnr RS/1231/2015

Socialdepartementet

s.registrator@regeringskansliet.se
s.sf@regeringskansliet.se

Svar på remiss Skapa tilltro - Generell tillsyn, enskildas klagomål och det allmänna ombudet inom socialförsäkringen (SOU 2015:46), S2015/3232/SF

Region Jämtland Härjedalen har getts möjlighet att lämna svar på utredningen Skapa till tro - Generell tillsyn, enskildas klagomål och det allmänna ombudet inom socialförsäkringen (SOU 2015:46). Region Jämtland Härjedalen ser att de föreslagna förändringarna innebär utökade möjligheter för enskilda att kunna överklaga och lämna klagomål inom socialförsäkringsområdet och välkomnar därför förslagen.

Det är dock viktigt att poängtera vikten av att det tillskapas tillräckliga resurser för att hantera klagomålen. Exemplet IVO som haft allt för hög arbetsbelastning avskräcker. Det finns stor risk för att den typen av underdimensionerade verksamheter undergräver allmänhetens förtroende för klagomålshanteringen.

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Ann-Marie Johansson
Regionstyrelsens ordförande

Björn Eriksson
Regiondirektör

REGERINGSKANSLIET

Remiss

2015-06-30

S2015/3232/SF

Socialdepartementet

GB med SB/SAM, A/A, A/ARM, FI/BA, FI/EA/E2, FI/FMA/FPM, FI/OFA/ESA, FI/OFA/K, FI/OFA/SFÖ, FI/RS, FI/SKA/S3, JU/DOM, JU/L4, JU/L6, JU/PO, JU/KRIM, JU/Å, KU/DISK, S/FS, S/FST, S/RS, S/SF, U/UH

REGION
JÄMTLAND HÄRJEDALEN

2015 -07- 03

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

Betänkande Skapa tilltro - Generell tillsyn, enskildas klagomål och det allmänna ombudet inom socialförsäkringen (SOU 2015:46)

Remissinstanser:

1. Kammarrätten i Stockholm,
2. Förvaltningsrätten i Malmö,
3. Förvaltningsrätten i Göteborg,
4. Justitieombudsmannen,
5. Justitiekanslern,
6. Riksrevisionen,
7. Kammarkollegiet,
8. Domstolsverket,
9. Polismyndigheten,
10. Brottsförebyggande rådet,
11. Datainspektionen,
12. Försäkringskassan,
13. Pensionsmyndigheten,
14. Inspektionen för socialförsäkringen (ISF),
15. Inspektionen för vård och omsorg (IVO),
16. Socialstyrelsen,
17. Myndigheten för delaktighet,
18. Statens institutionsstyrelse,
19. Inspektionen för arbetslöshetsförsäkringen (IAF),
20. Arbetsförmedlingen,
21. Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU),
22. Arbetsmiljöverket,
23. Arbetsgivarverket,
24. Skatteverket,
25. Statskontoret,

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

26. Finansinspektionen,
27. Kronofogdemyndigheten,
28. Tullverket,
29. Ekonomistyrningsverket,
30. Sveriges Kommuner och Landsting,
31. Stockholms läns landsting,
32. Uppsala läns landsting,
33. Södermanlands läns landsting,
34. Östergötlands läns landsting,
35. Jönköpings läns landsting,
36. Kronobergs läns landsting,
37. Kalmar läns landsting,
38. Gotlands kommun,
39. Blekinge läns landsting,
40. Skåne läns landsting,
41. Hallands läns landsting,
42. Västra Götalands läns landsting,
43. Värmlands läns landsting,
44. Örebro läns landsting,
45. Västmanlands läns landsting,
46. Dalarnas läns landsting,
47. Gävleborgs läns landsting,
48. Västernorrlands läns landsting,
49. Jämtlands läns landsting,
50. Västerbottens läns landsting,
51. Norrbottens läns landsting,
52. Länsstyrelsen i Stockholms län,
53. Det allmänna ombudet för socialförsäkringen,
54. Det allmänna ombudet hos Skatteverket,
55. Uppsala universitet, Juridiska samt Statsvetenskapliga institutionen,
56. Stockholms universitet, Juridiska samt Statsvetenskapliga institutionen,
57. Diskrimineringsombudsmannen (DO),
58. Barnombudsmannen,
59. Sveriges advokatsamfund,
60. Föreningen Svenskt Näringsliv,
61. Företagarna,
62. Tjänstemännens centralorganisation (TCO),
63. Sveriges akademikers centralorganisation (SACO),
64. Fackförbundet ST,
65. Landsorganisationen i Sverige (LO),
66. LO-TCO Rättsskydd,
67. Svensk Försäkring,
68. Almega,

69. Läkarförbundet,
70. Svenska Läkaresällskapet,
71. Akademikerförbundet SSR,
72. Vision,
73. Kommunal,
74. Hörselskadades riksförbund (HRF),
75. Handikappförbunden (HSO),
76. Lika Unika,
77. Statens tjänstepensionsverk (SPV),
78. Pensionärernas Riksorganisation (PRO),
79. SPF Seniorerna,
80. Sveriges Pensionärers Riksförbund (SPRF),
81. PensionärsGemenskap,
82. Svenska Kommunalpensionärers Förbund (SKPF).

Remissvaren ska ha kommit in till Socialdepartementet senast den **31 oktober 2015.** Svaren bör lämnas enbart i elektronisk form och då både i Word-format och PDF-format. Remissvaren ska skickas till följande e-postadresser: s.registrator@regeringskansliet.se och s.sf@regeringskansliet.se. Vänligen ange vårt diarienummer på remissvaret.

I remissen ligger att Socialdepartementet vill ha synpunkter på förslagen eller materialet i betänkandet.

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

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 Hemström-Hemmingsson
Departementsråd

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

2015-10-13

RS/1231/2015

Sammanfattning av Remiss: Skapa tilltro - Generell tillsyn, enskildas klagomål och det allmänna ombudet inom socialförsäkringen (SOU 2015:46)

Länk till hela remissen

Utredningen om tillsyn inom socialförsäkringsområdet lämnar i detta betänkande ett antal förslag om en utökad tillsyn inom socialförsäkringsområdet. Förslagen gör det möjligt för Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) att bedriva generell tillsyn och att handlägga klagomål från enskilda. Utredningen lämnar även förslag på organisatoriska och processuella förändringar avseende det allmänna ombudet för socialförsäkringen. Syftet med förslagen är att stärka tilltron till socialförsäkringens administration och regelverk.

En utökad tillsyn inom socialförsäkringsområdet
Reguljär tillsyn är en självständig rättslig granskning som utförs kontinuerligt och har ett avgränsat område att granska.

Utredningen använder begreppen generell tillsyn och klagomålshantering. Tillsynen har på ett övergripande plan fyra syften:
– att göra det möjligt för medborgarna att utkräva ansvar från politiker och förvaltning,
– att förebygga felaktigheter i förvaltningen och bidra till ökat lärande,
– att ge ett underlag för styrning och utveckling av förvaltningen och
– att vara en funktion för allmänhetens insyn i verksamheterna.

Det finns ett behov av utökad reguljär tillsyn inom socialförsäkringsområdet.
ISF bedriver i dag systemtillsyn över Försäkringskassan, delar av Pensionsmyndigheten och delar av Skatteverket. Vad gäller en enskild som vill ha sitt klagomål granskat av en tillsynsmyndighet kan denna i dag vända sig till JO eller JK. Därutöver finns interna kontroll- och kvalitetssystem.

Utredningen bedömer dock att ingen av de nuvarande funktionerna för granskning kan fylla det behov av tillsyn som

finns på socialförsäkringsområdet.
Utredningen bedömer också att ISF:s nuvarande systemtillsyn begränsar myndigheten i dess tillsynsuppdrag på ett sätt som inte är helt ändamålsenligt. ISF bör därför få ett utökat tillsynsuppdrag.

Generell tillsyn och klagomålshantering hos ISF
Utredningen föreslår att ISF får ett utökat tillsynsuppdrag genom att begreppet systemtillsyn byts mot tillsyn i myndighetens instruktion. Enligt utredningens förslag ska ISF:s tillsynsuppdrag syfta till att undersöka om den verksamhet som granskas följer det regelverk som ska tillämpas. I den föreslagna tillsynen ingår generell tillsyn och klagomålshantering. Förslaget innebär att det vidgade uppdraget läggs till inspektionens befintliga uppgifter. Den befintliga systemtillsynen ingår som en del i det utökade uppdraget att bedriva generell tillsyn.

Den utökade tillsynen i form av generell tillsyn och klagomålshantering bör ha samma omfattning som ISF:s nuvarande systemtillsyn vad gäller gränsdragning mot andra verksamheter. För en väl fungerande socialförsäkring krävs samverkan med bland annat arbetsmarknadsområdet, hälso- och sjukvård och socialtjänst. ISF får därför i uppdrag att i sin tillsyn samverka med de tillsynsmyndigheter som kan komma att beröras av inspektionens tillsynsverksamhet, på samma sätt som i myndighetens nuvarande uppdrag. ISF:s tillsyn ska även omfatta tillsynsobjektens samverkan med varandra.

Tillsynens syfte är att förebygga felaktigheter och att bidra till utveckling och lärande, inte att peka ut enskilda befattningshavare. ISF:s tillsyn ska därför utövas över myndigheter och inte över enskilda tjänstemän.

Viss allmän rådgivning är en del av tillsynsuppdraget. ISF bör dock inte ge konkreta råd om hur tillsynsobjekten ska ändra verksamheten. Utredningen bedömer att förvaltningslagens bestämmelser om myndigheters skyldighet att ge råd och service täcker behovet av att kunna ge råd och stöd i tillsynen.
Eftersom det primära syftet med klagomålsfunktionen är att skapa tilltro till socialförsäkringen samt att vara en självständig instans för de försäkrade att vända sig till förordas en klagomålshantering som innebär att samtliga ärenden handläggs och att beslut kommuniceras med dem som klagat. Klagomål från enskilda ska enligt utredningens förslag utredas i den omfattning som deras beskaffenhet kräver.

ISF bör få möjlighet att lämna över klagomål till andra tillsynsmyndigheter samt att ta emot klagomål från andra tillsynsmyndigheter. Det är inte säkert att den som vänder sig till

ISF vill att tillsynsobjektet ska få ta del av klagomålet och ISF bör därför iaktta försiktighet vid överlämnade av ärenden till tillsynsobjekten.

ISF ska i sina tillsynsbeslut kunna rikta kritik mot tillsynsobjekten. Kritiken ska framföras till tillsynsobjekten och följas upp av ISF. ISF bör även kunna förelägga tillsynsobjekten att redovisa vidtagna åtgärder. ISF:s tillsynsbeslut bör inte kunna överprövas eftersom de inte är bindande. Att resultatet av tillsynen sprids är en viktig del av tillsynen som en funktion för både ansvarsutkrävande och insyn. ISF ska sprida resultatet av tillsynen i en årlig rapport. ISF bör även ges i uppdrag att verka för att brister i författning avhjälps.

I anslutning till förslagen om en utökad tillsyn finns också ett antal överväganden som gäller integritet och sekretess. Den i SOU 2014:67 föreslagna lagen (2014:00) om behandling av personuppgifter för ISF kan enligt utredningen ligga till grund för personuppgiftsbehandlingen med ISF:s utvidgade tillsynsuppdrag. ISF har vidare ett behov av att i klagomålshanteringen kunna behandla personuppgifter utan krav på samtycke från den enskilde. Klagomålshanteringen behöver en egen ändamålsbestämmelse i den föreslagna lagen.

För att ISF ska kunna bedriva sitt arbete effektivt behöver myndigheten ha tillgång till socialförsäkringsdatabasen genom direktåtkomst. Om det inte är möjligt att åstadkomma kommer tillsynen att kräva en större arbetsinsats från såväl tillsynsmyndighet som tillsynsobjekt.

Skyddet för uppgifter som lämnas från enskilda till ISF i klagomålshanteringen behöver stärkas. En ny bestämmelse med detta innehåll föreslås i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

Det allmänna ombudet för socialförsäkringen

En myndighet kan inte överklaga sina egna beslut. När Riksförsäkringsverket (RFV) fanns, kunde myndigheten överklaga de allmänna försäkringskassornas beslut och uppträda som part i domstol. Efter omorganiseringen av Försäkringskassan till en myndighet försvann denna möjlighet. Lösningen blev att inrätta det allmänna ombudet för socialförsäkringen, som har till uppgift att överklaga beslut från Försäkringskassan och Pensionsmyndigheten i syfte att få fram vägledande domstolsavgöranden.

Det är endast ombudet som kan få prövat om Försäkringskassan eller Pensionsmyndigheten är för generösa i sin tillämpning av socialförsäkringen. Ombudet kan nämligen överklaga beslut både

till fördel och till nackdel för den enskilde. I dag framgår inte syftet med ombudet i författning. Utredningen föreslår att syftet med ombudets uppdrag ska framgå av socialförsäkringsbalken.
Inom socialförsäkringsområdet finns det ett behov av prejudikatbildning, både på nationell nivå och på EU-nivå. Hittills har det allmänna ombudet fått prövningstillstånd i två mål i Högsta förvaltningsdomstolen. Det allmänna ombudet har således inte bidragit till rättsutvecklingen i någon större omfattning.
Utredningen ser att det finns behov av organisatoriska och processuella förändringar för att ombudet ska stärkas i sin funktion.

Förslag på organisatoriska förändringar
Ombudet är i dag organisatoriskt placerat hos Försäkringskassan. För att garantera ombudets självständighet gentemot Försäkringskassan och Pensionsmyndigheten föreslår utredningen att det allmänna ombudet i stället ska placeras hos ISF som en särskild beslutsfunktion. Ombudet ska ha ett eget kansli hos ISF och ansvarsfördelningen mellan ombudet och ISF ska regleras i myndighetens instruktion. Ombudets anställning bör vidare tidsbegränsas. Ombudet får också bestämma att någon tjänsteman vid ombudets kansli får utföra ombudets uppgifter när ombudet är förhindrad att göra det. Tjänstemän vid ISF kan också företräda ombudet i domstol. Vidare ska det allmänna ombudet i ISF:s årliga rapport lämna en samlad redogörelse över verksamheten och ombudets viktigaste iakttagelser under året.

Förslag på processuella förändringar
En förklaring till att de mål det allmänna ombudet driver sällan når ända fram till Högsta förvaltningsdomstolen är att de ”fastnar” i underinstanserna. Enligt förvaltningsprocessrättsliga regler får en part bara överklaga ett avgörande om det har gått parten emot. Ombudet får många gånger framgång med sina överklaganden i underinstanserna och kan sedan inte överklaga avgörandet vidare.
En annan begränsning i överklaganderätten är att ombudet inte kan komma in senare i processen, till exempel när målet är på väg till kammarrätten, utan ombudet måste vara med som part redan i förvaltningsrätten. När RFV fanns kunde myndigheten välja i vilken instans den skulle träda in i processen.

Genom att förändra reglerna för överklaganderätten ser utredningen att målen kan komma vidare till nästa instans och ombudet ges bättre processuella förutsättningar för sin verksamhet.

I förvaltningsrätten finns det i normalfallet två parter, den försäkrade som klagar och Försäkringskassan eller Pensionsmyndigheten som motpart (tvåpartsförfarandet). Om

ombudet väljer att överklaga ett beslut av Försäkringskassan eller Pensionsmyndigheten får det till följd att myndigheterna inte längre kan vara parter i målet.

Utredningen föreslår att det ska införas ett trepartsförfarande. I ett mål ska den försäkrade, Försäkringskassan/Pensionsmyndigheten och ombudet samtidigt kunna vara parter. Förslaget innebär att det alltid kommer att finnas någon part som representerar det allmänna som kan överklaga vidare. Trepartsförfarande finns i dag i mål om kameraövervakning.

Utredningen föreslår även att ombudet ska kunna välja i vilken instans han eller hon ska träda in i processen. Ombudet behöver alltså inte börja med att överklaga ett beslut från Försäkringskassan eller Pensionsmyndigheten utan kan välja att i stället överklaga ett avgörande från förvaltningsrätten eller kammarrätten.

Personuppgifter, information och sekretess

Ombudet har behov av att behandla personuppgifter. Den i SOU 2014:67 föreslagna lagen (2014:00) om behandling av personuppgifter för ISF kan enligt utredningen ligga till grund för personuppgiftsbehandlingen om ombudet får en egen ändamålsbestämmelse.

Ombudet har vidare behov av delar av socialförsäkringsdatabasen för sin handläggning. För ett effektivt arbetssätt bör ombudet medges direktåtkomst till socialförsäkringsdatabasen. Ombudets sökmöjligheter bör dock begränsas. Ombudet har också behov av åtkomst till information från myndigheter, arbetsgivare, uppdragstagare med flera. För att skydda personuppgifter behöver offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) ändras.

Sofia Kling
Hälso- och sjukvårdsstaben
Tfn: 063-147622
E-post: sofia.kling@regionjh.se

2015-10-06

Dnr RS/1128/2015

Svar på skrivelse från SRF Jämtland om ökade möjligheter på arbetsmarknaden för personer med funktionsnedsättning

Synskadades Riksförbund (SRF) i Jämtland inkom i juni 2015 med en skrivelse till regionstyrelsen i Region Jämtland Härjedalen som handlar om att stärka möjligheterna på arbetsmarknaden för personer med funktionsnedsättning.

I skrivelsen efterfrågar SRF att Region Jämtland Härjedalen tar ett större ansvar för att ge personer med funktionsnedsättning en plats på arbetsmarknaden. Som ett led i detta föreslår SRF att Region Jämtland Härjedalen antar riktlinjer för att förbättra möjligheterna på arbetsmarknaden för personer med funktionsnedsättning. I skrivelsen lyfts dessutom ett antal utvecklingsområden fram.

Region Jämtland Härjedalen ska vara en attraktiv och hälsofrämjande arbetsgivare. I den personalpolitiska policyn (2010) står att Region Jämtland Härjedalen ”aktivt skall verka för att underlätta anställning för personer med funktionsnedsättning genom att utforma arbetsplatserna så att de är tillgängliga och/eller lätt kan göras tillgängliga utifrån funktionsnedsättning”.

Region Jämtland Härjedalen har också antagit en policy om jämställdhet och jämlikhet som utvecklingskraft (2013), där det fastslås att ”människors olikheter är alltid en tillgång både för landstinget och hela länet. Kvinnor, män, flickor och pojkar ska ges möjlighet att medverka i landstingets verksamheter och utvecklingsarbeten. Individer med olika funktionsnedsättningar ska särskilt beaktas”.

Sedan juni 2015 har Region Jämtland Härjedalen en utvecklingsstrateg anställd på 50% för att arbeta med tillgänglighetsfrågor ur ett funktionshindersperspektiv. En regionövergripande handlingsplan för området kommer att tas fram under 2016.

SRF:s skrivelse lyfter viktiga aspekter och föreslår flera åtgärder för hur Region Jämtland Härjedalen kan utvecklas som en attraktiv och hälsofrämjande arbetsgivare för personer med funktionsnedsättning. Den kommande handlingsplanen ska omfatta delar som rör Region Jämtland Härjedalen som arbetsgivare.

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Ann-Marie Johansson
Regionstyrelsens ordförande

Björn Eriksson
Regiondirektör

Till

Region Jämtland Härjedalen Östersund 2015-06-15
Regionstyrelsen

Med yrkande att ärendet tas upp i regionfullmäktige

Ökade möjligheter på arbetsmarknaden för personer med funktionsnedsättning

Enligt SKL:s rapport "Funktionsnedsättning och arbete" har över hälften av landets kommuner och regioner/landsting inte några riktlinjer för att förbättra möjligheterna på arbetsmarknaden för personer med funktionsnedsättning.

När rapporten presenterades sa SKL att det inom de närmsta åren måste anställas 420 000 personer för att bibehålla och utveckla den välfärd som kommuner och regioner/landsting står för.

Samtidigt vet vi att närmare hälften av alla personer med funktionsnedsättning och nedsatt arbetsförmåga i yrkesverksam ålder går utan arbete.

Som stora offentliga arbetsgivare har nu alla kommuner och regioner/landsting en gyllene chans att ta sin del av ansvaret för att öka sysselsättningen hos personer med funktionsnedsättning och samtidigt utnyttja de resurser som finns.

För att till fullo kunna utnyttja arbetskraften måste emellertid flera insatser och förändringar göras. Det handlar exempelvis om att förbättra tillgänglighet till lokaler samt information och elektroniska verktyg, om att öka kunskap och ändra attityder hos chefer och arbetsgivare, om att se möjligheter och kompetens istället för hinder vid rekrytering, om att samverka mer med andra parter samt om att i upphandlingar ställa krav på andra arbetsgivare.

Som stora arbetsgivare har kommuner, regioner/landsting större möjligheter att anpassa arbetsplatserna. Tack vare kunskaper om den lokala arbetsmarknaden och kontakter med näringslivet har man också bra förutsättningar att få ut fler på arbetsmarknaden. Det innebär, enligt SKL, också ett större ansvar. För att åstadkomma mångfald och en bättre arbetsmarknad för personer med olika funktionsnedsättningar är det därmed viktigt med ett engagemang på högsta politiska nivå.

Mot denna bakgrund anser vi att Region Jämtland/Härjedalen bör anta centrala och heltäckande riktlinjer för att förbättra möjligheterna på arbetsmarknaden för personer med funktionsnedsättning. Dessa riktlinjer måste förstås ha FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning som utgångspunkt. Både konventionen och den svenska diskrimineringslagen uppmanar till lika villkor samt förbjuder all form av diskriminering på arbetsmarknaden.

Det är förstås också viktigt att dessa riktlinjer innehåller tydliga mål samt en tydlig plan för hur dessa mål ska uppnås. Planen måste förstås också ange hur arbetet regelbundet ska följas upp.

De centrala riktlinjer som vi önskar att Regionen ska anta bör innehålla följande kriterier:

* Att man har en handlingsplan för att göra samtliga lokaler och arbetsplatser i Region Jämtland/Härjedalens regi fullt tillgängliga för personer med funktionsnedsättning.

* Att man säkerställer att alla datorsystem och programvaror som används och utvecklas är fullt tillgängliga och fungerar tillsammans med datorbaserade hjälpmedel som till exempel skärmläsningsprogram.

* Att man tar fram riktlinjer för rekryteringsprocesser som säkerställer en kompetensbaserad rekrytering, där attityder och fördomar inte kan styra och där en funktionsnedsättning kan ses som en tillgång.

* Att man har en tydlig plan för hur samverkan ska ske med externa parter i kommunen som exempelvis näringslivet, sociala företag, Samhall, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan.

* Att man särskilt rekryterar personer med funktionsnedsättning för att på olika sätt bidra till mångfald, kreativitet och kompetens.

* Att man åtar sig att specifikt erbjuda praktikplatser och traineeprogram för personer med olika typer av funktionsnedsättningar.

* Att man åtar sig att specifikt erbjuda sommarjobb för ungdomar med olika typer av funktionsnedsättningar.

* Att man har en plan för hur LSS-handläggare och arbetsförmedlingen ska samarbeta på bästa sätt, så att fler får möjlighet att ta sig från daglig verksamhet till anställning på den öppna arbetsmarknaden.

* Att man i upphandlingar och samarbeten ställer krav på att även andra arbetsgivare har en arbetsmiljö som är fullt tillgänglig för personer med funktionsnedsättningar och på motsvarande sätt som landsting och kommun, aktivt rekryterar personer med funktionsnedsättning.

* Att man säkerställer att den kunskap och de stödinsatser som Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan kan ge för personer med nedsatt arbetsförmåga utnyttjas.

* Att man ökar dialogen med och därmed använder de idéer och den kompetens som finns hos funktionshinderrörelsen.

Med hopp om att Region Jämtland/Härjedalen gör som andra kommuner och regioner/ landsting och tar fram politiskt antagna riktlinjer för bättre möjligheter för personer med funktionsnedsättning att bidra till välfärden.

Med Vänlig Hälsning

Synskadades Riksförbund SRF Jämtland
Arbetsmarknadsgruppen i Jämtlands län

Kontaktpersoner:

Ylva Hellström
070 – 620 83 56
ylva.forsberg@yahoo.se

Anders Lithander
070 – 625 57 82
anders.lithander@folkbildning.net

	Partiernas åtgärdsförslag	Beslut i styrelsen juni-15	Åtgärd	Tidplan för åtgärd enl beslutad plan	Ansvarig	Uppföljning	Nya majoritetens Förslag till beslut regionstyrelsen 3-4 nov -15
(s)	Strukturering av vården mellan Östersunds, Sundsvalls och Sollefteå sjukhus – lägre kostnader med större volymer	Infogades i LUP ekonomi	Toppmöte genomförda, grupp bildad	I LUP ekonomi 10 mkr 2018, 5 mkr 2019	Björn Eriksson	Pågår	Ingår i LUP ekonomi
(s)	Förbättrad uppföljning och kontroll av upphandlingar – för att uppnå större avtalstrohet, se till att regionen får de priser som avtalats m m.	Verkställs snarast – information i Regiondirektörens rapport på regionstyrelsen i september 2015	Funktionen på plats	2015-09-01 enl handlingsplan, inlagt i omorg klart okt-dec -15	Bo Carlbark	Rekryteringsråd beslut klart, internannons klar	Fullföljs
(s) (mp)	- Ökat fokus på rekrytering av läkare/sjuksköterskor - Rekrytering för framtidens primärvård	utredning/analys enligt **särskilt uppdragsbeskrivning** klar 20150930 – återrapportering regionstyrelsen november 2015	Analys av arbetssätt ang rekrytering, decentraliserat som nu eller specialistgrupp	2015-09-30 försenad till 151031 - Återrapportering styrelsen 3-4 nov	Annica Sörensdotter	Pågår	Fullföljs
(s)	- Från sjukhus till primärvård	Pågår inom "struktur PV"-arbetet	Slutför "struktur PV"-arbetet	2015-09-30 Styrelsen sept	Primärvårdschef	Klart	Klart
(s)	- Sjukresor i egen regi	Pågår inom sjuktransportpaket	SLutför sjuktransportpaket	2015-12-31	Jonas Törngren	Pågår	Ingår i LUP ekonomi
(s) (c) (kd)	- Ständig värdering och omvärdering av regionens verksamhet Vem gör vad i politik och administration?	Behandlas vid det seminarium mellan politiker och tjänstemän som är inplanerat 19-20 augusti 2015.	Diskussion om arbetssätt mellan politisk ledning och regiondirektörens ledning - del av träffen 19-20/8 för detta se också C2.1 o C2.2	2015-08-19/20	Björn Eriksson	Seminarium genomfört + löpande arbete	Ingår i ordinarie verksamhet
(v) (mp)	Skattehöjning 1 krona resp 50 öre fr o m 2016	analyseras utifrån dessa partiers önskemål om innehåll - alla partierna får analysen 20150930	Analys gemensamt med motsvarande förslag från miljöpartiet enl särskilt upplägg	2015-09-30 försenad till 151031	Bo Carlbark	Pågår	Skattehöjning inte aktuell - Analys avslutas - Rapport lämnas av det som hittills gjorts (se bilaga)
(v)	Attraktiv arbetsgivare kräver attraktiva arbeten o arbetsvillkor, karriärvägar o utbildningsvillkor	– aktiviteter pågår.	Handlingsplan attraktiv arbetsgivare	2015-12-31	Annica Sörensdotter	Pågår	Pågår
	- högre fart vårdnära service,	– aktiviteter pågår.	"vem gör vad i vården"-arbetet	2015-12-31	Nina Fällbäck Svensson	Pågår	Pågår
	- arbetstidsförkortning städ, kök och en vårdavdelning	analyseras enligt **särskild uppdragsbeskrivning** klar 20151231 – återrapportering i regionstyrelsen i januari 2016	Uppdrag arbetstidsförkortning	PPU hösten -15 RS början 2016	Annica Sörensdotter	Pågår	Det särskilda uppdraget om arbetstidsförkortning avslutas, fortatt arbete med översyn arbetstidsmodeller mm
(mp)	- Familjecentralerna – finansiell samverkan	Hanteras i VVNs arbete hösten 2015 med förfrågningsunderlag 2016	VVN	2015-12-31	Pvchef och Lena Weinstock	Pågår	Regionstyrelsen ska följa samarbetet med kommunerna bl a ska utveckling av familjecentraler enl Strömsundsmodellen beaktas i den takt det är möjligt
(mp)	Samhällsekonomiska effekter av hälsofrämjande arbete	Infogades i LUP om Hälsofrämjande - mål och ekonomi		Långsiktigt satsningsområde	Björn Eriksson	Långsiktigt arbete pågår	Pågår
(m)	Översyn av regionens totala administration		Omorganisationen	2015-09-30	Björn Eriksson	Regiondirektörens beslut klart 6/10 verkställighet fram till 31/12	Regiondirektören har beslutat om ny organisation, inkl 10 mkr besparing
(c) (kd)	- utmönstring av minst 121 adm tj = besparing 56,9 mkr - utmönstring ett chefsled ingår i 121 adm tj - Samordna verksamhet som tidigare fanns i både landstinget och regionförbundet	hanteras inom ramen för Regiondirektörens översyn av regionens ledning och administration – information i Regiondirektörens rapport på regionstyrelsen i september 2015	Omorganisationen	2015-09-30	Björn Eriksson		
(fp)	En genomgripande belysning av administrativa tjänster och deras innehåll – ta bort allt som inte är absolut nödvändigt. Samordna administration med f d regionförbundets verksamhet, t ex vad gäller allmän service, miljö, information m m		Omorganisationen	2015-09-30	Björn Eriksson		
(kd)	- EU-bidrag, bättre på att söka medel		Omorganisationen	2015-09-30	Björn Eriksson		
(mp)	Fokus på förbättringsarbete för primärvårdens utveckling, goda exempelspridning, styrning e-hälsotjänster		informera 3 juni om vad som pågår	2015-06-03	Mikael Ferm/ Leanstyrgruppen		
(m)	Nedläggning av folkhälsocentrum men fortsatt verksamhet i annan organisationsform….besparing 5 mkr		Omorganisationen		Björn Eriksson		Det särskilda uppdraget ang folkhälsa avslutas. I RDs nya organisation har Folkhälsocentrum tagits bort och personalen lagts in i
(m)	- Lägg ut folhälsoarbetet på en eller två HC med ansvar för folkhälsoarbete i hela länet	utredning/analys angående folkhälsoverksamhet enligt **särskild uppdragsbeskrivning** klar 20150930	LUP Pvstruktur			Regiondirektörens beslut klart 6/10 verkställighet fram till	

(m)	-En tjänst i RDs stab fr spetskompetens inom folkhälsa	**uppdragsbeskrivning** klar 20150830 – hanteras inom ramen för Regiondirektörens översyn av regionens ledning och administration – information i Regiondirektörens rapport på regionstyrelsen i september 2015	Omorganisation			Verkställighet från till 31/12	utvecklingsenheten, och ingår i besparingskravet 10 mkr. Uppföljning hösten 2016.
(mp)	Förebyggande och hälsofrämjande åtgärder		Särskild utredning ??	20150830	Nina Fållbäck Svensson		
(m)	- Omförhandling gamla och nya chefsavtal = besparing 3,9 mkr/år	Utredning/analys enligt **särskild uppdragsbeskrivning** klar 20150830 – återrapportering regionstyrelsen september 2015	Uppdrag " hur skynda på övergång till nya chefsavtal"	2015-08-30, Lägesrapport till PPU i november	Annica Sörensdotter	Pågår	Fullfölj uppdraget
(c)	Personalekonomi - Göra en omfattande och detaljerad kartläggning och analys av bemanningsbehov, scheman, personalkostnader, personalbudget och produktion för att kunna avgöra om de ekonomiska resurserna används på rätt sätt?	– aktiviteter pågår.	"vem gör vad i vården arbetet"		Nina FS, Bo C, Annica S	Pågår	Ingår i ordinarie verksamhet
(c)	- En grundfråga - Är rätt person på rätt plats och vid rätt tid och med rätt kompetens för uppdraget? - Yrkesprofessioner idag och nya professioner i framtiden? - Hur möta framtida planeringen utifrån pensionsavgångar	– aktiviteter pågår.	LUPekonomi satsn kompförörjning		Annica Sörensdotter	Pågår	Ingår i ordinarie verksamhet

(c)	Vem gör vad i **politik och administration**?						
	- Analysera utredningar och uppdrag - kan något läggas på is		Analysera inför diskussion - samordnat med SÖ 4.1	2015-07-30 senarelagt till 20151231	Mikael Ferm	Hanteras efter omorg. klar	Analyseras efter omorganisation klar för att sänka ambitioner
	- Analysera möten - kan några tas bort		Analysera inför diskussion - samordnat med SÖ 4.1	2015-07-30 senarelagt till 20151232	Mikael Ferm	Hanteras efter omorg. klar	Hanteras i omorganisationen
	- Pröva deltagande på kurser och konferenser - distanslösningar		Info 3 juni om vad som pågår i bl a LUP paket 8 admin mm	2015-06-03	Ingela Jönsson	Pågår löpande	Pågår löpande
	- Analysera nyttan av innehållet i kurser och konferenser - dokumentera och avrapportera		Info 3 juni om vad som pågår i bl a LUP paket 8 admin mm	2015-06-03	Ingela Jönsson	Pågår löpande - rutin införd i politiska forum	Pågår löpande
	- Avvakta med beslut som inte är nödvändiga t ex Länstrafiken till förvaltning	Politiskt ställningstagande	Återremiss från fullmäktige - diskutera hantering vid ärendeberedningen	Politiskt ställningstagande vid regionbildningen	Ann-Marie Johansson	Utredning pågår	Fullfölj utredningen
(fp)	Gå igenom vårdprocesser för att ta bort dubbelarbete, framförallt i utredningsfasen av diagnoser.Uppdrag till vårdutvecklare i PV och Spec.vård att analysera detta	– aktiviteter pågår.	Informera 3 juni om arbetet med Zamsyns-dokument, Handlingsöverenskommelser och Standardiserade patientförlöp	Ingår i PV-struktur-beslutet	Nina Fållbäck Svensson	Pågår genom leanarbetet, Pvstrukturbeslutet, standardiserade vårdförlopp mm	Pågår löpande
(kd)	- Avskaffa 4:e vice ordf regionstyrelsen	Politiskt ställningstagande	Politisk analys		Ann-Marie Johansson		Ny politisk majoritet får konskevenser enligt detta
(kd)	Höjd ingångslön med trappa för SSK för att slippa kostnader för stafett-sjuksköterskor	– aktiviteter pågår.	Ingår i verkställandet av handlingsplan attraktiv arbetsgivare	2015-12-31	Annica Sörensdotter	Pågår enligt handlingplan attraktiv arbetsgivare	Pågår
(kd)	Förstatliga sjukvården		Ej regionens beslutsmandat				Ej regionens beslutsmandat

Analys av effekter av skattehöjning med 0,5 – 1 krona

Bakgrund
Regionens ekonomi är satt under stor press. Under flera år har de ekonomiska resultaten visat på mer eller mindre stora underskott. Prognos för 2015 är -265 kr. Detta innebär en ackumulerad obalans om > 600 mkr. En konsekvens av de mångåriga underskotten är att likviditeten i princip snart är förbrukad.

För att såväl snabbt bromsa in kostnadsutvecklingen samt långsiktigt nå en ekonomi i balans har ett omfattande åtgärdsarbete startats.

En åtgärd som föreslagits är att öka intäkterna via skattehöjning. Såväl Vänsterpartiet som Miljöpartiet har föreslagit detta som en åtgärd innebärande en höjning med 50 öre (MP) alternativt 1 kr (V).

Regionens nuvarande skattesats är 11.20 kr. Denna nivå är något under rikssnittet (11,29 kr). Problemet är dock att den samlade skattenivån för länets invånare är bland de högsta i landet när den primärkommunala skatten inkluderas. Boende i Bräcke betalar totalt 34,59 kr. Den nivån är den 3:e högsta skattenivån i landet. (Endast 11 öre under den kommun, Dorotea, som har den högsta skattenivån).

En höjning av regionens skatt med 50 öre eller 1 krona skulle därmed innebära, förutom att landstingsskatten höjs till 11,70 (i paritet med Västernorrland och Kronoberg) alternativt 12.20 (10 öre högre än Stockholm), att samtliga länsinvånare oavsett kommun skulle ha den högsta totala skattenivån i Sverige. Total genomsnittlig skatt skulle därmed uppgå till 33,99 kr alternativt 34,49 kr.

I dialog med SKL kan konstateras att inga studier finns avseende konsekvensbeskrivning av att ett enskilt län ökar skattenivån med upptill 1 krona. Ett flertal antaganden kan givetvis göras avseende möjligheter att rekrytera personal inom bristområden, t ex läkare inom vissa specialiteter som nationellt är svårrekryterat. För inkomsttagare med en månadslön om 25 000 kr innebär en skattehöjning en minskad disponibel årsinkomst med 1500 -3000 kr. För höginkomsttagare med en månadslön om 75 000 kr är effekten 4500-9000 kr. Jämfört med riksnitt och lågskattekommuner blir differenserna betydigt större. Med en månadslön om 25 000 kr blir skillnaden jämfört med riksnitt samt lågskattekommun 7.500 till 16.000 kr per år. För inkomsttagare om 75.000 kronor blir differensen i intervallet 22.500 till 48.000 kr per år.

Andra områden som effekterna av minskad köpkraft och i förlängningen effekter på näringslivet i länet är än mer svårbedömda.

Det helt avgörande är dock att regionens nettokostnadsutveckling kraftigt reduceras. Nuvarande nivå om ca 5,5-6 % är ej hållbar och som framgår av nedanstående tabell innebär en skattehöjning om 1 kr enbart en kort dämpning av obalansen om inte nettokostnaden snabbt blir betydligt lägre.

		Nettokostnadsökning 5,5 % per år		
		Skattehöjning 1,00 krona fr o m 2017		
RR	**Årsprognos 2015**	**Årsprognos 2016**	**Årsprognos 2017**	**Årsprognos 2018**
Verksamhetens intäkter	604 968	623 548	657 843	694 024
Verksamhetens kostnader	-4 325 112	-4 562 993	-4 813 958	-5 078 725
Avskrivningar	-116 499	-122 906	-129 666	-136 798
Summa Verksamhetens nettokostnader	**-3 836 643**	**-4 062 352**	**-4 285 781**	**-4 521 499**
Skatteintäkter	2 611 081	2 727 195	3 073 078	3 186 800
Generella statsbidrag	659 259	668 043	679 536	678 329
Läkemedelsbidrag	304 618	292 000	292 000	292 000
Finansiella intäkter	18 190	15 000	15 000	15 000
Finansiella kostnader	-21 505	-15 700	-34 000	-50 700
Summa Resultat efter finans poster	**-265 000**	**-375 814**	**-260 167**	**-400 070**

Svar på utredningsuppdraget Rekrytering

Region Jämtland Härjedalen ska göra en utredning som ska visa om organisationen arbetar med rekrytering på bästa och effektivaste sätt. Det ska ske genom omvärldsanalys för att se hur andra landsting/regioner arbetare med rekrytering. Fokus är på svårrekryterade grupper. Utifrån det insamlade materialet ge förslag på eventuell förändringar i rekryteringsprocessen.

Samarbete ska ske med Regionala utvecklingsförvaltningen och Kommunikationsstaben för marknadsföring av Region Jämtland Härjedalen.

Omvärldsanalys

En omvärldsanalys har gjorts hos andra landsting/regioner. Resultatet av omvärldsanalysen visar att dessa landsting/regioner arbetar i princip enligt samma modell som Region Jämtland Härjedalen. Löpande rekryteringar sker i linjen med stöd av processbeskrivningar och HR-stöd. Det som är centraliserat är rekrytering av AT-läkare, övergripande marknadsförings- och rekryteringsinsatser riktade till svårrekryterade grupper, samordnad utlandsrekrytering, samordnad sjuksköterskerekrytering, kontakter med Arbetsförmedling och utbildningsanordnare. Det finns exempel i annat landsting där man har hade centraliserat rekrytering av sjuksköterskor. Den modellen fick man lämna bl a utifrån att det blev mycket dubbelarbete i form av dubbla anställningar, den centrala rekryteringsenheten blev en mellanhand.

I Region Jämtland Härjedalen har ett IT-stöd för rekrytering. Det innebär att sökande till en viss ledig befattning ansöker via IT-stöd vilket minskar risken för att ansökningar inte kommer till rätt mottagare. Dessutom kan sökande lämna intresseanmälan i IT-stödet i de fall det inte finns en ledig befattning som passar med sökandes kompetensprofil. Denna intressanmälningsbank har samtliga verksamhetsområden tillgång till.

Slutsatser

Det är svårt att se att den löpande rekryteringen skulle kunna centraliseras utifrån ovanstående beskrivna effekter men också utifrån att det är rekryterande chef som bäst kan beskriva sin verksamhet, anställningsvillkor/ -förhållanden såsom schema, arbetsuppgifter osv. Det är också cheferna som kan avgöra den arbetssökande kompetens uppfyller uppställd kompetensprofil och i förhållande till övriga i arbetsgruppen och vilka krav som kan ställas vad gäller introduktion och inskolning.

Förbättringsområden

I den nya organisationen kommer HR-stöd att finnas närmare rekryterande chef. Det kommer att innebära att rekryteringsprocessen blir effektivare och en kvalitetssäkring. Ytterligare stöd och kompetensförstärkning vad gäller chefsrekrytering är också aktuell i o m den nya organisationen.

På personalenheten finns ett stöd för utlandsrekrytering som är tillgänglig för hela Region Jämtland Härjedalen. Funktionen nyttjas mer och mer och den kommer att bidra till en effektivare utlandsrekrytering.

En resurs för att ta tillvara asylsökandes kompetens kommer att med stöd från Arbetsförmedlingen att inrättas fr o m november i år. Det kommer också att innebära att Region Jämtland Härjedalen bättre kan tillvarata asylsökandes kompetens och förhoppningsvis få dem att välja Region Jämtland Härjedalen som en framtida arbetsgivare.

Regionstyrelsen

§ 169 Samarbete över partigränserna angående regionens ekonomiska läge (RS/730/2015)

Ärendebeskrivning

Regionfullmäktige beslutade vid mötet 14-15 april 2015 om samarbete över partigränserna angående regionens ekonomiska läge. I beslutsunderlaget står det: ”Det allvarsamma läget kräver en politisk kraftsamling och samarbete över partigränserna. Socialdemokraterna, vänsterpartiet och miljöpartiet inbjuder moderater, centerpartister, folkpartister och kristdemokrater i regionfullmäktige, styrelser och nämnder att delta i gemensamt arbete angående regionens ekonomiska situation. Dessa sju partier bör tillsammans utarbeta ett underlag för detta samarbete genom att varje parti sammanställer två av sina högst prioriterade förändringsförslag med bakgrund och beskrivning. Alla förslag till kostnadsminskningar och intäktsökningar ska utredas eller värderas och därefter återredovisas för beslut av regionstyrelsen.” Alla partierna har lämnat in sina förslag. Vid regionstyrelsens sammanträde 29 april 2015 diskuterade regionstyrelsen förslagen och gav Regiondirektören i uppdrag att till extra styrelse 3 juni 2015, återkomma med en beskrivning av hur de olika förslagen ska hanteras, med angreppssätt och tidplan.

Regiondirektören har utarbetat en åtgärdsplan för hantering av partiernas förslag. Sammanfattningsvis kan följande sägas om respektive partis förslag:

- Socialdemokraternas förslag om strukturering av vården mellan Östersunds, Sundsvalls och Sollefteå sjukhus – inarbetas i LUP god ekonomisk hushållning
- Socialdemokraternas förslag om förbättrad uppföljning och kontroll av upphandlingar – verkställs snarast – information i Regiondirektörens rapport på regionstyrelsen i september 2015
- Socialdemokraternas och miljöpartiets förslag om förbättrat rekryteringsarbete – utredning/analys enligt bifogad inriktning klar 20150930 – återrapportering regionstyrelsen november 2015
- Socialdemokraternas förslag om förändring av primärvården och sjukresor –aktiviteter pågår.
- Socialdemokraternas förslag om ständig värdering/omvärdering av regionens verksamhet, centerns och kristdemokraternas förslag om ”vem gör vad i politik och administration” behandlas vid det seminarium mellan politiker och tjänstemän som är inplanerat 19-20 augusti 2015.
- Vänsterpartiets och miljöpartiets skattehöjningsförslag – analyseras utifrån dessa partiers önskemål om innehåll - alla partierna får analysen 20150930
- Vänsterpartiets förslag om arbetstidsförkortning – analyseras enligt bifogad inriktning klar 20151231 – återrapportering i regionstyrelsen i januari 2016
- Vänsterpartiets förslag om karriärvägar och vårdnära service – aktiviteter pågår.
- Miljöpartiets förslag om familjecentraler hanteras av vårdvalsnämnden under hösten 2015 i anslutning till förfrågningsunderlag 2017
- Miljöpartiets förslag om förbättringsarbete i primärvården och hälsofrämjande - utredning/analys angående folkhälsoverksamhet enligt bifogad inriktning klar

20150830 - hanteras inom ramen för Regiondirektörens översyn av regionens ledning och administration – information i Regiondirektörens rapport på regionstyrelsen i september 2015

- Miljöpartiets förslag om samhällsekonomiska effekter av hälsofrämjande arbete – inarbetas i LUP god ekonomisk hushållning
- Moderaternas, centerns, folkpartiets och kristdemokraternas olika förslag om minskning av administration och chefsled – hanteras inom ramen för Regiondirektörens översyn av regionens ledning och administration – information i Regiondirektörens rapport på regionstyrelsen i september 2015
- Moderaternas förslag om omförhandling av chefsavtal - utredning/analys enligt bifogad inriktning klar 20150830 – återrapportering regionstyrelsen september 2015
- Moderaternas förslag om folkhälsocentrum – utredning/analys enligt bifogad inriktning klar 20150830 - hanteras inom ramen för Regiondirektörens översyn av regionens ledning och administration – information i Regiondirektörens rapport på regionstyrelsen i september 2015
- Centerpartiets förslag om personalekonomi - aktiviteter pågår.
- Centerpartiets förslag om att avvakta med beslut tex Länstrafiken – hanteras politiskt
- Folkpartiets förslag om vårdprocesser - aktiviteter pågår.
- Kristdemokraternas förslag om ingånglöner för sjuksköterskor - aktiviteter pågår.
- Kristdemokraternas förslag om politiska uppdrag – hanteras politiskt.

Beslutsunderlag

De sju partiernas förslag till åtgärder
Åtgärdsplan
Utredningsuppdrag angående rekryteringsarbetet
Utredningsuppdrag angående omförhandling av chefsavtal
Utredningsuppdrag angående arbetstidsförkortning
Utredningsuppdrag angående folkhälsoverksamhet

Regiondirektörens förslag

1. Åtgärdsplanen godkänns.

2. Utredningsuppdragen angående rekryteringsarbetet, omförhandling av chefsavtal, arbetstidsförkortning och folkhälsoverksamheten godkänns.

3. Regiondirektören ska informera regionstyrelsen i september hur ledning, administration och folkhälsoverksamheterna ska organiseras och vilken besparing som är möjlig att uppnå på kort och lång sikt.

Yrkande

Thomas Andersson (C) yrkar att samtliga förslag ska tidssättas för återrapportering.

Proposition

Ordföranden ställer proposition på regiondirektörens förslag och finner det antaget.
Ordföranden ställer proposition på Thomas Anderssons yrkande och finner det antaget.

REGIONSTYRELSENS BESLUT

1. Åtgärdsplanen godkänns.

2. Utredningsuppdragen angående rekryteringsarbetet, omförhandling av chefsavtal, arbetstidsförkortning och folkhälsoverksamheten godkänns.

3. Regiondirektören ska informera regionstyrelsen i september hur ledning, administration och folkhälsoverksamheterna ska organiseras och vilken besparing som är möjlig att uppnå på kort och lång sikt.

4. Samtliga förslag ska tidssättas för återrapportering.

Analys av konsultrapporten Genomlysning av Region Jämtland Härjedalens hälso- och sjukvårdsorganisation RS/1380/2015

Version: 1

Beslutsinstans:

Annika Jonsson
Regionstyrelsen

ÄNDRINGSFÖRTECKNING

Version	Datum	Ändring	Beslutat av
1.	2015-10-27	Nyutgåva	

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1 BAKGRUND 5

2 PAKET 1 OPTIMERING AV PRIMÄRVÅRDSRESURSER 5

2.1 Expressakut för lättare åkommor bemannad med stafetter 5

2.1.1 Konsultrapportens förslag 5

2.1.2 Kommentar 5

2.1.3 Rekommendation 6

2.2 Upprätthålla närvård inklusive röntgen i Strömsund och Sveg 6

2.2.1 Konsultrapportens förslag: 6

2.2.2 Kommentar: 7

2.2.3 Rekommendation 7

3 PAKET 2 UTOMLÄNSVÅRD 7

3.1.1 Konsultrapportens slutsats 7

3.1.2 Kommentar 7

3.1.3 Rekommendation 7

4 PAKET 3 MOBILA TEAM 8

4.1.1 Konsultrapportens förslag: 8

4.1.2 Kommentar: 8

4.1.3 Rekommendation 8

5 PAKET 4 INRE EFFEKTIVITET INOM ÖSTERSUNDS SJUKHUS 8

5.1 Öka direkt patienttid för läkarna 8

5.1.1 Konsultrapportens förslag 9

5.1.2 Rekommendation: 9

5.2 Utveckling av operationsprocessen – integrera AnOpIVA (anestesi, operation och intensivvård) 9

5.2.1 Konsultrapportens förslag 9

5.2.2 Kommentar 9

5.2.3 Rekommendation 10

5.3 Förkorta vårdtider inom den somatiska vården - effektivare utskrivningsprocess 10

5.3.1 Förslag: 10

5.3.2 Kommentar 11

5.3.3 Rekommendation 11

5.4 Nya metoder och rutiner – inför mer dagkirurgi 11

5.4.1 Konsultrapportens förslag 11
5.4.2 Kommentar 11
5.4.3 Rekommendationer 12
5.5 Optimering av sjukhusets lokaler – sammanför röntgen och akutverksamheten 12
5.5.1 Konsultrapportens förslag 12
5.5.2 Kommentar 12
5.5.3 Rekommendationer 12
6 PAKET 5 STYRNING OCH LEDNING 13
6.1.1 Konsultrapportens förslag 13
6.1.2 Kommentar: 13
7 PAKET 6 TEKNIK 13
7.1.1 Konsultrapportens förslag 13
7.1.2 Kommentar 13
7.1.3 Rekommendation 13
8 PAKET 7 MEDBORGARPERSPEKTIV HÄLSOARBETE 13
8.1.1 Kommentar 14
8.1.2 Förslag 14
9 SAMMANFATTNING AV HANTERING AV FÖRSLAG SAMT TIDPLAN 14

1 BAKGRUND

Regiondirektören gav i början av året HCM Health Care Management (HCM) i uppdrag att genomföra en genomlysning av regionens hälso- och vårdorganisation, med en speciell fördjupning av Centrum för opererande specialiteter. I genomlysningen angav HCM ett frågeställningar som var aktuella för genomlysningen:

1. Är organisationen effektiv för styrning och ledning? Hur kan ledarskapet i första linjen och mellan verksamheter utformas och utvecklas?
2. Hur bör kopplingen till primärvården utformas så att patienten ska hamna på rätt vårdnivå, d v s upprätthålla LEON?
3. Hur kan man skapa en optimal verksamhetsstruktur inom och mellan andra verksamheter?
4. På vilket sätt kan man minska patienttrycket på akuten?
5. Hur kan man utnyttja ny och befintlig teknik för att skapa bättre effektivitet?
6. Hur kan man minska regionsjukvården?
7. Hur kan ledarskapet utvecklas?
8. Hur ska verksamheten åstadkomma en nettokostnadsminskning motsvarande 5 % för att sänka kostnaden med 100 miljoner?

Genomlysningen följdes sedan av ett antal åtgärdsförslag – 7 utvecklingspaket - som var kopplade till frågeställningarna och i förlängningen avsåg att leda till minskade kostnader för regionen. I denna rapport kommer varje förslag i konsultrapporten att kommenteras. Förslagen kopplas ihop med antingen strukturpaketen i LUP ekonomi eller andra pågående arbeten inom regionen. Alternativt kan ett nytt utrednings/utvecklingsarbete igångsättas.

2 PAKET 1 OPTIMERING AV PRIMÄRVÅRDSRESURSER

2.1 Expressakut för lättare åkommor bemannad med stafetter

2.1.1 Konsultrapportens förslag

Konsultrapportens förslag var att en Expressakut för primärvården inrättas vid akutmottagningen. Den bemannas med stafettläkare och har öppet mellan 08-17. Den skulle kunna ta hand om ca 11 000 besök per år, motsvarande 4,5 procent av primärvårdens besök på 245 000 besök i Östersundsområdet 2014. Enligt konsultrapporten skulle Expressakuten då kunna ta alla akuttider.

2.1.2 Kommentar

Inom LUP Ekonomi pågår ett utredningsarbete med kartläggning av inflödet av patienter till akuten och organisering av det akuta omhändertagandet. Kartläggningen visar att kring en fjärdedel av patienterna åsätts prioriteringsgrad grön, blå eller grå enligt det medicinska

bedömningssystem som tillämpas på akutmottagningen. En hel del av patienterna skulle således kunna hanteras av primärvården. Inflödet av patienter har ökat de senaste åren samtidigt som primärvården i Östersund haft stora problem med tillgängligheten. I arbetet med LUP akut omhändertagande ingår att finna en lösning för denna patientgrupp. Det kan röra sig om ett ”snabbspår” eller någon form av ”expressakut”, både dessa former bygger på kompetens inom allmänmedicin.

I det förslag till förändring av strukturen för primärvården som regionstyrelsen fattade beslut om 150930, är ett av målen att förbättra tillgängligheten till primärvården i Östersund. Det ska ske med hjälp av både utvecklade vägar för kontakt med vården och en aktivt arbete med att flytta arbetsuppgifter inom vården från läkare till andra yrkesgrupper.

De nämna åtgärderna, i *LUP akut omhändertagande* och *LUP förändra primärvårdsstruktur* har således samma syften som angavs under förslaget i konsultrapporten om att inrätta en ”expressakut”.

Vid en inrättning av eventuell expressakut/snabbspår vid akuten är det viktigt att ta hänsyn till de invändningar som finns mot det sätt att organisera en snabbakut på, som beskrivs i konsultrapporten. Enligt enkätundersökningar[1] till distriktsläkare om vad som karaktäriserar en god arbetsmiljö är en av faktorerna inflytande. Om inflytande sägs bl a det är viktigt att läkarna kan ”variera patientunderlaget – inte enbart ”snuvpatienter” och heller inte enbart tunga multisjuka patienter.” Om inga akuttider hamnar på hälsocentralerna, kommer sannolikt denna blandning bli svårare att uppnå, vilket kan upplevas negativt av läkarna vid hälsocentralerna i Östersundsområdet och ytterligare försvåra rekryteringen av fasta läkare.

2.1.3 Rekommendation

De arbetsgrupper, med koppling till akutmottagningen och primärvården, som arbetar med att förbättra tillgängligheten till vården för patienter i behov av primärvård, fortsätter att arbeta på det inslagna spåret, där någon form av expressakut/snabbspår ingår.

2.2 Upprätthålla närvård inklusive röntgen i Strömsund och Sveg

2.2.1 Konsultrapportens förslag:

Förslaget är att närvårdsplatserna i Strömsund och Sveg upprätthålls och att regionen ska se över om närvårdsavdelningarna kan drivas enligt sjukstugemodell. I Sveg finns behov av investeringar i ny röntgenutrustning.

[1] Svenska Distriktsläkarföreningen 2013, *Den goda arbetsplatsen, praktiska råd för en god arbetsmiljö*

2.2.2 Kommentar:

Det har inte funnits några förslag från primärvårens sida att lägga ned närvårdsplatserna. Hur dessa vårdformer bäst ska nyttjas bör ses över. På närvårdsavdelningarna finns tillgång till mer medicinsk utrustning och mer avancerad vård än på särskilda boenden. De fyller en viktig funktion, då patienterna som finns i området kring närvårdsplatserna, har mycket långt till Östersunds sjukhus.

Röntgenutrustning finns på åtta av regionens hälsocentraler och innebär att många sjukresor kan undvikas.

2.2.3 Rekommendation

Inför behov av investering i ny röntgenutrustning i Sveg, bör en fördjupad analys göras, med en kostnads- nyttokalkyl.

I utredningen om primärvårdens struktur framkom det att röntgen i Strömsund möjligen skulle kunna användas mer under jourtid. Konsekvenser för antalet sjukhusbesök, sjukresor m m vid en utökad användning av röntgenutrustningen på Strömsunds hälsocentral, bör utredas.

Möjlig utveckling av sjukstugekonceptet bör ingå som en del i ett nytt LUP-paket som handlar om att *flytta vården närmare patienterna*.

3 PAKET 2 UTOMLÄNSVÅRD

3.1.1 Konsultrapportens slutsats

I rapporten framförs slutsatsen att en flytt av regionvård till Östersunds sjukhus skulle ge en liten effekt på regionens totalkostnadsbild. Möjligen skulle viss regionvård, som inte är av regionsjukhuskaraktär kunna hämtas hem, om det visar sig vara kostnadseffektivt.

3.1.2 Kommentar

Från verksamhetens sida finns åsikten att det *kan* finnas regionsjukvård som det lönar sig att ta hem från Universitetssjukhuset i Umeå.

3.1.3 Rekommendation

LUP-paket 13 om möjligt hemtagande av regionvård bör kvarstå.

4 PAKET 3 MOBILA TEAM

Förslaget i konsultrapporten handlar om att skapa multiprofessionella team, med medlemmar från både kommun och region, som samverkar kring en patient, ofta i dennes hem eller särskilda boende. Arbetssättet används på andra håll i landet och leder till en större trygghet för patienten och färre inläggningar i slutenvård. De mobila teamen arbetar vanligen med äldre, multisjuka patienter eller andra patienter med mer långvariga vårdbehov.

4.1.1 Konsultrapportens förslag:

Rapporten föreslår att regionen inrättar mobila multiprofessionella team för att, i samarbete med kommunerna, ge vård till de svårast sjuka äldre.

4.1.2 Kommentar:

Liknande mobil verksamhet pågår i regionen, dock inte alls lika omfattande. Samarbeten finns mellan vissa kommuner och regionen, t ex i Ragunda. I Östersund har primärvården haft en verksamhet med en mobil primärvårdsläkare som gör hembesök. Dessutom finns ett geriatriskt stöd i form av en grupp med läkare, distriktssköterska m fl som ger stöd för preventivt arbete som sker inom hemsjukvården för att förebygga undernäring, fallskador, liggsår, felaktig läkemedelsbehandling m m. Därutöver finns inom specialistvården ett antal team (strokerehabteamet, Storsjögläntan) samt mobila sjuksköterskor (pacemakerkontroll, syrgassköterska).

4.1.3 Rekommendation

Inrättande av mobila team bör ingå som en del i ett nytt LUP-paket som handlar om att *Flytta vården närmare patienterna*. Detta paket bör samordnas med LUP-paket 10, *förhindra inläggning och minska antalet färdigbehandlade på vårdavdelning*. Hänsyn bör tas till de mobila sjuksköterskor, team och geriatriskt stöd som redan finns. Nyttjande av distansoberoende teknik bör ingå i utvecklingsarbetet.

5 PAKET 4 INRE EFFEKTIVITET INOM ÖSTERSUNDS SJUKHUS

5.1 Öka direkt patienttid för läkarna

I rapporten hänvisas till Myndigheten för Vårdanalys rapport *Ur led är tiden*, där det bl a sägs att läkarna utför arbete, som andra yrkesgrupper skulle kunna göra. Om arbetsuppgifter kan överföras på andra, skulle läkarna få mer tid över för direkt patientarbete.

5.1.1 Konsultrapportens förslag

Rapporten redovisar förslag på hur det skulle kunna gå till att flytta arbetsuppgifter till andra yrkesgrupper.

5.1.2 Rekommendation:

Det pågår ett arbete i Region Jämtland Härjedalen med att se över vem som gör vad i vården, för att finna lägsta effektiva omhändertagandenivå för olika arbetsuppgifter. Uppdraget för *Vem gör vad i vården* bör utvidgas till att inkludera läkarnas arbetsuppgifter. Därutöver finns redan, i den av regionstyrelsen nyligen beslutade rapporten om primärvårdens struktur, ett förslag om att inventera läkarna i primärvårdens arbetsuppgifter för att eventuellt kunna flytta uppgifter till andra yrkesgrupper.

5.2 Utveckling av operationsprocessen – integrera AnOpIVA (anestesi, operation och intensivvård)

5.2.1 Konsultrapportens förslag

Konsultrapportens förslag består av flera delar:

- Två organisationsförändringar föreslås - att anestesienheten, operation och intensivvård slås ihop till ett verksamhetsområde med en områdeschef, d v s en ökning av antalet områdeschefer.
- I likhet med framtagandet av standardiserade vårdförlopp för colorectalkirurgi bör ett liknande arbete genomföras för sjukhusets hela operationsprocess med målet att optimera operationsverksamheten utifrån patientprocessen.
- En enhetschef för en eller flera operationsavdelningar bör ansvara för att planera patientprocessen och resursåtgången för olika operationer.

5.2.2 Kommentar

Konsultrapportens förslag på detta område baseras delvis på felaktigheter i rapporten, vilket verksamheten påpekat, dock utan att rättelse skett i rapporten. I rapporten påstås att Centrum för opererande (COS) består av tre områden och att operationsprocessen, organisatoriskt, sträcker sig över flera områden. Detta är fel. Centraloperation ingår i område akutvård och inte i någon av övriga områden.

Det finns en verksamhetschef över centraloperation, inte flera. Centraloperation servar alla andra berörda enheter utom öron (jourtid har öron verksamhet på c-op) och ögon, som har egna operationssalar. Anestesi, centraloperation och intensivvård ingår således redan i samma verksamhetsområde, vilket gör förslaget verkningslöst.

Respektive klinik har en ansvarig för operationsprogrammet (op.chef) varje dag. Samråd och planering sker i op.rådet som leds av verksamhetschefen för akutområdet. Respektive klinik

planerar sin operationsverksamhet utifrån tilldelat operationsutrymme och där finns det utvecklingsmöjligheter för jämnare planering av verksamheten. Ett uppdrag som bland annat ligger på produktionschefen. Det är ett komplext arbete som måste göras tillsammans med klinikernas operationskoordinatorer. Ett arbete med att utveckla operationsprocessen pågår redan. Det finns en person utsedd, som operativt ansvarar för och styr operationsprocessen. I det arbetet ingår också den produktions- och kapacitetsplanering som föreslås i konsultrapporten.

Förslaget att göra om områdesindelningen så att nuvarande område akutvård istället blir två områden, skulle innebära att ytterligare en områdeschef tillsätts, något som i så fall leder till en ökad kostnad för regionen på ca 1,1 miljoner kronor. Bedömningen är att en sådan organisationsförändring inte skulle leda till några förbättringar.

Rent allmänt, när det gäller organisering av den verksamhet som ingår i COS, gäller att en översyn av organisationen nu pågår, inför den nya organisation som ska träda i kraft vid årsskiftet. I den översynen tas hänsyn till centrumets viktigaste vårdprocesser.

I grunden finns dock några omständigheter som gör det svårt för Region Jämtland Härjedalen att åstadkomma lika resurssnåla operationsprocesser som vissa andra landsting kan. Region Jämtland Härjedalen har bara ett sjukhus, där både akuta och planerade operationer måste göras. Det försvårar planeringen, då tidvis många operationer ställs in, när antalet akuta fall ökar. Inom exempelvis ortopedi är antalet akuta operationer mycket högt (75%). Den andra begränsningen beror på att antalet och utformningen av operationssalarna inte fullt ut matchar behoven. Brist på läkare och vårdplatser kan också tidvis utgöra en begränsning.

5.2.3 Rekommendation

Pågående arbete med att

- Se över hur verksamheten inom Centrum för opererande verksamheter ska organiseras
- Utveckla operationsprocessen och
- Arbeta med produktions- och kapacitetsplanering

fortsätter.

5.3 Förkorta vårdtider inom den somatiska vården - effektivare utskrivningsprocess

5.3.1 Förslag:

Konsultrapporten föreslår att rehabiliteringen bör utvecklas så att patienter kan tas emot tidigare än idag. Vidare föreslår man att utskrivningsprocessen förbättras genom att utskrivningen börjar planeras samtidigt som patienten skrivs in på avdelningen och genom att regionen prövar att inrätta särskilda utskrivningssjuksköterskor. Slutligen föreslås en förbättring av utskrivningarna från kirurgen till Storsjögläntan genom bättre kommunikation och förändrade attityder vid beslut om övergång till palliativ vård.

5.3.2 Kommentar

När det gäller kommentarerna i konsultrapporten om rehabiliteringen baseras de på ett missförstånd. Det sägs i rapporten att ”Rehabiliteringsläkaren gör ronder för bedömning av patienter en gång i veckan och om patienten inte är helt ok, t ex har lite feber den dagen får hon vänta en vecka till för att skrivas in vid rehabiliteringen, vilket leder till förlängda vårdtider.” Enligt verksamheten kan en patient skrivas in vid rehabiliteringen snabbare än efter en vecka, även om rehabiliteringsläkare endast rondar en gång i veckan.

Arbete pågår på Östersunds sjukhus för att förbättra utskrivningsprocessen och att organisera om arbetet för bl a sjuksköterskor. I ett pilotprojekt på en avdelning för internmedicin på sjukhuset, planerar man att organisera arbetsuppgifterna på ett annat sätt. Istället för att ge varje sjuksköterska i personalen ansvaret för utföra alla förekommande arbetsuppgifter för ett antal patienter, tänker man varje dag fördela arbetsuppgifterna, så att varje person får ansvar för ett mindre antal arbetsuppgifter för alla patienter. Syftet är både att förbättra möjligheten för personalen att koncentrera sig på en sak i taget, vilket förväntas leda till mindre stress och trötthet, men även att höja vårdkvalitet och patientsäkerhet. Planering och genomförande av utskrivning ingår i de arbetsuppgifter som ska organiseras. Detta är därför ett annat sätt att åstadkomma samma sak som inrättandet av utskrivningssjuksköterskor.

Utskrivningsprocessen ingår för övrigt som en del i paket 10 i LUP ekonomi.

Det finns medvetenhet i verksamheten, om att den process som rör beslut om att upphöra med sjukdomsinriktad behandling för att övergå till det palliativa vårdskedet, måste förbättras. Det ingår i det löpande förbättringsarbetet.

5.3.3 Rekommendation

Förslagen hanteras i pågående utvecklingsarbeten, samt i paket 10 i LUP Ekonomi.

5.4 Nya metoder och rutiner – inför mer dagkirurgi

5.4.1 Konsultrapportens förslag

Förslaget innebär att Region Jämtland Härjedalen bör utföra fler operationer som dagkirurgi för att minska antalet vårddagar.

5.4.2 Kommentar

Det fanns i den första varianten av *Långsiktig utvecklingsplan för god ekonomisk hushållning* ett paket som handlade om ökad poliklinisering. Vid revideringen av LUP ekonomi sommaren 2015, togs detta paket bort. Skälen till borttagandet var att poliklinisering sker kontinuerligt över tiden i verksamheten och i takt med den medicinska utvecklingen. Vid en studie av det antal operationer som kunde vara aktuella för poliklinisering, blev dessutom resultatet att det inte rör sig om

tillräckligt många ingrepp i absoluta tal, för att det ska göra det möjligt att lägga ner vårdplatser på sjukhuset. Det är först när en vårdplats läggs ner, som det leder till en kostnadsminskning.

5.4.3 Rekommendationer

Verksamheten bör fortsätta att utveckla polikliniserings, som en del av en kontinuerlig verksamhetsutveckling.

Ekonomistaben kommer under hösten, tillsammans med Norrbottens läns landsting, att börja använda KPP[2] för att analysera olika operationer och behandlingar. Syftet är att hitta behandlingar som avviker från snittkostnaden för landet och kunna analysera vad som orsakar kostnadsavvikelsen. Därigenom kan man hitta de verksamheter som är angelägnast att effektivisera.

5.5 Optimering av sjukhusets lokaler – sammanför röntgen och akutverksamheten

5.5.1 Konsultrapportens förslag

Röntgenverksamheten bör, enligt konsultrapporten, bli mer tillgänglig för akutmottagningen, antingen genom att röntgenavdelningen flyttas närmare akuten eller genom att regionen inrättar en akutröntgen i anslutning till akuten.

5.5.2 Kommentar

Det pågår ett arbete i Region Jämtland Härjedalen med att ta fram en fastighetsutvecklingsplan. Samtal förs med verksamheten och ett av de möjliga fastighetsutvecklingsprojekten är att förlägga en "akutröntgen" (CT-kamera) i anslutning till akuten.

5.5.3 Rekommendationer

Det pågående arbetet med att undersöka möjliga lösningar för att göra röntgen lättare tillgänglig för regionens patienter, får fortsätta.

[2] Kostnad Per Patient

6 PAKET 5 STYRNING OCH LEDNING

6.1.1 Konsultrapportens förslag

I rapporten föreslås att ledning och styrning mot ökad produktivitet stärks genom en decentralisering av relevanta delar av regionens administrativa resurser. Första linjens chefer behöver mer administrativt stöd.

6.1.2 Kommentar:

Det pågår för närvarande en omorganisation med fokus på att förbättra stödet till första linjens chefer och som även innebär att centrumchefsledet tas bort, samt ytterligare ett antal förändringar. Den rekommenderade åtgärden håller således på att genomföras.

7 PAKET 6 TEKNIK

Rapporten framhåller möjligheterna, att med hjälp av distansoberoende teknik, bedriva vård i glesbygd.

7.1.1 Konsultrapportens förslag

Konsultrapporten ger ett antal exempel på olika slag av teknik som regionen kan börja använda. Den beskrivna tekniken har med gott resultat använts på andra håll i landet.

7.1.2 Kommentar

Som ett led i arbetet med LUP ekonomi, har *ett kreativt team* startats för att hjälpa verksamheten, när de har idéer om att börja använda distansoberoende teknik, d v s det slags teknik som återges i konsultrapporten.

7.1.3 Rekommendation

Det kreativa teamet får i uppdrag att undersöka om några av exemplen på ny teknik i rapporten kan prövas i regionen. Andra exempel på ny teknik är *Tal till journal* och *Ultraljud på fickan*.

8 PAKET 7 MEDBORGARPERSPEKTIV HÄLSOARBETE

I detta paket lyfter konsulterna fram betydelsen av förebyggande och hälsofrämjande arbete för att minska ohälsan och då framför allt vid mötet med patienten. Flera citat hämtas från en rapport om patientcentrering, framtagen av Myndigheten för Vårdanalys. Det talas om

fördelarna med *personcentrerad vård* - patienten blir medaktör i vården och tar större ansvar för sin vård, följer ordinationer bättre och kommer snabbare tillbaka i arbete.

Konsultrapporten refererar även till att mobil sjukvård, fast vårdkontakt och liknande ger *trygga patienter*, vilket brukar medföra färre öppenbesök och inläggningar på sjukhus.

I rapporten konstateras att Region Jämtland Härjedalen har en gynnsam situation i landet vad gäller vårdrelaterade infektioner, men att motverkande av vårdskador är viktigt och kan ge stora besparingar för vården. För regionen uppskattas kostnaderna för undvikbara vårdskador uppgå till 90-105 miljoner kronor, baserat på regionens befolkningsandel. Region Jämtland Härjedalen har en förbättringspotential framför allt när det gäller slutenvårdstillfällen för kvinnor till följd av fallolyckor, där regionen har näst högst siffror per 100 000 invånare i Sverige.

8.1.1 Kommentar

Den sortens förebyggande och hälsofrämjande arbete som beskrivs i konsultrapporten, ingår i det löpande kvalitetssäkringsarbete som pågår i hälso- och sjukvården i Region Jämtland Härjedalen. Regionen har en särskild patientsäkerhetsenhet som arbetar med patientsäkerhetsfrågor och följer upp de satsningar som görs i verksamheten. Information om patientsäkerhetsarbetet lämnas varje år i en patientsäkerhetsberättelse. Aktiviteterna består av ett stort antal olika arbetsuppgifter – exempelvis screening för att identifiera patienter för vilka extra åtgärder behöver sättas in för att undvika fallskador etc, avvikelserapportering och uppföljning av densamma för att finna rutiner som behöver förändras o s v.

När det gäller *personcentrerad* vård har man inom verksamheten påbörjat en förändring av arbetssättet i denna riktning. Ett exempel är att överlämningsrapport mellan personal som lämnar och personal som påbörjar sitt arbetsskift, nu på vissa håll sker tillsammans med patienten (bedside), istället för i ett annat rum, vilket varit brukligt.

8.1.2 Förslag

Regionen fortsätter med oförminskat styrka att arbeta med patientsäkerhetsarbete, inklusive att utveckla arbetssättet mot en mer personcentrerad vård.

9 SAMMANFATTNING AV HANTERING AV FÖRSLAG SAMT TIDPLAN

I tabellen visas en sammanfattning av åtgärdsförslagen, hur de föreslås hanteras och beräknad tidpunkt då de genomförts.

Åtgärdsförlag	Hantering	Beräknas vara klart
Expressakut	Ingår i LUP-paket 1	Hösten 2016
Närvård	Nytt paket *Vård nära patienten*	Hösten 2016
Röntgen Sveg	Nyttokalkyl	Våren 2016
Utomlänsvård	LUP-paket 13	Förstudie 151231, 2016

Mobila team	Nytt paket *Vård nära patienten*	Hösten 2016
Ökad patienttid för läkarna	Inkluderas i uppdraget *Vem gör vad i vården*	Hösten 2016
Utveckling av operationsprocessen	Fortsätta pågående arbete	Kontinuerligt
Effektivare utskrivningsprocess	Fortsätta pågående arbete, samt LUP-paket 10	Sommaren 2016
Införa mer dagkirurgi	Ingår i löpande utvecklingsarbete	
Sammanföra röntgen och akutverksamhet	Beaktas vid framtagande av fastighetsplan	
Styrning och ledning	Organisationsförändring pågår	
Teknik	Hanteras av kreativa teamet	Kontinuerligt
Medborgarperspektiv hälsoarbete	Pågår - ingår i löpande kvalitetsutvecklingsarbete	Kontinuerligt

Rapport

Genomlysning av Region Jämtland Härjedalens hälso- och vårdorganisation med speciell fördjupning av Centrum för opererande specialiteter

HCM Health Care Management

juni 2015

Rolf Bowin

Dag Boman

Björn Ljung

1 Inledning 3
2 Bakgrund 3
2.1 Syfte och övergripande målsättning med översynen 3
3 HCM:s genomförande av uppdraget 4
3.1 Modell och arbetssätt 4
4 Nuvarande organisation 5
4.1 Nuläge 5
4.2 Centrum för diagnostik, teknik och service, fastigheter, kost, städ och hjälpmedelscentrum 6
4.3 Centrum för primärvård, 1177 och Närvård Strömsund 7
4.4 Centrum för barn, kvinna och psykiatri 8
4.5 Centrum för medicinska specialiteter 8
4.6 Sammanfattande problembild från ovanstående verksamheter utifrån genomförda intervjuer 9
4.7 Centrum för opererande specialiteter 10
4.8 Sammanfattande problembild med opererande specialiteter 15
5 Jämförelser med andra landsting 16
5.1 Inledning 16
5.2 Landstinget i Kalmar län 16
5.3 Region Gävleborg 17
5.4 Statistiska jämförelser med andra länssjukhus i Sverige 17
5.5 Statistik om hälso- och sjukvård 2013 21
6 På väg mot en ekonomi i balans – en ideal modell 24
6.1 Inledning 24
6.2 Sju utvecklingspaket 25
7 Sammanfattande bedömningar samt rekommendationer 42
7.1 Grunder och potentialer för produktivitets- och effektivitetsutveckling 42
7.2 Potentialer i sammanfattning 43
7.3 Agenda till förändring 43

1 Inledning

Region Jämtland Härjedalen har bett HCM Health Care Management (HCM) att genomföra en genomlysning av regionens hälso- och vårdorganisation med en speciell fördjupning av Centrum för opererande specialiteter. De frågeställningar som är aktuella för genomlysningen är bl a följande:

1. Är organisationen effektiv för styrning och ledning? Hur kan ledarskapet i första linjen och mellan verksamheter utformas och utvecklas?
2. Hur bör kopplingen till primärvården utformas så att patienten ska hamna på rätt vårdnivå, dvs upprätthålla LEON?
3. Hur kan man skapa en optimal verksamhetsstruktur inom och mellan andra verksamheter?
4. På vilket sätt kan man minska patienttrycket på akuten?
5. Hur kan man utnyttja ny och befintlig teknik för att skapa bättre effektivitet?
6. Hur kan man minska regionsjukvården?
7. Hur kan ledarskapet utvecklas?
8. Hur ska verksamheten åstadkomma en nettokostnadsminskning motsvarande 5 % för att sänka kostnaden med 100 miljoner?

2 Bakgrund

Region Jämtland Härjedalen har ett växande resultatunderskott som snabbt måste hejdas. Om landstingets nettokostnader skulle fortsätta att öka i samma takt som de senaste åren, d v s med minst 100 miljoner kronor per år och om landstinget även återgår till den högre investeringstakt som rådde åren 2008 – 2011 (105 – 125 miljoner kronor per år), skulle Regionen inom fem år ha använt upp hela det egna kapitalet och det mesta av likviditeten och skulle därefter tvingas börja låna pengar för att täcka löpande utgifter[1]. Detta scenario kommer redan att infalla inom ett år enligt de bedömningar som görs idag.

En långsiktig plan för god ekonomisk hushållning i Region Jämtland-Härjedalen beskriver nio områden med specificerade kostnadsminskningar, intäktsökningar och satsningar för att Regionen ska kunna vända denna negativa trend. Den långsiktiga utvecklingsplanen innehåller följande målområden:

- God kostnadskontroll och ständiga förbättringar
- Åtgärder som på kort sikt leder till betydande kostnadsminskningar
- Satsning på kompetensförsörjning
- Satsning på förebyggande hälso- och sjukvård
- Satsning på långsiktigt lean-arbete
- Satsning på teknisk utveckling
- Satsning på fastighetsförändringar
- Satsning på samverkan

2.1 Syfte och övergripande målsättning med översynen

Syftet med uppdraget är att genomföra en genomlysning av bl a Centrum för opererande specialiteter är att:

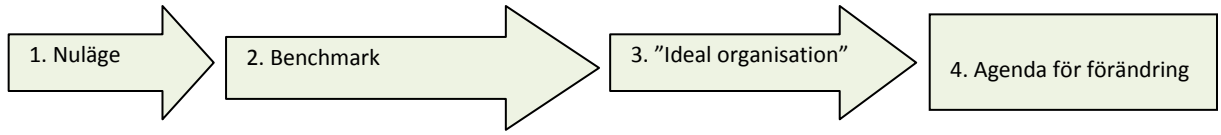
[1] Rapporten God ekonomisk hushållning 2015-2025

- Ge förslag på en verksamhetsstruktur för effektiv ledning och styrning med målsättning att öka resurshushållningen.

3 HCM:s genomförande av uppdraget

3.1 Modell och arbetssätt

Arbetet har strukturerats i fyra steg. Efter en systematisk kartläggning av nuläget har en fördjupad analys stegvis genomförts med hjälp av externa jämförelser till en konkret bild av den ”ideala organisationen” och förslag till förbättringar som tar hänsyn till de regionala förutsättningarna. De fyra stegen är schematiskt följande:



Steg 1. Konsolidera en samlad bild av nuvarande organisation

Det första steget etablerade en helhetsbild av nuvarande organisation. Metoden för arbetet skedde genom inledande faktainsamling/research, djupintervjuer med verksamhetsföreträdare och experter inom området.

Viktiga frågeställningar att belysa var följande:

1. **Vårdprocesser**. Hur ser de olika processerna ut inom de olika områdena inom Centrumbildningen? Vilka gränsdragningar finns mot övrig vård och omsorg?

2. **Organisation**. Fokus ligger på ansvar, roller och kopplingar.

Syftet är att beskriva *vem* som gör *vad* och *var* vården utförs.

3. **Styrning.** En beskrivning av vilka styrmekanismer som tillämpas inom de olika områdena och funktionerna för att förstå explicita och implicita styreffekter. Existerande stödsystem har också varit en viktig del att kartlägga och beskriva.

4. **Prestation/måluppfyllelse**. Insamling av fakta och bedömningar av verksamheternas effektivitet, service och kvalitetsnivåer, tillgång till kompetenser samt samverkansförmåga.

Steg 2: Jämförelser med andra organisationer med liknande problembild

I det andra steget har jämförelser med relevanta verksamheter utförts; i detta fall främst verksamheter med liknande geografiska komplexitet och vårdstruktur (avsaknad av universitetssjukhus).

Jämförelserna kommer att fokusera på vad som utförs i egen drift och förhållandet mellan sluten – och öppenvård med särskilt fokus på patienter med komplex vårdprofil. I dessa referensexempel studeras driftkompetens och intressanta skillnader i hur verksamheterna är organiserade. Vidare kartläggs hur vården är ”paketerad” samt hur förmedlingen av vården är organiserad. Dessa faktorer är centrala för att uppnå effektivitet i ett framtidsperspektiv.

Steg 3. Analys av optimal verksamhetsmodell

Utifrån studier av dels nuvarande verksamhet inom Region Jämtland Härjedalen (steg 1) och dels jämförelser utifrån jämförelser med andra landsting/Regioner (steg 2), har det genomförts ett

analysarbete med syfte att konstruera en optimal modell med fokus på effektivitet vad gäller kundvärde, ekonomi och styrning. Denna modell tjänar som utgångspunkt för att identifiera verkningsfulla strategier.

Genom att konstruera denna ”ideala modell” kan utöver pågående Lean-arbete ytterligare effektivitetspotentialer och därmed kostnadsreduceringar identifieras. Dessa effektivitetspotentialer är lättare att uppmärksamma om ett *systemperspektiv* används som analysgrund för verksamheten och inte enbart analys av enskilda ”komponenter” i verksamheten vilket ofta genererar mer begränsade förbättringsförslag. Våra erfarenheter är att systemanalys av verksamheter förbättrar förutsättningarna att åstadkomma kostnadseffektiviseringar samtidigt som kvaliteten kan ökas.

Med utgångspunkt från denna systematisering har det genomförts mer specifika analyser. Dessa är med hänsyn till frågan om en *effektiv ledning och styrning av Centrum för opererande specialiteter med ”rätt” vårdinnehåll bl a följande*:

- Är Centrumbildningar rätt organisering av verksamheten?
- Hur kan ledarskapet utvecklas för att skapa en bättre styrning av verksamheten?
- Hur kan man skapa optimal effektivitet inom centrumets verksamheter, gentemot andra centrum på sjukhuset och externt gentemot andra sjukvårdshuvudmän?
- Hur bör kopplingen till primärvården utformas så att slutenvården kan minska antalet vårddygn?
- På vilket sätt kan man patienttrycket på akuten minska genom bättre omhändertagande i öppenvården?
- Hur kan man utnyttja ny och befintlig teknik till bättre effektivitet?

Steg 4: Sammanfattande analyser och bedömningar samt rekommendationer

I detta avslutande steg har en validerad bedömning utförts för att förstå vilka effektivitetspotentialer som är möjliga att hämta in och som kan bli bestående för verksamheten. Detta gäller även förslag till hur verksamheten kan organiseras.

4 Nuvarande organisation

4.1 Nuläge

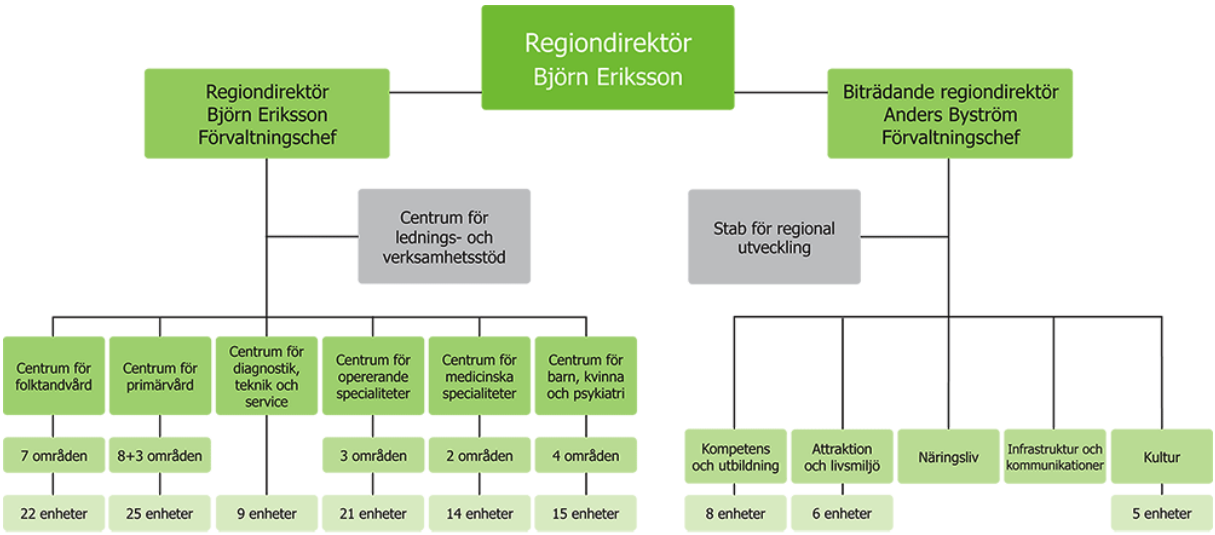
Hälso- och sjukvården i Region Jämtland Härjedalen består av sex centrumbildningar (varav 4 inom Östersunds sjukhus) och 18 hälsocentraler med 12 filialer (regiondrivna) samt 4 hälsocentraler med 3 filialer i annan driftform. Centrumbildningarna är; Centrum för diagnostik, teknik och service. Centrum för primärvård, 1177, närvård Strömsund samt ungdomsmottagningen. Centrum för barn, kvinna och psykiatri. Centrum för medicinska specialiteter. Centrum för opererande specialiteter samt Centrum för folktandvård (som inte ingår i denna studie).

Östersunds sjukhus sysselsätter cirka 2 500 personer. Antalet vårdplatser är 416.

Region Jämtland Härjedalen omsätter ca 3,5 miljarder kronor per år och finansieras via:

- Landstingsskatt – 61 procent
- Statsbidrag – 24 procent
- Verksamheternas intäkter – 14 procent
- Finansiella intäkter – 1 procent

Organisationsöversikt



4.2 Centrum för diagnostik, teknik och service, fastigheter, kost, städ och hjälpmedelscentrum

Centrumledningen har en områdeschef och är organiserat i 15 olika enheter med varsin enhetschef. Centrumet har sammanlagt ett 20-tal egna medarbetare.

Verksamheten har ansvar för all röntgen och labverksamhet i regionen. Fullständig röntgendiagnostik finns vid Östersunds sjukhus. I Åre, Funäsdalen, Sveg (avvecklas eventuellt pga av nya investeringsbehov) och i Strömsund finns skelettröntgen. Sjukhuset ansvarar för utrustningen och hälsocentralerna i respektive ort ansvarar för nödvändig personal. I Sveg och i Strömsund bemannas röntgen med sjuksköterskor som vidareutbildats. All granskning av röntgenbilder görs av radiologer på distans, huvudsakligen vid Östersunds sjukhus. Röntgenavdelningen vid Östersunds sjukhus har specialistutbildade sjuksköterskor som genomför endoskopier och tar vävnadsprover. Röntgenservicen är inte optimal i förhållande till akuten vid Östersunds sjukhus pga logistikproblem med placering i olika delar i sjukhuset.

2014 har präglats av en betydande ökning av remisser och prover och därmed svårigheter att hantera väntetider framför allt för MR (magnetkamera)och vissa undersökningar inom klinisk fysiologi och klinisk neurofysiologi. För att klara av det ökade behovet har man anlitat bemanningsföretag, men även planerade kvällspass har genomförts. Trots detta ökar väntetiderna.

Laboratorieverksamheten är koncentrerad till Östersunds sjukhus. Labverksamhet finns även inom primärvården runt om i regionen som genomför enklare analyser. Cytologi och patologi genomförs av inhyrd personal från Umeå, alternativt genom att proverna skickas till främst Umeå.

Fastighetsverksamheten inom teknik och service är, enligt SKL, en av Sveriges tre mest effektiva. Man arbetar aktivt med Facility Management och har bl a vårdutbildad personal som arbetar med försörjning inom sjukhuset. Under 2014 har en uppbyggnadsfas avseende ”Vårdnära service” genomförts för att höja kvalitén för patienter, förbättra logistiken samt frigöra tid för vårdpersonal. Tjänsterna består av förrådshantering och kosthantering på vårdavdelningar, patientnära städning och patienttransporter.

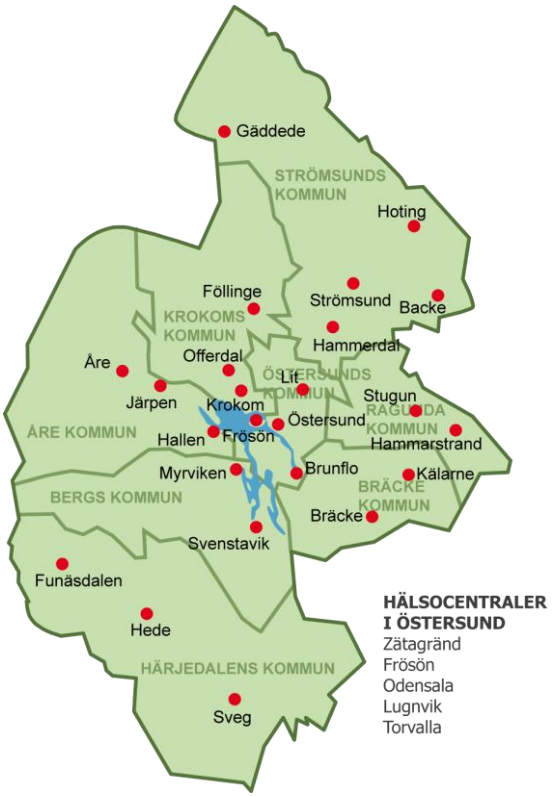
Fastighetsinvesteringar har släpat efter enligt centrumledningen, vilket har inneburit vissa logistiska problem med fördyrande omkostnader. Ett exempel är den ologiska placeringen av röntgen.

Regionens hjälpmedelsverksamhet finns vid sjukhuset för patienter/brukare för hela regionen. En gemensam nämnd (region och kommuner) avgör vilka hjälpmedel som erbjuds. Förbrukningsmaterial och hjälpmedel organiseras inom en enhet. SESAM 2 (beställningsportal) används frekvent av alla förskrivare. Uppföljning av och ansvar för ekonomi och kvalitet i hjälpmedelsverksamheten är oklar, vilket kan orsaka höga kostnader.

Ytterligare några korta kommentarer från årsbokslut 2014:

- Patientsäkerheten har varit god med få allvarliga avvikelser.
- Sjukfrånvaron sjönk 2014 från 8,6 procent ner till 7,9 procent.
- Vårdnära servicetjänster har införts under året för att höja kvalitén för patienten, förbättra logistiken och frigöra tid för vårdpersonal. Tjänsterna består av förrådshantering och kosthantering på vårdavdelningar, patientnära städning samt patienttransporter.
- Sommarens värme och åskväder med tillhörande skyfall har ställt till bekymmer på sjukhuset i form av för hög innetemperatur, återkommande korta strömavbrott och översvämningar i kulvert. Ny kylanläggning installeras därför nästa sommar.

4.3 Centrum för primärvård, 1177 och Närvård Strömsund



Det finns 18 hälsocentraler med 12 filialer (regiondrivna) samt 4 hälsocentraler med 3 filialer i annan driftform inom regionen. Hälsocentralen i Gäddede i Strömsunds kommun drivs av en gemensam nämnd bestående av kommunen och regionen.

Hälsocentralernas placering i länet

I Östersunds kommun finns sex hälsocentraler och en mobil läkare som arbetar med hembesök företrädesvis hos äldre för att undvika onödiga besök på akuten. Den mobile hemsjukvårdsläkaren arbetar halvtid och hanterar ca 250 patienter samtidigt.

Strömsunds kommun har fem hälsocentraler spridda i ett mycket stort geografiskt område. Närvårdsavdelningen i Strömsund är lokaliserad tillsammans med en hälsocentral har åtta vårdplatser med 90-95 procents beläggning. Patienterna är huvudsakligen äldre multisjuka med stora vård- och omsorgsbehov som kräver resurser från regionen och från kommunen. Närvårdsavdelningen driver också åtta korttidsplatser på uppdrag av kommunen. Det är svårt att dra gränsen för vilka patienter som ska vårdas vid de olika enheterna. Vid Strömsunds närvård finns också en patientstyrd dialys. Röntgenservice finns i form av skelett- och lungröntgen.

Sveg har en liknande struktur som den i Strömsund. Hälsocentralen bemannar korttidsplatser med läkare och sjuksköterskor vid kommunens SÄBO. Röntgenservice finns också i Sveg men det finns planer på att avveckla den pga omfattande investeringsbehov.

Bräcke närvårdsområde fungerar bra, tack vare aktiv samverkan med kommunen och bra läkare med teknisk kunskap.

Rehabiliteringen inom primärvården har egna rehabiliteringskoordinatorer och fungerar enligt uppgift bra. Det finns också team för multimodal rehabilitering (MMR-team) men tillgängligheten till sjukhusets smärtmottagning är bristfällig.

2014 var ett mycket ansträngt år för den landstingsdrivna primärvården, då konsekvenser av beslutet om stafettstopp för läkare varit omfattande. Det mesta har rört det tapp av läkare som skedde som en följd av beslutet. Det har under året varit svårt att rekrytera nya läkare då beslutet är nationellt känt. Följden har blivit ökad kostnad gällande bemanningsföretag samt sämre tillgänglighet och kontinuitet för patienten.

Extra besvärligt har Brunflo hälsocentral haft som under året inte haft en fast läkare utan fått anlita bemanningsföretag. Under andra halvan av året stabiliserades situationen med internstafetter och att medicinsk samordnare inom primärvården tjänstgjort två dagar i veckan vid centralen

Under året har primärvården vid sina hälsocentraler och enheter mött länets invånare genom 585 000 besök. Utöver detta har 1177 besvarat 67 650 samtal i rådgivningstillfällen. Cosmics införande ledde till en minskning primärvårdsbesöken med 0,4 procent (motsvarar ca 2 000 besök) och samtidigt ökade besöken vid akutmottagningen med ungefär lika mycket men det motsvarar en ökning av besöken vid akuten med sju procent. Invånarna i regionen gör ungefär ett läkarbesök vardera i primärvården.

Några korta kommentarer från årsbokslut 2014:

- Ett mycket ansträngt år med ökad vakans av läkare vilket inneburit höga kostnader för bemanningsföretag.
- Enheterna har under året genomfört ett flertal LEAN-arbeten
- Antibiotikaförskrivningen i länet är fortfarande en av de lägsta i Sverige
- Tillgängligheten är fortfarande på en för låg nivå.
- Ungdomsmottagningen har utökat sin verksamhet i Härjedalen
- BOA skolan - (Bättre Omhändertagande av Artros) har gett mycket gott utfall och Jämtland har redovisats som i särklass ”bäst i klassen” på nationell nivå.
- God måluppfyllelse med många resultat som är i topp på nationell nivå.
- Sjukfrånvaron har ökat med 0,5 procent sen föregående år till 6,1 procent.
- Intäkter har ökat både för utomläns intäkter och ersättning för vård av flyktingar.

4.4 Centrum för barn, kvinna och psykiatri

Barnkliniken, kvinnokliniken och psykiatriklinken finns vid Östersunds sjukhus. Utanför sjukhuset finns också öppenvårdsmottagningar.

Flödena från primärvården till centrets olika mottagningar är okända.

Några korta kommentarer från årsbokslut 2014:

- Centrumet är igång med förbättringsarbeten enligt Lean-filosofi på alla nivåer.
- Viktiga åtgärder har vidtagits för att öka patientsäkerheten.
- Sjukfrånvaron sjönk 2014 från 8,2 procent ner till 7,2 procent.
- Produktionen vid centrumets fyra områden har totalt ökat.
- Av 24 mål klaras 11 mål, medan 4 mål är nästan uppfyllda, och 9 inte uppfyllda.

4.5 Centrum för medicinska specialiteter

Centrum för medicinska specialiteter (CMS) består av vård för hjärt- och kärlsjukdomar, neurologi, rehabilitering och reumatologi, hud, infektion och medicin. Centrumet har, inkl. rehabilitering, ca 132 vårdplatser.

Några korta kommentarer från årsbokslut 2014:

- Stabil produktion när det gäller läkarbesök.
- Remisser till riks- och regionvård fortsätter att öka.
- Uppnår målen för återinskrivningar och tillgänglighet.
- Kvalitetsmåtten för stroke når målvärde när det gäller ADL-oberoende efter 3 månader.
- Andel patienter med vårdrelaterade infektioner har ökat något.

- I daglig styrning sker uppföljning av att alla patienter får ett skriftligt utskrivningsmeddelande.
- En jämförelsevis hög total sjukfrånvaro på 8,2 procent som var i princip densamma föregående år.
- Rekryteringsläget när det gäller sjuksköterskor i slutenvård är problematiskt.
- Totalt 24 mål varav 13 är uppfyllda, 5 nästan uppfyllda och 6 ej uppfyllda.

Remisser till riks- och regionvård fortsätter att öka. Centrumet uppnår målen för återinskrivningar och tillgänglighet. Handläggningstid inom 4 timmar på akutmottagningen har förbättrats, men når inte målet.

Utskrivningsprocessen fungerar bra från slutenvården till hemmet/SÄBO. Systemsökning (patienter med många besvär eller återkommande besök vid akutmottagningen söks via vårddata) planeras för fokuspatienter vid medicinkliniken på sjukhuset. Uppringning av patienter som skrivs ut 72-timmar efter hemkomst har prövats men befunnits mindre effektivt. Deras erfarenhet är att det är bättre och viktigare att alla patienter får ett utskrivningsmeddelande. Särskilda vårdplaneringssjuksköterskor finns men inte utskrivningssjuksköterskor. De fem dagars betalningsfrihet som är laglig utnyttjas av kommunerna. Det saknas tydligt ansvar för utskrivningsprocessen inom opererande specialiteter.

Genomsnittlig vårdtid ligger på riksgenomsnitt. De senaste åren(2012, 2013 och 2014) har Centrumet en medelvårdtid på ungefär 4,8 dagar ackumulerat värde helår. Värdet gäller för internmedicin, neurologi och infektion tillsammans så som organisationen ser ut sen 2012. Det inkluderar akutvård inom hjärta, lunga, stroke och alla internmedicinska grenspecialiteter. Om infektion undantas så minskar medelvårdtiden något

Öppenvården måste byggas ut och förbättras. Dessutom måste preventionen bli bättre. Den gemensamma målbilden bör vara ”lägg ner sjukhuset” så att s k poliklinisering kan intensifieras, vilket centrumet arbetat med sedan 2006. Centrumet planerar f n att avveckla tio av sina vårdplatser tack vare bättre utskrivningsrutiner och ökad öppenvård.

Centrum för medicinska specialiteter har ett stroketeam som fungerar på ett liknande sätt som de olika mobila teamen i exempelvis västra Skaraborg[2]. Geriatriska vårdavdelningar finns inte men det geriatriska arbetssättet fungerar bra ändå. Nyckeln till att ge vård med hög kvalitet till sköra patienter är att arbeta med mobila vårdlösningar där det är viktigast för att möta patienten i hemmet och att hålla dem borta från sjukhuset.

Centrum för medicinska specialiteter har en välfungerande samverkan med akuten. Man arbetar aktivt med att höja kompetensen i triaget vid akutmottagningen för att undvika onödiga inläggningar. Direktinläggningar för äldre utan föregående besök på akutmottagningen förekommer dock inte ännu.

Inom centrumet finns spetskompetens inom reumatologi, neurologi och PCI-mottagning.

4.6 Sammanfattande problembild från ovanstående verksamheter utifrån genomförda intervjuer

- Röntgenkliniken vid Östersunds sjukhus är lokaliserad långt från akutverksamheten vilket försvårar logistiken för omhändertagande av främst patienter vid akutmottagningen. En ombyggnation är mycket angeläget och bör vara en prioriterad investering. Röntgenutrustningen för skelett- och lungröntgen vid Svegs hälsocentral har behov av reinvestering inom en snar framtid. Hjälpmedelsverksamhetens uppföljning är oklar och tydligt ansvar saknas.

[2] Mobil hemsjukvårdsläkare, mobilt hemsjukvårdsteam samt mobilt palliativt team, se rapport från SKL ”Närvården i västra Skaraborg, utvärdering och ekonomisk analys av Närsjukvårdsteamet, Mobila palliativa teamet och Mobil hemsjukvårdsläkare”, HCM Health Care Management 25 november 2013.

- Inom primärvården är den ekonomiska situationen mycket ansträngd. Tillgängligheten är fortsatt ett stort problem, liksom svårigheter med kompetensförsörjning. Andelen hyrläkare inom primärvården är relativt hög i ett nationellt perspektiv, motsvarande ca 30-40 procent av alla läkartjänster och upprätthålls av läkare från bemanningsföretag. Läkarbesöken inom hela primärvården har en sjunkande tendens och tillgängligheten försämras. Satsningar på vissa specialistmottagningar i primärvården har man ännu inte lyckats genomföra. Närvårdsavdelningen i Strömsund har åtta vårdplatser och dessutom bemannas åtta korttidsplatser av SÄBO-läkare från primärvården. Ur ett finansieringsperspektiv är frågan var gränsen går för vilka patienter som är kommunala och ska betalas av kommunen.
- Centrum för kvinna, barn och psykiatri har inte fått leanarbetet att fungera vid klinikerna och än mindre mellan klinikerna och över centrumgränserna. Kvalitetsarbetet är komplicerat och planer finns för att förenkla det till att redovisas kortfattat för varje klinik. Stora problem finns med måluppfyllelsen där endast 11 av 24 mål klaras av.
- Centrum för medicinska specialiteter har arbetat under många år med att poliklinisera sin verksamhet. Samverkan med övriga specialiteter och centra kan förbättras. Sjuksköterskor vid triaget på akutmottagningen kan ges ytterligare utbildning för att öka patientsäkerheten i bedömningarna. Det kan leda till att minska antalet patienter som väntar i onödan vid akutmottagningen. Den administrativa överbyggnaden i form av centrumchefer kan avvecklas till förmån för decentralisering av besluten. Omhändertagandet av svårt sjuka äldre skulle kunna förbättras med mer av mobilitet i öppenvården. Den mobile distriktsläkaren som arbetar i Östersunds kommun är angelägen och verksamheten bör byggas ut för att förebygga inläggningar vid sjukhusets vårdavdelningar.

4.7 Centrum för opererande specialiteter

Centrum för opererande specialiteter ansvarar för att fullgöra landstingets sjukvårdsuppdrag för Jämtlands län avseende; prehospital sjukvård i vägambulans- och ambulanshelikopterverksamhet, akutmottagning med observationsplatser, intensivvård, operations- och anestesiverksamhet inklusive läkarkompetens inom anestesi och intensivvård, postoperativ vård, sterilgodshantering, ögon- och öronsjukvård, syn-, tal- och hörselrehabilitering, kirurgi och urologi, onkologimottagning samt palliativ vård inom ramen för Storsjögläntan, ortopedisk kirurgi, att ortopedteknisk verkstad finns upphandlat, tillhandahålla arbetsterapi och sjukgymnastik till sjukhusets somatiska specialiteter utom medicin och vävnadsinrättningen och vävnadsverksamheten i Jämtlands läns landsting (enl. LS1149/2009).[3]

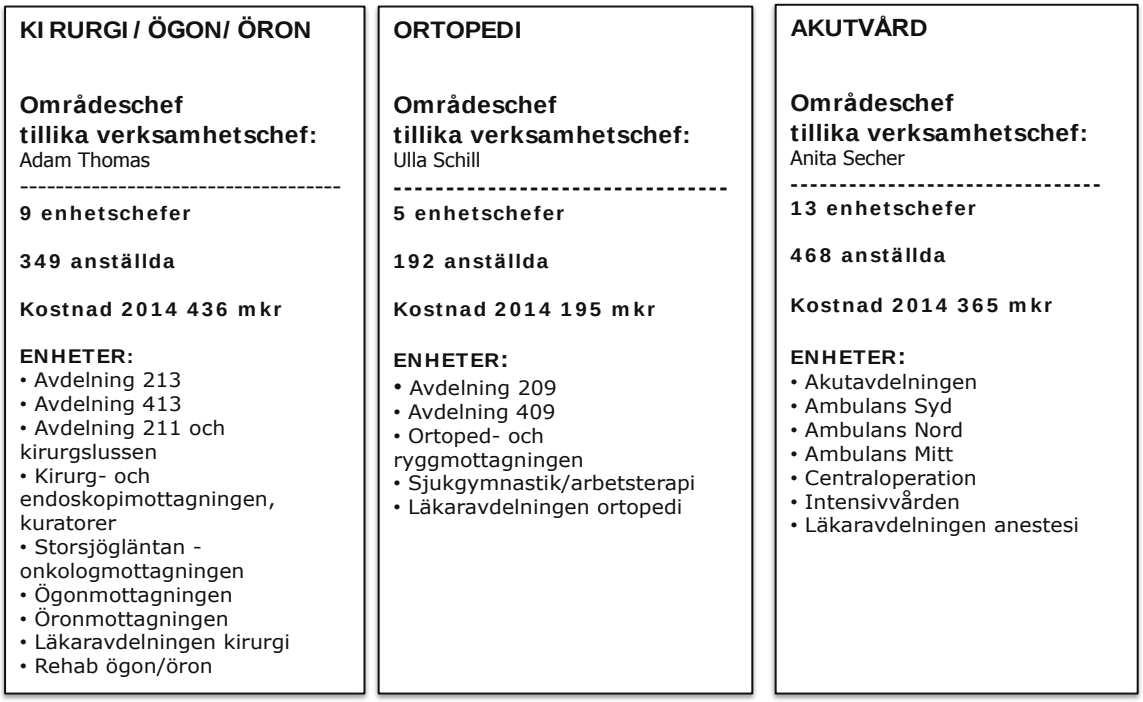
Några korta kommentarer från årsbokslut 2014:

- Ett ökat inflöde på akuten försvårar målsättningen att 80 procent av patienterna ska handläggas inom 4 timmar
- Det finns problem med tillgängligheten till besök och behandling.
- Sjukvårdande behandlingar har ökat med 5,8 procent.
- Antal vårddagar och inskrivna patienter har minskat.
- Jämförelsevis låg sjukfrånvaron som sjönk marginellt under året, från 5,9 ner till 5,8procent.
- Flera förbättringsarbeten enligt lean pågår i verksamheterna.
- Öppna jämförelser visar att kvaliteten på ortopedisk sjukvård är fortsatt god
- Av centrumet totalt 28 mål är 13 uppfyllda, 7 nästan uppfyllda och 8 ej uppfyllda.

Organisationsöversikt

Centrumet består av tre områden med verksamhetschefer (kallas områdeschefer); 1) akutområdet inkl. ambulansverksamheten, 2) kirurgi, önh och ögon samt 3) ortopedi

[3] Bokslut 2014



4.7.1 Område kirurgi, ögon, öron

Område	Avdelning	Vårdplatser (antal)
Mag-, tarmkirurgi	213	22
Bröst-, kärl-, plastikkirurgi	413	22
Urologi-, ögonkirurgi,	211	18
Onkologmottagning		10 (dagvård)

Läkargruppen inom kirurgi, ögon, öron består av 24 fast anställda läkare varav 9 ST-läkare. Dagkirurgin är väl utvecklad för bröstcancer. I Socialstyrelsens redovisning av vårdtillfällen[4] för slutenvårdskirurgi och dagkirurgi har regionen lägst andel dagkirurgi i förhållande till slutenvårdskirurgi. Regionen har ca en tredjedel av vården inom kirurgin som utförs i dagkirurgi.

Öron-, näs- och halssjukvården har få vårdplatser men disponerar en egen operationssal. En stor del av den operativa verksamheten är beroende av en öronkirurg.

Inom ögonsjukvården ökar behoven pga den demografiska och medicinska utvecklingen.

Onkologin har stora kostnader för konsulter från Umeå som tjänstgör någon dag per vecka vid Östersunds sjukhus. Område kirurgi har arbetat med standardiserade vårdprocesser, t ex colorectalkirurgiska processen. Det är ett standardiserat vårdförlopp som följer de nationella riktlinjerna. Flaskhalsarna har tagits bort, bl a genom att endoskopiutbildade sjuksköterskor gör endoskopier, inkl. att ta vävnadsprov. Dessa sjuksköterskor deltar också i patientkonferenserna (via videolänk) med Umeå varje fredag.

Samverkan mellan operation och anestesi/iva brister, med risk för onödig väntan för patienterna och ineffektivitet i flödena

[4] DRG-statistik – en beskrivning av vårdkonsumtion i Sverige, Socialstyrelsen maj 2014.

4.7.2 Område Ortopedi

Område	Avdelning	Vårdplatser (antal)
Ortopedi	209	24
Ortopedi	409	24

Område ortopedi har 30 anställda läkare, exklusive AT-läkare. Man handlägger årligen ca 9500 akutbesök och ca 12 000 mottagningsbesök. 75 procent av klinikens 3 700 operationer/år är akuta. Kliniken har framför allt stor erfarenhet av traumaortopedi och genomför 537 polikliniska operationer per år.
Ortopedin har ett mycket stort antal akuta besök och akuta kirurgiska åtgärder som utförs under vintern. Det skapar problem för den elektiva verksamheten som inte kan genomföras enligt de behov invånarna har. 500 elektiva operationer köps från den privata vårdgivaren Medicin Direkt.

Inom den ortopediska verksamheten finns tio vårdplatser (av de 48) för ortopedisk geriatrik (s k ortogeriatrik) vars patienter är svårt sjuka och sviktande i hög ålder. Dessa patienter är inte endast i behov av ortopedisk vård och rehabilitering. Patienterna kommer i de flesta fall från SÄBO via akuten och många av dem är egentligen medicinskt geriatriska patienter. Det ortogeriatriska arbetssättet har lett till färre oplanerade återinläggningar vid sjukhusets olika kliniker. Vid ortogeriatriken planeras patientens utskrivning redan vid inskrivningen och klinikens läkare rondar patienterna dagligen.

4.7.3 Storsjögläntan och palliativa konsultteamet

Storsjögläntan som är en del av kirurgkliniken erbjuder palliativ vård via mobila team i det egna hemmet, SÄBO och inneliggande på sjukhuset. Inklusionskriterier för inskrivning är patienter i livets slutskede som lider av smärta, illamående och ångest. De har också ofta näringsproblem.

De som bor på SÄBO har primärvården fortfarande ansvar för men får ett konsultativt stöd från Storsjögläntans team. Samverkan med primärvården fungerar väl. Samverkan med akutmottagningen fungerar i dagsläget inte fullt ut lika bra, vilket innebär att patienter i livets slutskede läggs in på ”vanliga” vårdavdelningar på sjukhuset istället för att erbjudas palliativa slutenvårdsplatser eller vård i det egna hemmet.

Remisser kommer från alla kliniker på sjukhuset, primärvården och från de olika kommunernas hemsjukvård. Remisserna bedöms medicinskt, och tas ej i tidsordning. Teamet har alltid kontakt med hemsjukvården. Teamets läkare och sjuksköterskor gör inledningsvis tillsammans ett hembesök. Det finns inget krav på inskrivning i hemsjukvården. Ungefär 2/3 av patienterna kommer från Östersund.

Patientflödet från kirurgen till Storsjögläntans team fungerar bra, men patienterna skulle kunna överföras tidigare i sjukdomsförloppet. Storsjögläntan kräver att patienter och anhöriga är välinformerade om patientens tillstånd för att erbjuda dem sin vård.

77 procent av de inskrivna patienterna dog i hemmet, 16 procent (28 st) dog på sjukhuset, 8 procent dog på SÄBO. Palliativa korttidsplatser saknas i kommunerna.

Medianinskrivning vid Storsjögläntan var 43 dagar under 2014. Under inskrivningstiden fick patienterna i genomsnitt fyra sjuksköterskebesök och två läkarbesök i sitt hem. Palliativa vårdplatser är ett angeläget utvecklingsönskemål, antingen i regionen eller i kommunerna.

De patienter som dör på sjukhus vårdas både av medicinska och sociala skäl som till exempel allmäntillstånd, smärta och andnöd (18 stycken), oro (3), blödning (2), infektion (2) och övriga 3 pga närståendesvikt.

Teamen genomför blodtransfusioner i patientens eget hem.

Kompetensförsörjningen fungerar bra. Verksamheten får gott om utbildningspengar via Jämtlands omvårdnadsfond (donationer). Det är lätt att rekrytera personal och man vidareutbildar all personal. En docent finns bland läkarna, en disputerad sjuksköterska och två sjuksköterskor examineras f n till specialistsjuksköterskor.

Patienter i det egna hemmet fick i genomsnitt 120 teambesök per månad (45 patienter var inskrivna i januari 2015).

Storsjögläntan håller också på att bygga upp mobila team som kan genomföra demensutredningar i det egna hemmet och på SÄBO.

4.7.4 Produktionsstatistik, Centrum för opererande specialiteter

Egenproducerad verksamhet uppdelat per område	Utfall 2012	Utfall 2013	Utfall 2014	Planerad produktion 2015
Antal läkarbesök varav:	63 358	66 302	69 906	64 400
Kvinnor	31 809	33 050	34 986	
Män	31 549	33 252	34 920	
Kirurgi/ögon/öron (inkl akutbesök) varav:	42 739	45 129	48 260	44 400
- Ögon	12 410	12 814	14 897	14 200
- Öron	7 275	7 913	8 439	7 000
Ortopedi (inkl akutbesök)	20 619	21 173	21 646	20 200
Antal patienter som genomgått hörapparatutprovning	1 691	1 436	1 729	1 500
Varav kvinnor	789	693	841	
Varav män	902	743	888	
Antal besök Syncentralen	1 855	1 681	1 972	1 750
Varav kvinnor	1 018	964	1 132	
Varav män	837	717	840	
Antal besök pedagogiska hörselvården	429	508	839	800
Varav kvinnor	253	268	428	
Varav män	176	240	411	
Antal sjukvårdande behandling varav:	35 640	35 252	36 391	36 600
Kvinnor	19 021	19 051	19 921	
Män	16 619	16 201	16 470	
Kirurgi/ögon/öron, varav	26 345	25 987	27 262	26 900
- Ögon ssk	5 582	4 754	4 297	4 000
- Ögon ortoptist	2 843	2 717	2 933	2 800
- Öron ssk	299	276	247	300
- Öron logoped	1 644	1 822	2 012	2 000
Ortopedi (exkl. hjärt o bassäng på ATSG-enhet)	9 295	9 265	9 129	9 700
Antal vårddagar varav:	41 076	41 242	40 609	41 300
Kvinnor	20 220	20 921	20 072	
Män	20 856	20 321	20 537	
Kirurgi/Ögon/Öron	24 477	24 694	24 952	24 700
Ortopedi	16 599	16 548	15 657	16 600
Antal inskrivna patienter varav:	7 012	6 918	6 610	6 980
Kvinnor	3 460	3 451	3 201	
Män	3 552	3 467	3 409	
Kirurgi	4 382	4 340	4 218	4 400
- varav Ögon/Öron	398	330	342	
Barn (Kirurgi)	432	394	368	
Ortopedi	2 630	2 578	2 392	2 580
Antal operationer varav:	8 969	9 678	9 817	9 975
Kvinnor	4 603	5 150	5 084	
Män	4 366	4 528	4 733	
Kirurgi	2 570	2 615	2 751	2 800
Ögon	2 356	3 009	3 148	3 010
Öron	462	424	432	430
Ortopedi c-op	2 986	3 015	2 949	3 100
Ortmott polop	595	615	537	635
Antal operationstimmar C-op inkl plan 5	10 339	10 247	10 379	10 410
Antal operationer	8 654	9 011	9 152	

Egenproducerad verksamhet uppdelat per område	Utfall 2012	Utfall 2013	Utfall 2014	Planerad produktion 2015
Varav kvinnor exkl. plan 5	4 377	4 514	4 469	
Varav män exkl. plan 5	3 705	3 634	3 820	
Ambulansuppdrag väg inkl vägamb hkp exkl. vägamb hkp april 2013	16 052	16 219	16 483	16 700
Amb hkp uppdrag	737	830	734	800
Patienter med Ambuss	2 317	2 304	2 153	2 300
- varav pat. med vårdbehov	790	743	799	740
Besök akutmottagningen	38 631	40 019	40 817	41 500
varav DL-jour av totalt antal besök	3 352	3 387	3 461	3 400
Varav totalt kvinnor	19 580	20 296	20 780	
Varav totalt män	19 051	19 723	20 037	
Vårdtimmar IVA	41 814	43 709	40 952	43 000

4.7.5 Produktivitet, Centrum för opererande specialiteter

Produktivitetsmått uppdelat per område	Utfall 2012	Utfall 2013	Utfall 2014	Planerad förändring 2015
Utförd tid per vårddag -kirurgi/ögon/öron	6,28	6,22	6,41	
Medelvårdtid avd 209/409 (dagar)	5,2	5,3	5,5	
Arbetade timmar/ op.timme, Akutområdet	16,8	16,4	16,7	
Arbetade timmar/akutbesök, Akutområdet	3,4	3,3	3,3	
Arbetad tid/vårdtimme IVA, Akutområdet	1,7	1,7	1,8	

4.7.6 Akutområdet

Akuten tar emot upp mot 150 besök per dygn (genomsnitt ca 115 besök per dygn) vintertid och sammanlagt ca 37 000 per år. Sjuksköterskor genomför triage både vid akuten och i ambulansen. Runt en tredjedel av patienterna som söker vård vid akuten har inte behov av akutmottagningens resurser. Av de ca två tredjedelar som söker vård vid akutmottagningen läggs hälften in, dvs drygt 30 procent av patienterna läggs in från akutmottagningen, vanligen via de s k OBS-platserna.

Triaget vid akutmottagningen skulle kunna förbättras med bättre utbildade sjuksköterskor för att därigenom minska onödiga inläggningar samt öka patientsäkerheten. Det finns enligt uppgift ett problem med kirurger som tjänstgör som bakjour som inte har intresse för att ta ansvar för beslut vid akuten utan hellre opererar, vilket kan leda till onödiga inläggningar på OBS-platser och på vårdavdelningarna. Detta problem förekommer inte bland medicin- och ortopedläkarna.

Vid akuten finns tolv OBS-platser för max 24h-vård. Dessa kan användas mer aktivt för att undvika inläggning vid vårdavdelningarna. Husläkarjouren bedrivs invid akutmottagningen som har öppet mellan kl 18-21 vardagar och mellan kl 8-21 på helger. Röntgen är delvis en flaskhals för akutmottagningens flöde, pga av ologisk placering inom sjukhuset.

Hjärtsvikts- och KOL-patienter som bör kunna tas om hand i primärvården kommer i allt större utsträckning till akuten, vilket är ett nytt mönster. Många multisjuka äldre från SÄBO mm skickas också till akuten. Dessa patienter är normalt sett ett naturligt ansvar för primärvårdens SÄBO-läkare.

Intensivvårdsavdelningen har åtta vårdplatser, varav sju är bemannade. Enligt bedömning från ansvariga chefer är behovet sex iva-platser. Behovet av ytterligare uppvakningsplatser medför att iva-platser istället används för detta. Med bättre utnyttjande av lokaler inom sjukhuset skulle nattöppna uppvakningsplatser kunna användas.

Utskrivningsprocessen kan förbättras och därmed kan också den genomsnittliga vårdtiden reduceras. Dagkirurgi kan utnyttjas i större utsträckning vid bröstcanceroperationer.

4.7.7 Vårdtider och utskrivningprocesser för centrum opererande specialiteter.

Medelvårdtiden för all kirurgi är mellan 3,5 - 6,6 dagar, beroende på diagnos. Beläggningen år 2014 uppgick till 93,8 procent.

Allmänkirurgin har en medelvårdtid på 4,8 vårddagar, då ingår alla patienter även de onkologiska. Medelvårdtid för urologi är ca fyra dagar, mag- och tarm har ca 6,6 dagars medelvårdtid och bröst- och kärlkirurgi har omkring 4,5 dagar.

Ortopedins medelvårdtid är mellan 3,5 - 9,3 vårddagar beroende på diagnos. Medelvårdtiden för höftledsplastiker är ca 3,5 dagar, knäledsplastiker ca 4,3 dagar, cervicala frakturer ca 7,7 dagar och trochantära frakturer ca 9,3 vårddygn.

Vårdplaneringssjuksköterska finns vid klinikerna och utskrivningsprocessen ska påbörjas vid inskrivning men detta sker inte regelbundet.

Patienter med trauman vårdas för länge vid klinikerna. De bör istället erbjudas vård inom rehabilitering mycket snabbare. Rehabiliteringsläkaren gör ronder för bedömning av patienter en gång i veckan och om patienten inte är helt ok, t ex har lite feber den dagen får hon vänta en vecka till för att skrivas in vid rehabiliteringen, vilket leder till förlängda vårdtider.

Det förekommer att behandlande läkare vid kirurgiska kliniken har svårigheter att genomföra brytpunktssamtal med patienter i palliativt skede som har behov vård i livets slutskede. Läkarna fortsätter att behandla patienterna och i extremfall har det förekommit att patienterna skickas till Umeå för en extra cancerbehandling helt i onödan då det lämpligaste vore att vården övergår i palliativ form.

4.8 Sammanfattande problembild med opererande specialiteter

- Den övergripande centrumnivån i administrationen är onödig och bör avvecklas. De administrativa resurserna bör decentraliseras till första linjens chefer. Staberna uppfattas allmänt som en belastning och inte som en service till kärnverksamheten. Det gäller både resurserna för personalfrågor och stöd i ekonomiska frågor. Chefsnivåerna är oklara där exempelvis läkarna vid kirurgiska kliniken har en sjuksköterska som chef. Områdeschefen för kirurgi saknar medicinsk rådgivare.
- Patienter med trauman vårdas för länge vid klinikerna. De bör erbjudas rehabilitering i ett tidigare skede.
- Runt en tredjedel av patienterna som söker vård vid akuten har inte behov av akutmottagningens resurser. Triaget vid akutmottagningen skulle kunna bli förbättras med mer välutbildade sjuksköterskor. Det skulle också kunna förbättra patientsäkerheten och leda till att färre patienter läggs in på sjukhuset samt färre som i onödan väntar på behandling vid akutmottagningen. Röntgen är delvis en flaskhals för akutmottagningens flöde, pga av ologisk placering inom sjukhuset.
- Intensivvårdsavdelningen kan reduceras sex iva-platser. Behovet av uppvakningsplatser medför att iva-platser används för detta.
- Utskrivningsprocessen kan förbättras och därmed kan också den genomsnittliga vårdtiden reduceras.
- Storsjögläntans resurser kan användas mer effektivt genom att patienter från sjukhuset överförs i ett tidigare skede.
- Enheterna för anestesi, intensivvård och operation kan sammanföras till ett område för att förbättra patientflödena vid operationer.

5 Jämförelser med andra landsting

5.1 Inledning

Idag finns relativt stora variationer mellan landsting och regioner när det gäller både hur sjukvården utförs, organiseras, prissätts och vilken vård som ges. Dessutom skiljer sig kostnaderna för behandling av samma eller likartade diagnoser väsentligt åt mellan de olika sjukhusen. Dessa stora skillnader innebär att det finns betydande utrymme för förbättringar genom att lära av varandra. Jämförelser med andra regioner eller landsting är ett sätt att stimulera utvecklingsarbetet. En viktig rapport som kan användas i detta sammanhang är ”Öppna jämförelser 2014, hälso- och sjukvård, jämförelser mellan landsting”.

Rapportserien Öppna jämförelser redovisar årligen jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting är gemensamt ansvariga för arbetet. Syftet är att göra den gemensamt finansierade hälso- och sjukvården öppen för insyn och att bidra till hälso- och sjukvårdens ledning och styrning.

Vi har i denna studie velat få en djupare förståelse och insikt i landsting som saknar regionsjukhus och som geografiskt finns i södra och norra Sverige.

Framförallt har två landsting studerats samt studier av goda samverkans-/ utvecklingsprojekt i andra delar av Sverige. Nedan följer en sammanfattning av de olika iakttagelserna för respektive landsting enligt följande:

5.2 Landstinget i Kalmar län

Kalmar län har ca 235 000 invånare, varav 24 procent är över 65 år. Landstinget har tre sjukhus, varav Kalmar sjukhus är länssjukhus. Landstinget saknar region/universitetssjukhus.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen redovisar ett underskott för 2014 om 79 Mkr. Förvaltningen har en handlingsplan för ekonomi i balans som innefattar bl.a. reducering av bolagskostnader, genomförande av resurs- och kapacitetsplanering, reducering av vårdplatser i länet, genomlysning av antalet anställda per vårdplats och analys av verksamheten enligt metoden Kostnad Per Patient (KPP).

Primärvårdsförvaltningen redovisar ett underskott om 30 Mkr. Kostnader för hyrläkare fortsätter att öka och det är den största orsaken till underskottet. Antalet sjuksköterskor ökar vilket genereras av en osäker läkarbemanning. Antalet sjukvårdande behandlingar och provtagningar ökat betydligt, pga kontinuitetsbrist på läkarsidan. Invånarna gör drygt 1,3 läkarbesök vardera i primärvården per år.

Kostnaden för producerad DRG-poäng är 37 375 kr i landstinget att jämföra med Östersunds 43 239 kr. Strukturkostnadskillnad mellan Kalmar 21 319 kr och Jämtland 22 927 kr är en skillnad om 1 608 kr eller 7 procent.

Medelvårdtiden för all somatisk slutenvård (exklusive geriatrik och psykiatri) i Sverige var 4,1 dagar per vårdtillfälle år 2012.[5] Jämtlands läns landsting medelvårdtid var 4,2 dagar, och Kalmar läns landsting 3,5 dagar (kortast medelvårdtid tillsammans med Stockholms läns landsting). Generellt sett är trenden tydlig nationellt att medelvårdtiderna minskar.

Landstinget i Kalmar län arbetar med prioriterade processer för att öka den inre effektiviteten i vården, där cancer, hjärt/kärlsjukdomar och diabetes är de för närvarande prioriterade processerna. Beträffande cancer och stroke har arbetet varit framgångsrikt men inte lika framgångsrikt när det gäller diabetes. Cancerinsjuknandet ökar i länet och är starkt åldersrelaterat, samtidigt som dödligheten minskar.

[5] DRG-statistik – en beskrivning av vårdkonsumtion i Sverige, Socialstyrelsen maj 2014.

Det åldersstandardiserade insjuknandet i hjärtinfarkt har minskat över längre tid liksom dödligheten som har minskat procentuellt mer än insjuknandet. Anledningen till det minskade insjuknandet är resultat av olika förebyggande insatser i befolkningen och bland dem som redan insjuknat.

Stroke är den enskilda somatiska sjukdom som svarar för flest vårddagar på sjukhusen. Sjukdomen har minskat med en procent senaste året. Satsningen på preventiva åtgärder i primärvård och sjukhusvård förväntas minska sjukdomsrisken.

Diabetes ökar och det visar sig att förekomsten av fetma och rökning är tydligaste ohälsoindikatorerna bland nyinsjuknade diabetiker.

5.3 Region Gävleborg

Gävleborg består av både glesbygd och några mindre kommuner samt Gävle med drygt 71 000 invånare som är centralort i länet. Regionen har drygt 297 000 invånare och liknande glesbygdsproblem som Region Jämtland Härjedalen och gränsar till Jämtland Härjedalen. I Gävle finns regionens enda länssjukhus. Regionen saknar region/universitetssjukhus. Regionen har ett budgetunderskott i sjukvårdsverksamheten om ca 300 miljoner kronor.

Det är vanligare i Gävleborg än i riket med övervikt, fetma och snusande. Den fysiska aktiviteten minskar i befolkningen. Levnadsvanor, sjukdom och för tidig död är inte jämnt fördelade i befolkningen. Gävleborg har en något lägre andel med god självskattad hälsa i jämförelse med riket.

Gävle och Hudiksvalls kommuner har genomfört pilotprojektet Proaktiv hälsostyrning. I arbetssättet ingår att samla aktuell och tillförlitlig information om de äldres situation, göra rätt bedömningar av vilka insatser som bör göras samt erbjuda en fast vårdkontakt. De deltagande personalgrupperna och intervjuade äldre i målgruppen var överens om att proaktiv hälsostyrning hade lett fram till många positiva förändringar för såväl de äldre och deras anhöriga, som för involverad personal inom primärvård, hemtjänst och hemsjukvård.

Förstärkt utskrivningsprocess har bl a lett till att patienter med upprepade täta slutenvårdstillfällen och andra särskilda behov erbjudits en förstärkt utskrivningsprocess. Syftet är att dessa sk fokuspatienter ska känna ökad trygghet, vara bättre informerade och ha fått en säkrare övergång till fortsatt omhändertagande i primärvård. Arbetssättet har införts på alla sjukhusenheter och hos Aleris Bollnäs sjukhus.

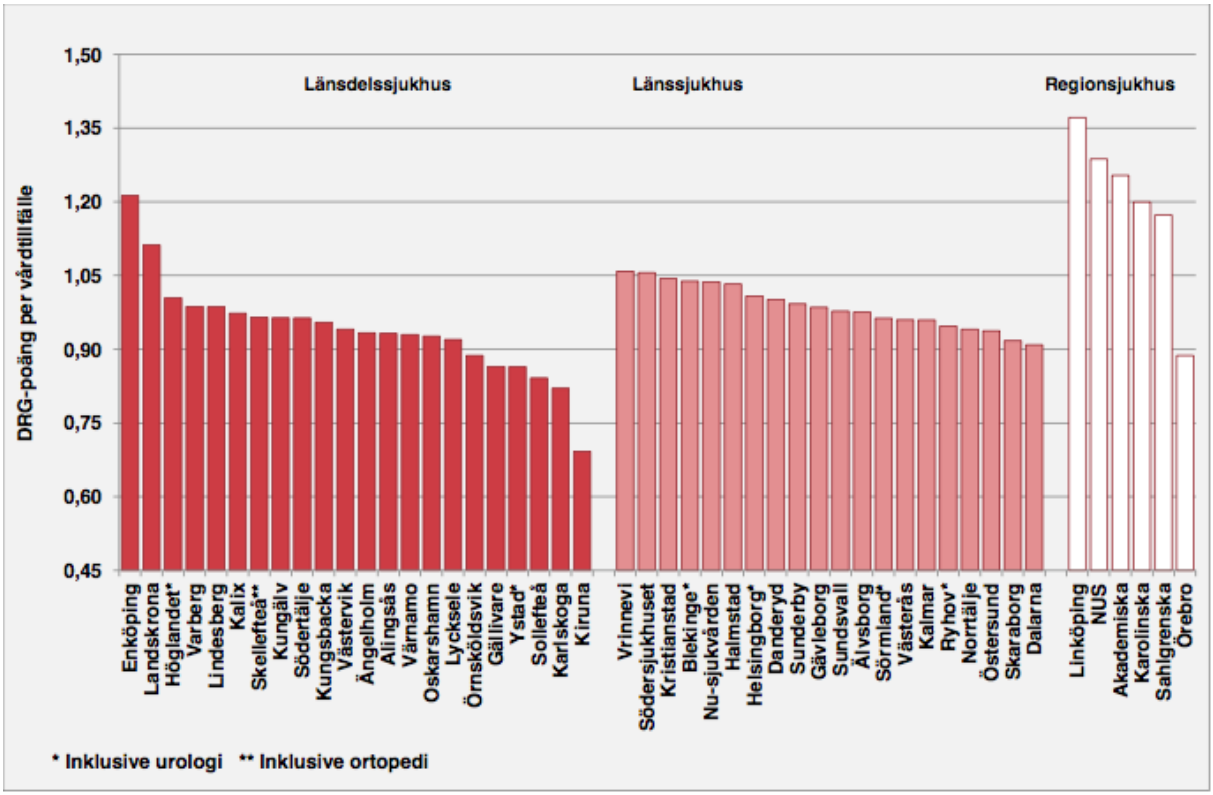
I budget 2014 inrättades neurologiskt rehabiliteringsteam inom specialistvården. Ett utökat samarbete har skett mellan rehabilitering på specialist- och primärvårdsnivå för neurologiskt sjuka.

Vårdtiderna inom slutenvård inkl. psykiatri minskade med några få procent de senaste åren. Antalet operationer minskar något. Antalet läkarbesök i den regiondrivna primärvården minskar och ökar vid de privatdrivna hälsocentralerna. Vid hälsocentraler som drivs i regionens regi tar ordinarie läkarna emot i genomsnitt 10 patienter per dag, för hyrläkare är motsvarande siffra 15 patientbesök per dag.

5.4 Statistiska jämförelser med andra länssjukhus i Sverige

I december 2013 publicerade SKL rapporten ”Jämförelse av kostnader och verksamhet på sjukhuskliniker 2012”. Jämförelser inom olika medicinska verksamhetsområden redovisades med tabeller och diagram med uppgifter från 66 sjukhus och 20 olika medicinska verksamhetsområden. Statistiken är baserad på uppgifter från totalkostnadsbokslut (TKB), patientregistret (PAR) samt genomsnittsvikter från KPP-databasen. Här nedan följer några exempel.

Vårdtyngd (DRG-poäng per vårdtillfälle) i kirurgisk sluten vård 2012



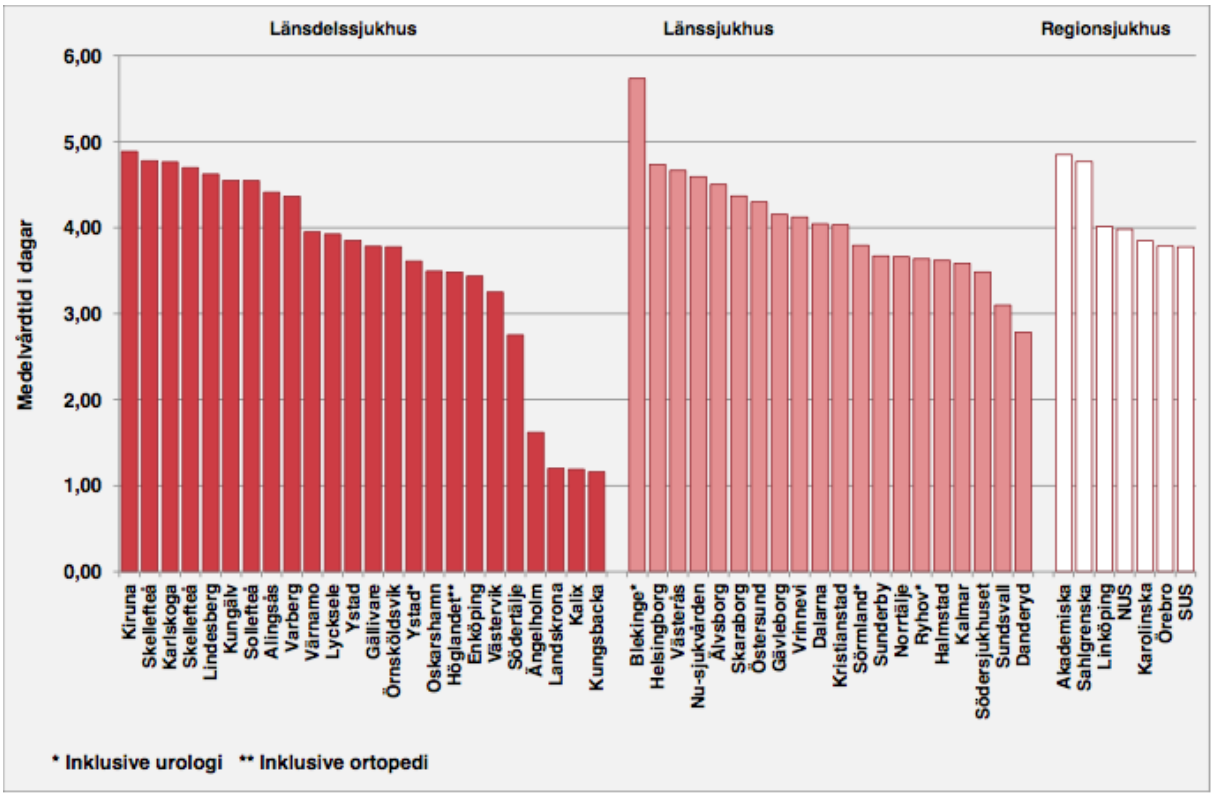
Förklaringar till varför olika sjukhus har olika vårdtyngd kan delvis förklaras av de olika diagnosgrupperna inom respektive klinik och den nationella vikten för respektive grupp.

Generellt gäller, att patienter på verksamhetsområdet kirurgisk vård, liksom inom internmedicin, hamnar inom väldigt många olika diagnosgrupper.

Patienterna i de vanligaste 20 grupperna täcker ofta inte mer än 50-60 procent, vilket gör att informationen i tabellen ovan ska tolkas med en viss försiktighet. I diagrammet kan utläsas att sjukhuset i Östersund har en av de lägsta vårdtyngderna.

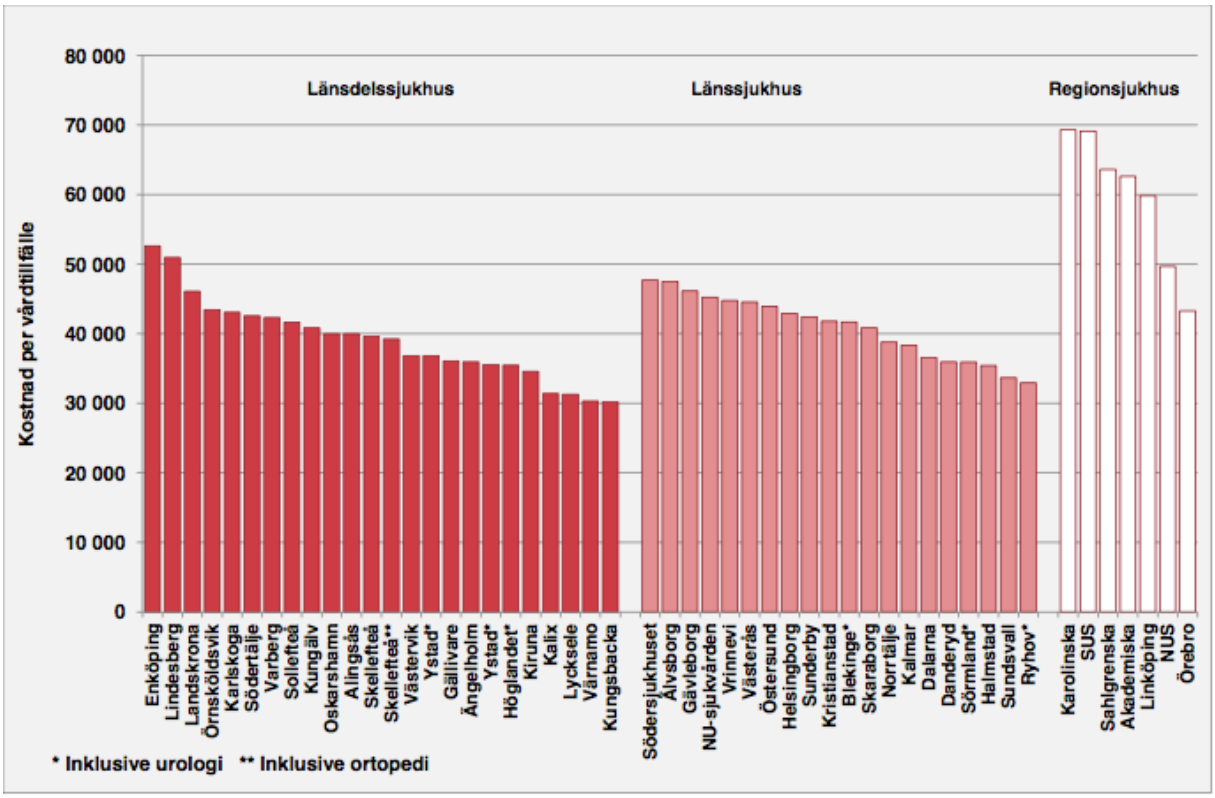
Andel äldre patienter varierar dessutom väldigt mycket inom detta område. Skälet till att patienterna är äldre kan vara att sjukhuset framför allt vårdar patienter med vissa sjukdomar som framför allt äldre personer drabbas av. Östersund har en andel på ca 10 procent medan exempelvis Kalmars andel är drygt 13 procent.

Medelvårdtider i kirurgisk sluten vård 2012. Dagar



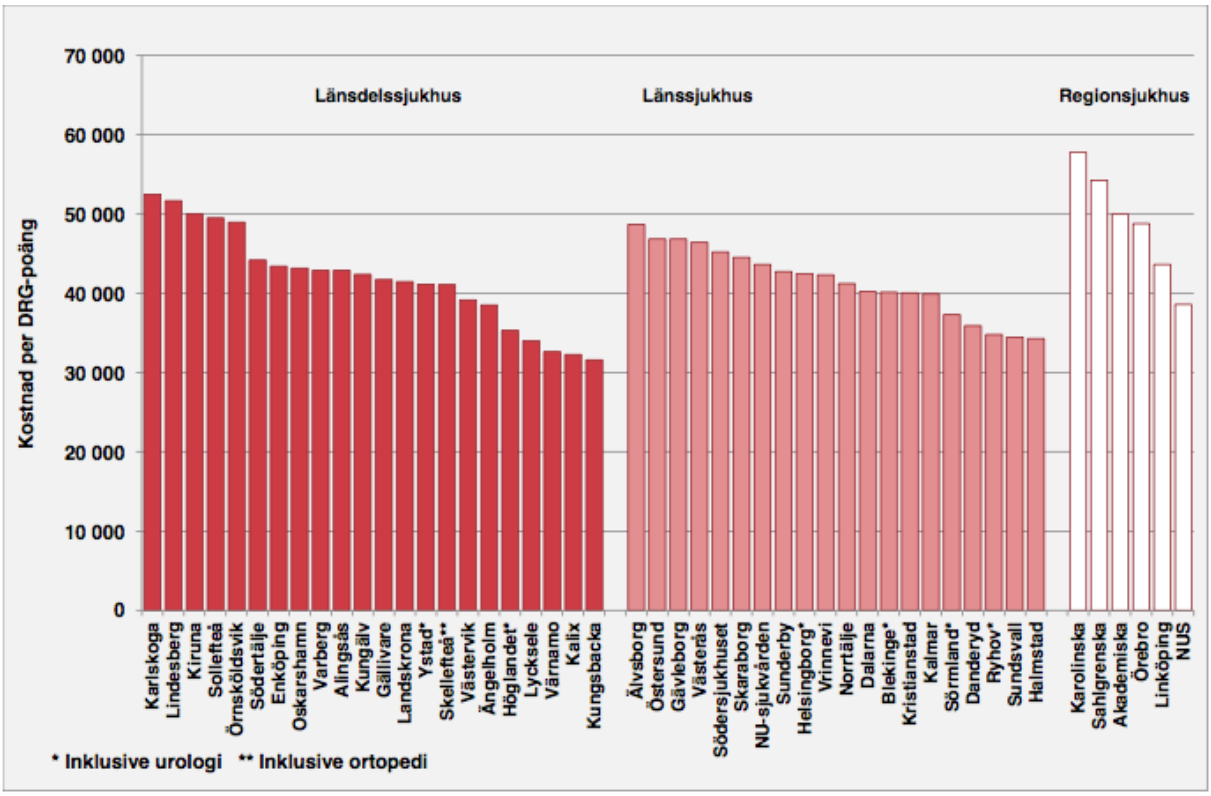
Medelvårdtiderna varierar beroende på sjukhusens uppdrag, arbetssätt och organisation, patienternas sjukdomar samt ålder.

Kostnad per vårdtillfälle inom kirurgisk sluten vård 2012



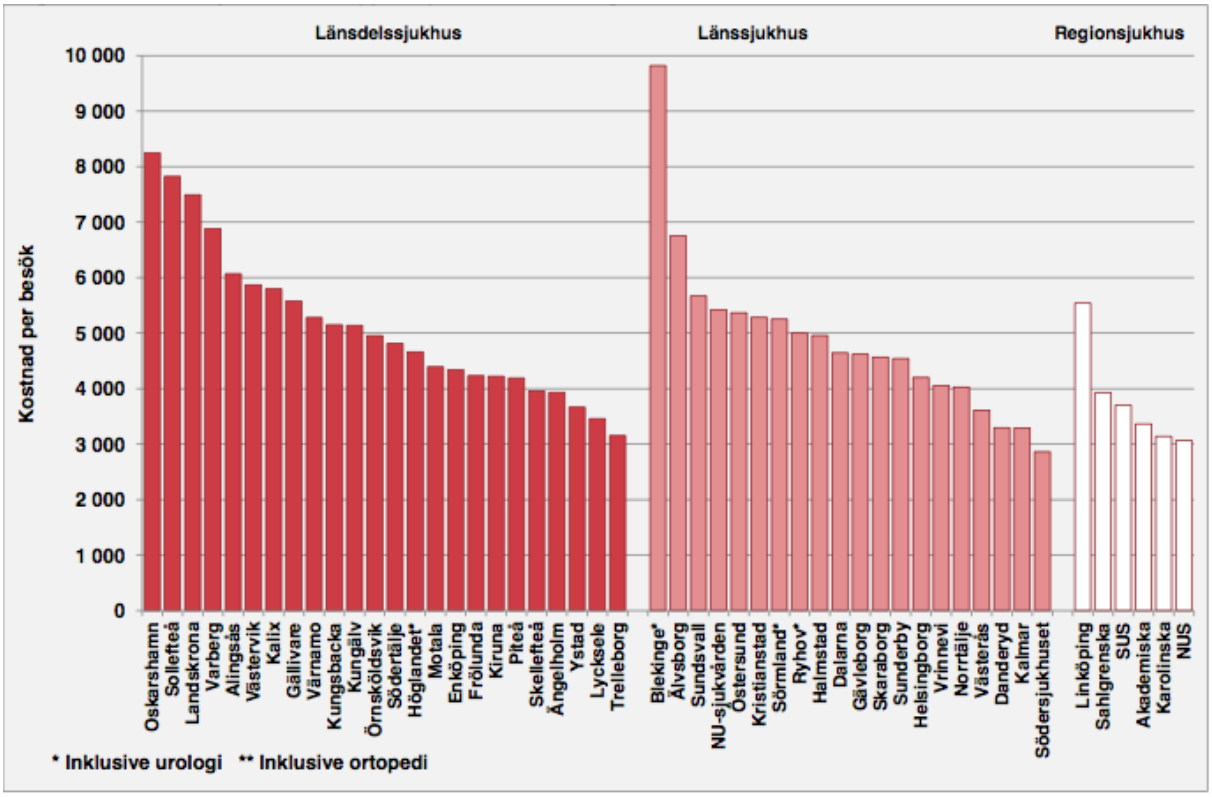
Ingen hänsyn är tagen till patientstruktur och vårdtyngd. Kostnad per vårdtillfälle har ett direkt samband mellan variablerna kostnad per vårdtillfälle och vårdtid. Detta kan innebära att om ett sjukhus har en kostnad som var bland de högre, men en medelvårdtid som ligger under den genomsnittliga nivån, kan man dra slutsatsen att kostnaden per vårddag är förhållandevis hög. Östersunds sjukhus ligger på den övre halvan för båda parametrarna.

Jämförelse av kostnader per DRG-poäng. Kirurgisk sluten vård 2012



Till skillnad från kostnad per vårdtillfälle, är kostnaden justerad för skillnader i patientstruktur. Även om kostnaden per vårdtillfälle är hög kan kostnaden per DRG-poäng bli låg om patienterna hade ”tyngre” diagnoser.

Kostnad per besök i öppen specialiserad kirurgisk vård 2012. Kronor



Besök hos andra personalkategorier än läkare har räknats om till läkarbesök.

5.5 Statistik om hälso- och sjukvård 2013

5.5 Statistiska jämförelser om hälso- och sjukvård

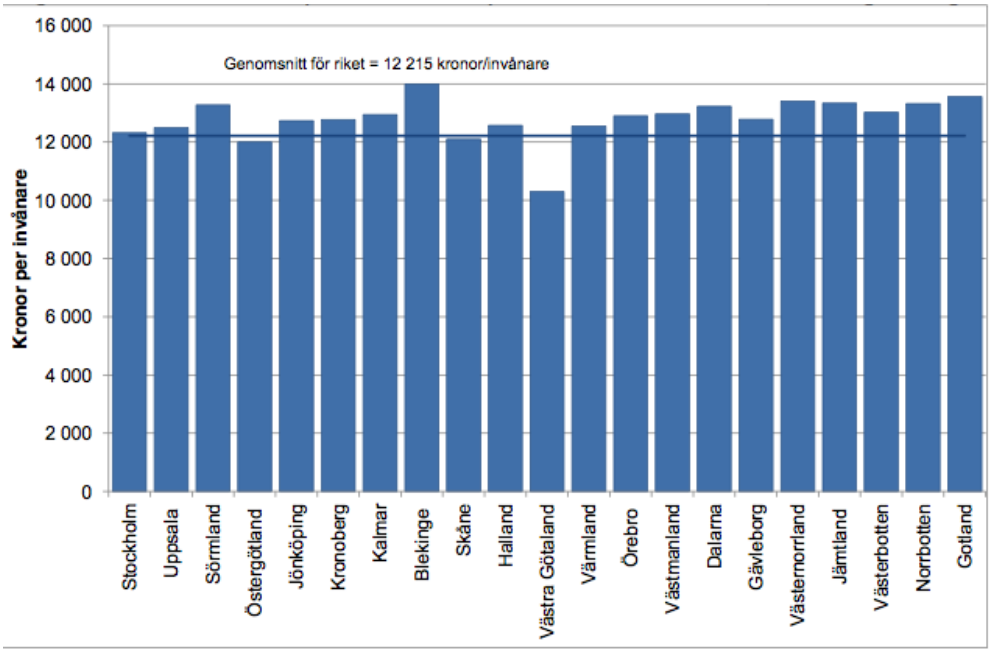
Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) samlar varje år in och presenterar statistik om verksamhet och ekonomi i landstingen och regionerna. Statistiken i rapporten ger information om hälso- och sjukvård och annan landstings- och regional verksamhet på regional och nationell nivå.

I nedanstående tabell har några jämförande data om besök, vårdplatser och nettokostnader sammanställts för Jämtland, Gävleborg och Kalmar län.

Jämförelseområden	Jämtland	Gävleborg	Kalmar län	Riket
Viktade vårdkontakter i primärvården 1000-tal	155,4	462,0	360,1	15 202
Viktade vårdkontakter i primärvården per inv.	1,23	1,25	1,53	1,56
Disponibla vårdplatser per 1000 inv.	2,54	2,21	2,81	2,52
Nettokostnad all hälso- och sjukvård kr/inv	24 946	24 401	22 929	23 102
Nettokostnad för primärvård (exkl läkem) kr/inv	4 588	4 915	4 003	4 042
Nettokostnad per vårdkontakt i primärvården	3 730	3 932	2 616	2 591

Statistiken visar att Region Jämtland Härjedalen har högre nettokostnader för hälso- och sjukvården än jämförelselänen och riket trots relativt sett färre besök i primärvården och antalet disponibla vårdplatser.

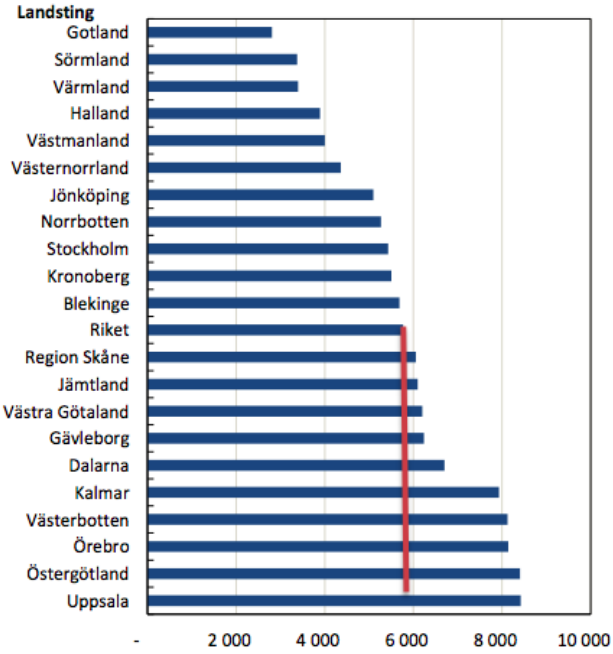
Jämtlands kostnader för primärvården per invånare är lägre än i Gävleborg, men högre än i Kalmar län och i riket som helhet. Samma mönster gäller kostnader per besök. Kostnaderna per vårdkontakt i Jämtland är exempelvis 42 procent högre än i Kalmar län.



Nettokostnader per invånare för specialiserad somatisk vård, landsting och regioner 2013 framgår i nedanstående diagram. Jämtland hör till de fyra län i landet som har högst kostnad per invånare.

Kostnaderna kan ses i relation till antalet besök. Jämtland har i detta avseende ca 5,5 besök till all vård inklusive psykiatrin jämfört med rikets medel som är 6,8 besök per invånare och år under 2013.

Vårdrelaterade infektioner, VRI

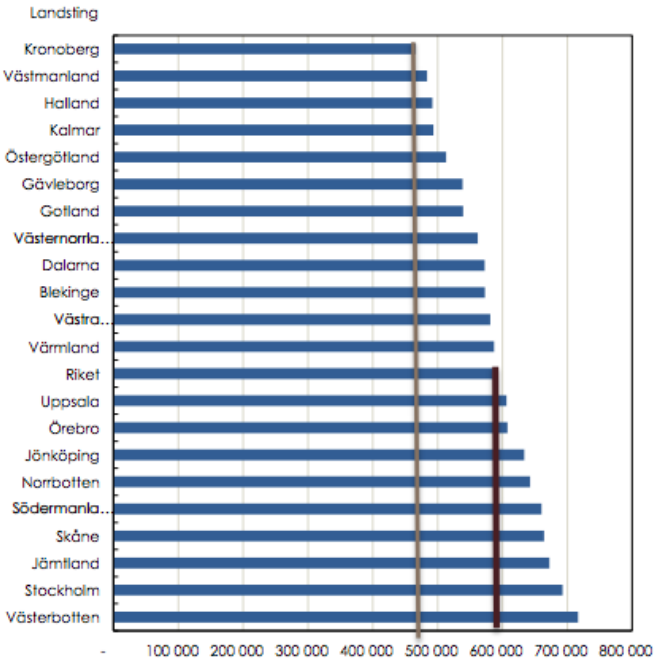


Kostnad per tusen invånare i kr.

Indikatorn mäter ineffektivt resursutnyttjande i hälso- och sjukvården och visar om resurserna används på ett så effektivt sätt som möjligt för att uppfylla kraven på en god vård. Detta görs genom att beräkna kostnad för behandling av personer med vårdrelaterade infektioner till följd av sjukhusvistelse eller behandling i öppenvård.
Det är stor variation mellan de olika landstingen. Uppsala är det landsting som har högst kostnader per tusen invånare, drygt 8 400 kronor per tusen invånare, medan Gotland endast har en kostnad på

2 800 kronor per tusen invånare. Jämtland har en kostnad om drygt 6 000 kronor. Om Jämtland skulle ha samma kostnad för vårdrelaterade infektioner som Gotland, skulle det innebära en kostnadsbesparing om ca 400 000 kronor.

Undvikbar slutenvård



Kostnad per tusen invånare kr.

[6]

Indikatorn mäter ineffektivt resursutnyttjande i hälso- och sjukvårdens öppenvård och visar om resurserna används på ett så effektivt sätt som möjligt för att uppfylla kraven på en god vård. Detta görs genom att beräkna kostnader för undvikbara inläggningar av patienter med utvalda sjukdomstillstånd. Sådana inläggningar skulle kunna undvikas genom att personerna får ett mer optimalt omhändertagande i den öppna vården.

Medelvärdet av kostnaderna per tusen invånare är 585 620 kronor och där det bästa landstinget har 466 425 kronor. Jämtlands värde är ca 680 000 kronor.

Det finns med andra ord stora skillnader mellan landstingen kostnader där ett förbättrat omhändertagande i den öppna vården genom mer förebyggande insatser och insatser i primärvård och annan öppenvård kan ge stora resursvinster i slutenvården.
Om Jämtland skulle ha samma kostnad för undvikbar slutenvård som Kronoberg, skulle det innebära en kostnadsbesparing om ca 27 miljoner kronor. Om man låg på riksgenomsnitt skulle det indikera en besparing om ca 12 miljoner kronor.

[6] KPP-databasen, Sveriges Kommuner och Landsting, PAR, Socialstyrelsen.

6 På väg mot en ekonomi i balans – en ideal modell

6.1 Inledning

Vården och omsorgen i Jämtland och Härjedalen står inför stora utmaningar med att klara sitt uppdrag gentemot en befolkning som dels lever längre och med flera sjukdomar och som ställer större krav på bra service inom vård och omsorg och accepterar allt mindre långa väntetider och arbetsprocesser som inte anses patientorienterade. Krav på bra samhällsservice och bättre information kommer parallellt med mer ifrågasättande av vårdens och omsorgens arbetsmetoder och bedömningar. Mer tillgång till nationella jämförelser mellan olika vård- och omsorgsområden driver debatten och opinionen vidare mot krav på högre kvalitet och likartade former i omhändertagandet.

Som väl konstateras i regionens utvecklingsplan (LUP) så står sjukvården i länet inför utmaningar som främst handlar om ökade behov parat med stora kostnadsökningar som på sikt äventyrar regionens totala ekonomi.

Viktiga frågor i detta sammanhang blir hur hälso- och sjukvården kan få ut mer vård från de resurser som sätts in. Principiellt redovisas i utvecklingsplanen olika huvudstrategier för hur detta arbete ska genomföras genom ett antal olika målområden med fastställda ekonomiska potentialer.

Man kan dock konstatera att dessa föreslagna åtgärder inte kommer att räcka för att skapa en ekonomi i balans.

En renodling av hälso- och sjukvården i mer patient- och produktionsrationella lösningar är en utveckling som är väl på väg över hela Sverige och är en absolut nödvändighet för att bemöta den utveckling som beskrivs ovan. Den traditionella kompetensindelade hälso- och sjukvården (främst utifrån olika medicinska discipliner), i form av exempelvis olika separata kliniker eller sluten och öppen vård med tydliga gränser och svårigheter i samverkan, är inte resursoptimala system. För mer komplicerade patientfall, med behov av olika medicinska kompetensinsatser från olika områden i vården, är detta ej heller optimalt utifrån kvalitet (främst i ett patientperspektiv). För en grupp som de mest sjuka äldre tillkommer även omsorgen i kommunal regi som en ytterligare ”instans” med svårighet att samverka utifrån ett samlat individperspektiv.

I Region Jämtland Härjedalen pågår utvecklingsprocesser för att utveckla effektiva former för vård. Vård som behövs relativt ofta och som är rationell att bedriva lokalt ska finnas nära och lätt tillgänglig för invånarna (Hälsocentraler och Närvården i Sveg och Strömsund). Specialiserad vård behöver däremot koncentreras till ett regiongemensamt centra, Östersunds sjukhus, som måste vara ekonomiskt försvarbart och kompetensmässigt högkvalitativt, innovativt och effektivt.

Jämtland och Härjedalen, liksom andra nordliga län i Sverige, skiljer sig på ett tydligt sätt från den södra delen av landet genom sina långa avstånd mellan tätorter. Möjligheter att utveckla samverkanslösningar mellan olika sjukvårdsenheter över länen begränsas av detta faktum och nya innovativa lösningar för att organisera en komplett vård från högspecialiserade insatser till närsjukvårdsinsatser krävs för att kunna bedriva robust och kvalitativ vård med hög rationalitet. Att kopiera eller införa liknande lösningar som de som har införts i mer befolkningstäta och tätortsnära delar av Sverige kan ha sina begränsningar. Samtidigt måste nya lösningar av strukturell karaktär genomföras för att klara resursbehoven och för att upprätthålla den medicinska kvalitet som är nödvändig. Detta kräver dock såväl arbete med *inre effektivitet* (exempelvis strukturella och organisatoriska förändringar inom ett sjukhus) som *yttre effektivitet* (exempelvis strukturella och organisatoriska förändringar inom en region) utifrån de länsgemensamma sjukvårdsresurserna.

I regionens utvecklingsplan beskrivs en utveckling av sjukvården som behöver struktureras om för att bli mer effektiv i resursanvändningen, samtidigt som man måste kunna upprätthålla kompetens och rekryteringsmöjligheter av specialistkompetens. Detta handlar om att samordna viss specialistvård

till mer patientrationella centra samt förbättra en närvård som utgör en kombination av tillgänglig och serviceorienterad primärvård och skapa bättre samordning till den specialistvård som befolkningen behöver mer frekvent.

Denna utveckling kan beskrivas som att söka resursvinster genom att öka den ”yttre effektiviteten”, dvs. förbättra samverkan mellan olika vårdnivåer och samspelet mellan en närvård och den väsentligt dyrare specialiserade vården.

Utvecklingsarbete med fokus på den s.k. inre effektiviteten inom framförallt Östersunds sjukhus är, liksom effektiviteten i det regionala vårdsystemet enligt ovan, en viktig potential för att nå resurseffektiviseringar som kan gå hand i hand med bra kvalitet för patienten och som säkerställer ett fortsatt tryggt och säkert omhändertagande.

I Regionens utvecklingsplan beskrivs ett antal möjligheter att minska kostnader och öka intäkter. För helåret 2015 prognostiseras idag ett underskott på ca 240 Mkr. Sammantaget innebär det att det behövs omfattande strukturåtgärder för att kunna nå en ekonomi i balans år 2018.

Åtgärder som innebär nettokostnadsminskningar fram till 2018 (Mkr.)

En lista på fastställda nettokostnadsreduceringar redovisas i framtidsplanen. Här nedan följer de viktigaste:

Genomlysning/utredning av akut omhändertagande	5
Sjuktransporter	15
Effektivisera lokal/resursutnyttjande inom sjukhuset	6
Förändra strukturen för primärvården	15
Förändra strukturen för folktandvården	7
Minskning av administrativa och regionövergripande kostnader	12
Översyn av regionens externa intäkter förutom skatt	12
Åtgärder för att förhindra inläggning och minska antalet färdigbehandlade patienter på vårdavdelning	10
Genomlysning/utredning av vårdflöden inom vård för psykisk ohälsa	4
Läkemedelshantering	5
Samverkan med landstinget i Västernorrland	10
Labverksamhet	6
Minskade kostnader för sjukskrivning	4
Total nettokostnadsreducering	**111**

6.2 Sju utvecklingspaket

6.2.1 Inledning

Produktion av vård är en komplex tjänst som innehåller många variationer av aktiviteter. Grundläggande för tjänster är att de produceras och konsumeras samtidigt (exempelvis i tillfället när vårdpersonal behandlar en patient). I tjänsteforskningen har denna situation beskrivits med begreppet ”sanningens ögonblick”; det tillfälle då det mesta av tjänstens produktivitet, effektivitet och kvalitet avgörs[7]. En stor del av sjukvårdens produktivitet och effektivitet avgörs varje dag i olika möten mellan vårdgivare och vårdtagare som inte kan standardiseras på samma sätt som varuproduktion.

[7] Richard Normann, “Service Management”, Liber Förlag, 1983

Förutsättningarna för en behandling av en patient beror till stor del på patientens situation och egna beteende. I hälso- och sjukvården leder detta oftast till olika moment från vårdpersonalens sida som kan variera betydligt från fall till fall.

Vidgar man produktivitetsbegreppet till att även involvera en måluppfyllelse, att patienten blir frisk från sjukdom, så är vi inne på effektiviteten av vårdtjänsten. I detta fall ökar komplexiteten ytterligare och i synnerhet när det gäller vårdtjänster. Patientens möjligheter till att bli frisk av en behandling hänger förstås inte enbart ihop med behandlingen. Avgörande förutsättningar kan vara patientens genetiska förhållanden, livsstil och andra sociala förhållanden. Att mäta effektivitet i vårdtjänster är därför svårt.

En annan viktigt aspekt för att kunna mäta effektivitet på ett adekvat sätt är att man skiljer på ett antal olika nivåer. Om dessa nivåer sammanblandas, eller att bara vissa nivåer mäts, utelämnas viktig information. Fem olika nivåer kan urskiljas[8].

- Behandlingseffektivitet
  Med behandlingseffektivitet menas själva vårdinsatsen. I fokus är mötet mellan patienten och vårdpersonalen och de behandlingar som ges. Är kostnaderna för behandlingen i proportion med resultatet? Måste patienter behandlas på nytt på grund av felaktiga åtgärder? Evidensbaserad vård syftar till att utveckla effektivitet på denna nivå. I ett patientperspektiv finns det ytterligare värden av kvalitet som också bör beaktas som exempelvis effektivt bemötande och informationsgivning, behandlingstiden vid tillfället, tillgängligheten etc.

- Klinikeffektivitet
  Med detta avses vårdens produktionsenheter som kliniker, hälsocentraler och andra mottagningar. Hur effektivt används resurserna inom en klinik och vilket resultat åstadkommer kliniken? Har man organiserat sig på ett bra sätt och har man ändamålsenliga rutiner när vård ges till patienter? Är rollfördelningen i arbetet inom kliniken optimal? Hur mycket tid åtgår för olika personalkategorier i förhållande till patienterna? Tas patienterna emot på ett bra sätt? Använder man information till patienterna i former som underlättar verksamheten?

- Processeffektivitet
  Denna nivå fokuserar på samordningen mellan olika vårdenheter och dess vårdinsatser. Hur fungerar samordningen mellan olika vårdenheter som involveras i en vårdkedja? Får patienten den hjälp som är nödvändig i form av exempelvis rehabilitering efter att ha blivit utskriven från sjukhuset? Samarbetar primärvården och specialistvården på ett bra sätt? Har patienten en smidig och samordnad process genom den vårdkedja som är naturlig? Kan patienten få ut mer av en behandling genom att snabbare komma till nästa behandlingssteg?

- Struktureffektivitet
  Granskas strukturen i vården kommer viktiga frågor fram om resursfördelning och planering av verksamhetssystemet. Är vårdens organisatoriska uppbyggnad inom en region rationell? Har primärvården de resurser och den organisatoriska kapacitet som krävs i förhållande till sjukhuset? Samverkar olika landsting/regioner med varandra på sätt som är eller skulle kunna vara mer resurseffektivt? Är vårdstrukturen och det som erbjuds inom en region lämplig för de individer som bor där? Stödjer den nuvarande strukturen patienternas och övriga medborgares behov av information om vart man vänder sig och hur man får vård?

- Systemeffektivitet
  Med systemeffektivitet menas vården som ett gemensamt system. Har vården de kunskaper och de resurser som krävs för nå uppsatta mål? Har vården tillräcklig förmåga att ta in nya kunskaper till verksamheten? Uppfyller vårdsystemet de politiska ambitionerna av att erbjuda mångfald, vara tillgänglig och rättvis?

[8] Beskrivningen bygger på resonemang av Göran Arvidsson, SNS (2005) och ”Produktivitet och effektivitet i hälso- och sjukvården”, Sveriges Kommuner och Landsting, 2006.

Av ovanstående beskrivning framgår att för att förstå en organisations produktivitet och effektivitet måste tydliga mål sättas och man måste skilja ut vilken nivå som avses. Det är uppenbarligen viktigt för vården att olika nivåer mäts och inte bara en eller några. Mäts exempelvis bara behandlingseffektivitet och klinikeffektivitet, och åtgärder sätts in för att förbättra produktivitet och effektivitet på dessa nivåer, missas viktiga vinster i att inte utvärdera exempelvis processeffektivitet. Det kan rent av bli så att de produktivitetsvinster som utvecklas på exempelvis behandlingstillfället eller inom kliniken kan bli kontraproduktiv för en annan nivå i vårdkedjan eller i vårdsystemet. En patient som får vård på ett utmärkt sätt vid en klinik men som inte kan komma till nästa behandling vid rätt tillfälle missar de vinster som gjordes initialt genom att omtag i vårdprocessen måste göras.

Merparten av produktivitets- och effektiviseringsarbete inom hälso- och sjukvården görs på det som kan benämnas mikronivån (behandlingsnivå och kliniknivå). En uppenbar förklaring till detta är att det är enklare än att arbeta på process- och strukturnivå. De riktigt betydande produktivitets- och effektivitetsvinsterna finns dock ofta på process- och strukturnivåerna. Detta eftersom så många patienter är beroende av sammanhängande vårdprocesser som sträcker sig över flera vårdenheter och ofta över huvudmannagränser (landstingens ansvarsområde för hälso- och sjukvård och kommunernas ansvar för omsorg och hemsjukvård). Ett välkänt och ofta förekommande begrepp är hälso- och sjukvårdens ”stuprörsindelning” utan incitament och engagemang att samverka, samtidigt som patienterna är beroende av just sammanhängande vårdprocesser (flödesorientering) istället för dessa ”stuprör”.

Flödesorientering innebär ett förändrat fokus på resultat, genom att man går från att se verksamheten som en summa av enskilda aktiviteter och kliniker till att i stället fokusera på flödet genom verksamheten som helhet, med utgångspunkt i patienten. Fördelen med att tänka i process i stället för aktivitet är att fokus hamnar på producerat slutresultat istället för bara på effektivitet/produktivitet i de enskilda momenten av vårdkedjan.

För att kunna etablera det utvecklingsarbete som beskrivs ovan krävs en förståelse och kunskap för en inre och en yttre struktur som kan förena det samspel mellan vården- och omsorgens olika verksamheter och nivåer som krävs för ett förtydligande av en strategisk, taktisk och operationell nivå. Dessa begrepp är ett sätt att dela in verksamheten så att rätt ansvar för planer, riktlinjer och mål skapas samt hur dessa bör genomföras. För detta arbete har ledning och styrning en avgörande roll.

Strategisk nivå
Det strategiska arbetet ska spegla regionens riktning under en längre period och utgör den grund för de olika ansvarsnivåerna som är nödvändig för att verksamheterna kunna agera med robusthet. Det strategiska arbetet ställer därför stora krav på chefer och ledare. De strategiska riktlinjerna ska styra deras arbete så att verksamheten når sina långsiktiga mål och att det sker enligt överenskomna direktiv.

Taktisk nivå
Taktiskt arbete är att leda i realtid för att upprätthålla en god effektivitet och att nå uppsatta mål för kvalitet och genomförande. Grunden för detta är de operativa planerna och riktlinjerna. Om dessa inte är väl förankrade hos den taktiska ledningen är risken stor att det skapas byråkratiska ”proppar” i de olika verksamheterna, framförallt där samverkan med andra organisationer är nödvändig. Detta leder ofta till sämre kvalitet och effektivitet med missnöjda kunder som följd.

Operativ nivå
Det operativa arbetet är att genomföra det dagliga arbetet utifrån de strategiska och taktiska styrimpulser som har formulerats. Operativa planer gäller oftast för innevarande budgetår och ska styra det dagliga arbetet. Viktiga delar för det operativa arbetet är att genom tydliga ansvarsgränser, se till att de dagliga produktions- och kundprocesserna fungerar på ett effektivt och kvalitativt sätt så att kunderna upplever maximalt värdeskapande. Om detta inte görs så kommer den dagliga driften att kännetecknas av onödiga stopp i de olika processerna missnöjda kunder som följd. Denna nivå

leds av enhetscheferna som har en nyckelposition för att skapa nödvändig produktivitet och effektivitet.

6.2.2 Paket 1 Optimering av primärvårdsresurser

Primärvården har stora svårigheter att erbjuda tillfredsställande tillgänglighet för patienterna, både för telefonkontakt och läkarbesök. Endast 69 procent av samtalen besvarades i tid och drygt 40 procent av patienterna ansåg att väntetiden för läkarbesök var orimligt lång. Motsvarande siffor för Kalmar läns landsting är att hela 73 procent av patienterna ansåg att väntetiden för läkarbesök var rimlig.

Kompetensförsörjningen är bristfällig och endast mellan 60-70 procent av läkartjänsterna vid regionen hälsocentraler är besatta med ordinarie läkare, vilket innebär att mellan 30-40 procent är hyrläkare till en kostnad om ca 46 000 kronor per vecka och läkare.

6.2.3 Etablera en expressakut

En expressakut för avlastning av primärvården i främst Östersund och sjukhusets akutmottagning föreslås att etableras i lokaler vid sjukhuset. Öppettiderna bör vara kl 08-17 och efter denna tid övergår verksamheten till att vara ordinarie primärvårdsakut. Expressakuten kan handlägga enklare fall som exempelvis infektioner (särskilda sk infektionsbås kan inrättas för att minska smittspridning i väntrummen), stukade fötter, magont etc. Primärvården i Östersund föreslås avveckla sina akuta tider vid hälsocentralerna och inrikta sig enbart planerad mottagning. Primärvården skulle då kunna allokera sina resurser så att de ordinarie läkarna kan koncentrera sig på kroniskt sjuka och patienter med stora hälsoproblem, särskilt svårt sjuka äldre.

Den administrativa avlastningen kan förbättras m h a medicinska sekreterare och sjuksköterskor som kan registrera och journalföra efter diktat. Det gäller t ex registrering av diagnoser och i olika kvalitets- och patientregister.

Triaget vid akutmottagningen bör förbättras genom vidareutbildning av sjuksköterskorna. Expressakuten kan utnyttja sjukhusets infrastruktur som lab och röntgen och om så krävs få snabb korridorkonsultation av någon av sjukhusspecialisterna. Expressakuten kan bemannas av hyrläkare och man bör överväga att erbjuda betalning per behandlad patient. Bedömningen är att en hyrläkare vid expressakuten kan ta emot runt 25 patienter per arbetspass om åtta timmar, dvs ungefär tre patienter i timmen.

En försiktig bedömning är att 40 patienter per dag kan behandlas vid expressakuten. Det blir ca 14 600 besök per år. Primärvårdsakuten behandlar idag ca 3 600 patienter per år. Expressakuten kan behandla ytterligare ca 11 000 patienter per år.

Vid sjukhusets akutmottagning bedöms ca 30 procent av besöken inte ha behov av akutsjukhusets resurser, vilket motsvarar ca 11 000 patienter per år. Om hälften av dessa patienter behandlas vid expressakuten innebär det en avlastning av akutmottagningen med minst 5 000 besök, eller en minskning av antalet patienter med ungefär 14 procent (ungefär var sjunde patient). Expressakuten kan samtidigt innebära en avlastning av primärvården med 6 000 besök, vilket motsvarar ungefär 4,5 heltidsläkare i primärvården med 1 800 listade per läkare och ca 1 320 patientbesök per år. Det är beräknat efter att varje heltidsläkare behandlar i genomsnitt sex patienter per dag[9].

I Gävleborg finns en liknande verksamhet vid hälsocentralen vid Söderhamns sjukhus. Verksamheten fungerar väl och är uppskattad av invånare och medarbetare.

6.2.4 Upprätthålla öppethållandet av närvård inklusive röntgen i Strömsund och Sveg

Närvården i Strömsund och primärvården i samarbete med kommunen i Sveg erbjuder vård och omsorg för många äldre med stora vårdbehov. Avstånden till Östersunds sjukhus är betydande för att få vård för ickeakuta besvär. Röntgenservicen är av stor vikt för att kunna diagnosticera t ex

[9] Statistik för 2014 från staben vid regionkontoret i juni 2015.

enklare frakturer som kan reponeras och gipsas på plats och för att konstatera eller utesluta olika lung- och luftvägssjukdomar. För äldre med behov av kortare tids vård som kan liknas vid geriatrik har närvården stor betydelse och närvården bidrar till att färre har behov av att läggas in på Östersunds sjukhus. Enligt uppgift finns investeringsbehov för utrustningen i Sveg. I Norrlandslandstingens gemensamma rapport från 2014 ”Vård och omsorg i glesbygd” framhålls den sk sjukstugemodellen som ett viktigt koncept för att upprätthålla vård- och omsorg i glesbygden. Region Jämtland Härjedalen kan tillämpa en liknande modell för Sveg och Strömsund.

6.2.5 Paket 2 Utomlänsvård

Det har vid flera tillfällen inom Regionen diskuterats om hur man dra ner på den allt dyrare regionvården. Olika lösningsförslag har redovisats.

Norrlandstingens regionförbund har enligt förbundsordningen getts befogenhet att utöva det gemensamma ansvarstagandet för planering och samordning av regionsjukvård, utbildning och forskning utifrån ett behovs- och befolkningsperspektiv. Regionförbundet avtalar om riks- och regionsjukvård, nyttjande av ALF-medlen, praktik, handledning samt behov av utbildningsplatser och klinisk forskning.

Ersättningsmodellen ska bestå av en fast och en rörlig ersättningsdel. Den fasta och den rörliga delen är vid överenskommelsens början 2015 vardera 50 procent av debiteringen för den DRG – prissatta vård som bl a, region Jämtland/Härjedalen köper vid NUS. Den rörliga ersättningsdelen ska dels ge rimlig kostnadskompensation på kort sikt vid ökande/minskande volymer dels inte hindra en naturlig utveckling av den sjukvårdande verksamheten där tidigare definierad ”regionsjukvård” etableras vid andra sjukhus i regionen.

Den fasta delen uppgår i utgångsläget till 50 procent av NUS sammanlagda intäkter för den DRG – prissatta vård som LVN, JLL och NLL köper vid NUS. För 2015 uppgår den fasta delen till 50 procent av 15 177 DRG-poäng multiplicerat med fastställt DRG-pris. Grundregeln är att det utöver uppräkning för åren 2016 och 2017 med Sveriges kommuner och landstings senast tillgängliga prognos för LPIK exkl. läkemedel inte sker någon förändring av den fasta delen under treårsperioden. Större och/eller strategiska förändringar kan påverka den fasta ersättningen under löpande treårsperiod om de accepteras av alla fyra landstingen i regionen. Den fasta ersättningsdelen 2015 – 2017 fördelas mellan köparna baserat på 2013 år köpta vård, och erläggs av respektive landsting månadsvis. Den rörliga delen uppgår i utgångsläget till 50 procent av NUS sammanlagda intäkter för den DRG – prissatta vård som LVN, JLL och NLL köper vid NUS. Det rörliga priset baseras på konsumerad DRG – vikt. Priset beräknas som den nationella DRG – vikten gånger NUS DRG – pris. Vid fakturering från NUS till LVN, JLL och NLL halveras detta så att den rörliga delen uppgår till 50 procent. Vårdtids- och kostnadsytterfall debiteras med faktisk kostnad enligt KPP. Gränserna för ytterfall och eventuellt övriga regler för ytterfall definieras i regionavtalet. För 2015 är DRG – priset fastställt till 46 290 kr.

Det är vår bedömning att en flytt av regionvården från NUS skulle ge en liten effekt på Region Jämtland Härjedalens totala kostnadsbild. Vi bygger denna slutsats på den relativt höga DRG-kostnaden för producerad vård inom regionen samt svårigheter att hitta rätta kompetenser. Dessutom måste man se det hela i ett systemperspektiv, där ett Regionsjukhus i Norrland är viktigt för hela norra regionen. Däremot kan det finnas viss vård som inte är av Regionsjukhuskaraktär och som därmed kan hämtas hem om det visar sig vara kostnadseffektivt.

6.2.6 Paket 3 Mobila team

Hur kan man skapa bättre samverkan mellan hemsjukvård etc

Dagens vård- och omsorgssystem karaktäriseras av många gränssnitt inom och mellan huvudmän som försvårar ett sammantaget omhändertagande anpassat till individers unika behov. Tidigare studier har visat att ju fler olika utförare och vårdpersonal en individ möter, desto större är risken att

vården och omsorgen inte motsvarar behoven.[10] Kvalitativa studier har visat på att missnöjet ofta beror på brister i tillgängligheten, kontinuiteten och framför allt på samarbetet mellan olika vård- och omsorgsgivare.[11]
För att överbrygga delar av dessa problem måste nya arbetssätt etableras som ger en ökad trygghet för de äldre, minska behovet av oplanerad vård på sjukhus, skapa ett bättre resursutnyttjande inom vård och omsorg samt minska vård på fel nivå och onödiga stopp i vårdprocesserna.
Några viktiga utgångspunkter är:

1) att de sjuka äldres omfattande behov förstås utifrån en helhet och planeras därefter 2) att se över på vilket sätt vård och omsorg förmedlas
3) när i tid, insatserna sätts in

Några jämförande exempel på dessa arbetssätt är Kaiser Permanentes grundläggande punkter om organisering av framtidens hälsa- och sjukvård, med mer av proaktiva och teambaserade arbetssätt

- Initiera tidig upptäckt av sjukdomstillstånd och ändra fokus från åtgärder mot mer av prevention
- Använd behandlingsmetoder, vilka inte nödvändigtvis alltid behöver utföras av läkare. Involvera även andra vårdprofessioner som arbetar i multiprofessionella team och som inriktar sig på patienternas symtom och direkta behov, det vill säga som inte alltid styrs av aktuell diagnos
- Utbilda patienter i egenvård och tillvarata patienternas egna förmågor och delaktighet i vårdprocessen

Ett annat exempel på arbetssätt som rönt stora framgångar är Närvård västra Skaraborg som har etablerat tre vårdmodeller som syftar till att ge de mest sjuka, huvudsakligen äldre, bättre vård och omsorg i hemmet och att undvika sjukhusvård. De tre vårdmodellerna är följande:

1. Närsjukvårdsteamet som arbetar i sex kommuner och vänder sig till patienter med komplexa behov av medicinsk vård och omsorg, där vården kräver en samverkan mellan kommunal hemsjukvård, primärvård och slutenvård. Vården ges i form av hembesök.

2. Mobil hemsjukvårdsläkare en verksamhet som syftar till att förbättra medicinsk planering och läkemedelsbehandling, men även att ge ökad trygghet för individen samt att ge bättre och rättvisare bedömningar i individens hemmiljö i samarbete med den kommunala hemsjukvården.

3. Mobila palliativa teamet som medverkar till att ge avancerad vård i hemmet i samarbete med kommunens sjuksköterskor och hemtjänst. Det mobila palliativa teamet är en länk mellan de olika vårdgivarna och hemmet/ boendet.

Närvård västra Skaraborg består av sex kommuner med ett upptagningsområde om cirka 100 000 invånare. Sjukvårdsutbudet omfattar tio vårdcentraler - varav fyra i privat drift - samt Skaraborgs sjukhus Lidköping som ingår i Skaraborgs sjukhus (SkaS).

Lidköpings kommun, som har cirka 38 000 invånare, etablerade år 2011 en Mobil hemsjukvårdsläkare för patienter inskrivna i hemsjukvården - med syfte att förbättra den medicinska planeringen, läkemedelsbehandlingen samt för att skapa ökad trygghet för individen och en bättre och korrektare bedömning i individens hemmiljö.
Den Mobila hemsjukvårdsläkaren i Lidköping har idag hand om mellan 250-300 patienter och funktionen motsvarar resurser om cirka 75 procent av en heltidsläkartjänst (inklusive konsult på

[10] Rolf Bowin, Ulla Gurner, Anna Krohwinkel Karlsson, Jon Rognes: Icke värdeskapande episoder i äldres vårdkdjor. LHC nr 11 2012.
[11] Gurner Ulla, Bowin Rolf, Norén Dag, Fastbom Johan: Utanför sjukhuset – Kvalitativ uppföljning av multisjuka äldre i ordinärt boende. SKL, 2012.

korttidsenhet). Patienterna ska vara inskrivna i hemsjukvården i Lidköpings kommun och ha ett sammansatt vårdbehov och en nedsatt autonomi, det vill säga ha behov av tre eller flera medicinska insatser inom hemsjukvården. Patienterna ska dessutom uppvisa ett relativt stabilt tillstånd. En viktig förutsättning för den Mobila hemsjukvårdsläkarens effektivitet och kvalitet är dennes nära samverkan med hemsjukvården. Hemsjukvården blir i sig en avgörande ”sambandsfunktion” för patienten genom sin kontinuitet. Det ger patienten den grundläggande trygghet som är nödvändig för att undvika onödiga inläggningar på slutenvården. Dessutom innebär den fasta läkarkontakten, som etableras genom den Mobila hemsjukvårdsläkaren, en trygghet för såväl sjuksköterskor i hemsjukvården, rehabiliterings- och hemtjänstpersonal som biståndsbedömare med flera och bidrar till ett mer personcentrerat arbetssätt. Den Mobile hemsjukvårdsläkaren är också en viktig länk vid in- och utskrivning av patienter i slutenvården och några onödiga/oplanerade återinläggningar eller korttidsvård förekommer sällan.

I olika publikationer[12] framhålls vikten av att primärvården skiljer på mottagningsverksamhet och mobilitet. Läkararbetet i primärvården blir mest produktivt om många patienter behandlas på kort tid. Det handlar i ett sådant läge om att patienterna ska komma till mottagningen, bli snabbt bedömda och att adekvat terapi sätts in. Detta fungerar när det gäller infektioner, lättare skador och mindre komplicerade kroniska sjukdomar, till exempel diabetes med stabilt blodsocker. För patienter som är äldre och sköra med instabila perioder är detta arbetssätt inte optimalt. Tvärtom bör dessa patienter kontrolleras och vårdas i sitt eget boende av särskilt destinerade mobila resurser.

Ett relevant antagande är att patienter och vårdpersonal känner en ökad trygghet och därmed behöver inte patienterna uppsöka akutsjukvården och vårdcentralerna oplanerat.

Studier från västra Skaraborg visar att för 40 studerade individer blev skillnaden mellan antal inläggningar på slutenvården för samma individer från totalt 48 före ”inskrivning” till mobil läkare till sex inläggningar efter ”inskrivning”.

De stora vinsterna uppstår med andra ord inom slutenvården och inom kommunal vård- och omsorg. Det som kanske inte uppmärksammas är att den mobila hemsjukvårdsläkaren hanterar de svåraste patienterna och därmed tar över dessa från övriga läkare, vilket borde innebära att primärvårdens ”mottagningsläkare” kan hantera flera listade patienter och därmed öka den totala effektiviteten för vårdcentralen.

Det samlade resultatet av närvårdsystemet i västra Skaraborg har inneburit att berörda patientgrupper av svårast sjuka äldre i stort har kunnat lyftas ut ur den traditionella sjukvården med ständiga akutbesök och inläggningar på slutenvården. Ganska omgående efter att det teambaserade arbetssättet startade sjönk återinläggningar inom 30 dagar för dessa individer med uppemot 80 procent.

Om man antar att målgruppen motsvarar totalt ca 1 500 till 2 000 individer i regionen. Detta baseras på att det enligt SCB den 23 februari 2015, finns ca 30 000 individer som är 65 år och däröver i Jämtlands län. Om man antar samma beräkningar som gjordes för västra Skaraborg, dvs ca 5% av målgruppen motsvarande ca 1 500 individer är i behov av hemsjukvård skulle en potentiell besparing för dessa genom anlitande av mobila hemsjukvårdsläkarna genom färre akutbesök och inläggningar hamna på ca 18 Mkr. Men eftersom avstånden är större och som därmed troligtvis leder till längre vårdepisoder för den del av befolkningen som bor utanför Östersunds kommun, är ett antagande om ytterligare kostnadsreducering troligt. Därför bedömer vi den totala potentialen till mellan 20 och 30 Mkr. För det geriatriska teamet är besparingen i västra Skaraborg ca 185 000 per individ. Behovet i Skaraborg bedöms till ca 0,5% av dem som är inskrivna i hemsjukvården. Med ett antagande om att ca 0,5% av individerna 65 år och över i Region Jämtland Härjedalen skulle ha samma behov av denna vårdform skulle det innebära ett minimum av besparing om ca 20 Mkr.

[12] HCM, Leading Health Care m fl.…

6.2.7 Paket 4 Inre effektivitet inom Östersunds sjukhus

Inledning

Idag finns som nämnts tidigare relativt stora variationer mellan landsting och regioner i Sverige när det gäller både hur sjukvården utförs, organiseras, prissätts och vilken vård som ges. Dessutom skiljer sig kostnaderna för behandling av samma eller likartade diagnoser väsentligt åt mellan de olika sjukhusen. Diagnosrelaterade grupper, DRG, är ett system för att dela in patienter i likartade grupper (patientklassificeringssystem) och används för verksamhetsbeskrivning i sjukvården. I Sverige används NordDRG, som utvecklats av de nordiska länderna gemensamt.

DRG-systemet innebär att patienter med likartad diagnos och resursförbrukning grupperas i en och samma grupp. DRG är ett överskådligt sätt att beskriva patientsammansättningen (”case mix”) på olika sjukhus eller i olika landsting, vilket gör det relativt enkelt att göra jämförelser över tiden eller att jämföra kvaliteten på vården. Eftersom DRG-systemet tar hänsyn till resursförbrukning, dvs. kostnader, kan det också användas för att jämföra olika sjukhus avseende kostnadseffektivitet, så kallad ”benchmarking”.

Ibland används DRG även som ett budgetinstrument vid planering av sjukvård. DRG kan då vara underlag för anslagstilldelning till sjukhusen eller underlag för sjukhusens interna budget. I de landsting där man tillämpar prestationsersättning istället för anslagsfinansiering, används DRG också som debiteringsunderlag för utförd vård. Socialstyrelsen förvaltar och underhåller den svenska delen av NordDRG[13].

DRG-poäng per vårdtillfälle uttrycker den genomsnittliga vårdtyngden och kostnad per DRG-poäng är ett produktivitetsmått där låg kostnad per DRG-poäng innebär en hög produktivitet. Det finns dock kostnadsskillnader per DRG-poäng som beror på strukturella faktorer och inte på produktivitetsskillnader.

Det är mycket stora skillnader i redovisade kostnader för en producerad DRG-poäng mellan olika sjukhus i Sverige. Det sjukhus som har den lägsta kostnaden per DRG-poäng, när alla dess kliniker och diagnoser är sammanslagna, har en kostnad om 32 166 kr, jämfört med den dyraste 50 298 kr. Östersund har en kostnad för en producerad DRG-poäng om 43 239 kr, vilket är i paritet med genomsnittet för Universitetssjukhusen i Sverige[14]. Motsvarande DRG-kostnad för Kalmar är 37 375, en skillnad mot Östersund med 5 864 kr.

Vi tror att den inre effektiviteten i region Jämtland Härjedalen måste vara bland den bästa i vårdsverige för att kunna uppnå ekonomi i balans.

Östersund producerar DRG-poäng enligt nedan:

Slutenvård

	Summa DRG-poäng	**Summa DRG-poäng**
Klinik	**2013**	**2014**
Barn- och Ungdomsmedicin	880	973
Infektionskliniken	867	833
Kvinnosjukvården	1 371	1 426
Medicinkliniken	4 930	4 826
Område kirurgi	4 173	4 111

[13] Socialstyrelsen
[14] Öppna jämförelser SKL, 2014

Ortopedkliniken	3 411	2 716
Rehab/Reum/Smärt	278	228
Ögonkliniken	21	27
Öron-Näs-Halsenheten	215	250
Total	**16 147**	**15 391**

Öppenvård

	Summa DRG-poäng	Summa DRG-poäng
Klinik	**2 013**	**2 014**
Akutmottagningen	2 349	2 424
Barn- och Ungdomsmedicin	602	438
Hudkliniken	553	488
Infektionskliniken	153	190
Kvinnohälsan	-	70
Kvinnosjukvården	795	807
Medicinkliniken	2 724	2 797
Område kirurgi	2 304	2 399
Ortopedkliniken	1 411	1 414
Rehab/Reum/Smärt	1 229	1 171
Ögonkliniken	1 051	1 120
Öron-Näs-Halsenheten	1 064	1 182
Total	**14 235**	**14 501**

Grand total	**30 382**	**29 892**

Om Östersund skulle kunna producera till en DRG-kostnad som Kalmars skulle det finnas en effektiviseringspotential om ca 175 Mkr (5 864 x 29 892).

Nedan följer ett antal förslag på åtgärder som är nödvändiga för att uppnå en bättre intern effektivitet.

Öka direkt patienttid för läkarna

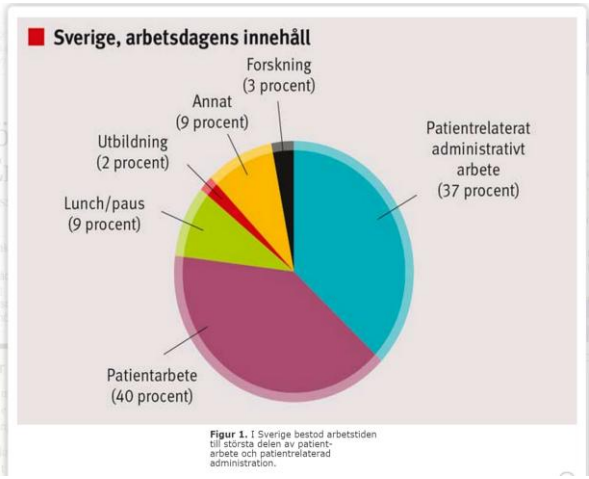
Sverige har nästan högst läkartäthet i Europa, 3,9 läkare på 1000 invånare, jämfört med OECD-snittet på 3,2.[15]

Det är stor variation i hur många patientbesök som görs av varje läkare i

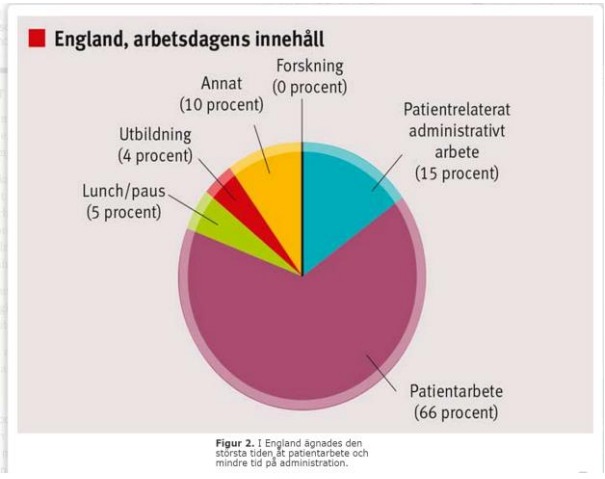
Landsting	Antal patientbesök, all vård offentlig och privat, tusental	Antal läkare, helårs-arbetare*	Antalet patientbesök per läkare	Andel besök i primärvården
Stockholm	8 027	8 028	1000	53%
Halland	918	947	969	60%
Sörmland	689	744	927	54%
Norrbotten	625	678	922	58%
Gotland	164	179	916	47%
Kalmar	634	693	914	53%
Västmanland	653	717	911	53%
Gävleborg	730	814	897	60%
Kronoberg	491	552	889	55%
Skåne	3 805	4 356	873	47%
Värmland	686	786	873	54%
Jönköping	860	1 015	847	56%
Blekinge	392	477	822	55%
Jämtland	332	407	816	60%
Västernorrland	576	706	815	51%
V:a Götaland	4 437	5 482	809	57%
Dalarna	677	860	788	55%
Örebro	720	994	724	47%
Östergötland	1 052	1 554	677	47%
Uppsala	960	1 580	608	47%
Västerbotten	640	1 142	561	49%
TOTALT	28 070	32 557	862	53%

[15] OECD, Health at a Glance 2013

genomsnitt i de olika landstingen och regionerna.[16]



Figur 1. I Sverige bestod arbetstiden till största delen av patient-arbete och patientrelaterad administration.



Figur 2. I England ägnades den största tiden åt patientarbete och mindre tid på administration.

Svenska läkare träffar knappt 900 patienter per år, enligt OECD-rapporten Health at Glance 2013. Snittet för alla 34 OECD-länderna är 2 400 patienter. Tabellen ovan visar att endast 40 procent av en läkares arbetsdag ägnas åt patientarbete att jämföra med exempelvis Englands 66 procent.

I Region Jämtland Härjedalen är tillgång till fast anställda läkare begränsad och dyra hyrläkare tas in. I detta läge med ”skenande” läkarkostnader måste man kunna utnyttja läkarnas tid mer effektivt. Myndigheten för vårdanalys, identifierar fyra utvecklingsområden:[17]

- **Prioritera mellan administrativa krav.** Det behövs en prioritering där värdet av vissa administrativa krav utreds och förtydligas. Läkare ägnar en stor del av tiden till administrativa uppgifter. Det handlar både om patientrelaterad administration och om krav på mätning, redovisning och uppföljning. En del är viktiga, men en del kan enligt Vårdanalys ifrågasättas.
- **Förbättra IT-stöden.** Förbättrade IT-stöd kan frigöra tid för läkare och annan personal. Läkare arbetar i dag i IT-system som inte upplevs användarvänliga och stödjande i arbetet i tillräcklig utsträckning. Läkare hanterar också många olika IT-system, som inte alltid är kompatibla med varandra.
- **Utveckla arbetsfördelningen mellan olika yrkesgrupper.** Läkare skulle kunna ägna mer tid till patienter, och till mer avancerat patientarbete, om andra yrkesgrupper övertog arbetsuppgifter som inte kräver läkarkompetens. Det handlar om vissa administrativa uppgifter och viss vård och behandling som läkare utför som skulle kunna överlåtas till annan personal.
- **Optimera bemanningen utifrån patienternas behov.** Genom att i högre grad anpassa bemanningen efter patientströmmarna kan läkares tid användas mer effektivt. I dag planeras inte alltid läkares arbetstider utifrån en analys av patienternas behov, och möjligheterna till en effektiv bemanning inom nuvarande regler och avtal tillvaratas inte alltid.

Inom projektet ”Balans är i Västerbotten” finns som delprojekt en satsning på att ta bort onödig administration och låta andra avlasta läkarna från administrativt arbete. Tidsstudier som genomförts under de senaste åren visade på att endast ungefär en tredjedel av läkares arbete är direkt patientarbete. Resterande arbetstid går till administration, varav ungefär hälften är patientrelaterad.

Ett åtgärdsförslag skulle i korthet kunna se ut som följer:

[16] Den sjuka vården 2, 2014
[17] Myndigheten för vårdanalys, Ur led är tiden, 2013

Inom vårdadministrationen bör centrala rutiner omprövas och konsekvensanalyser genomföras av hur nya rutiner av ett mer decentraliserat system påverkar det administrativa arbetet för vårdpersonalen. För att stärka enhetschefernas viktiga roll kan sk teamsekreterare etableras för att avlasta dagliga rutiner omkring exempelvis tidbokningar, kallelser, diagnoskodningar, registreringar, resebokningar och kopiering. Sekreterare kan också utgöra administrativt stöd för läkar/jourschema, litteratursökning, patientstatistik, rapporter, presentationer etc.

Utveckling av operationsprocessen – integrera AnOpIVA (anestesi, operation och intensvvård)

Centrumet består av tre verksamhetsområden med varsin chef; 1) akutmottagning, centraloperation, intensivvård och ambulansverksamhet, 2) kirurgi, önh och ögon samt 3) ortopedi

Organisationen inom COS verksamhet består följaktligen av tre olika områden och flera enheter för operationsprocessen. Det ena området med en chef består av akutmottagning, ambulans och intensivvård med olika enhetschefer. De två andra områdena består av centraloperation för kirurgi, ögon, önh och ortopedi med tillhörande respektive vårdavdelningar och olika enhetschefer.

Samverkan mellan de olika områdena och alla olika enheter är mycket bristfällig. Det kan närmast liknas vid stuprör med löst hängande hängrännor mellan operation och anestesi/intensivvård. En tydlig och förbättrad integrering av verksamheterna i operationsprocessen skulle underlättas av att anestesi, centraloperation och intensivvård slås samman till ett verksamhetsområde, AnOpIva. Sammanlagt har AnOpIva fyra enhetschefer, vilket bör bilda ett område med en områdeschef och akuten med ambulansen ett område med en områdeschef.

Den onkologiska kirurgin vid Östersunds sjukhus har genomfört en tydlig process inom colorectalkirurgin i enlighet med de nationella riktlinjerna för cancervården. I detta förbättringsarbete har man identifierat flera flaskhalsar i processen. Ett liknande arbete bör genomföras för sjukhusets hela operationsprocess med målet att optimera operationsverksamheten utifrån patientprocessen.

Det kräver att ansvarsområdena inom verksamheten blir tydliga med tydliga chefer med mandat, ansvar och befogenheter. Det bör finnas en enhetschef för en eller flera operationsavdelningar som planerar patientprocessen och resursåtgången för olika operationer. Enhetschefen ska ha tydligt mandat, ansvar och befogenheter att styra både den dagliga patientprocessen och vecko/månadsplaneringen. Inom ramen för enhetschefens ansvar skall också läkarnas arbete styras, t ex operationstid (klockslag och ungefärlig tidsutdräkt), tilldelad operationspersonal och andra nödvändiga resurser.

Med en tydlig planeringsfunktion där all planering sker med mandat för helheten, gör det möjligt att säkerställa en effektiv patientprocess i kombination med effektiv resursåtgång. Där det är möjligt ska pengarna följa patienten genom processen för att tydliggöra resursåtgång och öka incitamenten för de ansvariga.

Förkorta vårdtider inom den somatiska vården – effektivare utskrivningsprocess

För att sänka kostnaderna slutenvården finns i princip endast möjligheter att minska personalen, minska övrig resursåtgång (läkemedel, mat, hjälpmedel m m), reducera lokalkostnader eller att förkorta tiden som patienterna vårdas vid sjukhusets vårdavdelningar. Med kortare vårdtider kan lika många patienter vårdas samtidigt som antalet vårdplatser kan minska.

Enligt Öppna jämförelser har regionen längre vårdtider än andra landsting och regioner. Vårdtiderna har direkt korrelation till kostnaderna för slutenvårdskostnaden. Ett vårddygn kostar ungefär 10 000 kronor per patient i genomsnitt men varierar mellan olika specialiteter.

För att vårdtiderna ska kunna bli kortare med bibehållen eller egentligen ökad vårdkvalitet och patientsäkerhet förutsätts effektivare rehabilitering, tydligare och effektivare utskrivningsprocess,

och bra samverkan med t ex mobila palliativa teamen vid Storsjögläntan samt med kommunernas hemsjukvård och i förekommande fall SÄBO.

Rehabiliteringen vid sjukhuset har en nyckelroll och bör utvecklas så att patienter kan tas emot tidigare än idag. Det är också viktigt att rehabiliteringsläkarna rondar helst dagligen vid vårdavdelningarna. Idag sker det som regel endast en dag per vecka. Rehabiliteringen måste också kunna hantera patienter som har något svagare allmäntillstånd, t ex patienter med feber.

Utskrivningsprocessen varierar mellan regionens olika verksamheter och vårdområden. Generellt sett fungerar processen bättre inom centrum för medicinska specialiteter och är bristfällig med variationer inom centrum för opererande specialiteter. Utskrivningsprocessen bör starta samtidigt med att patienten skrivs in vid vårdavdelningen. Särskilda utskrivningssjuksköterskor kan prövas att inrättas eller att tydliga mandat ges till vårdplaneringssjuksköterskor att styra in- och utskrivningsprocessen.

Verksamheten vid Storsjögläntan är organiserad inom område kirurgi och arbetar med mobila team för palliativ vård i patientens egna hem. Storsjögläntan har möjlighet att ta fler patienter och i ett tidigare skede. Utskrivning av patienter från främst den kirurgiska vården till Storsjökliniken kan effektiviseras bl a med hjälp av bättre kommunikation och förändrade attityder vid beslut om att upphöra med den sjukdomsinriktade behandlingen för att övergå till det palliativa vårdskedet.

Nya metoder och rutiner – inför mer dagkirurgi

En del av utvecklingsarbetet inom de opererande specialiteterna består av att ifrågasätta metoder och rutiner. Metodutvecklingen innebär både att införa nya metoder och att avveckla och utrangera gamla metoder. De nya metoderna som ska införas måste utgå från vetenskap och beprövad erfarenhet. En annan viktig utgångspunkt är att metoderna så långt som möjligt är evidensbaserade.

I Öppna jämförelser kan utläsas att det finns möjligheter att utveckla metoder inom de opererande specialiteterna. Regionen har lägre andel dagkirurgi än andra jämförbara landsting och regioner. En ökad andel dagkirurgi innebär lägre kostnader och färre patienter som behöver vård vid vårdavdelningarna.

Optimering av sjukhusets lokaler – sammanför röntgen- och akutverksamheten

Regionens fastighetsservice hör till de mest effektiva i landet. Den patientnära servicen utvecklas snabbt och kommer att förbättra effektiviteten inom området som kallas facility management. Sjukhuset kan effektiviseras än mer om lokaldisponeringen optimeras. Dagens organisering av röntgenservicen och akutmottagningen i skilda delar av fastigheten är inte optimalt. Detta kan lösas i huvudsak på två sätt; det ena är att etablera en akutröntgen i omedelbar anslutning till akuten, eller så inriktar man sig på att flytta röntgen närmare akutmottagningen. Ett exempel på det senare är Södersjukhusets ombyggnation i Stockholm där röntgen och akutverksamheten lokaliserades mer integrerat.

6.2.8 Paket 5 Styrning och ledning

En av de huvudstrategier som identifierats i studien är att öka sjukvårdsorganisationens produktivitet. Det handlar ytterst om att skapa ett effektivare patientflöde och att optimera bemanningen efter patientflödet. Målsättningen bör vara att öka andelen patienttid och patientnära arbetstid. Det är vår bedömning att detta kräver insatser på såväl strategisk som taktisk och operativ nivå.

En stor del av de insatser som aktualiseras bör första linjens chefer ansvara för. Det handlar exempelvis om åtgärder för att styra och dimensionera bemanningen under dygn, vecka och år. Rutiner för rond, fördelning av arbete mellan avdelning och mottagning och samspel mellan yrkeskategorierna är några områden som enligt vår bedömning kan och behöver ses över och förbättras.

Tidigare studier och revisionsgranskningar har påvisat att första linjens chefer har ett mycket begränsat utrymme för utöva denna typ av styrning och planering. Merparten av tiden går åt för att hantera dagliga frågor i personalgruppen. Det är också osäkert om rätt kompetens finns för att driva den typ av optimeringsarbete som behövs.

Styrning och ledning inom regionen behöver därför ses över. Huvudfokus för en sådan förändring är att säkerställa bättre förutsättningar för första linjens chefer. Flertalet av de berörda cheferna saknar ett relevant administrativt stöd för att utveckla den egna enheten sedan dessa resurser centraliserades till regionens centrala stab.

Granskningar av regionens styrning av hälso- och sjukvården har pekat på flera oklarheter. Regionstyrelsen, tidigare landstingsstyrelsen, har i praktiken haft ett begränsat tidsmässigt utrymme att fördjupa sin styrning av hälso- och sjukvården. Det har också framkommit att de bägge styrningsperspektiven av *vilken* vård som ska produceras och *hur* denna vård ska produceras inte har utvecklats.

En kraftsamling för ökad produktivitet förutsätter enligt vår bedömning en stärkt styrning av produktionen. Mål för produktivitetsutveckling behöver sättas upp, behoven av kunskaps- och kompetenstillskott liksom hjälpmedel i form av IT-system mm behöver analyseras och utvecklingen följas upp och fortlöpande stödjas.

Sammanfattningsvis föreslår vi att ledning och styrning mot ökad produktivitet stärks. Huvuddelen av de konkreta åtgärder och insatser som behöver ske, kommer enligt vår bedömning att genomföras i de olika basenheterna och på verksamhetsnivå. Cheferna i dessa enheter bör få ett utökat utrymme bl a annat genom att deras administrativa stöd utvecklas genom decentralisering av relevanta delar av de administrativa resurserna i regionen. På strategisk nivå är huvuduppgiften att ge förutsättningar för ett sådant lokalt förbättringsarbete samt att följa utveckling och bevaka att de produktivitetsförbättringar som sker realiseras i konkreta kostnadssänkningar.

6.2.9 Paket 6 Teknik

Den tekniska utvecklingen går oerhört fort och den möjliga användningen av ITK (informationsteknik och kommunikation) på kort sikt är svårt att se någon avmattning av. På lite längre sikt är möjligheterna enormt stora. Men för att kunna använda tekniken i praktiska vårdsituationer kräver betydligt mer arbete än för att öka underhållningsutbudet till konsumenterna.

Regioner med stor andel glesbygd eller mycket glest befolkade områden har stor nytta av e-hälsa och telemedicin. De mobila läkarverksamheterna i västra Skaraborg och i Ljungby kommun i Kronoberg visar att fungerande teknik är helt nödvändigt för att kunna arbeta effektivt och med patientsäkra lösningar.

De fyra Norrlandslandstingen/regionerna arbetade fram en gemensam rapport i februari 2014 ”Vård och omsorg i glesbygd”. En av de viktigaste slutsatserna i rapporten är att om glesbygdskommunerna fortsätter att minska i invånarantal samtidigt som befolkningen åldras måste teknik och glesbygdsmedicin användas och utvecklas.

Ett godkännande från den medicinska teknologiutvärderingen (HTA – Health Technology Assessment) är ett krav för att ny teknik ska få införas i vården. Här nedan följer några aktuella exempel på teknik som är färdig att använda i hälso- och sjukvården.

Dermatologi i Västra Götalandsregionen, Gotland och Stockholms läns landsting

Tekniken kallas mobil teledermatoskopi och har stora fördelar jämfört med pappersremisser, vilket en stor studie i Västra Götaland redan visat. Personer med den allvarligaste cancerformen malignt melanom kom till operation inom nio dagar. Motsvarande siffra för dem med pappersremiss var 35 dagar. Har patienten ett snabbväxande malignt melanom kan den skillnaden vara livsavgörande. Andelen onödiga besök kan minska kraftigt. Det frigör i sin tur operationstid. Användning av den nya tekniken kan spara 100-200 Mkr i vården i Sverige.

Glesbygdsmedicin Västerbotten

Sjukstugemodellen har utvecklats för att bedriva sjukvård i Norrlands glesbygd. En sjukstuga är ett minisjukhus, där man kan lägga in akut sjuka patienter. Här finns en bred kompetens med allmänläkare, sjuksköterskor, ambulanspersonal, barnmorskor och paramedicinsk personal. Sjukstugorna har i allmänhet röntgen- och laboratorieutrustning, ambulans samt telemedicinsk teknik som gör att man kan ta emot i stort sett alla patientkategorier. Nästan alla sjukstugor har också en väl utvecklad samverkan med kommunal hälso- och sjukvård. De är ofta sammanbyggda med äldreboenden och samverkar kring bemanning, förråd m.m.

Att etablera sjukstugemodellen i region Jämtland Härjedalen kan vara ett sätt att undvika att främst äldre sköra patienter skickas till Östersunds sjukhus. En sådan utveckling kan bli verklighet om verksamheten vid Svegs hälsocentral och kommunens äldreboende samt närvården i Strömsund uppgraderas och får mer kvalificerade resurser.

Tekniken för hjärtundersökning med ultraljudsrobot utvecklas vidare med en tillämpning för bukaortaundersökning och back-up på distans. En mobil väska med mätinstrument där kroniskt sjuka själva kan sköta rutinkontroll av till exempel blodtryck, blodvärde, blodsocker och Waran-dosering infördes under 2012. Mätresultaten skickas till en databas där läkare tar del av dem.

Norrbotten läns landsting och Luleå Tekniska Universitet

Centrum för Innovation och e-Hälsa vid Luleå Tekniska Universitet är internationellt känd som ett kompetenscentrum inom områdena hälsovård och välbefinnande, där informations- och kommunikationsteknik (IKT) utnyttjas för att ge människor bästa möjliga vård i hemmet eller varhelst de måste befinna sig.

Vid Pajala vårdcentral och Jokkmokk vårdcentral har patienter med icke akuta hjärtproblem kontakt med hjärtsjuksköterska på Gällivare Sjukhus. I det tidigare SARAH projektet utvecklades och utvärderades arbetsmetoder och teknik som gjorde det möjligt för äldre att få diagnos och behandling direkt i hemmet. Detta var möjligt genom att sjuksköterskor på äldreboenden och distriktssköterskor i ordinärt boende utrustades med portabel diagnostikutrustning och mobil uppkoppling till journalsystem. Genom distanskonsultationer via video kunde läkare snabbt ge konsultation samt lyssna på hjärt- och lungljud.

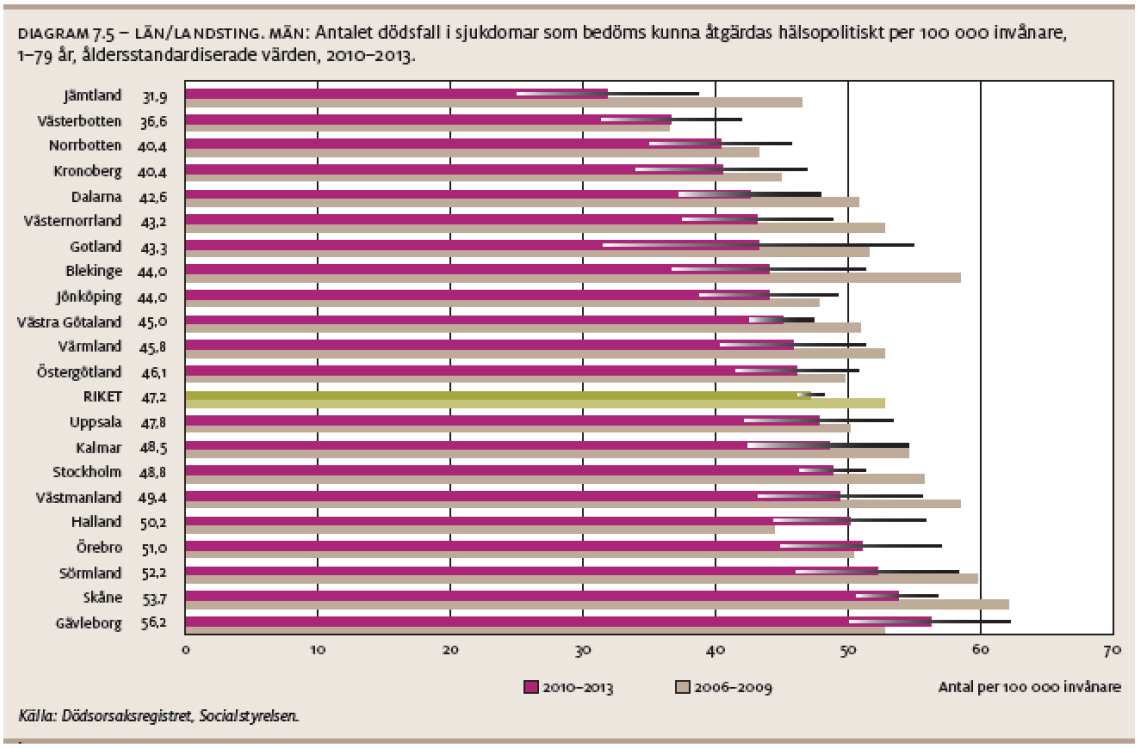
Robert Bosch Stiftungs arbete i östra Tyskland och andra internationella initiativ

Tyskland har stora svårigheter att rekrytera kompetent vårdpersonal, i synnerhet läkare till de östra delarna. Bristen är stor på både läkare och sjuksköterskor. Robert Bosch Stiftung finansierar ett arbete att försöka tillgodose östra Tysklands behov av vård med hjälp av ny teknik. Arbetet att välja ut pilotprojekt pågår. Arbetet i pilotprojektet inleds under hösten 2015 och pågår under några år. Det bör vara av intresse att följa utvecklingen av detta pilotprojekt i östra Tyskland.

Svensk förening för glesbygdsmedicin har flera ledande företrädare som är anställda i region Jämtland Härjedalen, bl a vid hälsocentralerna i Strömsund. Föreningen är associerad medlem av Svenska läkaresällskapet och har ett utbrett internationellt nätverk med kopplingar till England, Skottland, Norge, Canada, USA och Australien.

6.2.10 Paket 7 Medborgarperspektiv hälsoarbete

Region Jämtland Härjedalen har sedan långt tid prioriterat folkhälsofrågor. Region har också uppnått



framgångar. Exempelvis ligger regionen bäst till i landet i fråga om relativt antal dödsfall som bedöms kunna åtgärdas hälsopolitiskt för män (se nedanstående diagram[18]). För kvinnor är Region Jämtland Härjedalen femte bäst.

I fråga om andra kriterier är bilden för regionen mindre gynnsam.

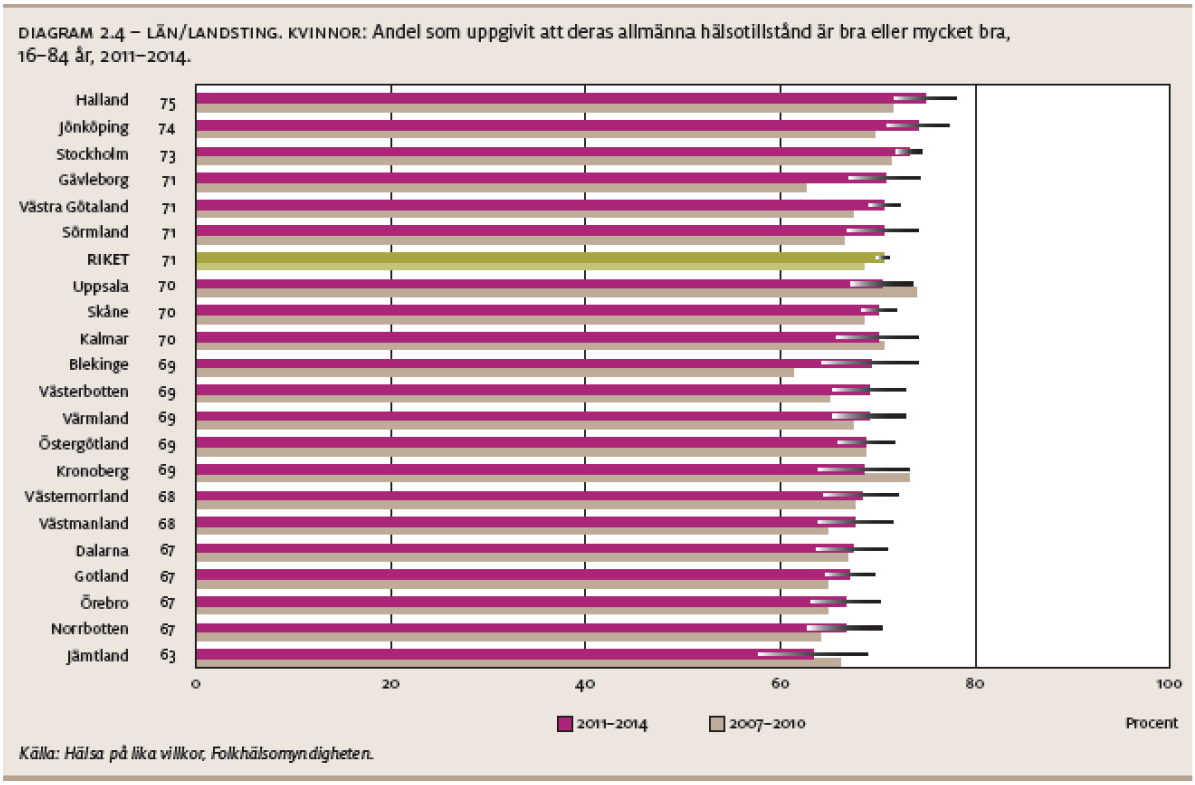
Av alla län i landet har regionen de högsta sjukpenningtalen både för kvinnor och män (se nedanstående tabell)[19]. Jämtlands siffra 2014 var för kvinnor 16,3 sjukpenningdagar per försäkrad år att jämföra med rikssnittet 12,2. För männen var siffran 8,6 för Jämtlands del och 6,7 för landet som helhet.

Sjukpenningtal 2014, dagar per försäkrad 16-64 år

Allmän försäkringskassa	Kvinnor	Män
Norrland	14,3	7,5
Stockholms län	10,8	5,9
Övriga Sverige	12,3	6,8
Samtliga	12,2	6,7
Gävleborgs län	13,2	7,3
Västernorrlands län	15,1	7,7
Jämtlands län	16,3	8,6
Västerbottens län	14,1	7,3
Norrbottens län	13,0	6,7

Av Öppna jämförelser 2014 – Folkhälsa framgår även att befolkningen i länet skattar sin egen hälsa lågt. Jämtland ligger bland kvinnorna sämst till i landet även på denna parameter. Endast 63 procent av den kvinnliga befolkningen i Jämtland uppger att de har ett bra eller mycket bra hälsotillstånd att jämföra med exempelvis 71 procent i Gävleborg och 70 procent i Kalmar län (se nedanstående diagram). Bland männen placerar sig Jämtland exakt på riksgenomsnittet som är 75 procent.

[18] Öppna jämförelser 2014 Folkhälsa. Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting och Folkhälsomyndigheten.
[19] Försäkringskassan



Vår bedömning är att regionen har god anledning att sträva efter bättre folkhälsovärden i den egna befolkningen. Bättre folkhälsa och särskilt om den kan förenas med starkare inslag av egenvård har även en betydande ekonomisk potential genom färre sjukvårdsbesök och vårdinsatser.

I de framtidsplaner och strategier som utvecklats i flera av landets regioner och landsting fästs stor uppmärksamhet vid att föra ut vårdinsatser till befolkningen. Det illustreras genom nedanstående citat från Västra Götaland respektive Stockholm.

När patienter uppmuntras att delta i och påverka sin egen vård ökar deras motivation att göra vad de kan för att förbättra sin situation. Följsamheten till ordinationer ökar, vilket leder till bättre behandlingsresultat och att patienterna är mer nöjda med den vård de har fått. Satsningar behöver göras för att delaktighet och egenvård ska vara en självklar och integrerad del i alla vårdprocesser i framtidens hälso- och sjukvård.[20]

Utveck ch n ind n oc tien cen en och nn n in en en en en n ens c n n n n[21].

Strategi – personcentrerad vård

Myndigheten Vårdanalys har i en rapport om patientcentrering lyft fram exempel och rekommendationer för ett större engagemang från befolkningens sida i sin egen hälso- och sjukvård. En central faktor är att patienten ska vara en medaktör i vården. Det finns enligt Vårdanalys fler belägg för att patientcentrerad hälso- och sjukvård ger bättre hälsoresultat och nöjdare patienter. *Patientcentrering har ett värde i sig, men det kan också ge besparingar i hälso- och*

[20] Framtidens hälso- och sjukvård 2025, DET GODA LIVET MED SVERIGES BÄSTA HÄLSO- OCH SJUKVÅRD. Västra Götalandsregionen
[21] Framtidsplanen - Tredje steget i genomförandet. Stockholms läns landsting, 2015

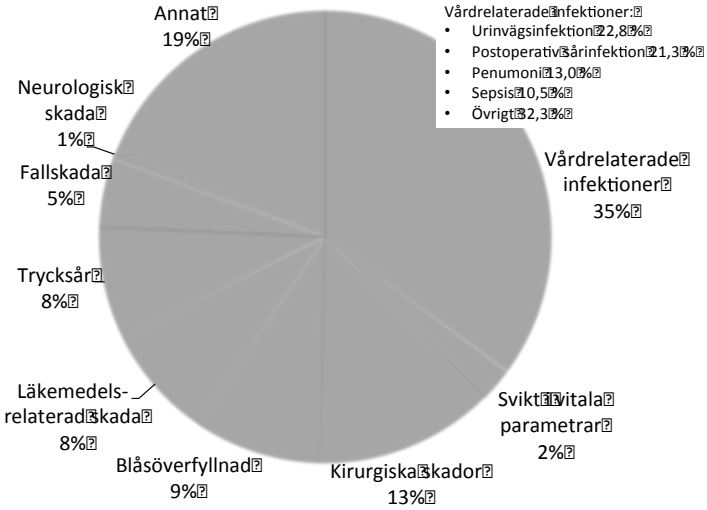
sjukvårdssystemet samt i samhället i stort genom att patienterna i högre grad följer ordinerade behandlingar och snabbare kommer tillbaka i arbete[22].

De förbättringsförslag som lämnas rör information, utbildning och stöd. Patienterna bör ha tillgång till den information de behöver för att fatta välgrundade beslut om sin hälsa och sin hälso- och sjukvård. Vården tar ansvar för att utbilda patienterna om deras sjukdomar och deras alternativ för att få vård. *Mer informerade och utbildade patienter ger bättre rustade patienter där läkaren kan bli en samarbetspartner i den egna vården.*

Enligt Vårdanalys rapport måste informations- och beslutsverktyg främjas för att underlätta ett aktivt partnerskap mellan patienter och deras vårdgivare, till exempel för att stödja patienterna i val av vårdgivare, val av behandlingsmetoder och till egenvård. Rapporten lyfter även fram bland annat vikten av samordning och kontinuitet såväl inom som mellan vård och omsorg.

Strategi – trygg patient

Tidigare i denna rapport har nämnts flera områden som är centrala även i ett folkhälso- och egenvårdsperspektiv. Mobil sjukvård som har fokus på att vårda patienten i dennes eget hem i så hög utsträckning som möjligt är en sådan strategi. Fast vårdkontakt och hög kontinuitet är en annan sådan faktor. Regionen kan enligt vår bedömning i hög utsträckning stärka sina ”smådriftsfördelar i detta avseende”.



Från projekt som har bedrivits runt om i landet t ex i Skaraborg och Västerbotten, men även vid utveckling av ASIH i Stockholmsregionen, har som tidigare nämnts konsumtionen av sluten vård minskat med ca 75 procent. I flertalet fall är en nära samverkan mellan specialistvård, primär och kommunal hälso- och sjukvård samt teambaserade arbetssätt en central framgångsfaktor.

Strategi – prevention

Nuläget när det gäller prevention och riskförebyggande åtgärder i Region Härjedalen är blandad. Regionen har en jämfört med landet gynnsam situation vad gäller vårdrelaterade infektioner. Med vägledning från SKL:s analyser är det angeläget ur flera perspektiv att generellt motverka vårdskador.

Enligt en studie genomförd av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) fördelas skador i svensk hälso- och sjukvård enligt vad som framkommer i vidstående diagram[23].

På nationell nivå förorsakar vårdskadorna 1,3 miljoner extra vårddagar. Det motsvarar för Jämtlands vidkommande cirka 17 000 vårddagar.

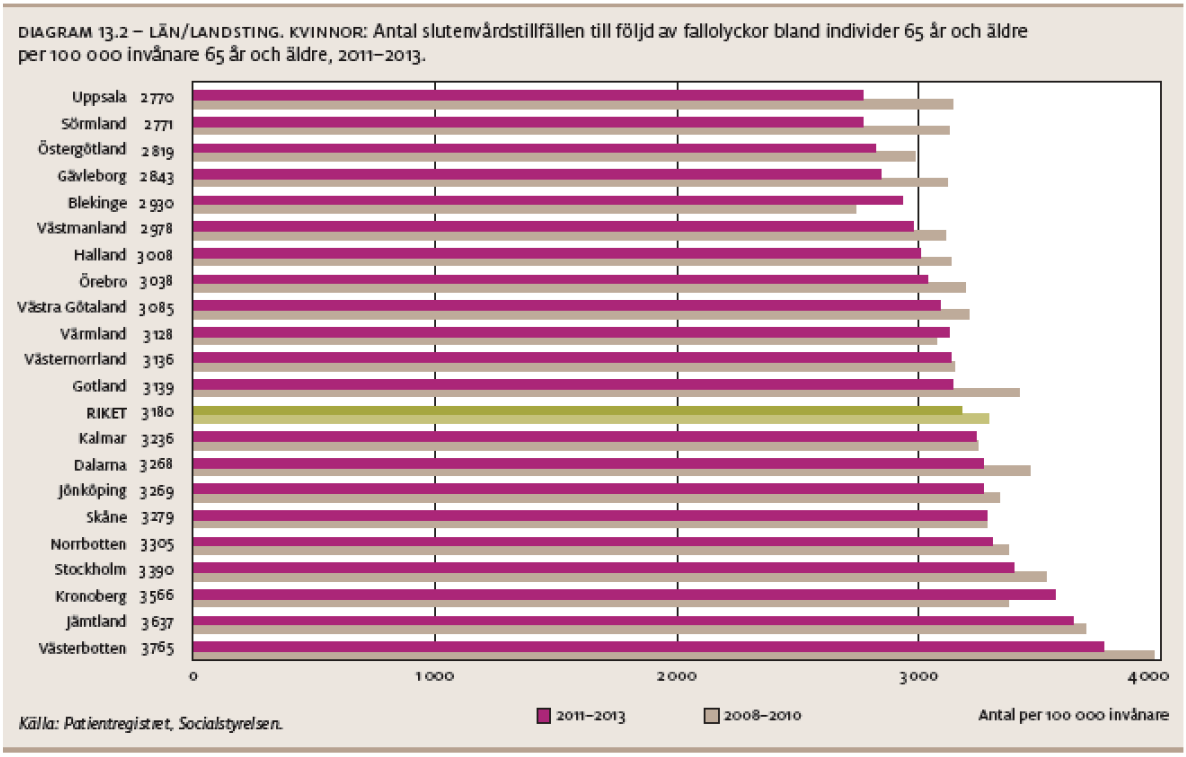
Inte alla dessa vårdskador är undvikbara. På nationell nivå beräknas de ”undvikbara skadorna” stå för 60 till 70 procent av alla vårdskador. Enligt detta antagande uppgår kostnaderna för hälso- och sjukvården till följd av undvikbara skador till 6,9 – 8,1 miljarder kronor. Baserat på befolkningsandelen är motsvarande belopp för Jämtland 90 – 105 miljoner. Av dessa undvikbara merkostnader bedöms VRI stå för cirka 35 procent.

[22] Patientcentrering i svensk hälso- och sjukvård. En extern utvärdering och sex rekommendationer för förbättring. Vårdanalys 2012

[23] Patientsäkerhet lönar sig KOSTNADER FÖR SKADOR OCH VÅRDSKADOR I SLUTENVÅRDEN ÅR 2013, SKL

Medelvårdtiden för patienter som drabbats av vårdskador ökar med två till tre gånger beroende på patientens ålder.

Den vanligaste orsaken för inskrivning av äldre i sluten vård är fallskador. Även inom området riskprevention finns en tydlig förbättringspotential. Enligt Öppna Jämförelser 2014 är Jämtland det län som efter Västerbotten proportionellt har flest antal slutenvårdstillfällen till följd av fallolyckor (se nedanstående diagram[24]).



7 Sammanfattande bedömningar samt rekommendationer

7.1 Grunder och potentialer för produktivitets- och effektivitetsutveckling

Som utgångspunkt för att skapa en ekonomi i balans i Region Jämtland Härjedalen är det framförallt inom några områden som det är viktigt att definiera och förstå komplexiteten, för att produktivitet och effektivitet ska kunna uppnå de nivåer som är nödvändiga för Region Jämtland Härjedalen.

⇒ *Värden som är viktiga att uppnå*

Om hälso- och sjukvårdens produktion av vårdtjänster definieras utifrån de värden som balanserar intressen för de tre aktörsgrupperna patienter, vårdproducenter och huvudmän, underlättas möjligheterna till ökad effektivitet och produktivitet. Denna argumentation bygger på att vårdproduktion har den egenskapen att den kräver samtliga parters medverkan för att bli effektiv.

⇒ *Rationell logik, dvs följdriktighet i vårdproduktionen*

När hälso- och sjukvårdsproduktion delas in i patient- och produktionsrationella logiker organiseras olika moment i en följdriktighet som gynnar produktivitet och effektivitet. Detta är ofta fallet inom en klinik men då patienter är beroende av insatser inom *flera* olika områden inom hälso- och sjukvården är dock följdriktigheten avgörande för att uppnå god produktivitet

[24] Öppna jämförelser 2014 Folkhälsa. Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting och Folkhälsomyndigheten.

och effektivitet exempelvis inom ramen för en vårdkedja. Det är därför viktigt att hälso- och sjukvården har förmåga att utveckla ett arbete som integrerar områden över olika kompetensgränser och befintliga ansvarsgränser. Grunden för detta arbete är att sammankoppla insatser som är naturliga utifrån patientfall och produktionsrationalitet.

⇒ *Olika systemnivåer som bör skiljas ut och följas upp*

Då många tjänster inom hälso- och sjukvården har naturliga sammankopplingar är det viktigt att kunna bedöma och utveckla produktivitet och effektivitet utifrån det samverkande systemet. Vårdsystemet är från den ”minsta mikronivån” som exempelvis samspelet mellan patienten och en läkare till den högre systemnivån av samverkande kompetenser inom en vårdkedja eller hur effektivt organiserat ett landstings produktionssystem är. Det viktiga är att kunna skilja ut och utveckla produktivitet och effektivitet på dessa olika systemnivåer. Speciellt då överblicken och kunskaperna om de högre systemnivåerna är begränsad och utifrån att de stora potentialerna till ökad produktivitet och effektivitet finns på just dessa nivåer.

7.2 Potentialer i sammanfattning

Utvecklingspaket	**Sannolik potential Mkr**	**Rekommenderade åtgärder**
1. Optimering av primärvårdsresurser	20	Färre besök på akuten genom expressakut. Avveckla akuttider på HC i Östersund leder till mindre behov av hyrläkare.
2. Utomlänsvård	Liten ekonomisk effekt	Sträva efter att kapacitetsanpassa flöden dvs kan man utföra viss vård till lägre kostnad så OK
3. Mobila team	50	Hemsjukvårdsläkare, geriatriska team ca 500 individer i RJH.
4. Inre effektivitet, Östersunds sjukhus	175	Ökad patienttid för läkare, integrering av olika vårdområden exempelvis AnOpIVA. Minskad vårdtid genom ökad dagkirurgi, effektivare rehab, samverkan Storsjökliniken, optimering sjukvårdslokaler.
5. Styrning och ledning	0 - 5	Förstärka första linjens chefer, renodling av staber. Gemensam målbild. Utvecklad chefsstruktur.
6. Teknik	5 - ?	Ny metodik och digitalisering. Utveckling av glesbygdsmedicin
7.Medborgar-perspektiv hälsoarbete	50 - ?	Prevention, minskade vårdskador.
Total ca	**295**	

Ovanstående belopp ska ses i ett optimalt perspektiv, men är ändå viktigt att ha som måltal. En del av Region Jämtland Härjedalens egna förslag på effektiviseringar finns givetvis med i ovanstående.

7.3 Agenda till förändring

Skapa en långsiktig målbild som samtliga chefer kan ställa sig bakom. Det är viktigt att etablera en ”rörelse” som samtliga kan delta i.

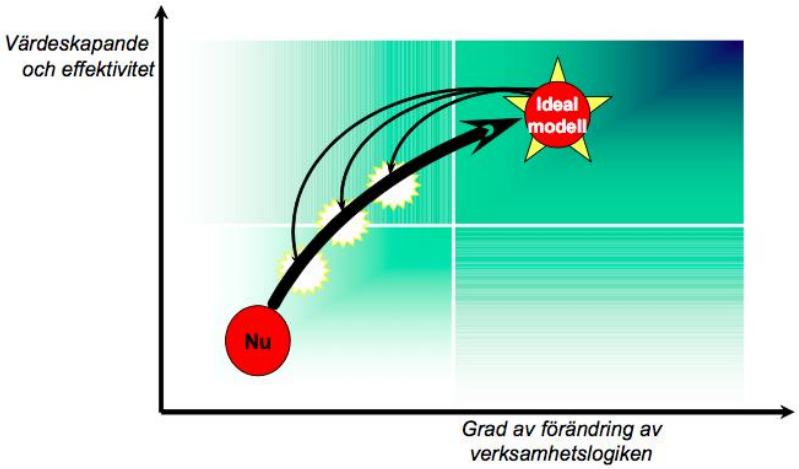
Det är viktigt att målbilden kommuniceras till all personal.

Målsätt varje år för sig för nå målbilden som i sin helhet bör ha ett realistiskt tidsperspektiv, förslagsvis på 10 år.

En noggrann aktivitetslista måste upprättas för varje år.

Förändringsagenter bör utses för varje aktivitet.

Den övergripande styrningen av förändringsarbetet är en avgörande faktor. Exempelvis kan styrningen ske från ekonomifunktionen men med ett utökat mandat som skulle kunna benämnas produktionschef.



Regionala utvecklingsnämnden

§ 141 Fråga om undantag från modervarumärkesstrategin (RUN/1242/2015)

Ärendebeskrivning

Regionfullmäktige antog i april 2015 en modervarumärkesstrategi med grundregeln, en organisation - ett varumärke. En gemensam policy för Region Jämtland Härjedalen som organisation och plats ska ge goda förutsättningar att skapa ett starkt varumärke. Länskulturen har informerat om och arbetat med frågan om varumärkesstrategin på informationsmöten, arbetsplatsträffar och i möten med kommunikationsenheten under våren. Samtliga kulturens verksamheter är införstådda med att det kommer att göras en genomgripande översyn av loggor och webbsidor i koppling till strategin.

Estrad Norr, regionens institution för förmedling av professionell scenkonst av musik, musikteater, teater och dans, har redan i april ställt frågan om ett undantag från regeln genom att kunna behålla sin logotype. Estrad Norr lyfter argument som institutionens historik, identitet och tillgänglighet för att bevara en inarbetad logotype som är väl känd av publik, arrangörer, deltagare och samarbetspartners. Frågan aktualiseras inför skyltning av lokaler, bussar och webbsidor i koppling till tillgänglighetsarbete som påbörjas hösten 2015.

Beslutsunderlag

Vikten av att bevara logga, Estrad Norr 2015-04-30.
Protokollsutdrag arbetsutskottet 2015-10-05, § 165.

Förvaltningschefens förslag

Arbetsutskottet föreslår regionala utvecklingsnämnden

Regionala utvecklingsnämnden föreslår regionstyrelsen

1. Utifrån anförda skäl görs ett undantag från varumärkespolicyn genom att Estrad Norr, regionens institution för professionell musik, musikteater, teater och dans, får behålla sin inarbetade logotype med undertexten Region Jämtland Härjedalen.

2. Ta önskemålet i beaktande i samband med behandling av remiss av varumärkespolicyn.

REGIONALA UTVECKLINGSNÄMNDENS ARBETSUTSKOTTS BESLUT

Arbetsutskottet föreslår regionala utvecklingsnämnden

Regionala utvecklingsnämnden föreslår regionstyrelsen

1. Utifrån anförda skäl görs ett undantag från varumärkespolicyn genom att Estrad Norr, regionens institution för professionell musik, musikteater, teater och dans, får behålla sin inarbetade logotype med undertexten Region Jämtland Härjedalen.

2. Ta önskemålet i beaktande i samband med behandling av remiss av varumärkespolicyn.

Förslag till beslut på mötet

Robert Uitto (S) yrkar på att ordet ”varumärkespolicy” i ärendet byts ut mot det korrekta ”modervarumärkesstrategin” och att punkt två i arbetsutskottet förslag till beslut utgår av denna anledning.

Beslutsgång

Ordförande ställer fråga på sitt yrkande och finner det antaget.
Ordförande ställer fråga på grundförslagets punkt ett, att föreslå att regionstyrelsen gör ett undantag från modervarumärkesstrategin för Estrad Norr. Ordförande finner att nämnden bifaller till det.

REGIONALA UTVECKLINGSNÄMNDENS BESLUT

Regionala utvecklingsnämnden föreslår regionstyrelsen

1. Utifrån anförda skäl görs ett undantag från modervarumärkesstrategin genom att Estrad Norr, regionens institution för professionell musik, musikteater, teater och dans, får behålla sin inarbetade logotype med undertexten Region Jämtland Härjedalen.

Utdrag till

Områdeschef Kultur; Regionstyrelsen

Vikten av bevarandet av Estrad Norrs namn, varumärke samt logga

Bakgrund
När den statliga Regionmusiken upphörde 1988 bildades Länsmusikstiftelser i samtliga län, utom Stockholm, med Landstingen som ensam stiftelsebildare.
De statliga medlen kanaliserades direkt till dessa stiftelser och var de första åren nästan till 100% finansierade av staten via kulturrådet.

Dåvarande TR (idag Svensk Scenkonst) och Symf (Sveriges yrkesmusikerförbund) förhandlade om särskilda kollektivavtal för regionmusiker, eftersom symfoniorkesteravtalet inte var tillämpligt i alla delar för Regionmusiken.
När man så bildade stiftelser fortsatte avtalet att gälla för Länsmusikverksamhet.
I Bohuslän blev det Musik i Väst, i Skåne Musik i Syd, och i Jämtland Länsmusiken Jämtland och i avtalen ändrades namnen.

Länsteatern Jämtland/Härjedalen som är en utav Sveriges yngsta länsteatrar bildades 1997.
Norrlands nätverk för musikteater och dans (NMD) är ett kommunalförbund och ett turnénätverk för att tillgängliggöra opera, musikteater och dans för en större publik i de fyra norrländska länen Jämtland, Västernorrland, Västerbotten och Norrbotten.

Estrad Norr bildades 2005 genom en sammanslagning av länsmusiken, Länsteatern Jämtland/Härjedalen och NMD, med endast en chef, istället för tidigare två.

Tillgänglighet
Att behålla Estrad Norrs väl etablerade namn och logga hjälper scenkonsten i Jämtlands län att förbli tillgänglighetsanpassad. Loggan kan man känna igen oavsett ålder, läskunnighetsgrad, mentala funktionshinder eller modersmål. Ett tydligt exempel på det är att barn på länets förskolor och skolor tidigt lär sig sammankoppla vår logga (som syns på affischer, marknadsföringsmaterial samt när en Estrad Norr bil rullar in på skolgården) med musik-, dans- eller teaterföreställningar.

Estrad Norr har under lång tid arbetat upp epitet som kvalité, professionalism, tillgänglighet och öppenhet.
Det kan man som publik förvänta sig när man går och ser en föreställning/konsert. Men då behöver avsändaren förbli tydlig för att upprätthålla det upparbetade och inte tappa förtroende och antal besökare.
”Ni på Estrad Norr gör så bra grejer” – Citat från nöjd kund.

Även för Estrad Norrs samarbetspartners, t ex arrangörerna, kan ett eventuellt byte av varumärke/logga skapa förvirring: Är Region Jämtland Härjedalen en ny scenkonstverksamhet? Går det att beställa scenkonst genom Region Jämtland Härjedalen?

Estrad Norrs logga med dess färgsättning och design syns tydligt, både i litet format i en tidningsannons och även på långt håll på affischer och bilar.

Merarbete
Estrad Norr skulle behöva lägga mycket arbetskraft, tid och pengar om en ny logga skulle bli aktuell. Det tar tid att etablera en ny logga/ett nytt varumärke i publikens, arrangörernas, samverkanspartners samt artisters medvetande.

I Nätverket NMD (nätverk Norrlands musik- & dansteater) skulle ett byte av logga och namn betyda komplikationer för flertalet parter, då verksamheterna marknadsförs gemensamt på hemsidor och andra kanaler i de fyra Norrlandslänen. De övriga verksamheterna är Norrlands Operan, Piteå Kammaropera samt Norrdans.

I STIM-avtalen och i PISA-förordningen som reglerar pensionsvillkoren för statligt stödda kulturverksamheter och därmed hos SPV finns Estrad Norr.

Identitet
Estrad Norr med både namn och logga ger arbetsgruppen en identitet både internt och externt. Estrad Norr har arbetat ihop musik-, teater-, musikteater- och dans verksamheterna under samma namn och jobbar ofta över dessa gränser som arbetsgrupp och ser vinning i tid, pengar och i arbetsglädje.

Bland teater- och musikutövare är Estrad Norr ett vedertaget begrepp, ett begrepp som når utanför Jämtlands gränser. Vi ses även som en trygg och bra arbetsgivare. Många söker sig till oss tack vare vårt goda rykte.

Skulle Region Jämtland Härjedalen i framtiden ingå i storregion med Västernorrland (som också har scenkonstverksamhet) och Estrad Norr stå utan varumärke och logga, kan scenkonsten i Jämtland komma att bli helt anonym.

Bilden nedan visar Maher (från Senegal) och Sousou Cissoko som turnerade för Estrad Norr i Jämtlands läns skolor, under tre veckor hösten 2014. De spelade, sjöng och berättade om instrumentet kora och dess starka dragningskraft, hur det förde dem samman och kallade dem till ett livsäventyr. På sin facebooksida skrev de tillsammans med bilden: "To play for children in the schools of Sweden has never felt as important as today"
Ett exempel på hur Estrad Norr som namn och verksamhet lever utanför Jämtlands gränser.





Quatuor Zaïde

Den prisbelönta kvartetten med fyra unga fransyskor
CHARLOTTE JUILLARD *violin,* LESLIE BOULIN-RAULET *violin,*
SARAH CHENAF *viola &* JULIETTE SALMONA *cello*

ur programmet:
Sjostakovitj Stråkkvartett nr 7 op. 108,
Mozart Stråkkvartett nr 14, K 387, *Debussy* Stråkkvartett op. 10

ons 4 nov 19.00

Exercishall Norr

Förköp: www.estradnorr.se, Visit Östersund (turistbyrån, serviceavgift tillkommer)

ESTRAD NORR
REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN



Quatuor Zaïde

Den prisbelönta kvartetten med fyra unga fransyskor
Charlotte Juillard violin, Leslie Boulin-Raulet violin
Sarah Chenaf viola, Juliette Salmona cello

ur programmet: Sjostakovitj Stråkkvartett nr 7 op. 108,
Mozart Stråkkvartett nr 14, 387, Debussy Stråkkvartett op. 10

Onsdag 4 nov kl 19:00 Exercishall Norr

FÖRKÖP: WWW.ESTRADNORR.SE, VISIT ÖSTERSUND
(TURISTBYRÅN, SERVICEAVGIFT TILLKOMMER)

REGION
JÄMTLAND
HÄRJEDALEN

Estrad Norr presenterar

Lunchkonsert varje onsdag 12.00!

ons 23 sept
Egna & andras visor
Jens Gustavson *sång & gitarr*, Mia Kempff *bas*

ons 30 sept
Svenska skojare
Anna Brandt, Henric Hallberg *sång*, Astrid Åslin *sång/piano*

ons 7 okt
Virtuos orgelmusik
Jonas Karlsson *organist*

ons 14 okt
Söndagstrion
Margareta Kallin *tuba*, Per Ekeroth *banjo/gitarr*, Lars-Erik Eriksson *saxofoner/klarinett*

ons 21 okt
Kjell-Erik Eriksson spelar & berättar
Kjell-Erik Eriksson *fiol*

ons 28 okt
Längtans blommor
Urban Hedin *sång, piano, synthar*

ons 4 nov
Östersunds sångarbröder

ons 11 nov
Jazz med Simonsson-Landin-Vikberg
Joakim Simonsson *piano*, Pär-Ola Landin *bas*, Magnus Vikberg *trummor*

ons 18 nov
Två sångarbröder
Jan Löfgren, Hans Löfgren *sång*, Elisabeth Lundquist *piano*

ons 25 nov
De gyllene åren
Kiki Korths-Aspegren *sång*, Markus Ernehed *gitarr & piano*

ons 2 dec
Swingtime
Lars Wikström *fiol*, Bo Eklund *dragspel*, Rolf Engberg *gitarr*, Bo Andersson *vibrafon*, Walter Granlund *bas*

ons 9 dec
God jul önskar Teater Barda med vänner

ons 16 dec
Estrad Norr Julspecial
Estrad Norrs personal

Gamla Kyrkan
Östersund

Fri entré

Programlängd ca 45 minuter
Reservation för ev ändringar i programmet. Se annons onsdagar i de lokala tidningarna.

Medarrangör
Svenska kyrkan ÖSTERSUND

Arrangeras av
ESTRAD NORR
Jämtlands läns musik & teater
REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

www.estradnorr.se **Hösten 2015**

Estrad Norr presenterar

Fri entré

Lunchkonsert

varje onsdag kl 12:00 Gamla kyrkan Östersund

ONS 23 SEPT
Egna & andra visor
Jens Gustavsson sång och gitarr, Mia Kempff bas

ONS 30 SEPT
Svenska skojare
Anna Brant, Henric Hallberg sång, Astrid Åslin sång/piano

ONS 7 OKT
Virtuos orgelmusik
Jonas Karlsson organist

ONS 14 OKT
Söndagstrio
Margareta Kallin tuba, Per Ekeroth banjo/gitarr, Lars-Erik Eriksson saxofoner/klarinett

ONS 21 OKT
Kjell-Erik Eriksson spelar och berättar
Kjell-Erik Eriksson fiol

ONS 28 OKT
Längtans blommor
Urban Hedin sång, piano, synthar

ONS 4 NOV
Östersunds sångarbröder

ONS 11 NOV
Jazz med Simonsson-Landin-Vikberg
Joakim Simonsson piano, Pär-Ola Landin ban, Magnus Vikberg trummor

ONS 18 NOV
Två sångarbröder
Jan Löfgren, Hans Löfgren sång, Elisabeth Lundquist piano

ONS 25 NOV
De gyllene åren
Kiki Korths-Aspegren sång, Markus Ernehed gitarr och piano

ONS 2 DEC
Swingtime
Lars Wikström fiol, Bo Eklund dragspel, Rolf Engberg gitarr, Bo Andersson vibrafon, Walter Granlund bas

ONS 9 DEC
God jul önskar Teater Barda med vänner

ONS 16 DEC
Estrad Norr Julspecial
Estrad Norrs personal

Programlängd ca 45 minuter. Reservation för ev ändringar i programmet. Se annons onsdagar i de lokala tidningarna.

Medarrangör
Svenska kyrkan ÖSTERSUND

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Estrad Norr presenterar

Lunchkonsert varje onsdag 12.00!

ons 23 sept
Egna & andras visor
Jens Gustavson *sång & gitarr*, Mia Kempff *bas*

ons 30 sept
Svenska skojare
Anna Brandt, Henric Hallberg *sång*, Astrid Åslin *sång/piano*

ons 7 okt
Virtuos orgelmusik
Jonas Karlsson *organist*

ons 14 okt
Söndagstrion
Margareta Kallin *tuba*, Per Ekeroth *banjo/gitarr*, Lars-Erik Eriksson *saxofoner/klarinett*

ons 21 okt
Kjell-Erik Eriksson spelar & berättar
Kjell-Erik Eriksson *fiol*

ons 28 okt
Längtans blommor
Urban Hedin *sång, piano, synthar*

ons 4 nov
Östersunds sångarbröder

ons 11 nov
Jazz med Simonsson-Landin-Vikberg
Joakim Simonsson *piano*, Pär-Ola Landin *bas*, Magnus Vikberg *trummor*

ons 18 nov
Två sångarbröder
Jan Löfgren, Hans Löfgren *sång*, Elisabeth Lundquist *piano*

ons 25 nov
De gyllene åren
Kiki Korths-Aspegren *sång*, Markus Ernehed *gitarr & piano*

ons 2 dec
Swingtime
Lars Wikström *fiol*, Bo Eklund *dragspel*, Rolf Engberg *gitarr*, Bo Andersson *vibrafon*, Walter Granlund *bas*

ons 9 dec
God jul önskar Teater Barda med vänner

ons 16 dec
Estrad Norr Julspecial
Estrad Norrs personal

Gamla Kyrkan
Östersund

Fri entré

Programlängd ca 45 minuter
Reservation för ev ändringar i programmet. Se annons onsdagar i de lokala tidningarna.

Medarrangör
Svenska kyrkan ÖSTERSUND

Arrangeras av
ESTRAD NORR
Jämtlands läns musik & teater
REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

www.estradnorr.se **Hösten 2015**

Estrad Norr presenterar



Fri entré!

Lunchkonsert

varje onsdag kl 12:00 Gamla kyrkan Östersund

ONS 23 SEPT
Egna & andra visor
Jens Gustavsson sång och gitarr, Mia Kempff bas

ONS 30 SEPT
Svenska skojare
Anna Brant, Henric Hallberg sång, Astrid Åslin sång/piano

ONS 7 OKT
Virtuos orgelmusik
Jonas Karlsson organist

ONS 14 OKT
Söndagstrio
Margareta Kallin tuba, Per Ekeroth banjo/gitarr, Lars-Erik Eriksson saxofoner/klarinett

ONS 21 OKT
Kjell-Erik Eriksson spelar och berättar
Kjell-Erik Eriksson fiol

ONS 28 OKT
Längtans blommor
Urban Hedin sång, piano, synthar

ONS 4 NOV
Östersunds sångarbröder

ONS 11 NOV
Jazz med Simonsson-Landin-Vikberg
Joakim Simonsson piano, Pär-Ola Landin ban, Magnus Vikberg trummor

ONS 18 NOV
Två sångarbröder
Jan Löfgren, Hans Löfgren sång, Elisabeth Lundquist piano

ONS 25 NOV
De gyllene åren
Kiki Korths-Aspegren sång, Markus Ernehed gitarr och piano

ONS 2 DEC
Swingtime
Lars Wikström fiol, Bo Eklund dragspel, Rolf Engberg gitarr, Bo Andersson vibrafon, Walter Granlund bas

ONS 9 DEC
God jul önskar Teater Barda med vänner

ONS 16 DEC
Estrad Norr Julspecial
Estrad Norrs personal

Programlängd ca 45 minuter. Reservation för ev ändringar i programmet. Se annons onsdagar i de lokala tidningarna.

Medarrangör
Svenska kyrkan ÖSTERSUND

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Landstingsstyrelsen

§ 243 Plan för avveckling av stafettläkare inom primärvården (LS/1314/2013)

Ärendebeskrivning

Vid landstingsstyrelsens sammanträde 23-24 april beslutades att införa stafett- och arvodesläkarstopp inom Östersunds primärvårdsområde från och med 1 juni 2013. Ett förtydligande angående beslutet togs vid styrelsens sammanträde 28-29 maj där landstingsdirektören fick i uppdrag att noga följa utvecklingen och effekterna av stafettläkarstoppet och vidta de åtgärder som behövs för att upprätthålla patientsäkerheten och en acceptabel arbetsmiljö.

Vid styrelsesammanträdet i maj presenterade primärvårdschefen en riskbedömning med anledning av stafettläkarstoppet.

Landstingsdirektören har under sommaren och i början på september beslutat om vissa åtgärder för att stärka patientsäkerheten och förbättra arbetsmiljön.

Landstingsdirektören beslutade i augusti att göra en samordnad riskanalys för hälso- och sjukvården med anledning av stafettläkarstoppet. Analysen pekar på att det kan komma att innebära risker för patientsäkerheten om inga åtgärder vidtas. Den pekar också på arbetsmiljöproblem på vissa hälsocentraler, samt på en ökad belastning på specialistvården.

Tidigare beslut om stafett- och arvodesläkarstoppet bör kompletteras med beslut om när avvecklingen ska vara helt genomförd. Utifrån nuvarande situation som den beskrivs i riskanalysen kan inte användningen upphöra omedelbart. En möjlig tid för avveckling bedöms till 2 år.

Med anledning av riskanalysen finns behov av att redovisa primärvårdens nuvarande behov av stafettläkare för att hantera de risker och konsekvenser som redovisas i analysen, och att ta fram en långsiktig plan för avveckling av stafettläkare inom primärvården.

Beslutsunderlag

Protokollsutdrag landstingsstyrelsen 2013-04-23—24, § 98 Månadsrapport till landstingsstyrelsen (LS/37/2013)
Protokollsutdrag landstingsstyrelsen 2013-05-28—29, § 163 Delårsbokslut 2013-04-30 (LS/458/2013)
Patientrelaterad risk och konsekvensanalys för stafettläkarstopp (redovisad 28-29 maj)
Samordnad riskanalys för hälso- och sjukvården med anledning av Stafettläkarstoppet i Östersunds Primärvårdsområde och dess följdeffekter (LS/1308/2013)

Landstingsdirektörens förslag

1. Användningen av stafett- och arvodesläkare i primärvården i Jämtlands läns landsting ska upphöra inom 2 år från detta beslut.

2. Landstingsdirektören får i uppdrag att

    a. förstärka arbetet med rekryteringen av läkare i primärvården och vid behov omfördela resurser för detta,

    b. ta fram en plan för att genomföra avvecklingen av stafett- och arvodes-läkare i primärvården. Planen ska redovisas till styrelsen i november. Arbetet med avvecklingen ska rapporteras till styrelsen var tredje månad.

    c. ta fram en plan för arbete med att utveckla samarbetet mellan hälso-centralerna inom Östersunds primärvårdsområde. Planen ska redovisas till styrelsen i november.

Yrkande

Thomas Andersson och Berit Johansson (båda C) yrkar på följande tillägg:
”Vi kräver en analys av läget inom primärvården där siffror visar att personaltätheten ökat och utfört arbete minskar kring läkartid, sjuksköterskor och arbetsorganisation.”

Christer Siwertsson och Susanné Wallner (båda M) yrkar på följande tillägg:
”I fall där stafettläkare behöver anlitas i primärvården under aktuell avvecklingsperiod så ska sådana beslut tas av landstingsdirektören.”

Proposition

Ordföranden ställer proposition på landstingsdirektörens förslag och finner det antaget.
Ordföranden ställer proposition på Thomas Anderssons yrkande och finner det antaget.
Ordföranden ställer proposition på Christer Siwertssons yrkande och finner det antaget.

LANDSTINGSSTYRELSENS BESLUT

1. Användningen av stafett- och arvodesläkare i primärvården i Jämtlands läns landsting ska upphöra inom 2 år från detta beslut.

2. Landstingsdirektören får i uppdrag att

    a. förstärka arbetet med rekryteringen av läkare i primärvården och vid behov omfördela resurser för detta,

    b. ta fram en plan för att genomföra avvecklingen av stafett- och arvodesläkare i primärvården. Planen ska redovisas till styrelsen i november. Arbetet med avvecklingen ska rapporteras till styrelsen var tredje månad.

    c. ta fram en plan för arbete med att utveckla samarbetet mellan hälsocentralerna inom Östersunds primärvårdsområde. Planen ska redovisas till styrelsen i november.

    d. i de fall där stafettläkare behöver anlitas i primärvården under aktuell avvecklingsperiod så ska sådana beslut tas av

landstingsdirektören.

e. göra en analys av läget inom primärvården där siffror visar att personaltätheten ökat och utfört arbete minskar kring läkartid, sjuksköterskor och arbetsorganisation.

Uppföljning enligt Landstingsfullmäktiges beslut §72 Rekommendation om gemensam enhetlig modell för preventivmedelssubvention, 2014 - 04 - 15--16

Landstingsstyrelsen får i uppdrag att göra en **utvärdering av effekterna avseende antalet aborter i länet**. Utvärderingen ska ske **ett år efter införande** av de nya reglerna för preventivmedelssubvention.

Den nya Preventivmedelssubventionen för unga infördes inom regionen fr o m den 1 maj 2014 och innebär att kvinnor skrivna i Jämtlands län, upp tom 25 år, skall betala högst 100 kr/år för sina preventivmedel. I subventionen ingår vid behov även preparat utanför förmånen då preventivmedel inom förmånen inte lämpar sig för kvinnan.

Antalet aborter :

Antalet aborter i målgruppen har ökat något, om man jämför året innan och efter den nya subventionens införande (dvs 1juli 2013–30 juni 2014 jmf med 1juli 2014–30juni 2015). Antalet i gruppen upp t o m 19 år har ökat med 12 st, i gruppen 20 tom 25år med 20+st dvs totalt +32 st . Det antalet kan jämföras med en ökning bland kvinnor 26 år och äldre med 52 st. **Det är dock mycket svårt att dra någon tydlig slutsats av dessa siffror då vi är ett län med en liten befolkning vilket medför att slumpvariationen mellan åren mycket stor, antalet kvinnor i de olika åldersgrupper varierar också år från år.**

Fram tom 2011 presenterade Socialstyrelsen statistik i form av Aborttal dvs antal aborter per 1000 kvinnor i respektive åldersgrupp på landstings och även kommunnivå , detta sätt att presentera abortfrekvensen är mer rättvisande även om slumpen också där spelar en ganska stor roll pga av en liten befolkning. Den statistiken finns tyvärr inte alls längre, i den senaste rapporten för Aborter 2014 (publicerad 15 09 08) finns endast siffror på nationell nivå varför det inte alls är möjligt att på något sätt längre jämföra olika län. Aborttalen i hela landet 2012 jmf 2014 i grupperna under 25 år har minskat (t o m 19 år 18,8 -15.1, 20-24år 32,6 -29,6)

Unga ♀ till och med 25 år

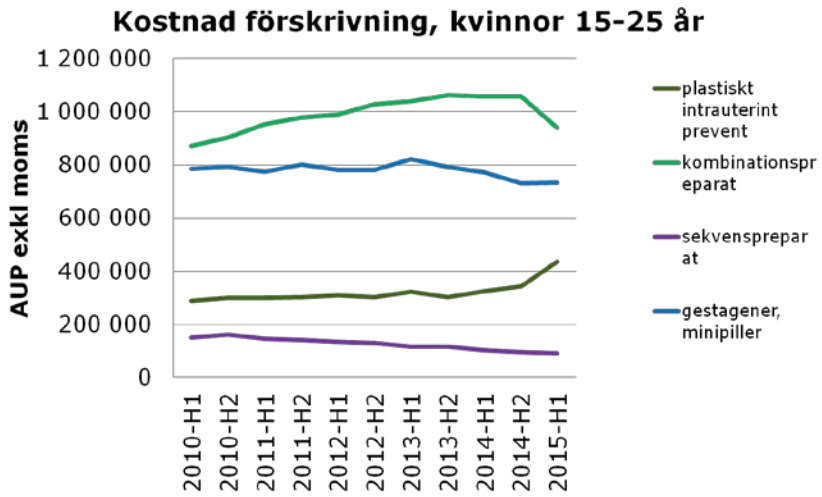
ANTAL FÖRE OCH EFTER NYA PREVENTIVMEDELSUBVENTIONEN SOM INFÖRDES 1 MAJ 2014

Period	≤ 19 år	20 t.o.m. 25 år	t.o.m. 25 år
Höst 2013	24	82	106
Vår 2014	21	81	102
Σ 1 år	45	163	208
Höst 2014	30	91	121
Vår 2015	27	92	119
Σ 1 år	57	183	240
Jmf perioderna	+12	+20	+32

Antalet aborter i målgruppen har ökat senaste året i jämförelse med året innan

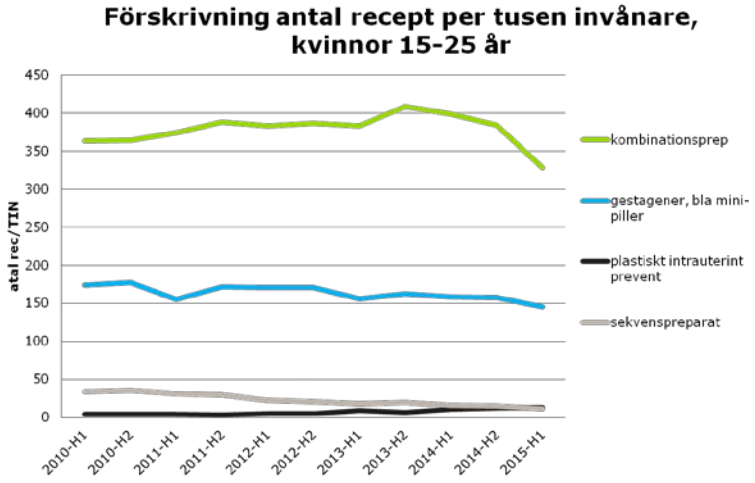
Kostnaden:

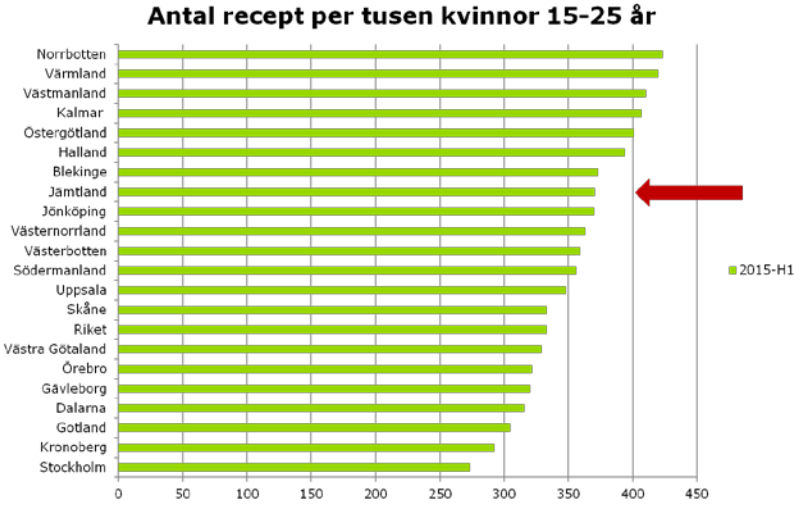
Kostnaden för preventivmedel till målgruppen har minskat om man jämför året innan med året efter införandet.



Förskrivningen:

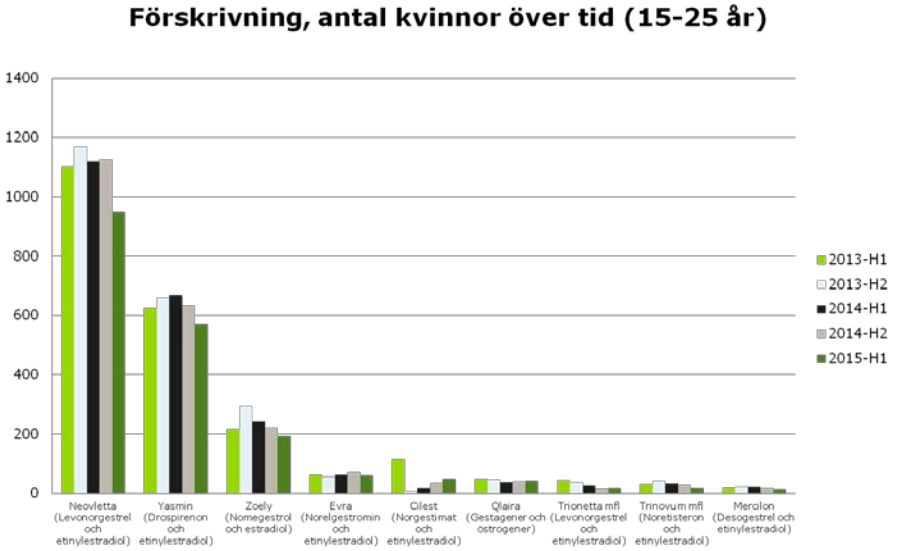
Förskrivningen i målgruppen har minskat något mellan åren, det gäller framförallt kombinerade p-piller. Vi ligger ändå klart över riksgenomsnittet men en bit efter Norrbotten som toppar antalet preventivmedelsrecept till målgruppen första halvåret 2015. Inget talar för att tillgängligheten till barnmorskemottagningen eller ungdomsmottagningen skulle försämrats mellan åren.





Följsamheten till rekommendationer av preparatval i Z-läkemedel:

är mycket god och inget talar för en ökad förskrivning av preparat utom förmånen på andra grunder än enskilda kvinnors behov. Användningen av långverkande och säkrare preparat till denna högfertila grupp har ökat i enlighet med nyare regionala och nationella rekommendationer.



Slutsats:

Den nya preventivmedelssubventionen har tagits emot mycket väl av målgruppen och professionen och är en viktig del av insatserna i det fortsatta arbetet med att söka minska antalet oönskade graviditeter bland regionens invånare.

Andra strategier framåt :

God tillgänglighet, användning av metoder som passar den enskilda kvinnan, dock med ansats till en ökad användning av LARC (long acting reversible contraception).
Ökad ansträngning att kvinnor får ett välfungerande preventivmedel så snart som möjligt efter en genomgången abort .

Riktlinjen för preventivmedelsrådgivning i regionen är nyligen uppdaterad (1/9 2015) och den 2/9 genomfördes en välbesökt fortbildningsdag för förskrivare i samverkan mellan mödrahälsovården och läkemedelskommittén.

Sammanställt av Pia Collberg, mödrahälsovårdsöverläkare, Region Jämtland Härjedalen
Statistikunderlag gällande aborter framtaget av undertecknad, medan statistikunderlag gällande förskrivning och kostnader är framtaget i samverkan med Karin Lindgren Läkemedelsstrateg, Region Jämtland Härjedalen .

Pia Collberg , Östersund 15 09 10

Landstingsfullmäktige

§ 72 Rekommendation om gemensam enhetligmodell för preventivmedelssubvention (LS/903/2013)

Ärendebeskrivning

Sveriges Kommuner och Landsting har beslutat att rekommendera landstingen och regionerna om en gemensam enhetlig modell för preventivmedelssubvention som innebär

- att åldersgräns för subvention är 25 år,
- att egen kostnad inte ska överstiga 100 kr vid köp av subventionerade preventiv-medel, samt
- att preventivmedel ska ingå i läkemedelsförmånen för att vara aktuell för subvention.

Jämtlands läns landsting har sedan 1994 haft subvention av preventivmedel som inneburit ett reducerat pris på 50 % av årskostnaden för alla receptbelagda preventivmedel och en åldersgräns på 24 år.

Jämtlands läns landsting har hittills i undantagsfall godkänt preventivmedel utanför läkemedelsförmånen i de fall preparaten inom förmånen inte är lämpade för den enskilda patienten och i de fall patienten behöver annat preventivmedel än p-piller, ex vis p-stav eller p-spruta. Undantagen från läkemedelsförmånen har varit begränsade och strikt behovsprövade.

Landstinget bör även fortsättningsvis ha möjlighet att bevilja subvention av preventiv-medel som inte ingår i läkemedelsförmånen. SKL:s rekommendation bör därför antas vad avser egenkostnad och åldersgräns, d v s 100 kr i egenavgift och åldersgräns på 25 år.

Förslaget innebär en merkostnad för JLL på ca 500 000:- per år. En inprioritering av de ökade kostnaderna gjordes av landstingsfullmäktige i november 2013 i samband med att reviderad landstingsplan 2014-2016 antogs.

En förändring i enlighet med rekommendationen förväntas ge en positiv effekt och leda till en minskning av antalet aborter i länet. En utvärdering av effekterna på aborttalen föreslås ske ett år efter rekommendationens införande.

Landstingsstyrelsen beslutade 2014-01-21—22, §16 om preventivmedelssubvention enligt följande:

1. Jämtlands läns landsting antar rekommendationen om subvention av preventiv-medel med en åldersgräns på 25 år och att egen kostnad inte ska överstiga 100 kr vid köp av preventivmedel.
2. Beslutet gäller från och med mars 2014.
3. En utvärdering av effekterna avseende antalet aborter i länet ska ske ett år efter införande av rekommendationen.

Beslutet bör förtydligas och tas av landstingsfullmäktige varför landstingsstyrelsens beslut förelås upphävas.

Beslutsunderlag

SKL:s rekommendation om gemensam enhetlig modell för preventivmedelssubvention
Skrivelse från SKL - Vikten av enighet runt preventivmedelssubventionen
Protokollsutdrag landstingsstyrelsen 2014-01-21—22, § 16

Landstingsdirektörens förslag

1. Landstingsstyrelsens beslut från 2014-01-21—22, § 16 upphävs.

2. Landstingsstyrelsen föreslår landstingsfullmäktige

   a. Jämtlands läns landsting subventionerar receptbelagda preventivmedel som ingår i läkemedelsförmånen. Subvention kan i undantagsfall ges för preventivmedel utanför förmånen då preventivmedel inom förmånen inte lämpar sig för patienten.

   b. Subventionen gäller för personer skrivna i Jämtlands län till och med 25 år.

   c. Patienten ska själv betala högst 100 kronor per år.

   d. Beslutet gäller från och med 1 maj 2014.

   e. Landstingsstyrelsen får i uppdrag att göra en utvärdering av effekterna avseende antalet aborter i länet. Utvärderingen ska ske ett år efter införande av de nya reglerna för preventivmedelssubvention.

LANDSTINGSSTYRELSENS BESLUT

1. Landstingsstyrelsens beslut från 2014-01-21—22, § 16 upphävs.

2. Landstingsstyrelsen föreslår landstingsfullmäktige

   a. Jämtlands läns landsting subventionerar receptbelagda preventivmedel som ingår i läkemedelsförmånen. Subvention kan i undantagsfall ges för preventivmedel utanför förmånen då preventivmedel inom förmånen inte lämpar sig för patienten.

   b. Subventionen gäller för personer skrivna i Jämtlands län till och med 25 år.

   c. Patienten ska själv betala högst 100 kronor per år.

   d. Beslutet gäller från och med 1 maj 2014.

e. Landstingsstyrelsen får i uppdrag att göra en utvärdering av effekterna avseende antalet aborter i länet. Utvärderingen ska ske ett år efter införande av de nya reglerna för preventivmedelssubvention.

Yrkanden

Anna Hildebrand (MP) yrkar följande:
”Landstingsstyrelsen får i uppdrag att se över Norrbottens läns landstings modell med fria preventivmedel.”

Harriet Jorderud (S) yrkar avslag på Anna Hildebrands yrkande.

Proposition

Ordföranden ställer proposition på landstingsstyrelsens förslag och finner det antaget.
Ordförande ställer proposition på Anna Hildebrands tilläggsyrkande och finner det avslaget.

Omröstning

Omröstning begärs.

Propositionsordning

Den som avslår tilläggsyrkandet röstar ”Ja”.
Den som bifaller tilläggsyrkandet röstar ”Nej”.

Omröstningsresultat

Med 28 ja-röster, 22 nej-röster och 5 frånvarande avslås Anna Hildebrands tilläggsyrkande.

LANDSTINGSFULLMÄKTIGES BESLUT

1. Jämtlands läns landsting subventionerar receptbelagda preventivmedel som ingår i läkemedelsförmånen. Subvention kan i undantagsfall ges för preventivmedel utanför förmånen då preventivmedel inom förmånen inte lämpar sig för patienten.

2. Subventionen gäller för personer skrivna i Jämtlands län till och med 25 år.

3. Patienten ska själv betala högst 100 kronor per år.

4. Beslutet gäller från och med 1 maj 2014.

5. Landstingsstyrelsen får i uppdrag att göra en utvärdering av effekterna avseende antalet aborter i länet. Utvärderingen ska ske ett år efter införande av de nya reglerna för preventivmedelssubvention.

KOMMUNINVEST
Svenska kommuner och landsting i samverkan

Örebro 2015-07-03

Region Jämtland Härjedalen
Regionstyrelsens ordförande
Box 654
831 27 Östersund

Erbjudande om medlemskap i Kommuninvest ekonomisk förening

Region Jämtland Härjedalens intresseanmälan om medlemskap i Kommuninvest ekonomisk förening har behandlats av föreningens styrelse.

Styrelsen beslutade den 30 juni 2015 att erbjuda Region Jämtland Härjedalen medlemskap i Kommuninvest ekonomisk förening.

Med vänlig hälsning

KOMMUNINVEST I SVERIGE AB (PUBL)

Krister Frödin
Kundansvarig

Postadress: Box 124, 701 42 Örebro • Besöksadress: Fenixhuset, Drottninggatan 2
Tel: 010-47 08 700 • Fax: 019-12 11 98 • E-post: förnamn.efternamn@kommuninvest.se • Internet: www.kommuninvest.se

Regionstyrelsen
Solbritt Wennerberg
Tfn: 063-147835
E-post: solbritt.wennerberg@regionjh.se

2015-10-07

RS/1328/2015

Medlemskap i Kommuninvest

Ärendebeskrivning

Sammanfattning/Bakgrund
Region Jämtland Härjedalen står inför stora ekonomiska utmaningar. De senaste åren har resulterat i ekonomiska underskott. Årsbokslutet för 2014 och årsprognosen för 2015 visar på en oroväckande ökningstakt av underskottet. Nettokostnadsutvecklingen överstiger kraftigt takten i intäktsökningen. Soliditeten har försämrats under flera år.

Region Jämtland Härjedalens ekonomiska läge är mycket bekymmersamt och samtliga verksamheter måste noggrant överväga vilken verksamhet som ska bedrivas och med vilken ambitionsnivå. Prognosen är ett ekonomiskt underskott för helåret 2015 på minus 265 miljoner kronor Framtida nödvändiga strategiska investeringar kommer kräva upplåning.

Lånebehovet är i finansplanen bedömd till i storleksordningen 100 mkr per år 2016-2018. Ekonomidirektören rekommenderar ett medlemskap i Kommuninvests ekonomiska förening. Kommuninvest är den största aktören på den kommunala lånemarknaden i Sverige och kan erbjuda konkurrensmässiga villkor i jämförelse med övriga aktörer på den finansiella marknaden.

Innan en region/landsting eller kommun erbjuds medlemskap genomförs en analys av kommande medlems finansiella situation. Sedan sker en ekonomisk uppföljning två gånger per år eller oftare om det bedöms nödvändigt.

Region Jämtland Härjedalen har under våren fört en dialog om medlemskap och villkor i Kommuninvest ekonomisk förening. Den 30 juni 2015 beslutade styrelsen i Kommuninvest att erbjuda Region Jämtland Härjedalen medlemskap. För att kunna bli medlemmar från 2016-01-01, krävs att ärendet tas upp och beslutas i styrelsen 4 november och i fullmäktige 23-25 november.

Allmänt om Kommuninvest
Kommuninvest består av två integrerade enheter, Kommuninvest ekonomisk förening och Kommuninvest i Sverige AB. Kommuninvest är en etablerad och erkänd aktör. De övervakas löpande av Finansinspektionen och är även penningpolitisk motpart till Riksbanken och medlem i deras betalsystem RIX.

Kommuninvest är en mycket pålitlig och trovärdig aktör på finansmarknaden. De har högsta möjliga kreditbetyg (AAA, Aaa). Få kreditinstitut i världen erbjuder värdepapper med lika hög kreditvärdighet. Att investera i obligationer eller andra värdepapper som ges ut av Kommuninvest är ett attraktivt alternativ för svenska och internationella investerare som söker placeringar som förenar avkastning med mycket hög säkerhet. Borgensåtagandet är fundamentet för Kommuninvests goda kreditvärdighet.

Kommuninvest har lägsta möjliga riskvikt. Ur ett riskhänseende betraktas värdepapper utgivna av Kommuninvest som likställda med värdepapper utgivna av svenska staten. Kommuninvests konstruktion med ägare som aldrig kan gå i konkurs eller försvinna samt har beskattningsrätt, gör dem till en stabil aktör på den globala finansmarknaden.

Kommuninvest ekonomisk förening utgör ägarorganisationen och administrerar den solidariska kommunala borgen som utgör garanti för bolaget. Varje medlem betalar ett andelskapital/medlemsinsats som beräknas efter antalet invånare i kommunen/landstinget/regionen.

Kommuninvest i Sverige AB är föreningens kreditmarknadsbolag som erbjuder medlemmarna krediter och finansiell rådgivning. Som kommunägt företag regleras verksamheten av kommunallagen.

Kapitalisering och nya stadgar
Skärpta EU-regler innebär att Kommuninvest liksom övriga banker och finansinstitut inom unionen måste stärka sitt kapital. För Kommuninvests del innebär de nya reglerna att de måste öka det egna kapitalet för att leva upp till det nya bruttosoliditetskravet. Bruttosoliditet är ett riskmått som avser eget kapital i förhållande till de genomsnittliga totala tillgångarna. Föreningsstyrelsen tog därför under 2013 fram ett förslag till hur den befintliga modellen för kapitalförstärkning kan vidareutvecklas. Beslut togs av föreningsstämman 2014 och 2015. Medlemmarna har genom att anta de nya stadgarna, skapat grunden för att genom egna insatsbetalningar bygga upp det kapital som organisationen behöver för att kunna fortsätta att förse svensk kommunsektor med en effektiv och säker finansiering av de investeringar som behöver göras under kommande år.

Vad som i slutändan beslutas bli lägsta bruttosoliditetsnivå kommer att bestämmas av EU-kommissionen först vid utgången av 2016. Senast vid utgången av 2017 måste Kommuninvest ha uppnått bruttosoliditetskravet.

I de nya stadgarna införs en högsta insatsnivå uttryckt i kronor per invånare samt två delnivåer som motsvarar halva respektive tre fjärdedelar av den högsta insatsnivån. När en enskild medlems insatsnivå växer och passerar dessa nivåer, är medlemmen inte längre skyldig att erlägga delar eller hela den årliga insats som annars ska betalas.

Medlemsinsats
Kommuninvest är en ekonomisk förening vilket innebär en medlemsinsats vid eventuellt medlemskap. Tabellen nedan visar aktuella insatsnivåer.

Miniminivå för andelskapitalet/medlemsinsatsen är 40 kr per invånare för landsting och regioner. Utöver miniminivån kan Region Jämtland Härjedalen erlägga ytterligare insats. Den stadgeenliga insatsskyldigheten för landsting/regioner är maximerad till 180 kr per invånare. Innan maxnivån av medlemsinsats är uppnådd betalas en årlig insats. Vanligtvis används eventuell utdelningen till den årliga insatsen. Utdelningens storlek och den årlig insatsen beslutas på föreningsstämman året innan.

Medlemsinsats	**Kronor/invånare**	**Belopp kr för Region Jämtland Härjedalen**
Miniminivå	40	5 076 000
50 procent	90	11 421 000
75 procent	135	17 131 500
100 procent, maxnivå	180	22 842 000

De flesta medlemmar har hittills erlagt 75-100 procent av medlemsinsatsen till Kommuninvest.

Utdelning och ränta på insatskapitalet
Räntan på insatskapitalet under 2015 fastställdes av stämman 2014 till 2,5 procent. Ränta på insatskapitalet är inte att jämföra med räntan på ett skuldebrev. Den är istället en form av utdelning som ska bekostas inom ramen för den ekonomiska föreningens utdelningsbara medel. Utdelningen består av två delar. Först en räntedel sedan en volymrelaterad del. Med affärsvolym avses ett ekonomiskt mått som avspeglar hur medlemmen under räkenskapsåret utnyttjat tjänster och annan service, baserat på lånevolym, erlagd ränta, ersättning eller annan sådan grund. Gäller även affärsvolym relaterad till bolag, stiftelser och kommunalförbund för vilken medlemmen tecknat borgen.

Föreningen kan inte i förväg utlova vad räntenivån på insatskapital kommer att bli under kommande år. Nivån bestäms i efterhand på föreningsstämman. Föreningen eftersträvar dock att kompensera medlemmarna med en rimlig ränta på det kapital som belöper på var och en av dem.

Förekommande utdelning på insatskapitalet får – i takt med att kommun eller landsting/region uppnår de högre insatsnivåerna - till större och större del behållas av medlemmen. Den årliga insats som är knuten till storleken på utdelning blir lägre och lägre för att till slut bortfalla när maxnivån är uppnådd.

Andel av den högsta insatsnivå som erlagts	**Reducering av den årliga insatsen med**
Mindre än 50 procent	0 procent
50 till mindre än 75 procent	50 procent
75 till mindre än 100 procent	75 procent
100 procent	100 procent

Åtaganden

I samband med medlemskapet tecknar medlem borgen såsom för egen skuld (proprieborgen) för samtliga förpliktelser som Kommuninvest i Sverige AB ingått eller kommer att ingå. Den ingångna borgen är alltså en borgen för Kommuninvest och inte en borgen för övriga kommuner. Fordringsägaren behöver inte först försöka få betalt från Kommuninvest, utan hela beloppet kan krävas direkt från en eller flera medlemmar. Medlemmarna har därigenom ett direkt ansvar för Kommuninvests upplånade medel, betalningsskyldigheter enligt derivatkontrakt samt övriga förpliktelser.

För att reglera ansvaret för det solidariska borgensåtagandet har medlemmarna mellan sig tecknat ett regressavtal. Avtalet innebär att alla medlemmar ansvarar för den förfinansiering (ej utlånad upplåning), med tillhörande motpartsexponering i derivat, i proportion till medlemmens andelskapital. Det innebär att även den medlem som inte lånat hos Kommuninvests bär risk i denna del. Nya medlemmar blir ansvariga även för redan ingångna förpliktelser.

Det solidariska borgensåtagandet avser enbart de förpliktelser som uppstår i Kommuninvest i Sverige AB. En medlem kan via det solidariska borgensåtagandet inte bli betalningsskyldig för en annan medlems förpliktelser som ligger utanför Kommuninvest i Sverige AB.

Medlemmarna är ansvariga i enlighet med borgensförbindelsen för samtliga bolagets utestående förpliktelser till förfall. Vid utträde eller uteslutning är medlem ansvarig för sin del av de förpliktelser som uppstått fram till medlemmens avgång ur föreningen. Efter utträde eller uteslutning ur föreningen är medlems ansvar för bolagets förpliktelser begränsat till sådana förpliktelser som existerade vid medlemmens avgång ur föreningen. Avgående medlem är inte ansvarig för de förpliktelser som inträffar därefter.

För Kommuninvests utlåning, med tillhörande motpartsexponering i derivat, fördelas ansvaret i relation till respektive medlems andel av Kommuninvests totala utlåning. Detta innebär att Region Jämtland Härjedalens risktagande i Kommuninvests utlåning begränsas till den upplåning man har hos Kommuninvest.

För att begränsa den risk som finns i den solidariska borgen finns ett antal barriärer upprättade hos Kommuninvest. Dels finns det arbete som Kommuninvest gör med att förebygga/undvika risk dels finns de säkerheter som motparter i derivatmarknaden ställer ut dels finns den ekonomiska bufferten i form av ackumulerade vinster hos Kommuninvest.

Ekonomiska konsekvenser

Ett medlemskap i Kommuninvest ger möjligheter till bra lånevillkor och avkastning på insatt kapital. Som medlem i Kommuninvest kan bättre lånevillkor skapas än vad var och en medlem enskilt kan åstadkomma.

De ekonomiska konsekvenserna i övrigt utgörs av medlemsinsatsen i den ekonomiska föreningen som för Region Jämtland Härjedalen är maximalt 22 842 000 kronor utifrån nuvarande invånarantal. Detta belopp får Region Jämtland Härjedalen tillbaka vid eventuellt utträde och det påverkar därför inte resultatet utan hanteras i

balansräkningen. Uppsägning för utträde får dock göras tidigast två år från inträde i föreningen och ska vara skriftlig.

Med medlemskapet följer att Region Jämtland Härjedalen ingår en så kallad proprieborgen, vilket innebär att långivaren kan vända sig till vilken kommun som helst för att kräva betalning om Kommuninvest AB skulle ställa in sina betalningar. Sannolikheten för att borgensåtagandet behöver infrias bedöms som mycket låg utifrån en samlad bedömning av medlemmarnas ekonomiska ställning och det svenska statsskicket med en stark integrering mellan kommunal och statlig nivå. Vid ett eventuellt infriande av borgensåtagandet regleras detta i sin tur genom ett regressavtal där respektive medlem svarar för sin andel av borgensåtagandet.

Kommuninvest arbetar aktivt för att minimera – eller i bästa fall eliminera – risker i verksamheten. Den grundläggande principen för riskhantering är att villkoren för upplåning och utlåning ska vara likvärdiga. Enligt Kommuninvests direktiv ska upplåningen alltid överstiga utlåningen. Mellanskillnaden utgörs av en överskottslikviditet som, i avvaktan på utlåning, placeras i trygga och likvida värdepapper. Likviditetsreserven förvaltas aktivt med lågt risktagande.

Barnperspektivet, jämställdhetsperspektivet och mångfaldsperspektivet
Låga räntekostnader för Region Jämtland Härjedalen innebär ökade möjligheter att utveckla kärnverksamheten vilket i sin tur gagnar invånarna oavsett ålder, kön, etnisk bakgrund och sexuell läggning.

Miljöperspektivet
Låga räntekostnader för Region Jämtland Härjedalen innebär ökade möjligheter att utveckla miljöperspektivet genom ökade resurser till miljövänliga åtgärder.

Kommuninvest kan erbjuda ”gröna lån”. De skulle kunna få Region Jämtland Härjedalen att ta ansvar och göra en insats för en hållbarare framtid för alla genom att visa att vi ”tänker grönt” hela vägen. Kommuninvests medlemmar kan påverka och inspirera hela finansmarknaden genom att ”tänka grönt” och fatta ”gröna beslut” och försöka styra utvecklingen.

Kommuninvest erbjuder gröna lån för att alla ska kunna låna grönt och för att deras ägardirektiv säger att de ska bidra till en hållbar utveckling av samhället genom att minska den egna miljöbelastningen. Ett grönt lån är projekt och åtgärder som främjar omställningen till lägre koldioxidutsläpp, klimattålig tillväxt och minskad miljöpåverkan.
Exempel på projektkategorier

- Energieffektivisering
- Avfallshantering
- Kollektivtrafik
- Förnyelsebar energi
- Green buildings
- Klimatanpassningsåtgärder
- Vattenhantering
- Hållbar miljö

Lånen är i princip lika enkla som ett traditionellt lån och kostar inte mer. De ger bland annat en medverkan till att möjliggöra Kommuninvests gemensamma gröna obligation. Det finns en kraftigt ökad efterfrågan från investerare de senaste två åren.

Omvärldsperspektivet
De flesta primärkommuner (ca 280) och 8 landsting/regioner är medlemmar i denna frivilliga medlemssamverkan. Tillsammans skapas således bättre lånevillkor än vad var och en kan åstadkomma på egen hand.

De 4 nordiska länderna har liknande lösningar. Därutöver finns modellen i Frankrike, Holland, Nya Zeeland och Japan. England är på gång med en liknande organisation.

Bilagor
Stadgar
Borgensåtagande
Regressavtal
Derivatavtal

Stadgar i Kommuninvest ekonomisk förening

Beslutade vid ordinarie föreningsstämma i Kommuninvest ekonomisk förening den 10 april 2014 samt den 16 april 2015. Registrerade av Bolagsverket 2015-06-11.

§ 1 Verksamhetens ändamål, art och finansiering

Ändamål

Föreningen är en medlemsorganisation med svenska kommuner som medlemmar och har till ändamål att i sin verksamhet förverkliga en gemensam verksamhetsidé och vision bestående i att främja sina medlemmars ekonomiska intressen genom att skapa varaktigt bästa villkor för medlemmarnas upplåning, samt att genom stöd till medlemmarna skapa goda förutsättningar för deras verksamhet på det finansiella området.

Verksamhetens art

Föreningen skall främja ändamålet genom att självt eller genom företag:

- verka som kommungäld för dess medlemmar och till dem närstående juridiska personer
- lämna finansiell service till medlemmarna och till dem närstående juridiska personer
- bidra till en effektiv finansiering och finansverksamhet i den kommunala sektorn
- främja medlemmarnas och den kommunala sektorns samverkan och kunskapsutveckling inom det finansiella området
- aktivt ta tillvara den kommunala sektorns intressen inom det finansiella området gentemot olika samhällsorgan och aktörer, i opinionsbildning såväl nationellt som internationellt
- bedriva annan verksamhet som har ett naturligt samband och är förenlig med ovan nämnda verksamheter

Med till medlemmar närstående juridiska personer avses juridiska personer varöver medlem, ensamt eller tillsammans med annan eller andra medlemmar, utövar ett bestämmande inflytande, och stiftelser bildade av medlem och med ändamål uteslutande inom det kommunala kompetensområdet. I dessa stadgar skall med begreppet medlem även avses till medlem närstående juridisk person, när så är tillämpligt.

Föreningen skall bedriva verksamheten inom ramen för den kommunala kompetensen.

Verksamheten skall bedrivas enligt sunda ekonomiska och affärsmässiga principer, med beaktande av att föreningen inte skall bedrivas med vinstsyfte.

Föreningen kan bedriva hela eller delar av sin verksamhet genom företag. Den huvudsakliga verksamheten skall bedrivas genom företag som skall vara ett av föreningen helägt kreditmarknadsföretag.

Verksamhetens kapitalisering och finansiering

Föreningen skall sträva efter att föreningen och dess företag skall vara kapitaliserade på ett sätt

som syftar till att säkra föreningens finansiella oberoende och utveckling, samt skall syfta till att främja föreningens ändamål.

Finansieringen av verksamheten bör huvudsakligen ske genom insatskapital samt vinstmedel som överförs från föreningens företag eller som uppkommer i föreningens verksamhet.

Föreningen kan uppta lån från medlemmar och/eller andra finansiärer.

§ 2 Firma och säte

Föreningens firma är Kommuninvest ekonomisk förening.

Föreningens styrelse skall ha sitt säte i Örebro.

§ 3 Medlemskap

Förutsättningar för medlemskap

Medlem i föreningen skall vara svensk kommun. Med kommun avses i dessa stadgar primärkommun och landsting, eller annan motsvarande enhet eller region som kan komma att bildas antingen i enlighet med lag (1979:411) om ändringar i Sveriges indelning i kommuner och landsting i dess nuvarande eller i framtiden ändrade lydelse eller i enlighet med sådan ny lag som kan komma att ersätta ovan angiven lag.

Primärkommun eller annan motsvarande enhet benämns i dessa stadgar primärkommun. Landsting, annan motsvarande enhet eller region benämns i dessa stadgar landsting.

Ansökan om medlemskap görs till föreningens styrelse, som beslutar om inval av nya medlemmar.

Kommun som söker medlemskap, liksom kommuner som beviljats medlemskap, samt till dem närstående juridiska personer, förutsätts:

- ha en god ekonomisk hushållning i sin verksamhet
- bedriva sin verksamhet på ett sådant sätt att den i kommunallagen definierade kommunala kompetensen efterlevs i alla väsentliga avseenden
- dela föreningens intressen och stödja dess ändamål i alla delar

Särskilt om medlems rättigheter och skyldigheter

Endast medlemmar och till dem närstående juridiska personer får erbjudas möjlighet att nyttja de tjänster som föreningen skall tillhandahålla genom föreningens företag.

Medlems rätt att bruka tjänster som tillhandahålls genom föreningens företag kan komma att inskränkas om kreditgivning eller tillhandahållandet av annan tjänst bedöms vara oförenlig med lagstiftning, riktlinjer från tillsynsmyndighet, god sed, företagsstyrelsens policy och riktlinjer eller dessa stadgar.

Samtliga medlemmar i föreningen skall i enlighet med separat tecknad borgensförbindelse ansvara solidariskt såsom för egen skuld för föreningens företags samtliga förpliktelser.

Vid händelse av medlems infriande av borgensansvar äger denne rätt att regressvis utkräva ersättning av övriga medlemmar i enlighet med av samtliga medlemmar undertecknad separat regressförbindelse.

Medlem är skyldig att följa föreningsstyrelsens beslut och skall vid anfordran lämna information om sin ekonomiska situation och andra uppgifter som behövs för föreningens företags bedömning av medlemmen.

Utöver vad som här angivits har medlem de rättigheter och skyldigheter som framgår av stadgarna i övrigt och vid var tid gällande avtal mellan föreningens medlemmar och föreningens företag samt som följer av gällande lag och författning.

Utträde och uteslutning

Medlem har rätt att säga upp sig till utträde ur föreningen. Uppsägning skall vara skriftlig. Uppsägning för utträde får göras tidigast två år från inträdet i föreningen.

Avgång ur föreningen sker vid utgången av det räkenskapsår som slutar näst efter sex månader sedan medlemmen har sagt upp sig till utträde, såvida inte tvingande reglering i vid var tid gällande lag om ekonomiska föreningar föranleder rätt till tidigare avgång ur föreningen.

Medlem som väsentligen åsidosätter sina skyldigheter gentemot föreningen eller föreningens företag, eller på annat sätt väsentligen motverkar föreningens intressen får efter beslut av föreningsstämman uteslutas.

Medlems ansvar för föreningens företags samtliga förpliktelser enligt separat tecknad borgensförbindelse skall efter utträde eller uteslutning fortgå och därvid vara begränsat till sådana förpliktelser som existerade vid medlemmens avgång ur föreningen.

§ 4 Offentlighet

Allmänhetens rätt att ta del av handlingar

Allmänheten skall ha rätt att ta del av handlingar hos föreningen och föreningens företag i den utsträckning som gäller för allmänna handlingars offentlighet.

§ 5 Medlemsinsatser

5.1 Allmänt

Medlem ska delta i föreningen med obligatorisk medlemsinsats som beräknas på det sätt som anges nedan.

Medlemsinsatser erläggs eller tillgodoförs i följande former:

1. Insats vid inträde som medlem,
2. Årlig insatsskyldighet,
3. Insats för befolkningsökning,
4. Insats för föreningens regelefterlevnad,
5. Insatsemission och
6. Annan betalning av insats.

Kapital som tillskjuts i andra former än 1-6 får inte tillgodoräknas som medlemsinsats.

Medlem får delta med insats utöver den obligatoriska insatsen. Sådan överinsats regleras i § 6.

5.2 Beräkning av den obligatoriska medlemsinsatsens storlek och dess erläggande

Den lägsta nivån på insats bestäms av styrelsen och ska inte överstiga 200 kronor per invånare för primärkommun, med eventuell justering enligt § 5.9.

Senast vid 2018 års ingång ska alla medlemmar ha erlagt/tillgodoförts en medlemsinsats som lägst uppgår till 200 kronor per invånare för en primärkommun, med eventuell justering enligt § 5.9.

Den högsta insats som medlem är skyldig att delta med i föreningen ska vara 900 kronor per invånare för primärkommun, med eventuell justering enligt § 5.9.

Landsting ska delta i föreningen med en femtedel av den lägsta och högsta nivån som styrelsen fastställer för primärkommuner, med beaktande av skillnad i beräkning som kan följa av § 5.9.

En medlems högsta och lägsta obligatoriska insatskapital beräknas enligt följande:

För en primärkommun beräknas det lägsta och det högsta insatskapitalet genom att multiplicera de belopp som fastställts av styrelsen som lägsta respektive högsta belopp per invånare med antalet invånare i kommunen, räknat vid beräkningsårets början. För landsting ska det insatsbeloppet högst fastställas till en femtedel av vad som gäller för primärkommun, med beaktande av skillnad i beräkning som kan följa av § 5.9.

Styrelsen får besluta att tillämpa lägre insatsbelopp per invånare då invånarantalet överstiger de gränser som anges i § 5.9.

Den samlade obligatoriska insatsens delar erläggs/tillgodoförs vid olika tidpunkter. Första gången vid inträdet som medlem samt därefter på det sätt som anges för var och en av de former som föreningen använder.

Har medlem erlagt eller tillgodoförts insatsbelopp som överstiger de högsta insatsbelopp som medlemmen är skyldig att delta med, överförs det överskjutande beloppet till överinsatser.

5.3 Betalning av insats vid inträde som medlem

Vid inträde ska medlem kontant betala det lägsta obligatoriska insatsbeloppet som fastställts av styrelsen enligt § 5.2 ovan.

En medlems insatskapital vid inträdet beräknas enligt följande:

Ett insatsbelopp per invånare i primärkommun ska årligen fastställas av styrelsen. Det får inte vara högre än 200 kronor. För landsting ska insatsbeloppet vid inträde högst fastställas till en femtedel av vad som gäller för primärkommun.

Insatsen vid inträde ska uppgå till av styrelsen fastställt insatsbelopp per invånare multiplicerat med antalet invånare i primärkommunen eller landstinget, räknat vid inträdesårets början.

Styrelsen får besluta om att tillämpa lägre insatsbelopp per invånare då invånarantalet överstiger de gränser som anges i § 5.9.

5.4 Årlig insatsskyldighet

Medlem skall, om stämman så beslutar, delta i föreningen med en årlig insats. På förslag från styrelsen fastställer stämman storleken på medlemmarnas årliga insatsskyldighet uttryckt i ett procenttal av den vid stämman beslutade överskottsutdelningen i form av insatsränta och/eller återbäring enligt § 18.

Stämman får besluta om olika procenttal för olika former av överskottsutdelning. Den årliga insatsskyldigheten får dock inte överstiga 100 procent av den beslutade överskottsutdel-ningen i form av ränta och/eller återbäring.

Har medlem senast vid utgången av året före stämmans beslut om årsinsats erlagt/tillgodoförts medlemsinsats som sammanlagt uppgår till hälften, tre fjärdedelar eller det högsta av för medlemmen fastställt obligatoriskt insatsbelopp ska den årliga insatsen för medlemmen reduceras enligt följande:

Andel av den högsta insatsnivå som erlagts	**Reducering av den årliga insatsen med**
< 50 %	0 %
50 % – < 75 %	50 %
75 % – < 100 %	75 %

100 % –	**100 %**

Den årliga insatsen förfaller till betalning en månad efter beslut fattats av stämman eller den senare tidpunkt som stämman beslutar och skall betalas kontant.

5.5 Annan betalning av insats

Styrelsen får besluta att medlem får välja att erlägga en eller flera särskilda insatser för att helt eller till viss del fullgöra den obligatoriska medlemsinsatsen.

5.6 Justering vid befolkningsförändring

Från den tidpunkt då medlem uppnått den högsta medlemsinsats som kan beräknas för medlemmen enligt § 5.2, revideras insatsen vart tionde år efter styrelsens beslut.

Medlemmens insatskapital, räknat vid beräkningsårets början jämförs med den högsta medlemsinsats som kan beräknas för medlemmen enligt § 5.2 vid användning av invånarantalet vid beräkningsårets början. Belopp som överstiger medlemmens högsta obligatoriska medlemsinsats överförs från medlemmens insatskapital till överinsatser.

Belopp som saknas för att medlemsinsatsen ska uppgå till den högsta nivån, förfaller till betalning en månad efter styrelsens beslut och skall av medlemmen betalas kontant som insats för befolkningsökning.

5.7 Insats för föreningens regelefterlevnad

Om styrelsen befarar, att föreningen eller föreningens företag, eller den konsoliderade kapitaltäckningssituationen i föreningens företagsgrupp, inte kommer att klara lagstadgade krav på minimikapital, lägsta tillåtna kapitaltäckning eller befarar styrelsen annan liknande brist får en ordinarie eller extra föreningsstämma besluta om att medlemmarna ska inbetala en insats för föreningens regelefterlevnad.

Sådant belopp får högst uppgå till skillnaden mellan medlemmens redan inbetalda eller tillgodoförda medlemsinsatser och det belopp som fastställs som högsta nivån på medlemsinsats enligt § 5.2.

Det av stämman fastställda beloppet skall av medlemmarna betalas kontant vid anfordran som insats för föreningens regelefterlevnad.

5.8 Insatsemission

Med de begränsningar som anges i vid var tid gällande lag om ekonomiska föreningar kan belopp överföras till medlemsinsatserna genom insatsemission.

Sådan insatsemission fördelas proportionellt i förhållande till summan av varje medlems inbetalda insatskapital ökat med medlemmens genom tidigare insatsemissioner tillgodoförda insatser,

varvid vid framtagandet av beräkningsnyckel för insatsemission justering skall göras med beaktande av tredje stycket nedan.

Medlem äger inte rätt att få del av insatsemission som beslutas samma räkenskapsår som medlem inträder i föreningen. Insatsemission som beslutas räkenskapsåret efter det räkenskapsår som medlemmen inträdde i föreningen ska medlemmen tillgodoräknas med en tolftedel (1/12) för varje månad som denne varit medlem under inträdesåret. Den månad varunder medlemskapet beviljades räknas som hel månad. Vid utträde eller uteslutning ur föreningen tillgodoräknas den utträdande eller uteslutna medlemmen insatsemission som beslutas senast samman dag som utträdet eller uteslutningen.

Belopp som överförts till medlemsinsatserna genom insatsemissionen får endast utbetalas till medlem vid dennes avgång ur föreningen till följd av dennes utträde eller uteslutning i den ordning som anges i § 5.10.

5.9 Reducering av insatsbelopp per invånare i vissa fall

Om antalet invånare i en primärkommun överstiger 90 000 eller i ett landsting överstiger 200 000, får styrelsen, för invånarantal som överstiger denna gräns, fastställa att insatsbeloppet per invånare, som skall ligga till grund för beräkningen av insatskapitalet, ska vara lägre än fastställt högsta insatsbelopp enligt § 5.2, fastställt lägsta insatsbelopp enligt § 5.2 eller fastställt insatsbelopp vid inträde enligt § 5.3.

5.10 Återbetalning av insats

Medlem som utträder eller utesluts ur föreningen skall få ut sitt inbetalda och genom insats-emission tillgodoförda insatskapital. Utbetalning av insatskapital skall ske sex månader efter avgången.

Utbetalning av insatser får dock ske endast i den mån föreningens behållna tillgångar enligt den vid tidpunkten för avgången uppgjorda balansräkningen därtill förslår utan ianspråk-tagande av reservfond eller uppskrivningsfond och att det kan ske utan åsidosättande av övriga medlemmars lika rätt.

Därutöver förutsätter en sådan utbetalning att den enligt styrelsens bedömning är möjlig att genomföra utan att i något väsentligt avseende negativt påverka kapitaltäckningssituationen i föreningens företagsgrupp eller i föreningens företag eller medföra annan liknande brist.

Vid återbetalning äger föreningen avräkna det belopp som erfordras för reglering av förfallna motfordringar från föreningen respektive fordringar från föreningens företag.

5.11 Medlems ansvar för föreningens förbindelser

För föreningens förbindelser ansvarar medlem med sina insatser och förfallna men ej betalda insatser och i övrigt enligt vad som framgår av separat tecknad borgensförbindelse för föreningens företags samtliga förpliktelser.

§ 6 Överinsats

Styrelsen får besluta att medlemmarna får tillskjuta föreningen kapital i form överinsatser. Överinsats inräknas inte i den obligatoriska medlemsinsatsen. För överinsatserna gäller i övrigt vad föreningslagen och annan tillämplig lag föreskriver och styrelsen beslutar. Överinsatser kan också uppkomma genom att medlem på annat sätt deltar med större insats så som anges i § 5.2 samt vid justering enligt § 5.6.

Medlem har rätt att begära återbetalning av hela eller delar av överinsatsen. Återbetalning sker fem år efter skriftlig uppsägning av överinsatsen eller den tidigare tidpunkt som styrelsen beslutar och endast i den mån föreningens behållna tillgångar vid betalningstidpunkten enligt balansräkningen därtill förslår utan ianspråktagande av reservfond eller uppskrivningsfond och det kan ske utan åsidosättande av övriga medlemmars lika rätt.

Därutöver förutsätter en sådan utbetalning att den enligt styrelsens bedömning är möjlig att genomföra utan att i något väsentligt avseende negativt påverka kapitaltäckningssituationen i föreningens företagsgrupp eller i föreningens företag eller medföra annan liknande brist.

§ 7 Förlagsinsatser

Styrelsen kan besluta att kapital får tillskjutas genom tidsbestämda eller eviga särskilda insatser (förlagsinsatser). Efter godkännande av styrelsen, får även andra än medlemmar göra sådant tillskott.

De rättigheter som är förenade med förlagsinsatserna (förlagsandelar) får överlåtas till medlemmar eller efter godkännande av styrelsen till andra än medlemmar. Förvärv av förlagsandel i strid häremot är ogiltigt.

Varje förlagsinsats medför företrädesrätt till årlig utdelning från det belopp som enligt den för räkenskapsåret fastställda balansräkningen står till föreningsstämmans förfogande sedan avdrag skett för vad som åtgår till täckande av möjligen förefintlig förlust från föregående år och till reservfonden avsatts vad som enligt lag måste minst föras dit.

Företrädesrätten gäller framför såväl återbäring, oavsett om dessa inräknats i årvinsten eller ej, som insatsränta och övriga ändamål vartill angivna medel får användas.

Förekommer förlagsinsatser ska föreningsstämman årligen besluta att, i den utsträckning de för ändamålet tillgängliga medlen enligt föreningslagen förslår därtill, utdelning ska utgå på förlagsinsatserna enligt vad som framgår av förlagsandelsbevisen inom det högsta beloppet som får tillämpas.

Beslutad utdelning på förlagsinsatser förfaller till betalning inom två veckor från det beslutet därom fattats.

Beslut får fattas om betalning av sista årets/återstående utdelning vid inlösen av förlagsinsats.

Styrelsen äger besluta vem som ska få tillskjuta förlagsinsats och med vilket belopp samt de villkor som utöver vad som ovan sägs ska i varje särskilt fall iakttas.

§ 8 Bevis om insats och förlagsandel

Föreningen skall utfärda ett bevis om det inbetalda insatskapitalet till medlem samt om medlems del i föreningens insatsemission.

Föreningen ska vidare utfärda förlagsandelsbevis eller om styrelsen så beslutar, låta registrera förlagsandelar hos en central värdepappersförvaltare i enlighet med vid var tid gällande lag om ekonomiska föreningar.

§ 9 Besluts- och kontrollorgan

Kommuninvests besluts- och kontrollorgan

Föreningens besluts- och kontrollorgan är:

1. Föreningsstämman
2. Styrelsen
3. Verkställande direktören
4. Revisorerna

För beredning av föreningsstämmans beslut i tillsättandefrågor finns:

5. Valberedningen i föreningen

Ingen får samtidigt inneha mer än ett av uppdragen i 2, 3, 4 och 5.

Anställda i föreningen eller föreningens företag är inte valbara till uppdrag i 2, 4 och 5.

§ 10 Föreningsstämma

Medlemmarnas rätt att besluta om föreningens angelägenheter utövas på föreningsstämman. Varje medlem har en röst.

Varje medlem skall utse ett ombud och, för ombuds frånvaro ersättare för ombudet, för att företräda medlemmen vid föreningsstämma.

Ordinarie föreningsstämma skall hållas en gång om året senast under april månad.

På ordinarie föreningsstämma skall följande ärenden förekomma:

1. Val av ordförande vid stämman
2. Upprättande och godkännande av röstlängd
3. Val av en eller två justeringsmän
4. Prövning av om stämman blivit behörigen sammankallad
5. Fastställande av dagordning

6. Information om Kommuninvests – innefattande föreningens företag – verksamhet, ekonomi och framtidsplaner
7. Fastställande av ägardirektiv avseende föreningens företag
8. Framläggande av årsredovisning och revisionsberättelse för föreningen och koncernen
9. Beslut avseende föreningen och koncernen om (i) fastställelse av resultat- och balansräkning, (ii) om dispositioner beträffande föreningens och koncernens vinst eller förlust enligt de fastställda balansräkenskaperna, samt (iii) om ansvarsfrihet åt styrelseledamöterna och verkställande direktören
10. Fastställande av arvoden åt styrelsen, valberedningen i föreningen och revisorerna
11. Val av styrelse och av styrelsens ordförande samt vice ordförande
12. Val, i förekommande fall, av revisorer och av revisorssuppleanter
13. 13. Val av valberedning och av ordförande samt vice ordförande i valberedningen i föreningen
14. Val av representanter till bolagsstämmorna i föreningens företag
15. Beslut om plats för nästa stämma
16. Fastställande av arbetsordning för valberedningen i föreningen och arbetsordning för valberedningen i föreningens företag eller i förekommande fall, annat föreningsorgan vars arbetsordning skall behandlas av stämman
17. Förslag från styrelsen
18. Motioner
19. Annat ärende som ankommer på stämman enligt vid var tid gällande lag om ekonomiska föreningar eller stadgarna.

Extra föreningsstämma

Extra föreningsstämma skall hållas när styrelsen finner skäl till det. Sådan stämma skall även hållas när det för uppgivet ändamål skriftligen begärs av en revisor eller minst en tiondel av föreningens medlemmar. Kallelse skall utfärdas inom fjorton (14) dagar från den dag då sådan begäran kom till föreningen.

Röstning

Röstning sker öppet. Val sker med sluten omröstning, om någon begär det. Vid lika röstetal har ordföranden utslagsröst utom vid val, då utgången bestäms genom lottning.

Styrelsens deltagande

Styrelseledamöter skall närvara vid stämmomöten samt har yttrande- och förslagsrätt.

Person som föreslagits för inval till styrelsen får närvara vid föreningsstämma där fråga om val av personen skall förekomma.

Kallelser och andra meddelanden

Kallelse till föreningsstämma utfärdas av styrelsen. Kallelsen sker genom brev till föreningens medlemmar. Kallelse till föreningsstämma skall utfärdas tidigast fyra (4) veckor före stämman. Kallelse skall utfärdas senast två (2) veckor före ordinarie föreningsstämma och en (1) vecka före extra föreningsstämma.
Andra meddelanden till föreningens medlemmar skall också ske genom brev.

§ 11 Styrelse

Tillsättning m.m.

Förslag till styrelsens sammansättning skall beredas i valberedningen, varvid resultatet av de allmänna valen i medlemskommunerna skall beaktas i enlighet med riktlinjer som närmare skall framgå av arbetsordningen för valberedningen, som även skall innehålla uppgift om vad som i övrigt skall beaktas då förslag till styrelse bereds.

Styrelsen skall bestå av lägst fem (5) och högst femton (15) styrelseledamöter med lägst 5 och högst 15 suppleanter. Styrelseledamöter och suppleanter väljs årligen på ordinarie föreningsstämma för tiden intill slutet av nästa ordinarie föreningsstämma. Ordinarie föreningsstämma skall även utse ordförande och vice ordförande i styrelsen, bland valda styrelseledamöter samt fastställa i vilken ordning suppleant skall tjänstgöra om en styrelseledamot är förhindrad att inställa sig till ett styrelsesammanträde eller delta vid behandling av visst ärende.

Till styrelseledamot eller suppleant kan väljas person som är förtroendevald hos medlem. Förtroendevald är den som valts till sådant uppdrag som anges i 4 kap 1 § Kommunallagen (1991:900), i dess nuvarande eller senare ändrad lydelse. Om föreningsstämman beslutar kan dock även annan person i särskilda fall väljas till styrelseledamot eller suppleant.

En ledamots uppdrag som styrelseledamot gäller intill slutet av nästa års ordinarie föreningsstämma, såvida inte uppdraget upphör i förtid till följd av beslut på extra föreningsstämma eller genom eget utträde efter begäran om avgång till styrelsen.

Styrelsens uppgifter och beslutförhet

Styrelsen svarar för föreningens organisation och förvaltningen av föreningens angelägen-heter. I huvudsak ska styrelsen avgöra ärenden av principiell art eller av större ekonomisk betydelse. Styrelsen skall se till att organisationen beträffande bokföringen och medels-förvaltningen även innefattar en tillfredställande kontroll.

Styrelsen skall fastställa en årlig sammanträdesplan innehållande minst två styrelsemöten per år. I övrigt äger styrelsens ordförande, en styrelseledamot samt verkställande direktören rätt att begära att styrelsen sammankallas.

Styrelsen skall årligen fastställa en skriftlig arbetsordning för sitt arbete.

Föreningens firma tecknas av styrelsen och av den eller dem som styrelsen utser.

Verkställande direktören har rätt att teckna föreningens firma enligt vid var tid gällande lag om ekonomiska föreningar.

Samtliga styrelseledamöter ska kallas till sammanträde. Styrelsen är beslutför då fler än hälften av hela antalet styrelseledamöter är närvarande. Den mening för vilken mer än hälften av de

närvarande röstar gäller som styrelsens beslut. Vid lika röstetal har ordföranden utslagsröst utom vid val då utgången bestäms genom lottning.

Styrelsen skall årligen för framläggande på föreningsstämman ta fram förslag till ägardirektiv avseende utövandet av föreningens ägande i föreningens företag. Förslaget till ägardirektiv skall ange mål och riktlinjer för verksamhetens bedrivande.

Styrelsen skall årligen bereda förslag till valberedning i föreningen.

Styrelsen skall utse en valberedning för föreningens företag och utse en ordförande i denna beredning samt kan utse delegationer, utskott, beredningar eller andra organ som behövs för verksamheten.

Ordinarie föreningsstämma skall fastställa en arbetsordning för arbetet i valberedningen för föreningens företag.

Särskilt om suppleanter

Styrelsens suppleanter skall på samma vis som styrelsens ledamöter kallas till styrelsens samtliga sammanträden. Suppleant har såväl närvaro- som yttranderätt vid styrelsens sammanträden.

Ordinarie föreningsstämman beslutar i vilken ordning suppleanter träder in i styrelseledamots ställe vid dennes frånvaro från styrelsesammanträden. Till underlag för föreningsstämmans beslut skall valberedningen lägga fram förslag om ordningen för suppleanternas inträde vid styrelseledamots frånvaro.

§ 12 Verkställande direktör

Styrelsen skall utse en verkställande direktör. Styrelsen skall årligen fastställa en instruktion för verkställande direktören. Styrelsen utövar tillsyn över verkställande direktörens förvaltning.

Verkställande direktören skall handha den löpande förvaltningen av föreningen i enlighet med de riktlinjer och anvisningar som styrelsen meddelar samt sörja för att föreningens bokföring fullgörs i överensstämmelse med lag och att medelsförvaltningen sköts på ett betryggande sätt.

Verkställande direktören får, utan styrelsens bemyndigande, i brådskande fall företa åtgärder som med hänsyn till arten och omfattningen av bolagets verksamhet är av stor betydelse eller osedvanlig beskaffenhet, under förutsättning att styrelsens beslut inte kan avvaktas utan väsentlig olägenhet för föreningens verksamhet.

§ 13 Revisorer

Val av revisorer

Ordinarie föreningsstämma skall utse dels en auktoriserad revisor, eller ett registrerat revisionsbolag, dels två lekmannarevisorer.

Auktoriserad revisor

Ordinarie föreningsstämma skall utse en revisor och får utse en revisorssuppleant för tiden intill

slutet av den ordinarie föreningsstämma som hålls under det fjärde räkenskapsåret efter revisorsvalet. Om samma revisor skall utses på nytt i anslutning till att tiden enligt ovan löper ut, får föreningsstämman bestämma att uppdraget skall gälla till slutet av den ordinarie föreningsstämma som hålls under det tredje räkenskapsåret efter revisorsvalet.

Revisor jämte suppleant skall vara auktoriserad. Även registrerat revisionsbolag får utses till revisor, varvid huvudansvarig revisor skall vara auktoriserad revisor. Inför ordinarie föreningsstämma, vid vilken beslut om val av auktoriserad revisor eller registrerat revisionsbolag skall fattas, skall lekmannarevisorerna lämna förslag till auktoriserad revisor eller registrerat revisionsbolag med huvudansvarig revisor.

Lekmannarevisorer

Ordinarie föreningsstämma skall utse två lekmannarevisorer för tiden intill slutet av den ordinarie föreningsstämma som hålls under det fjärde räkenskapsåret efter valet av lekmannarevisorer. Inför ordinarie föreningsstämma, vid vilken beslut om val av lekmannarevisorer skall fattas, skall valberedningen i enlighet med § 14 lämna förslag till lekmannarevisorer.

Den som utses till lekmannarevisor skall vara eller ha varit förtroendevald hos medlem och ha särskild insikt i och erfarenhet av revision, ekonomi- och/eller finansiell verksamhet i offentlig sektor.

Lekmannarevisor skall särskilt granska om verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och ekonomiskt tillfredställande sätt samt om verksamheten bedrivs i enlighet med kommunalrättsliga regler och principer för kommunal verksamhet i företagsform.

Föreningsstämman skall fastställa en arbetsordning med föreskrifter för lekmannarevisorernas arbete.

§ 14 Valberedning

Valberedningen är föreningsstämmans organ för beredning av stämmans beslut i tillsättandefrågor med syfte att skapa ett bra underlag för stämmans behandling av dessa ärenden. Som anges under § 10 skall på ordinarie föreningsstämma årligen väljas valberedning för tiden intill slutet av nästa ordinarie föreningsstämma. Valberedningen skall bestå av minst fem (5) och högst sju (7) ledamöter. Vid ordinarie föreningsstämma utses även ordförande samt vice ordförande i valberedningen.

Styrelsen skall inför ordinarie föreningsstämma lämna förslag till ledamöter i valberedningen samt förslag till ordförande samt vice ordförande. Ledamot i valberedningen får inte samtidigt vara ledamot eller suppleant i annat förenings- eller dotterföretagsorgan.

Till ledamot kan väljas person som är förtroendevald hos medlem. Förtroendevald är den som valts till sådant uppdrag som anges i 4 kap 1 § Kommunallagen (1991:900), i dess nuvarande eller senare ändrad lydelse. Om föreningsstämman beslutar kan även annan person i särskilda fall väljas till ledamot.

Valberedningen har följande uppgifter:

- att bereda förslag till styrelse, styrelsen ordförande och vice ordförande samt ordförande och justerare vid ordinarie föreningsstämma
- att bereda förslag till arvoden och andra ersättningar
- att i förekommande fall bereda förslag till lekmannarevisorer
- att bereda sådana övriga frågor som stämman beslutat

Ordinarie föreningsstämma skall fastställa en arbetsordning för valberedningens arbete.

För beredning av årsstämmornas beslut i tillsättandefrågor i föreningens företag skall det finnas en särskild valberedning utsedd av föreningsstyrelsen.

§ 15 Grunder för beräkning av förräntning av insatskapital och återbäring

Ränta på insatskapital beräknas på summan av inbetalt insatskapital ökat med medlemmens genom tidigare insatsemissioner tillgodoförda insatser.

Ränta på insatskapital som överstiger medlemmarnas högsta obligatoriska medlemskapital kan bestämmas högre eller lägre än räntan för obligatoriskt medlemskapital.

Återbäringen beräknas på respektive medlems affärsvolym i föreningen eller i av föreningen hel- eller delägt företag. I medlems affärsvolym ska också inräknas motsvarande affärsvolym som är hänförlig till bolag, stiftelse och kommunalförbund för vilken medlemmen tecknat borgen.

Med affärsvolym avses ett ekonomiskt mått som avspeglar hur medlemmarna under räkenskapsåret utnyttjat tjänster och annan service, baserat på lånevolym, erlagd ränta, ersättning eller annan sådan grund.

Ny medlem är för första gången berättigad till att ta del av överskott genom ränta på insatskapital eller återbäring baserat på affärsvolym genom det beslut som fattas av den ordinarie stämman året efter inträdesåret.

§ 16 Föreningens upplösning

Föreningen skall träda i likvidation om likvidationsplikt föreligger enligt vid var tid gällande lag om ekonomiska föreningar eller om det på föreningsstämman beslutas om frivillig likvidation. Efter att föreningens verksamhet avvecklats och dess skulder täckts, ska behållningen fördelas mellan medlemmarna i förhållande till respektive medlems medlemsinsats varvid även insatsemissioner skall beaktas.

§ 17 Tvister

Skulle mellan föreningen och styrelsen, styrelseledamot, verkställande direktör eller medlem uppkomna tvist, skall den avgöras i den ordning lagen om skiljeförfarande stadgar. Detsamma gäller tvist mellan föreningen och före detta medlem, om tvisten gäller medlemskapet eller frågor som hänger samman med medlemskapet.

§ 18 Årsredovisning och fördelning av överskott

Räkenskapsår
Föreningens räkenskapsår skall vara kalenderår.

Fördelning av överskott
Fritt eget kapital får, sedan i lag föreskriven avsättning skett till reservfonden, disponeras av föreningsstämman enligt följande.

1. Utdelas som förlagsinsatsutdelning enligt § 7.

Vad som därefter återstår ska

2. Utdelas som insatsränta på medlemsinsatser enligt § 15, och/eller
3. Fördelas mellan medlemmarna i form av återbäring baserad på respektive medlems affärsvolym enligt § 15, och/eller
4. Fördelas mellan medlemmarna som insatsemission enligt § 5.8.

Överskott som inte av stämman fördelats enligt punkter 1-4 skall balanseras i ny räkning.

§ 19 Motioner
Medlem i föreningen kan begära att ett visst ärende ska tas upp vid ordinarie föreningsstämma. Det sker genom skriftlig motion till styrelsen senast den 31 januari samma år som föreningsstämman hålls.

Styrelsen skall lägga fram motionen med yttrande till föreningsstämman.

§ 20 Stadgeändring
Stadgeändring beslutas av föreningsstämman i den ordning som vid var tid gällande lag om ekonomiska föreningar föreskriver.

Samtliga medlemmar garanterar Kommuninvests förpliktelser

Borgensåtagandet är fundamentet för Kommuninvests goda kreditvärdighet. Förbindelsen har följande lydelse:

”Till säkerhet för samtliga förpliktelser som Kommuninvest i Sverige AB ingått eller kommer att ingå går undertecknade landsting och kommuner solidariskt i borgen såsom för egen skuld i enlighet med vad som anges i stadgarna för Kommuninvest ekonomisk förening.”

Fordringsägare kan kräva betalning direkt av borgenär

Medlemmarna har därigenom ett direkt ansvar för Kommuninvests upplånade medel, betalningsskyldigheter enligt derivatkontrakt samt övriga förpliktelser.
Borgensförbindelsen är enligt sin lydelse en proprieborgen med ett solidariskt ansvar. Detta innebär att fordringsägaren i händelse av utebliven betalning omedelbart kan avkräva betalning antingen av Kommuninvest eller av någon av borgensmännen. Fordringsägaren behöver inte först försöka få betalt från Kommuninvest, utan hela beloppet kan krävas direkt från en eller flera medlemmar.

Nya medlemmar blir ansvariga även för redan tidigare ingångna förpliktelser

Borgensförbindelsen gäller för bolagets samtliga förpliktelser. Den är inte tidsbestämd, utan gäller i princip till dess en åtgärd vidtas av bolaget eller en medlem. Genom att borgensförbindelsen är generellt utformad, blir en ny medlem ansvarig för samtliga de förpliktelser som bolaget har ingått vid tidpunkten för undertecknandet av borgensförbindelsen samt för de förpliktelser som bolaget därefter ingår.

Borgensåtagandet gäller till förfall för utestående förpliktelser

Medlemmarna är ansvariga i enlighet med borgensförbindelsen för samtliga bolagets utestående förpliktelser till förfall. Vid utträde eller uteslutning är medlem ansvarig för sin del av de förpliktelser som uppstått fram till medlemmens avgång ur föreningen.
Efter utträde eller uteslutning ansvarar inte tidigare medlem för nya förpliktelser
Efter utträde eller uteslutning ur föreningen är medlems ansvar för bolagets förpliktelser begränsat till sådana förpliktelser som existerade vid medlemmens avgång ur föreningen. Avgående medlem är inte ansvarig för de förpliktelser som inträffar därefter.

Borgensåtagandet avser enbart Kommuninvest i Sverige AB:s förpliktelser

Det solidariska borgensåtagandet avser enbart de förpliktelser som uppstår i Kommuninvest i Sverige AB. En medlem kan via det solidariska borgensåtagandet inte bli betalningsskyldig för en annan medlems förpliktelser som ligger utanför Kommuninvest i Sverige AB.

Regressavtal

Mellan Kommuninvest i Sverige AB, Kommuninvest ekonomisk förening och medlemmarna i Kommuninvest ekonomisk förening har träffats följande

1. Bakgrund

Kommuninvest i Sverige AB (”Kommuninvest”) är ett helägt dotterbolag till Kommuninvest ekonomisk förening (”Föreningen”). Föreningens medlemmar utgörs av kommuner och landsting (”Kommunerna”).Kommuninvests verksamhet består främst i att erbjuda Kommunerna olika typer av finansieringslösningar. För detta ändamål lånar Kommuninvest upp medel på den svenska och internationella kapitalmarknaden. I syfte att upprätthålla en god betalningsberedskap och för att möta Kommunernas kommande lånebehov, lånar Kommuninvest upp mer medel än vad som vid varje tillfälle lånas ut till Kommunerna. De överskjutande medlen placeras i en likviditetsreserv.

Samtliga Kommuner har, i enlighet med Föreningens stadgar, genom en särskilt tecknad förbindelse iklätt sig ett solidariskt borgensansvar för samtliga de förpliktelser som Kommuninvest har ingått och kommer att ingå (”Borgensförbindelsen”).

Enligt bolagsordningen för Kommuninvest samt stadgarna för Föreningen, skall verksamheterna bedrivas inom ramen för den kommunala kompetensen. Därigenom är risktagandet i verksamheterna begränsade på motsvarande sätt som gäller för Kommunerna. Den grundläggande synen på risk regleras i ägardirektiven som är beslutade av Föreningen. Vidare arbetar Kommuninvest med olika skyddssystem som syftar till att minska riskerna för att någon av Kommuninvests borgenärer framställer anspråk enligt Borgensförbindelsen.

Syftet med detta avtal (”Regressavtalet”) är att reglera det inbördes ansvaret mellan Kommunerna om Kommuninvests borgenärer skulle framställa anspråk gentemot någon eller några av Kommunerna enligt Borgensförbindelsen.

2. Definitioner

I Regressavtalet skall nedanstående begrepp ha följande innebörd.”Borgenär” – Borgenär som framställt krav enligt Borgensförbindelsen.

”Borgensförbindelsen” – Den av Kommunerna tecknade solidariska proprieborgen.

”Borgenskommun” – Kommun eller landsting mot vilken krav enligt Borgensförbindelsen framställts.

”Borgenskrav” – Det krav som Borgenär framställer enligt Borgensförbindelsen mot en Kommun.

”Bristen” – Skall ha den betydelse som framgår av punkten 3.4.

”Likviditetsdelen” – Skall ha den betydelse som framgår av punkten 3.3.

”Likviditetsreserven” – Den del av Upplåningsportföljen som inte utgör Utlåningsportföljen.

”Lånedelen” – Skall ha den betydelse som framgår av punkten 3.3.

”Upplåningsportföljen” – Samtliga medel som från tid till annan upplånats av Kommuninvest.

”Utlåningsportföljen” – Samtliga medel som från tid till annan utlånats av Kommuninvest.

3. Inbördes ansvar

Om någon av Kommuninvests borgenärer framställer krav enligt Borgensförbindelsen gentemot någon av Kommunerna skall följande gälla.

3.1 Om Borgenskrav framställs mot Borgenskommun skall Borgenskommunen genast meddela Kommuninvest. Kommuninvest skall så snart som möjligt, dock senast inom en vecka från mottagandet av meddelandet, informera Borgenskommunen om Kommuninvest har någon invändning mot Borgenskravet eller om det saknas invändning däremot. Skulle Kommuninvest anse att det finns grund för invändning skall Kommuninvest bistå Borgenskommunen med bestridande av Borgenskravet. Borgenskommun skall inte betala innan Kommuninvest meddelat huruvida invändning mot Borgenskravet finns, inklusive kvittningsinvändning samt att beloppet stämmer.

3.2 Kommuninvest skall, såvida Kommuninvest inte framfört någon invändning enligt punkten 3.1, senast på förfallodagen erlägga betalning till Borgenären enligt Borgenskravet, eller – om betalning redan har erlagts av Borgenskommunen – till Borgenskommunen. Om Kommuninvest saknar förmåga att erlägga full betalning enligt Borgenskravet skall Kommuninvest genast underrätta Borgenskommunen om detta och samtidigt, efter vederbörlig beräkning, skriftligen anmoda Kommunerna att erlägga betalning med ett belopp motsvarande deras respektive andelar av Borgenskravet beräknade enligt punkten 3.3 nedan.

3.3 Kommunerna skall på sätt och tid som anges i Kommuninvests anmodan enligt punkten 3.2 ovan betala sina respektive andelar av den del av Borgenskravet som Kommuninvest inte kan täcka, beräknade enligt nedan. Borgenskravet skall vid beräkningen delas upp i två delar, en del som motsvarar den andel som Utlåningsportföljen utgör av Upplåningsportföljen (”Lånedelen”) och en del som motsvarar den andel som Likviditetsreserven utgör av Upplåningsportföljen (”Likviditetsdelen”).

3.3.1 De Kommuner som har lånat medel från Kommuninvest skall betala en andel av Lånedelen motsvarande den andel som deras respektive lån utgör av Utlåningsportföljen.

3.3.2 Vid bestämmande av Kommuns lån enligt punkten 3.3.1 medräknas även Kommuninvests utlåning till andra för vilka Kommunen har tecknat annan borgen än Borgensförbindelsen. I det fall fler Kommuner tecknat sådan annan borgen för samma juridiska enhet skall lånebeloppet fördelas efter antalet borgensmän innan det medräknas.

3.3.3 Samtliga Kommuner skall betala en andel av Likviditetsdelen motsvarande den andel som respektive Kommuns insatskapital utgör av det totala insatskapitalet i Föreningen. Samtliga beräkningar enligt ovan skall ske med utgångspunkt från den tidpunkt som Borgenären har framställt sitt krav.

3.4 Om någon av Kommunerna inte kan erlägga hela eller delar av sin eller sina andelar av Borgenskravet beräknade enligt punkten 3.3 ovan (”Bristen”) skall denna kommun genast skriftligen meddela Kommuninvest detta. Kommuninvest skall därvid genast anmoda samtliga övriga Kommuner att erlägga en andel av Bristen motsvarande den andel som respektive Kommuns insatskapital utgör av det totala insatskapitalet i Föreningen. Kommunerna skall erlägga betalning på i anmodan angivet sätt och tid.

4. Avtalstid och upphörande

4.1 Detta Regressavtal löper tillsvidare. Kommunernas och Kommuninvests åtaganden enligt detta Regressavtal kan inte sägas upp eller på annat sätt återtas utan överenskommelse mellan Kommunerna och Kommuninvest.

4.2 Om detta Regressavtal sägs upp i samband med att Kommun beviljas utträde eller på annat sätt upphör att vara medlem i Föreningen, skall dock Regressavtalet i tillämpliga delar fortsätta att gälla för sådana förpliktelser som avgående Kommun alltjämt har att svara för enligt vad som framgår av Föreningens stadgar. Genom undertecknande av detta Regressavtal bekräftas Kommuns ansvar enligt vad som framgår av Föreningens stadgar avseende upphörande av medlemskap i Föreningen och avseende Borgensförpliktelsens tillämpning vid upphörande av medlemskap.

4.3 Efter utträde eller uteslutning från Föreningen skall vid beräkning av den avgående Kommunens ansvar enligt detta Regressavtal den avgående Kommunens andel av det totala insatskapitalet i Föreningen beräknas som om den avgående Kommunen alltjämnt var medlem i Föreningen. Vid sådan beräkning skall den avgående Kommunens insatskapital, som det såg ut vid avgången ur Föreningen, läggas till Föreningens totala insatskapital.

5. Meddelanden

5.1 Meddelanden som skickas enligt bestämmelserna i Regressavtalet skall skickas skriftligen via fax, bud, rekommenderat brev eller e-post till de faxnummer, adresser eller e-postadresser som framgår av Bilaga 1. Samtliga parter till detta avtal åtar sig att snarast meddela övriga parter vid ändringar av dessa faxnummer, adresser eller e-postadresser.

5.2 Tidsfrister för anmodningar enligt Regressavtalet skall börja löpa från dagen då anmodan mottagits. Ett meddelande sänt med fax eller e-post skall anses mottaget samma dag förutsatt att det kommit mottagaren tillhanda i läsbar form. Ett meddelande sänt med bud skall anses

mottaget vid det faktiska avlämnandet. Ett meddelande sänt med rekommenderat brev skall anses mottaget då mottagaren kvitterat brevet. Ett meddelande som lämnats efter 17.00 eller på dag som inte är vardag skall anses ha anlänt nästföljande vardag.

6. Ränta

6.1 I det fall Borgenskommunen har betalat Borgenären och någon annan Kommun inte har fullföljt sin skyldighet att erlägga betalning enligt punkten 3.3 ovan skall Borgenskommunen ha rätt till dröjsmålsränta från denna Kommun på det belopp som är obetalt. Årlig dröjsmålsränta skall utgå på beloppet motsvarande åtta procent över vid varje tid gällande referensränta enligt räntelagen från förfallodagen för annan Kommuns betalning enligt punkten 3.3 ovan till dess betalning sker eller bristtäckning enligt punkten 3.4 sker.

6.2 I det fall Kommun inte betalar enligt punkten 3.4 skall de övriga Kommuner som har täckt Bristen ha rätt till dröjsmålsränta motsvarande vad som sägs i punkten 6.1 ovan från den tidpunkt som betalning av Bristen skett till dess den bristande Kommunen betalat.

7. Ikraftträdande

Detta Regressavtal skall träda ikraft den dag samtliga Kommunerna undertecknat Bilaga 1 och ersätter därmed tidigare ingånget regressavtal, benämnt ”Avtal”, daterat med början den 7 maj 1993. Nytillkomna Kommuner tillträder Regressavtalet genom att underteckna Bilaga 1.e som lämnats efter 17.00 eller på dag som inte är vardag skall anses ha anlänt nästföljande vardag.

8. Ändring

Regressavtalet kan endast ändras genom skriftlig överenskommelse mellan Kommuninvest, Föreningen och Kommunerna.

9. Föreningens fullgörande av vissa åtaganden

I det fall Kommuninvest på grund av obestånd, likvidation eller liknande situation inte kan fullgöra sina åtaganden enligt Regressavtalet skall så långt som möjligt dessa åtaganden, med undantag för Kommuninvests betalningsansvar, fullgöras av Föreningen.

10. Tvistlösning

Tvister i anledning av detta Regressavtal skall slutligt avgöras genom skiljedom enligt Skiljedomsregler för Stockholms Handelskammares Skiljedomsinstitut. Skiljenämnden skall bestå av tre skiljemän och sätet för skiljeförfarandet skall vara Stockholm.

KOMMUNERNAS ANSVAR FÖR KOMMUNINVESTS MOTPARTSEXPONERINGAR AVSEENDE DERIVAT

1. BAKGRUND

Kommuninvest i Sverige AB (”Kommuninvest”) är ett helägt dotterbolag till Kommuninvest ekonomisk förening (”Föreningen”). Föreningen ägs i sin tur av de kommuner och landsting som är medlemmar i föreningen (”Kommunerna”).

Kommuninvests verksamhet går ut på att erbjuda Kommunerna olika typer av finansieringslösningar. För detta ändamål finansierar Kommuninvest sin verksamhet på svensk och internationell kapitalmarknad. I syfte att upprätthålla en god betalningsberedskap och för att möta Kommunernas kommande lånebehov, placeras en del av de upplånade medlen i en likviditetsreserv bestående av olika finansiella instrument.

I syfte att begränsa de marknadsrisker som uppstår som en följd av Kommuninvests upplåning och utlåning samt placeringar av likvida medel, ingår Kommuninvest olika typer av riskhanteringsinstrument i form av derivatkontrakt.

Samtliga Kommuner har genom en särskilt tecknad förbindelse ingått ett solidariskt borgensansvar för de förpliktelser som Kommuninvest har ingått eller kommer att ingå. Borgensåtagandet omfattar samtliga Kommuninvests förpliktelser, och således även Kommuninvests förpliktelser enligt derivatkontrakten.

Användningen av derivatkontrakt innebär en risk för att motparten inte kan fullgöra sina åtaganden. Denna risk omfattas inte av borgensåtagandet utan har hittills reglerats i de reverser som de låntagande Kommunerna skrivit under i samband med upptagande av lån från Kommuninvest.

Avsikten med detta avtal är att ersätta vad som anges i Kommunens reverser om övertagandet av exponeringarna för de finansiella instrument som tecknats med anledning av Kommuninvests refinansiering. Vidare reglerar detta avtal hur dessa risker ska fördelas beträffande de derivatkontrakt som har ingåtts i samband med de placeringar i finansiella instrument som Kommuninvest gör vid förvaltningen av likviditetsreserven.

2. DEFINITIONER

I detta avtal ska nedanstående begrepp ha följande innebörd.

”Exponering”	utgörs av det belopp som Kommuninvests motparter i de derivatkontrakt som Kommuninvest från tid till annan ingår har att betala till Kommuninvest.
”Kommunen”	avser undertecknad kommun eller landsting
”Kommuninvest”	avser Kommuninvest i Sverige AB
”**Placeringsportföljen**”	utgörs av de finansiella instrument som Kommuninvest innehar och som utgör förvaltning av det kapital i Upplåningsportföljen som inte blivit föremål för utlåning.
”Upplåningsportföljen”	utgörs av samtliga de medel som från tid till annan upplånats av Kommuninvest.
”Utlåningsportföljen”	utgörs av samtliga de medel som från tid till annan utlånats av Kommuninvest.

3.1 KOMMUNINVESTS ÅTAGANDE

Kommuninvest åtar sig härmed att

i) bedriva verksamheten på en risknivå som inte överstiger vad som utgör tillåtet risktagande för Kommunerna inom ramen för den kommunala kompetensen.
ii) enbart ingå derivatkontrakt med det huvudsakliga syftet att minimera riskerna i verksamheten.
iii) när så bedöms möjligt, begränsa Exponeringarna genom att Kommuninvests motparter eller annan, ställer säkerhet.
iv) i en från affärsverksamheten skild funktion, granska nya motparter samt löpande följa upp de motparter som godkänts.
v) följa de rutiner som tillsynsmyndighet, andra myndigheter samt marknaden i övrigt tillämpar för att löpande övervaka och kontrollera Exponeringarnas utveckling.
vi) minst två gånger årligen, samt vid begäran från Kommun, lämna besked om Kommunens andel av ansvaret för Exponeringarna.

Kommuninvests åtagande enligt denna punkt 3.1 utgör inget villkor för att Kommunerna ska uppfylla sina åtaganden enligt detta avtal.

3.2 KOMMUNERNAS ÅTAGANDE AVSEENDE UTLÅNINGSPORTFÖLJEN

3.2.1 Begränsning av Exponeringar

De Exponeringar som avses i denna punkt 3.2 är de Exponeringar som hänförs till Utlåningsportföljen samt de Exponeringar som avser den del av Upplåningsportföljen som ligger till grund för Utlåningsportföljen.

Exponeringarna hänförs till den del av Upplåningsportföljen som ligger till grund för Utlåningsportföljen genom en beräkning av hur stor andel av Upplåningsportföljen som är utlånad.

Åtagandet enligt punkt 3.2.2 avser den proportionerligt beräknade andelen av de totala Exponeringar som avser Upplåningsportföljen enligt de beräkningar som anges i föregående stycke, samt de Exponeringar som avser Utlåningsportföljen.

3.2.2 Kommunens åtagande

Kommunen åtar sig härmed att svara för de Exponeringar som avses i punkt 3.2.1. Kommunens åtagande ska härvid begränsas till den andel av de aktuella Exponeringarna som motsvarar den andel som Kommunens lån utgör av Utlåningsportföljen.

Vid bestämmandet av Kommunens lån enligt vad som anges i föregående stycke medräknas även Kommuninvests utlåning till andra för vilka Kommunen har tecknat borgen.

3.3 KOMMUNENS ÅTAGANDE AVSEENDE UPPLÅNINGSPORTFÖLJEN

3.3.1 Begränsning av Exponeringar

De Exponeringar som avses i denna punkt 3.3 är de Exponeringar som hänförs till den del av Upplåningsportföljen som inte är utlånad.

Exponeringarna hänförs till den del av Upplåningsportföljen som inte är utlånad genom en beräkning av hur stor andel av Upplåningsportföljen som är utlånad.

Åtagandet enligt punkt 3.3.2 avser den proportionerligt beräknade andelen av de totala Exponeringar som avser Upplåningsportföljen enligt de beräkningar som anges i föregående stycke.

3.3.2 Kommunens åtagande

Kommunen åtar sig härmed att svara för de Exponeringar som avses i punkt 3.3.1. Kommunens åtagande ska härvid begränsas till den andel av de aktuella Exponeringarna som motsvarar den andel som Kommunens insatskapital utgör av det totala insatskapitalet i Kommuninvest ekonomisk förening.

3.4 KOMMUNENS ÅTAGANDE AVSEENDE PLACERINGSPORTFÖLJEN

3.4.1 Begränsning av Exponeringar

De Exponeringar som avses i denna punkt 3.4 är de Exponeringar som hänförs till Placeringsportföljen.

3.4.2 Kommunens åtagande

Kommunen åtar sig härmed att svara för de Exponeringar som avses i punkt 3.4.1. Kommunens åtagande ska härvid begränsas till den andel av de aktuella Exponeringarna som motsvarar den andel som Kommunens insatskapital utgör av det totala insatskapitalet i Kommuninvest ekonomisk förening.

4. TIDPUNKT FÖR BETALNING

Kommunen förbinder sig att, på Kommuninvests anfordran, till Kommuninvest utge de belopp som Kommunen enligt detta avtal åtagit sig att svara för.

5. AVTALSTID OCH UPPSÄGNING

Detta avtal löper tillsvidare. Kommunens åtagande enligt detta avtal kan inte sägas upp eller på annat sätt återtas utan Kommuninvests medgivande därtill.

I det fall Kommunen beviljas utträde eller på annat sätt upphör att vara medlem i Kommuninvest ekonomisk förening ska Kommunen fortsatt svara för samtliga åtaganden som Kommunen vid tiden för utträde hade att svara för enligt detta avtal. Avtalet ska upphöra då Kommunens samtliga åtaganden löpt ut.

6. FÖRHÅLLANDE TILL ANDRA AVTAL

I det fall Kommunen tidigare har utfärdat revers till Kommuninvest så ska detta avtal ersätta vad som i reversens övriga villkor, första och andra stycket, stadgas avseende Kommunens övertagande av Kommuninvests skyldigheter, rättigheter och exponeringar.

7. ÄNDRING

Detta avtal kan endast ändras genom skriftlig överenskommelse mellan Kommuninvest och Kommunen.

8. TILLÄMPLIG LAG

Tolkning och tillämpning av detta avtal ska ske enligt svensk lag.

_____	Örebro den
Ort och datum	
	Kommuninvest i Sverige AB
_____	
Namn på kommun/landsting	
_____	_____
Namnunderskrifter	Namnunderskrifter
_____	_____
Namnförtydliganden	Namnförtydliganden
_____	_____
Titel Titel	Titel Titel

NABOER AB

Org.nr 556503 -2322

Aktieägaravtal 2016-2019.

Bilaga 1.

Aktieägaravtal.

Aktieägarna i Naboer AB har enligt protokoll och bilaga från årsstämma i Naboer AB 2015, beslutat för en period om fyra år hur kostnadsfördelningen ska utformas mellan ägarna för köp av tjänster från Naboer AB.

För perioden 2016-01-01 tom 2019-12-31 avtalar parterna om nedan angivna årliga kostnad för Naboer AB's tjänster. Ersättningen till Naboer AB faktureras aktieägarkommunerna i januari under åren 2016, 2017, 2018 och 2019. Fördelningen av kostnaderna för Naboers AB's tjänster enligt bifogad matris och det är oförändrade nivåer från perioden 2011-2015. Målsättningen är att alla avtal ska vara tecknade innan novembers utgång 2015.

Ny aktieägare.

Om ny aktieägare ska ansluta sig till bolaget inom gällande avtalsperiod, upprättas ett avtal med den aktieägaren som harmonierar med övriga avtal i tid och ersättning. Detta gäller även vid eventuell sammaslagning bland de offentliga ägarna, då gällande avtal omformuleras för att harmoniera med den nya ägarbilden.

Utträde som aktieägare.

Om aktieägare önskar begära utträde från sitt engagemang i Naboer AB, skall den aktieägaren framföra sitt önskemål samt sina skäl till övriga aktieägare senast vid tidpunkt för bolagsstämman året innan utträdet tänkt ske. Utträde kan endast ske i brytpunkten mellan ovan nämnda perioder för aktieägaravtal. Regler för hembud etc (tex förköpsrätt) finns angivet i bolagsordningen.

Överenskommelse

Denna överenskommelse upprättas i två identiska exemplar där parterna behåller var sitt avtal. XXXX kommun avser att som aktieägare betala YYYY SEK till Naboer AB för år 2016. Därefter indexuppräknas den rörliga delen av beloppet med svensk konsumentprisindex för åren 2017, 2018 och 2019. Baskostnaden förblir konstant dessa år. Bilagd matris visar fördelning mellan baskostnad och rörlig del. Parterna har tagit del av avtalets innebörd och godkänner det.

Ort/Datum:

För Ägar kommun
Namnförtydligande

Ort/Datum: Östersund

För Naboer AB
VD Lennart Adsten

Bilaga1

Årlig fördelning av kostnader mellan aktieägare i Naboer AB för bolagets tjänster. (Valuta SEK)

Period 2016-01-01 – 2019-12-31. Rörlig del indexuppräknas med svenskt konsumentprisindex 2017-2019.

Ägare	**Invånare antal**			**Baskostnad**	**Rörlig del**	**Total**
				SEK	SEK	SEK
Holtålen kommun	2012			25000	7000	**32000**
Tydal kommun	854			25000	7000	**32000**
Meråker kommun	2543			25000	14000	**39000**
Inderöy kommun	6773			25000	14000	**39000**
Åre kommun	10448			25000	30000	**55000**
Verdal kommun	14779			25000	30000	**55000**
Krokom kommun	14678			25000	30000	**55000**
Levanger kommun	19291			25000	37000	**62000**
Stjördal kommun	22810			25000	37000	**62000**
Trondheim kommun	182740			25000	86000	**111000**
Östersund kommun	60340			25000	86000	**111000**
Summa	337268					
Nord-Tröndelag fylkeskommun	135386			125 000		**125000**
Sör Tröndelag fylkeskommun	307481			125 000		**125000**
Region Jämtland Härjedalen	126604			125 000		**125000**
Summa	**569471**			**650000**	**378000**	**1028000**

Årlig baskostnad 25 000 SEK/kommun och
125 000 SEK/fylkeskommun och Region Jämtland Härjedalen.

Rörlig del för kommunerna, anpassad till befolkning.
Befolkningsstatistiken från senhöst 2014 och är hämtad från SCB och SSB..
Rörlig del indexuppräknas med svenskt konsumentprisindex under åren 2017-2019.

0-2499			7000
2500-7000			14000
7001-18500			30000
18501-25000			37000
25000 -			86000

Denna matris kopplas till aktieägaravtalen för perioden 2016-2019, som under hösten 2015 avses tecknas mellan Naboer AB och bolagets aktieägare.

PROTOKOLL

Årsstämma/generalforsamling för Naboer AB i Verdal, 2015-05-28

§1 Val av ordförande vid stämman

Kjetil Aarstad valdes som ordförande vid stämman och han hälsade alla välkomna.

§2 Upprättande och godkännande av röstlängd

Röstlängd upprättades enligt bilaga 2 och godkändes av årsstämman.

§3 Val av justeringsman och protokollförare

Anders Edvinsson valdes till justeringsman och till att föra protokoll utsågs Lennart Adsten.

§4 Prövande om stämman blivit behörigt sammankallad.

Stämman var enig om att den blivit behörigt sammankallad.

§5 Godkännande av dagordning

Dagordningen presenterades och därefter godkände årsstämman den.

§6 Presentation av verksamhetsåret 2014

VD Lennart Adsten redogjorde för de aktiviteter som genomförts verksamhetsåret 2014.

§7 Framläggande av årsredovisning och revisionsberättelse

VD Lennart Adsten presenterade styrelsens förslag av årsredovisning för 2014, samt revisionsberättelsen som lades fram för årsstämman.

§8 Beslut

Årsstämman fattade följande enhälliga beslut:
a) fastställande av resultat och balansräkning för 2014
b) att vinsten disponeras enligt fastställd balansräkning
c) att ansvarsfrihet beviljas styrelseledamöter och verkställande direktör.

§9 Faställande av arvoden

Årsstämman beslutade om ersättningar enlig följande:

Ordförande erhåller ett fast arvode på 20 000 SEK/år.

Ordinarie styrelserepresentanter (exkl. ordförande) eller ersättare erhåller en rörlig ersättning på 2 500 SEK /person och styrelsemöte.
Dessutom tillkommer ett fast arvode på 5 000 kr/år om man deltagit på minst hälften av styrelsemötena under året.

Suppleanter ersätts med 2500 SEK/person och styrelsemöte när de blivit inkallade och deltagit.

Reseersättning utgår ej från bolaget utan där hänvisas i först hand till ägarna. Om styrelserepresentant eller ersättare ej får sina reseersättningar täckta på något annat sätt, har Naboer AB möjlighet att kompensera denne för sina utlägg.

Ägarrepresentanter som deltar vid årsstämma och bolagsstämma får sina utgifter täckta av respektive aktieägare.

Revisor ersätts på löpande räkning.

§10 Val av styrelse

Valberedningens förslag lästes upp och styrelse valdes enhälligt av årsstämman enligt bilaga 3.

§11 Val av valgkomitte/valberedning

Årsstämman valde enhälligt följande personer att ingå i en valberedning. För Nord-Tröndelag utsågs Ida Stuberg, för Jämtland Härjedalen Bo Danielsson samt för Sör-Tröndelag och sammankallande ledare valdes Kirsti Leirtrø.
Stämman beslutade att principen för valberedningens sammansättning är att representanterna ska vara politiker från aktieägarkollektivet.

§12 Aktieägaravtal 2016-2019

Frosta kommun lämnade över en skrivelse till årsstämman om att de ej längre önskade vara aktieägare i Naboer AB fr o m 2016-01-01 och att de avsåg att avyttra sitt aktieinnehav till någon av de övriga aktieägarna där det med största sannolikhet blir Sör-Tröndelag fylkeskommune som förvärvar dessa. Årsstämman godkände enhälligt dessa planer och uppmanade parterna att slutföra överlåtelsen samt rapportera till bolagets administration för justering i aktieboken.

Med justering att Frosta plockas bort från beräkningsmatrisen, beslutade årsstämman enhälligt att anta underlagen enligt bilaga 1, och att separata avtal i linje med förslaget upprättas med varje enskild aktieägare under 2015. VD får mandat av årsstämman att teckna Naboer AB i detta sammanhang.

§13 Övriga frågor :

Information om aktiviteter 2015
VD gav en översikt vad som gjorts i verksamheten under 2015, och vad som är på gång.

§14 Mötet avslutas

Mötesordförande avslutade årsstämman genom att tacka för allas deltagande och välkomnade till 20 års jubileum efteråt.

Protokoll 2015-05-28

Lennart Adsten

Mötesordförande

Kjetil Aarstad

Protokollet justeras

Anders Edvinsson

Bilaga2. (Årsstämma 2015)

Röstlängd vid Naboer AB's årsstämma 2015-05-28, Verdal

Aktieägare	Representant	Antal aktier	Antal röster
Holtålen kommun	-	200	200
Inderöy kommun	-	200	200
Krokom kommun	Håkan Larsson	200	200
Meråker kommun	Bård Langsåvold	200	200
Levanger kommun	Per Anker Johansen	200	200
Stjördal kommun	Ole Hermod	200	200
Sör-Tröndelag fylkeskommun	Olav Huseby	200	200
Nord-Tröndelag fylkeskommun	May-Britt Lagesen	400	400
Trondheim kommun	Rune Harvard Kjenstad	200	200
Verdal kommun	Björn Iversen	200	200
Åre kommun	Can Savran	200	200
Östersund kommun	Anders Edvinsson	200	200
Region Jämtland Härjedalen	Bo Danielsson	400	400
Frosta kommun	Johan Petter Skogseth	200	200
Tydal kommun	John Lidvar Paulsby	200	200

3000 av 3400 aktier var representerade vid årsstämman.

Dessutom deltog som observatörer med yttranderätt:
Leif Roar Skogmo, Stjördal kommune
Thomas Hägg, Region Jämtland Härjedalen
Randi Reese, Sör-Tröndelag fylkeskommune
Erling Bergh
Elsa Danielsson
Martin Stavrum
Sidsel Trönsdal, Interreg
Lennart Adsten, VD Naboer AB
Kjetil Aarstad, Verdal kommun
Lena Bengtsson
Johannes Sandstad

Bilaga 3. (Årsstämma 2015)

Val av Naboer AB's styrelse vid årsstämman 2015-05-28, Verdal

Representerar	Ordinarie ledamot	Ersättare
Nord-Tröndelag fylke		Ragnhild Kvalø, NTFK
Fylkekommunen N-T	May Britt Lagesen	
Kommunerna N-T	Kjetil Aarstad, Verdal kommune. (Ordförande)	
Sör Tröndelag fylke		Ola Huke, STFK
Fylkekommunen S-T	Randi Reese	
Kommunerna S-T	Heidi Horndalen. Tydal kommune	
Jämtlands län		Håkan Larsson, Krokom
Region J H	Robert Uitto, (Vice ordförande)	
Kommunerna J H	Mona Modin Tjulin, Östersunds kommun	
	6 st ordinarie	3 st ersättare

AKTIEÄGARAVTAL
UTKAST

Aktieägare		**Aktieägare**	
Firma	**Östersunds Kommun**	Firma	**Krokoms Kommun**
Org.nummer:	212000-2528	Org.nummer:	212000-2478

Aktieägare		**Aktieägare**	
Firma:	**Åre Kommun**	Firma:	**Region Jämtland**
Org.nummer	212000-2494	Org.nummer:	232100-0214

Aktieägare	
Firma:	**Samling Näringsliv Jämtlands Län Ek.Förening**
Org.nummer	769629-0340

Aktiebolagets firmanamn: Mid Sweden Science Park AB nedan kallat Bolaget
Organisationsnummer: 556730-0727.
Bolagets säte är Östersunds kommun.

Detta avtal ersätter tidigare aktieägaravtal daterat 16 mars 2010

Mellan undertecknade aktieägare i Bolaget har träffats följande avtal:

§ 1 Bolaget och dess verksamhet

Parterna har överenskommit att genom detta avtal reglera förhållandena dem emellan och gentemot Bolaget. Parterna skall därför framåt driva verksamheten i Bolaget i enlighet med såväl det i bolagsordningen angivna föremålet för verksamheten som föreskrifterna i detta avtal. Parterna är överens om att eventuella överskott skall användas i verksamheten och sålunda inte delas ut till aktieägarna.

Bolaget skall främja en hållbar tillväxt genom utveckling av en kreativ och innovativ miljö för utveckling av människor och företag. Bolaget gör det genom att stödja befintliga och nya företag samt aktivt arbeta för nya etableringar inom regionen. Bolaget ska verka för önskad kompetensförsörjning, en attraktiv bild av regionen som plats för att arbeta, bo och besöka samt för utbyggd infrastruktur. Bolaget skall ha fokus på att främja utvecklingen i Östersund-Krokom-Åre regionen samt övriga delar av Jämtlands län genom ett nära samarbete mellan näringslivet, universitetet och offentlig sektor. Bolaget ska sälja tjänster och produkter som är relevanta för regionens gemensamma innovationssystem där särskild fokus läggs på kunskaps-och forskningsbaserad verksamhet.

Parterna skall from detta avtals undertecknande och tills vidare äga aktierna i Bolaget som framgår nedan. Aktieägaravtalet omfattar parternas samtliga nuvarande och framtida aktier i Bolaget.

Vid detta avtals undertecknande ska Bolaget ägas av Parterna enligt följande fördelning:

Samling Näringslivet Jämtlands Län Ek. Förening	55,0 %
Östersunds Kommun	15,0 %
Region Jämtland	15,0 %
Krokoms Kommun	7,5 %
Åre Kommun	7,5 %

§ 2 Samråd före ordinarie årsstämma

Minst fyra veckor före ordinarie årsstämma, skall parterna sammanträda för diskussion om riktlinjerna för årsredovisningen och disposition av årets resultat samt samråda om ägardirektiv till Bolaget.

§ 3 Samråd före beslut i viktigare frågor

På parts begäran skall parterna samråda beträffande frågor som är av principiell karaktär eller av stor ekonomisk betydelse för Bolaget. Samrådet skall ske i god tid före frågans behandling på styrelsesammanträde eller årsstämma.

§ 4 Ägarnas och allmänhetens insyn

Parterna äger rätt att ta del av bolagets handlingar och räkenskaper samt i övrigt inspektera bolagets och dess verksamhet. Detta gäller i den mån hinder inte möter på grund för av författningsreglerad sekretess. Parterna äger rätt att använda revisor eller annat biträde vid granskningen.

Allmänheten ska ha rätt att ta del av handlingar hos bolaget enligt grunder som gäller för allmänna handlingars offentlighet enligt tryckfrihetsförordningen och offentlighets- och sekretesslagen (2009:447)

§ 5 Styrelse och lekmannarevisor

Styrelsen skall bestå av 9 ledamöter och inga suppleanter såvida inte annat mellan parterna överenskommits.
Styrelsens ordförande och eventuell vice ordförande ska utses på årsstämman.
Som styrelsens beslut gäller den mening för vilken mer än hälften av de närvarande röstar eller vid lika röstetal, den mening vilken ordföranden företräder.
Vidare skall 1 person utsedd av Mittuniversitetet adjungeras till styrelsen. Den adjungerade har i styrelsen ingen rösträtt.
För samma period som bolagets styrelse skall en lekmannarevisor utses av Östersunds kommun

§ 6 Årsstämma

Styrelsens ordförande skall vara ordförande på årsstämma.

§ 7 Bolagsordning
Parterna är ense om att Bolagets bolagsordning skall ha lydelse enligt bilaga 1. Vid bristande överensstämmelse mellan bolagsordning och detta aktieägaravtal skall avtalets bestämmelser ha företräde.

§ 8 Tystnadsplikt
Aktieägarna förbinder sig att inte för utomstående avslöja konfidentiell information avseende innehållet i detta avtal eller förhållandena i övrigt rörande Bolaget, dess kunder och personal eller aktieägarna.

§ 9 Samtyckesförbehåll
Den som avser att överlåta en aktie genom försäljning, byte eller gåva skall ansöka om samtycke hos bolagets aktieägare. Frågan om samtycke skall prövas av årsstämman.
Av ansökan skall framgå vem som är tilltänkte förvärvare, och om överlåtaren vill att bolaget skall anvisa någon annan förvärvare om samtycke vägras. Överlåtaren skall då ange samtliga villkor för överlåtelsen.
Om aktieägare vägrar samtycke skall aktieägaren ange skäl för det, och om överlåtaren begär det, anvisa en annan förvärvare som är beredd att överta aktierna.
Aktieägare skall meddela beslut i fråga om samtycke inom tre månader från behörig ansökan om samtycke.
I det fall att samtycke lämnats i enlighet med detta avtal gäller inte hembudsklausulen i bolagsordningen

§ 10 Pant och deponering
Till säkerhet för sina förpliktelser enligt detta avtal skall samtliga nuvarande och tillkommande aktier deponeras hos Notarius Publicus med instruktion till denne att utlämna aktierna endast efter aktieägarnas gemensamma instruktion eller lagakraftvunnen dom. Bolagets aktiebok skall förvaras tillsammans med aktierna.
Aktie får inte pantförskrivas utan medgivande från övriga aktieägare.

§ 11 Hävning
Hävning av avtalet kan med omedelbar verkan ske gentemot aktieägare som gör sig skyldig till väsentligt avtalsbrott eller

- försätts i konkurs
- upptar förhandling om ackord
- på grund av utmätning, betalningsinställelse eller annan omständighet kan antas vara på obestånd, eller
- förfogar över sina aktier i strid med detta avtal

Hävning får inte ske om part efter skriftlig anmaning omgående vidtar rättelse.
Vid hävning av avtalet enligt denna paragraf har övriga parter rätt att lösa in felande parts aktier. Vid inlösen skall bolagsordningens villkor i hembudsklausulen tillämpas.

§ 12 Skadestånd
Part, som gör sig skyldig till väsentligt avtalsbrott skall betala skadestånd till den skadelidande parten. Skadeståndet skall motsvara den skada den skadelidande parten åsamkats genom avtalsbrottet. Skadeståndet skall dock aldrig understiga ett belopp som motsvarar det vid avtalsbrottet gällande prisbasbelopp enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring.

§ 13 Ansvarsbefrielse
Part, vars aktier inlösts, skall befrias från borgen eller annan ansvarsförbindelse.

§ 14 Tvister
Tvist angående tolkning eller tillämpning av detta avtal skall avgöras av svensk domstol.

§ 15 Avtalstid
Detta avtal träder i kraft dagen för undertecknandet och gäller tills vidare och upphör sex månader efter av part gjord uppsägning. Uppsägning skall ske skriftligen.

Bilaga

Bolagsordning

Underskrifter

Detta avtal har upprättats och undertecknats i 5 likalydande exemplar, av vilka parterna tagit var sitt.

Östersund den
Ort och datum

Namnteckning, Östersunds Kommun

Namnförtydligande

Krokom den
Ort och datum

Namnteckning, Krokoms Kommun

Namnförtydligande

Åre den
Ort och datum

Namnteckning, Åre Kommun

Namnförtydligande

Östersund den
Ort och datum

Namnteckning, Region Jämtland

Namnförtydligande

Östersund den
Ort och datum

Namnteckning, Samling Näringsliv Jämtlands Län Ek. För.

Namnförtydligande

BOLAGSORDNING

§ 1 Firma
Bolagets firma är Mid Sweden Science Park AB, organisationsnummer 556730-0727.

§ 2 Styrelsens säte
Styrelsen skall ha sitt säte i Östersunds kommun.

§ 3 Verksamhet

Bolaget skall främja en hållbar tillväxt genom utveckling av en kreativ och innovativ miljö för utveckling av människor och företag. Bolaget gör det genom att stödja befintliga och nya företag samt aktivt arbeta för nya etableringar inom regionen. Bolaget ska verka för önskad kompetensförsörjning, en attraktiv bild av regionen som plats för att arbeta, bo och besöka samt för utbyggd infrastruktur. Bolaget skall ha fokus på att främja utvecklingen i Östersund-Krokom-Åre regionen samt övriga delar av Jämtlands län genom ett nära samarbete mellan näringslivet, universitetet och offentlig sektor. Bolaget ska sälja tjänster och produkter som är relevanta för regionens gemensamma innovationssystem där särskild fokus läggs på kunskaps-och forskningsbaserad verksamhet.

§ 4 Aktiekapital

Aktiekapitalet skall utgöra lägst 400.000 kronor och högst 1.600.000 kronor.

§ 5 Antal aktier

Antal aktier skall vara lägst 400 000 och högst 1 600 000 stycken.

§ 6 Styrelse

Styrelsen skall bestå av högst 9 ledamöter och lägst 3 ledamöter. Inga suppleanter
För samma period som bolagets styrelse skall en lekmannarevisor utses av Östersunds kommun

§ 7 Revisorer och lekmannarevisor

För granskning av bolagets årsredovisning jämte räkenskaper samt styrelsens och verkställande direktörens förvaltning utse en revisor.
Revisors mandattid är ett år. Om revisor avgår innan mandattidens utgång får annan revisor väljas för den återstående tiden.

För samma period som bolagets styrelse skall en lekmannarevisor utses av Östersunds kommun

§ 8 Kallelse till årsstämma

Kallelse till årsstämman skall ske genom e-post eller brev med posten till aktieägarna tidigast sex veckor och senast två veckor före stämman.

Vid ordinarie årsstämma skall följande ärenden förekomma till behandling:

1. Val av ordförande vid stämman.
2. Upprättande och godkännande av röstlängd.
3. Godkännande av förslaget till dagordningen.
4. Val av en justeringsman.
5. Prövning av om stämman blivit behörigen sammankallad.
6. Framläggande av årsredovisning och revisionsberättelse
7. Beslut om
   a. fastställande av resultaträkning och balansräkning
   b. dispositioner beträffande bolagets vinst eller förlust enligt den fastställda balansräkningen,
   c. beslut om ansvarsfrihet för styrelseledamöter och verkställande direktör.
8. Fastställande av arvoden för styrelsen och, i förekommande fall, revisorerna.
9. Val av styrelseledamöter och revisor.
10. Val av valberedning
11. Annat ärende som ankommer på stämman enligt Aktiebolagslag (2005:551) eller bolagsordningen.

§ 9 Räkenskapsår

Bolagets räkenskapsår skall vara 1/1-31/12.

§ 10 Ägarnas inflytande och insyn

Bolaget skall bereda delägarna i bolaget möjlighet att ta ställning innan sådana beslut i verksamheten som är av principiell betydelse eller annars av större vikt fattas.

Delägarna har rätt att ta del av bolagets handlingar och räkenskaper samt i övrigt inspektera bolaget och dess verksamhet. Detta gäller dock endast i den mån hinder inte möter på grund av författningsreglerad sekretess.

§ 11 Allmänhetens insyn

Bolaget ska låta allmänheten ta del av bolagets handlingar enligt de grunder som gäller för allmänna handlingars offentlighet enligt 2 kap tryckfrihetsförordningen och offentlighets- och sekretesslagen (2009:447).

§ 12 Hembudsförbehåll

Har aktie övergått till annan, ska aktien genast hembjudas övriga aktieägare genom skriftlig anmälan hos bolagets styrelse. Åtkomsten av aktien skall styrkas samt, då aktien övergått genom köp, uppgift lämnas om den betingande köpeskillingen.

Ett erbjudande om hembud kan utnyttjas för ett mindre antal aktier än erbjudandet omfattar.

När anmälan gjorts om aktien övergång, ska styrelsen genast skriftligen meddela detta till varje lösningsberättigad, vars postadress finns införd i aktieboken eller annars är känd för bolaget. Lösningsberättigad ska anmodas att, om denne önskar begagna sig av lösningsrätten, skriftligen framställa lösningsanspråk hos bolaget inom två månader, räknat från anmälan till

styrelsen om aktiens övergång. Anmäler sig flera lösningsberättigade, ska företrädesrätten dem emellan bestämmas genom lottning, verkställd av notarius publicus. Om flera aktier utbjudits samtidigt ska dock aktierna först, så lång som möjligt, i proportion till tidigare innehav fördelas bland dem, som framställt lösningsanspråk.

Har aktien övergått genom köp, ska lösenbeloppet utgöras av köpeskillingen.

Tvist om lösningsrätt och om lösningsbeloppets storlek skall avgöras av allmän domstol. Talan skall väckas inom två månader från det att lösningsanspråket framställs hos bolaget.

Lösenbeloppet skall betalas inom en månad från den tidpunkt, då lösenbeloppet blev bestämt.

Om inte någon lösningsberättigad framställer lösningsanspråk inom stadgad tid eller lösen inte erläggs inom föreskriven tid, har den som gjort hembudet, rätt att bli registrerad för aktien.

Överlåtaren skall ha rätt att rösta för aktierna under hembudstiden.

Denna bolagsordning har antagits på ordinarie årsstämma den

Bolagsstämman och ägarna, 2015-06-11

Beslut gällande justeringar i bolagsdokument med avseende på förändringar i valberedning för styrelse.

Bakgrund och syfte

Vid AB Transitio bolagsstämma 2014-06-12 beslutade bolagsstämman att genomföra förändringar avseende representanter i valberedning för bolagets styrelse. Med anledning härav gav bolagsstämman styrelsen i uppdrag att i samverkan med ägarrådet samordna förändringen samt administrera erforderliga justeringar av berörda bolagsdokument. De bolagsdokument som fordrar justering är:

- Aktieägaravtal
- Bolagsordning
- Instruktion för ägarrådet i AB Transitio

Tillkommande bolagsdokument är:

- Instruktioner för valberedning i AB Transitio

Den 5 februari 2015 hade ägarrådet ett möte där samordning och beredning gjordes avseende vilka två representanter ska utses som inte ingår i ägarrådet samt vilka tre representanter ska utses som ingår i ägarrådet. Ägarrådet utsåg följande fem representanter:

Från ägarrådet:

- Gösta Bergenheim, Region Halland, (Ordf)
- Tomas Riste, Region Värmland
- Mats Kolarby, Region Gävleborg

Ej från ägarrådet:

- Ulf Nilsson, Landstinget i Kalmar
- Mats Gunnarsson, Region Örebro

Analys och förslag till beslut

Styrelsen föreslår att bolagsstämman och ägarna beslutar och godkänner de i bifogade bilagor justerade och nya bolagsdokumenten. Ägarnas godkännande

bekräftas genom att bifogat Ändringsavtal signeras i två exemplar av behöriga personer och återsänds till AB Transitio. Att: Vd med bifogat verifierat utdrag från beslut i fullmäktige.

Processen för ändring av bolagsdokument i Transitio

(i) Styrelsen i AB Transitio beslutar om att föreslå ägarna att ändra i berörda bolagsdokument i enlighet med beslut vid bolagsstämma 2014

(ii) Bolagsstämman 2015 i Transitio fattar beslut om att, förutsatt att samtliga fullmäktige ger sitt samtycke, ändra aktieägaravtal, ändra bolagsordning, ändra instruktion till ägarrådet samt att anta en instruktion till valberedningen.

(iii) Fullmäktige i respektive aktieägare fattar beslut om att godkänna de ändringar som föreslagits.

(iv) Ändringsavtalet signeras av samtliga aktieägare.

(v) När samtliga fullmäktige fattat beslut och undertecknat ändringsavtalet träder ändringsavtalet i kraft och bolagsordningen anmäls för registrering hos Bolagsverket.

Tidplan

Signerade Ändringsavtal inkl kopia på fullmäktigebeslut insändes till AB Transitio senast 30 september 2015.

Förslag till beslut

Bolagsstämman och ägarna föreslås besluta att:

- godkänna förslag till beslut enligt ovan beskrivning samt godkänna justering av bolagsdokument enligt bifogade bilagor.
- ägarna i AB Transitio godkänner ändringarna genom att signera Ändringsavtal samt bifoga beslut från respektive ägares fullmäktige

AB Transitio

Styrelsen

Ändringsavtal

för tillägg och ändring av
aktieägaravtal avseende ägande
i AB Transitio

daterat _____

DETTA ÄNDRINGSAVTAL ("**Ändringsavtalet**") är daterat _____ och ingånget mellan:

1. Landstinget i Uppsala län, org.nr 232100-0024;
2. AB Storstockholm Lokaltrafik, org.nr 556013-0683;
3. [Region Kronoberg, org.nr 232100-0065;]
4. Kommunalförbundet Kollektivtrafikmyndigheten i Västernorrlands län, org.nr 222000-2923;
5. Regionförbundet Västerbotten, org.nr 222000-2436;
6. [Region Jämtland Härjedalen, org.nr 232100-0214;]
7. Kommunalförbundet Norrbottens läns Kollektivtrafikmyndighet, org.nr 222000-2949;
8. Västra Götalandsregionen, org.nr 232100-0131;
9. Landstinget i Kalmar län, org.nr 232100-0073;
10. Landstinget Västmanland, org.nr 232100-0172;
11. Regionförbundet Dalarna, org.nr 222000-1446;
12. Örebro läns landsting, org.nr 232100-0164;
13. Landstinget Gävleborg, org.nr 232100-0198;
14. Landstinget i Östergötland, org.nr 232100-0040;
15. [Region Blekinge, org.nr 222000-1321;]
16. Landstinget i Jönköpings län, org.nr 232100-0057;
17. Region Halland, org.nr 232100-0115;
18. Region Värmland, org.nr 222000-1362;
19. Region Skåne, org.nr 232100-0255;
20. Kommunalförbundet Sörmlands Kollektivtrafikmyndighet, org.nr 222000-2931; samt
21. AB Transitio, org.nr 556033-1984.

Parterna i punkt 1 till 20 benämns härefter gemensamt såsom "**Aktieägarna**" eller, var för sig, "**Aktieägare**".

BAKGRUND

a) I syfte att reglera frågor rörande Aktieägarnas ägande av aktier i Bolaget och utnyttjandet av Bolagets resurser har Aktieägarna ingått ett aktieägaravtal, ursprungligt daterat [●] (det "**Ursprungliga aktieägaravtalet**").

b) Parterna önskar härmed att göra tillägg och ändringar till det Ursprungliga aktieägaravtalet och de villkor som framgår däri, i enlighet med vad som framgår av detta Ändringsavtal.

TOLKNING

Om inget annat tyder på motsatsen ska definierade termer som inte definierats i detta Ändringsavtal ha samma innebörd som sådana definierats i Aktieägaravtalet (såsom definieras nedan).

TILLÄGG

Aktieägarna har härmed enats om att det Ursprungliga aktieägaravtalet, med start per tidpunkten som anges i klausul *Ikraftträdande*, skall ändras i enlighet med vad som anges i Bilaga 2 (*Aktieägaravtalet*) ("**Aktieägaravtalet**").

ÖVERGÅNGSBESTÄMMELSE

För tiden fram till nästa årsstämma då valberedningen kunnat utses enligt Aktieägaravtalet, ska valberedningen bestå av fem (5) ledamöter och utgöras av de personer till vilka ägarrådet delegerat uppgifter rörande valberedning. Tre (3) av ledamöterna i denna valberedning är representanter från ägarrådet och två (2) av ledamöterna är representanter från Aktieägare som inte har en ledamot i ägarrådet.

IKRAFTTRÄDANDE

Detta Ändringsavtal träder i kraft när den sista av samtliga parter signerat och daterat detta Ändringsavtal. Fram tills dess är ingen av parterna bundna av detta Ändringsavtal.

ÖVRIGT

Om inget annat uttryckligen överenskommits i detta Ändringsavtal ska bestämmelserna i det Ursprungliga aktieägaravtalet fortsätta att gälla med full verkan.

TILLÄMPLIG LAG OCH JURISDIKTION

Villkoren i klausul 41 (*Tillämplig lag*) och klausul 42 (*Tvistelösning*) i Aktieägaravtalet ska i detta Ändringsavtal tillämpas mutatis mutandis.

Detta Ändringsavtal har ingåtts på det datum som anges under rubriken Ikraftträdande.

ORT: DATUM:

LANDSTINGET I UPPSALA LÄN

_____ _____
Namnförtydligande: Namnförtydligande:

ORT: DATUM:

AB STORSTOCKHOLM LOKALTRAFIK

_____ _____
Namnförtydligande: Namnförtydligande:

ORT: DATUM:

[REGION KRONOBERG]

_____ _____
Namnförtydligande: Namnförtydligande:

ORT: DATUM:

KOMMUNALFÖRBUNDET
KOLLEKTIVTRAFIKMYNDIGHETEN
I VÄSTERNORRLANDS LÄN

_____ _____
Namnförtydligande: Namnförtydligande:

ORT: DATUM:

REGIONFÖRBUNDET VÄSTERBOTTEN

_____ _____
Namnförtydligande: Namnförtydligande:

ORT: DATUM:

[REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN]

_____ _____
Namnförtydligande: Namnförtydligande:

ORT: DATUM:

KOMMUNALFÖRBUNDET
NORRBOTTENS LÄNS
KOLLEKTIVTRAFIKMYNDIGHET

_____ _____
Namnförtydligande: Namnförtydligande:

ORT: DATUM:

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

_____ _____
Namnförtydligande: Namnförtydligande:

ORT: DATUM:

LANDSTINGET I KALMAR LÄN

_____ _____
Namnförtydligande: Namnförtydligande:

ORT: DATUM:

LANDSTINGET VÄSTMANLAND

_____ _____
Namnförtydligande: Namnförtydligande:

ORT: DATUM:

REGIONFÖRBUNDET DALARNA

_____ _____

Namnförtydligande: Namnförtydligande:

ORT: DATUM:

ÖREBRO LÄNS LANDSTING

_____ _____

Namnförtydligande: Namnförtydligande:

ORT: DATUM:

LANDSTINGET GÄVLEBORG

_____ _____

Namnförtydligande: Namnförtydligande:

ORT: DATUM:

LANDSTINGET I ÖSTERGÖTLAND

_____ _____

Namnförtydligande: Namnförtydligande:

ORT: DATUM:

[REGION BLEKINGE]

_____ _____

Namnförtydligande: Namnförtydligande:

ORT: DATUM:

LANDSTINGET I JÖNKÖPINGS LÄN

_____ _____

Namnförtydligande: Namnförtydligande:

ORT: DATUM:

REGION HALLAND

_____ _____
Namnförtydligande: Namnförtydligande:

ORT: DATUM:

REGION VÄRMLAND

_____ _____
Namnförtydligande: Namnförtydligande:

ORT: DATUM:

REGION SKÅNE

_____ _____
Namnförtydligande: Namnförtydligande:

ORT: DATUM:

KOMMUNALFÖRBUNDET SÖRMLANDS
KOLLEKTIVTRAFIKMYNDIGHET

_____ _____
Namnförtydligande: Namnförtydligande:

ORT: DATUM:

AB TRANSITIO

_____ _____
Namnförtydligande: Namnförtydligande:

Document comparison by Workshare Compare on den 27 mars 2015 18:19:06

Input:	
Document 1 ID	interwovenSite://DM.SNELLMAN-LAW.FI/Client/38570897/1
Description	#38570897v1<Client> - Transitio_Omdaning_Aktieägaravtal_8 June2012_Execution version
Document 2 ID	interwovenSite://DM.SNELLMAN-LAW.FI/Client/38464606/8
Description	#38464606v8<Client> - AB Transitio_Aktieägaravtal_DRAFT_20150327
Rendering set	HS Standard

Legend:	
Insertion	
~~Deletion~~	
~~*Moved from*~~	
Moved to	
Style change	
Format change	
~~Moved deletion~~	
Inserted cell	
Deleted cell	
Moved cell	
Split/Merged cell	
Padding cell	

Statistics:	
	Count
Insertions	49
Deletions	254
Moved from	1
Moved to	1
Style change	0
Format changed	0
Total changes	305

AKTIEÄGARAVTAL - TRANSITIO

1 ~~1.~~ PARTER

1. Landstinget i Uppsala län, org.nr 232100-0024;
2. AB Storstockholm Lokaltrafik, org.nr 556013-0683;
3. ~~Regionförbundet Jämtlands län~~[Region Kronoberg, org.nr 232201100-~~2840~~0065;]
4. Kommunalförbundet Kollektivtrafikmyndigheten i Västernorrlands län, org.nr 222000-2923;
5. Regionförbundet Västerbotten, org.nr 222000-2436;
6. ~~Regionförbundet Södra Småland~~[Region Jämtland Härjedalen, org.nr 232201100-~~03~~7214;]
7. Kommunalförbundet Norrbottens läns Kollektivtrafikmyndighet, org.nr 222000-2949;
8. Västra Götalandsregionen, org.nr 232100-0131;
9. Landstinget i Kalmar län, org.nr 232100-0073;
10. Landstinget Västmanland, org.nr 232100-0172;
11. Regionförbundet Dalarna, org.nr 222000-1446;
12. Örebro läns landsting, org.nr 232100-0164;
13. Landstinget Gävleborg, org.nr 232100-0198;
14. Landstinget i Östergötland, org.nr 232100-0040;
15. ~~Blekingetrafiken AB~~[Region Blekinge, org.nr ~~556172-7487~~222000-1321;]
16. Landstinget i Jönköpings län, org.nr 232100-0057;
17. Region Halland, org.nr 232100-0115;
18. Region Värmland, org.nr 222000-1362;
19. Region Skåne, org.nr 232100-0255;
20. Kommunalförbundet Sörmlands Kollektivtrafikmyndighet, org.nr 222000-2931;
21. AB Transitio, org.nr 556033-1984; samt
22. den eller de Tillkommande Aktieägare som sedermera har tillträtt detta Aktieägaravtal enligt vad som närmare anges i punkt 16 nedan;

Parterna i punkt 1 till 20 benämns härefter gemensamt såsom ”**Aktieägarna**” eller, var för sig, ”**Aktieägare**”. Parterna ovan har träffat följande avtal, ”**Aktieägaravtalet**”.

2 ~~2.~~ AKTIEÄGARE M.M.

2.1 Aktieägarna äger gemensamt Bolaget. Aktieägarna kan enbart bestå av:

i. RKTM jämlikt lagen (2010:1065) om kollektivtrafik (”**Kollektivtrafiklagen**”), inklusive landsting;

ii. det landsting och de kommuner som jämlikt 2 kap. 1 § Kollektivtrafiklagen ansvarar för den regionala kollektivtrafiken i ett visst län i de fall RKTM i aktuellt län består av en gemensam nämnd;

iii. de kommuner som jämlikt 2 kap. 1 § Kollektivtrafiklagen ansvarar för den regionala kollektivtrafiken i ett visst län i de fall RKTM i aktuellt län består av en gemensam nämnd;

iv. aktiebolag till vilket befogenheten att ingå avtal om allmän trafik har överlämnats av RKTM jämlikt 3 kap. 2 § 1 stycket Kollektivtrafiklagen; och

v. kommun till vilken befogenheten att ingå avtal om allmän trafik har överlämnats jämlikt 3 kap. 2 § 2 stycket Kollektivtrafiklagen.
Aktieägarna tillhandahåller transporttjänster jämlikt 1 kap. 8 § lagen (2007:1092) om upphandling inom områdena vatten, energi, transporter och posttjänster (”**LUF**”) och är upphandlande enheter enligt samma lag.

2.2 Aktieägarnas syfte med Bolaget är att Bolaget, i egenskap av ett samriskföretag enligt LUF, skall införskaffa och ombesörja underhåll av spårfordon och reservdelar samt utföra vissa anknutna tjänster för respektive Aktieägares försörjningsverksamhet i enlighet med vad som närmare framgår av punkten 5 nedan. Bolagets verksamhet utgör således ett led i respektive Aktieägares försörjningsverksamhet.

2.3 Bolagets policy för spårfordonsanskaffning skall vara att införskaffa spårfordon allmänt lämpade för främst regional järnvägstrafik och andra typer av järnvägsfordon. Bolaget skall härvid eftersträva att införskaffa standardiserade spårfordon som med ett minimum av anpassning skall kunna användas i flera Aktieägares trafikområden.

2.4 I syfte att reglera frågor rörande Aktieägarnas ägande av aktier i Bolaget och utnyttjandet av Bolagets resurser har Aktieägarna denna dag träffat detta Aktieägaravtal, vilket ändrats och bekräftats [●].

3 ~~3.~~ DEFINITIONER M.M.

”Aktieägare”	skall betyda Landstinget i Uppsala län, AB Storstockholm Lokaltrafik, ~~Regionförbundet Jämtlands län~~[Region Kronoberg], Kommunförbundet Västernorrland, Regionförbundet Västerbottens län, ~~Regionförbundet Södra Småland~~[Region Jämtland Härjedalen], Kommunförbundet Norrbotten, Västra Götalandsregionen, Landstinget i Kalmars län, Landstinget Västmanland, Region Dalarna, Örebro läns landsting, Landstinget Gävleborg, Landstinget i Östergötland, ~~Blekingetrafiken~~[Region Blekinge], Landstinget i Jönköpings

	län, Region Halland, Region Värmland, Region Skåne, Regionförbundet Sörmland samt Tillkommande Aktieägare till dess att någon av dessa utträder eller utesluts ur Aktieägaravtalet, varvid denne inte längre är att betrakta som Aktieägare.
"Anslutningsavtal"	skall betyda det anslutningsavtal vilket Tillkommande Aktieägare skall ingå med övriga Aktieägare enligt vad som anges i punkt 16.5 nedan.
"Bolaget"	skall betyda AB Transitio, org. nr 556033-1984.
”Finansiellt Nettoengagemang”	skall betyda enligt Bolagets balansräkning kvarvarande restvärde på för respektive Aktieägare anskaffat tåg.
”Godkänd Hyrestagare”	skall betyda Aktieägare, sådant aktiebolag till vilket RKTM överlämnat sin befogenhet att ingå avtal om allmän trafik eller operatör anlitad av RKTM eller av sådant aktiebolag till vilket RKTM överlämnat sin befogenhet att ingå avtal om allmän trafik.
"Kontrollbolag"	skall betyda ett av Aktieägare direkt eller indirekt (genom andra helägda dotterbolag) helägt bolag.
”Reservdel”	skall betyda högvärdeskomponent, exempelvis boggie, koppel eller motor.
”RKTM”	skall betyda sådan myndighet som är att anse som regional kollektivtrafikmyndighet enligt Kollektivtrafiklagen eller annan motsvarande lagstiftning och som äger Aktieägare, som är Aktieägare eller som Aktieägare deltar i.
"Tillkommande Aktieägare"	skall betyda varje sådan Aktieägare i Bolaget som ingått Anslutningsavtal med övriga Aktieägare.
”Underhåll”	skall betyda sådana underhållsåtgärder som utförs löpande med sällan återkommande cykler och är i omfattning både tidskrävande och kostnadskrävande.

4 ~~4.~~ AKTIEÄGARNAS ÅTAGANDE

4.1 Aktieägarna förbinder sig att själva eller genom ombud (eller genom av dem utsedda styrelseledamöter) vid bolagsstämmor, ägarrådsmöten, valberedningsmöten, styrelsemöten samt i övrigt utöva sin rösträtt på sådant sätt som erfordras för Aktieägaravtalets rätta genomförande.

5 ~~5.~~ BOLAGETS VERKSAMHET

5.1 Bolaget skall ha som huvuduppgift att på olika sätt stödja Aktieägare avseende frågor om upphandling och finansiering av spårfordon och Reservdelar. Bolaget har tillika en uppgift avseende förvaltning och underhåll av spårfordon. Bolaget har också en rådgivande roll som sakkunnig inom spårfordonsområdet.

5.2 Bolagets verksamhet skall vara att:

i. självt anskaffa eller medverka vid anskaffandet av nytillverkade eller begagnade spårfordon lämpade för regional kollektivtrafik;

ii. genom uthyrning eller på annat sätt ställa sådana spårfordon till förfogande för Aktieägare eller sådant aktiebolag till vilket RKTM överlämnat sin befogenhet att ingå avtal om allmän trafik;

iii. genom uthyrning eller på annat sätt ställa sådana spårfordon till förfogande för operatör som anlitats av RKTM eller av sådant aktiebolag till vilket RKTM överlämnat sin befogenhet att ingå avtal om allmän trafik, dock endast under förutsättning att berörd Aktieägare ställer säkerhet i form av borgen såsom för egen skuld för operatörens förpliktelser gentemot bolaget;

iv. ombesörja förvaltning och Underhåll av spårfordon;

v. självt anskaffa eller medverka vid anskaffandet av Reservdelar;

vi. bistå RKTM med sakkunskap inom spårfordonsområdet; samt

vii. i enlighet med punkt 14 nedan förvalta tidigare genomförda finansieringar (vilket inkluderar US-Lease-to-Service-Contract transaktioner).

5.3 Bolaget skall vara ett samriskföretag i den betydelse som anges i LUF. Ett samriskföretag är ett bolag bildat uteslutande av flera upphandlande enheter för att bedriva verksamhet som omfattas av lagens tillämpningsområde. Bolaget skall bedriva försörjningsverksamhet i LUF:s mening i minst tre år.

5.4 Bolaget och Bolagets verksamhet skall ej vara vinstdrivande.

6 ~~6.~~ INFÖRSKAFFANDE AV SPÅRFORDON TILL BOLAGET

6.1 Vid tidpunkten för detta Aktieägaravtals ingående innehar Bolaget de existerande spårfordon, med fördelning mellan Aktieägarna, som framgår av bilaga 2.

6.2 Av förteckningen framgår för vilken Aktieägares räkning spårfordonen, beställningarna och optionsrätterna har införskaffats eller sedermera kommit att innehas.

6.3 De optionsrätter att införskaffa spårfordon som Bolaget från tid till annan innehar och som inte utnyttjats enligt punkt 6.1 ovan, skall fördelas mellan Aktieägarna genom skriftlig överenskommelse. För det fall de Aktieägare som önskar utnyttja dessa optionsrätter inte kan enas om fördelningen innan optionsrätterna måste utnyttjas för att inte förfalla eller om berörd Aktieägare så skriftligen begär, skall Bolagets styrelse fördela optionsrätterna efter främst följande kriterier; (i) Aktieägares behov av snabb leverans, (ii) Aktieägares behov av leverans av specifik fordonsmodell och (iii) total kostnad för utnyttjande av optionsrätterna på av Aktieägarna önskat sätt, varvid den lägre totalkostnaden skall äga företräde om inte särskilda skäl talar häremot.

6.4 I syfte att undvika att kapacitetsbrist uppkommer i Bolagets verksamhet är Aktieägarna överens om undersöka möjligheterna att Bolagets vagnförsörjningsresurser utökas genom offentlig upphandling, där så erfordras, förvärv av dotterföretag, apportemissioner eller på annat för Bolaget lämpligt sätt.

6.5 Bolaget får enbart förvärva dotterbolag om förvärvet dessförinnan godkänts av Aktieägarna. För det fall Bolaget förvärvar dotterföretag, är Aktieägarna ense om att dotterföretagets verksamhet bör integreras i Bolagets verksamhet och att dotterföretaget i samband därmed avvecklas på lämpligt sätt, såvida inte bibehållandet av dotterföretaget är fördelaktigt ur ekonomisk synvinkel och riskneutralt för Bolaget.

7 ~~7.~~ FINANSIERING AV BOLAGETS VERKSAMHET

~~7.1~~ Bolagets verksamhet skall finansieras genom dess aktiekapital, internt genererade medel, genom enskilda tillskott, upplåning från Aktieägare eller andra samt genom utnyttjande av för dess verksamhet möjliga finansieringsformer.

8 ~~8.~~ FINANSIERING AV INFÖRSKAFFANDE AV SPÅRFORDON OCH ÖVRIGA TJÄNSTER UTFÖRDA AV BOLAGET

8.1 När och i den mån som Aktieägare anmodar Bolaget att avropa optionsrätter att införskaffa spårfordon eller på annat sätt tar i anspråk Bolagets resurser, skall Aktieägaren vara skyldig att ställa fullgod säkerhet, i första hand i form av proprieborgen, eller lämna villkorat aktieägartillskott som motsvarar Bolagets totala kostnads- och förlustexponering avseende de aktuella spårfordonen för Bolagets totala kostnads- och förlustexponering avseende de aktuella spårfordonen. För det fall Aktieägare är ett aktiebolag skall säkerhet ställas av kommun eller landsting som äger aktiebolaget. Utan hinder härav skall dock Aktieägare, mot betalning, kunna utnyttja de övriga tjänster som Bolaget kan komma att tillhandahålla, t.ex. Underhåll, allt under förutsättning av att ett sådant utnyttjande sker på ett sätt som inte riskerar att märkbart försämra Bolagets kreditvärdighet.

8.2 När flera Aktieägare gemensamt införskaffar spårfordon genom Bolaget skall dessa Aktieägare vara skyldiga att ställa gemensam solidarisk säkerhet för Bolagets totala kostnads- och förlustexponering avseende de aktuella spårfordonen eller lämna villkorat aktieägartillskott som motsvarar Bolagets totala kostnads- och förlustexponering avseende de aktuella spårfordonen eller andel därav.

Utöver vad som följer av punkterna 8.1 och 8.2 ovan, skall Aktieägare inte vara skyldig att tillskjuta ytterligare medel till Bolaget.

8.3 Den Aktieägare för vars räkning spårfordon är införskaffade skall ersätta Bolaget för samtliga kostnader vid införskaffandet av spårfordon.

8.4 För det fall Bolaget utför tjänster för en Aktieägare som inte har införskaffat spårfordon genom Bolaget skall Bolaget debitera Aktieägaren för dessa tjänster till självkostnadspris.

9 ~~9.~~ UTHYRNING AV INFÖRSKAFFADE SPÅRFORDON

9.1 Bolaget skall till självkostnadspris ställa de spårfordon som Bolaget införskaffat till Godkänd Hyrestagares förfogande genom uthyrning enligt av Bolaget framtaget hyresavtal.

9.2 Sådan uthyrning skall primärt ske till Godkänd Hyrestagare med anknytning till den Aktieägare för vars räkning de aktuella spårfordonen är införskaffade.

9.3 Prissättning för uthyrning enligt ovan skall innebära skälig ersättning för Bolagets alla kostnader samt administration.

9.4 Om Aktieägare för vars räkning spårfordonen är införskaffade inte längre önskar hyra visst spårfordon eller inte längre önskar att Godkänd Hyrestagare med anknytning till Aktieägaren skall hyra visst spårfordon, skall övriga Aktieägare ges möjlighet att på marknadsmässiga villkor hyra spårfordonen eller anvisa annan Godkänd Hyrestagare som hyresman. Anmäler flera Aktieägare intresse av att förhyra de erbjudna spårfordonen, skall spårfordonen fördelas mellan Aktieägarna och av Aktieägare anvisad operatör genom skriftlig överenskommelse. Om dessa Aktieägare inte kan enas om fördelningen innan de aktuella spårfordonen måste förberedas för uthyrning, skall Bolagets styrelse på ett objektivt och omdömesgillt sätt fördela de aktuella spårfordonen efter främst följande kriterier; (i) Aktieägares behov av snabb leverans, (ii) Aktieägares behov av leverans av specifik fordonsmodell och (iii) för uthyrningen föreslagna villkor, varvid det för Bolaget ur finansiell synvinkel mest fördelaktiga erbjudandet skall äga företräde.

9.5 Om Aktieägare anvisar Godkänd Hyrestagare, som inte är Aktieägare, som hyresman av spårfordon, skall Aktieägaren vara skyldig att i förhållande till Bolaget utfärda en garantiförbindelse (i form av en proprieborgen) för hyresmannens rätta fullgörande av hyresbetalningar och övriga betalningar till Bolaget enligt hyresavtalet. Garantiförbindelsen skall, i allt väsentligt, ha den ordalydelse som framgår av bilaga 9. Om sådan garantiförbindelse inte utfärdas skall Aktieägaren inte äga rätt att anvisa hyresman.

9.6 Om Bolaget inte kan hyra ut spårfordon med full kostnadstäckning skall den Aktieägare eller de Aktieägare för vars räkning spårfordonen har införskaffats, alltid vara skyldig(-a) att förhyra spårfordonen av Bolaget enligt hyresavtalet som nämns i punkten 9.1, eller täcka hela kostnaden på annat för Bolaget, och enligt styrelsens mening, likvärdigt sätt. Så att Bolaget erhåller full kostnadstäckning.

9.7 Aktieägare för vars räkning spårfordonen är införskaffade som önskar hyra ut spårfordonen till tredje part skall alltjämt ansvara gentemot Bolaget och tillse att Bolaget erhåller full kostnadstäckning från Aktieägaren.

10 ~~10.~~ UNDERHÅLL AV SPÅRFORDON

Bolagets styrelse äger besluta att Underhåll skall organiseras genom annan. För det fall Bolagets styrelse beslutar att sådant underhåll skall organiseras genom annan skall Bolaget genomföra upphandling av underhållstjänster i konkurrens. Sådan upphandling skall vända sig mot företag som har särskild kompetens inom detta område och skall ske med iakttagande av de riktlinjer för upphandling av underhåll som vid var tid beslutas av styrelsen.

11 ~~11.~~ FÖRVALTNING AV SPÅRFORDON

11.1 Bolaget ansvarar för förvaltningen av de spårfordon som Bolaget anskaffat för Aktieägares räkning.

11.2 Bolaget skall på uppdrag av Aktieägare förvalta spårfordon som Aktieägare införskaffat med medverkan av Bolaget eller på annat sätt. Sådan förvaltning skall dock begränsas till administrativ förvaltning och upphandling av förvaltnings- och konsulttjänster.

11.3 Bolaget skall på uppdrag av Aktieägare ombesörja eller vara behjälpligt med förfaranden med anknytning till registrering och myndighetsgodkännande av spårfordon som Aktieägare införskaffat med medverkan av Bolaget eller på annat sätt samt därtill relaterade uppgifter.

12 ~~12.~~ AVSKRIVNINGAR PÅ FORDON

12.1 Avskrivningar av spårfordons eller Reservdels redovisningsmässiga värde får enbart ske enligt av Bolagets styrelse fastslagen avskrivningsplan.

12.2 Överavskrivningar får aldrig förekomma på spårfordon eller Reservdel som införskaffats för annan Aktieägares räkning utan enbart på spårfordon eller Reservdel som Bolaget införskaffat för egen räkning.

13 ~~13.~~ RESERVDELAR

Bolaget skall på uppdrag av Aktieägare eller för egen del anskaffa Reservdelar. Bolaget skall hyra ut Reservdelar till Godkänd Hyrestagare. Av Bolaget anskaffade Reservdelar skall kunna samlas i en ”pool”, det vill säga hanteras som en gemensam nyttighet som flera Aktieägare har tillgång till. Bolaget skall kunna anskaffa och underhålla Reservdelar åt flera Aktieägare gemensamt. Bolagets prissättning vid anskaffning och underhåll av Reservdelar skall ge Bolaget skälig ersättning för alla kostnader samt administration.

14 ~~14.~~ HANTERING AV REDAN GENOMFÖRDA FINANSIERINGAR

Redan genomförda finansieringar, inklusive s.k. US-leasar, upphör inte att gälla i samband med ingåendet av detta Aktieägaravtal utan skall bibehållas enligt nuvarande villkor i enlighet med villkoren i det bilagda aktieägaravtalet och dess bilagor bilaga 6. Detta regleras vidare genom det bilagda avslutnings- och överlämningsavtalet, bilaga 7.

15 ~~15.~~ FÖRDELNING AV ÄGANDET I BOLAGET

15.1 Envar Aktieägare skall, om inte något annat sägs i punkt 15.2, äga 10 000 stycken aktier i Bolaget.

15.2 Om landstinget och kommunerna i ett län har beslutat att uppgiften som RKTM skall fullgöras av en gemensam nämnd skall kommunerna eller landstinget och kommunerna gemensamt genom samägande äga samma antal aktier som i punkt 15.1 stycken aktier i Bolaget.

15.3 Om RKTM har överlämnat befogenhet att ingå avtal om allmän trafik till aktiebolag eller kommun och sådant aktiebolag eller kommun skall vara Aktieägare skall sådan Aktieägare äga ett antal aktier så att sådan(-a) Aktieägare tillsammans med sådan RKTM (eller, i

förekommande fall, landstinget och/eller kommunerna i aktuellt län) äger det antal aktier som anges i punkt 15.1 ovan.

15.4 Aktiebolag, till vilket befogenheten att ingå avtal om allmän trafik överlåtits, skall ensamt äga det antal aktier som anges i punkt 15.1 ovan i det fall RKTM (eller, i förekommande fall landstinget och/eller kommunerna) i aktuellt län inte är Aktieägare.

15.5 För tillkommande Aktieägare gäller punkt 16 i detta Aktieägaravtal.

15.6 Vid Aktieägares utträde gäller punkt 27 i detta Aktieägaravtal.

16 ~~16.~~ TILLKOMMANDE AKTIEÄGARE

16.1 Aktieägarna är överens om att medverka till att även andra som uppfyller kraven i punkt 2.1 i detta Aktieägaravtal som önskar utnyttja Bolagets resurser och verksamhet blir Aktieägare i Bolaget på och i enlighet med de villkor som anges i detta Aktieägaravtal.

16.2 Bolagets styrelse beslutar huruvida Tillkommande Aktieägare skall förvärva sina aktier från befintlig Aktieägare som i enlighet med punkt 27 anmält sitt utträde eller genom riktad nyemission enligt nedan. Om tillkommande Aktieägare skall förvärva sina aktier från en befintlig Aktieägare eller från ett dotterbolag till Bolaget, skall Bolagets styrelse tillse att de förutsättningar som anges i punkten 16.3 är uppfyllda. Förvärvet skall ske till aktiens kvotvärde.

16.3 Under förutsättning att kraven i punkt 2.1 samt nedanstående villkor är uppfyllda är Aktieägare skyldig att på bolagsstämma rösta för en riktad nyemission till Tillkommande Aktieägare:

(a) att den Tillkommande Aktieägaren inträder som part i Aktieägaravtalet enligt punkt 16.5 nedan; och

(b) att Bolagets resurser - med beaktande av vad den Tillkommande Aktieägaren eventuellt tillför vid förvärvet eller teckning av aktier i Bolaget - är eller blir tillräckligt omfattande för att kapacitetsbrist inte därigenom skall uppstå i Bolagets verksamhet.

16.4 Vid sådan riktad nyemission skall det antal aktier som anges i punkt 15.1 emitteras till varje Tillkommande Aktieägare Om inget ägande är fördelat enligt punkt 15.2 eller punkt 15.3 skall således alla Aktieägare äga lika många aktier även efter att Aktieägare tillkommit. Emissionskursen skall motsvara aktiens kvotvärde.

16.5 Utöver de handlingar varigenom Tillkommande Aktieägare förvärvar, tecknar eller på annat sätt erhåller aktier i Bolaget, skall Tillkommande Aktieägare ingå ett Anslutningsavtal med existerande Aktieägare. Detta Anslutningsavtal skall i allt väsentligt ha den lydelse som framgår av bilaga 3.

16.6 Tillkommande Aktieägare skall ha för avsikt att vara Aktieägare i minst tre år.

17 ~~17.~~ ÄGARDIREKTIV

Ägardirektiv skall antas årligen av bolagsstämman. Ägardirektivet skall ha till syfte att tydliggöra vissa utgångspunkter för Bolagets verksamhet. Ägardirektivet är bindande för Bolagets styrelse och andra ställföreträdare som har att följa direktivet, såvida det i visst fall inte strider mot aktiebolagslagen (2005:551) (nedan ”**Aktiebolagslagen**”) eller Bolagets bolagsordning.

18 ~~18.~~ ÄGARINFLYTANDE

~~18.1~~ Respektive Aktieägare åtar sig att delta i och fatta de beslut som krävs av Aktieägare som har förvärvat spårfordon genom Bolaget om, och endast om, sådan Aktieägare begär det med anledning av spårfordon som denne har förvärvat genom Bolaget. Detta innebär att om Aktieägare vill lösa ut spårfordon som denne har finansierat eller anskaffat med hjälp av Bolaget och berörd finansiär godkänner detta så skall övriga Aktieägare inte vägra Aktieägaren att lösa ut de aktuella spårfordonen.

19 ~~19.~~ BOLAGETS LEDNING OCH STYRELSE

19.1 ~~Ordinarie bolagsstämma~~[Årstämma skall hållas en gång per år. Bolagsstämma sammankallas av styrelsen. Årsstämman skall utse ägarråd och två (2) av ledamöterna i valberedningen.

19.2 ~~Bolagsstämman skall utse ägarråd vilket tillika utgör valberedning. För ägarråd och valberedning *gäller instruktion i bilaga 8.*~~ [Ägarrådet skall ha sju (7) ledamöter varvid de sju (7) aktieägare som har störst Finansiellt Nettoengagemang skall få nominera en ledamot var. Aktieägarna förbinder sig att vid bolagsstämma rösta för de nominerade kandidaterna. För ägarråd *gäller instruktion i bilaga 8.*]

19.3 [Valberedningen utgörs av tre (3) ledamöter utsedda av ägarrådet samt två (2) ledamöter som väljs av årsstämman varvid endast aktieägare som inte är representerade i ägarrådet har rätt att lämna förslag till ledamöter. Nominering till de två (2) poster i valberedningen som antas av årsstämma enligt 19.1, skall göras till [styrelsen] senast [kallelsetid + två (2) veckor] före årstämma. Endast aktieägare som inte är representerade i ägarrådet äger rätt att nominera personer. För valberedningen gäller instruktion i bilaga 9.]

19.4 ~~19.3~~ Styrelsen skall sammanträda sex (6) gånger per år. Verkställande direktör i Bolaget får inte vara styrelseledamot. Styrelsen väljs årligen.

19.5 ~~19.4~~ Styrelsen skall ha nio (9) ledamöter. Ledamöterna i styrelsen skall tillsättas utifrån den kompetens och erfarenhet som speglar Bolagets verksamhet, detta skall regleras genom en instruktion till valberedningen.

19.6 ~~19.5~~ Styrelseledamöter och styrelsens ordförande skall nomineras av valberedningen. Styrelsen skall kunna utse utskott som tillsammans med verkställande direktör ges i uppdrag att utreda särskilda frågor.

19.7 ~~19.6~~ Ägarrådet[1] skall godkänna arbetsordningen för styrelsens arbete.~~.~~]

1 TBD

20 ~~20.~~ BOLAGETS VERKSTÄLLANDE DIREKTÖR OCH FÖRVALTNING

20.1 Bolagets verkställande direktör utses av styrelsen efter samråd med ägarrådet. Vid lika röstetal skall det förslag till verkställande direktör som biträdes av styrelsens ordförande anses utgöra styrelsens beslut.

20.2 Styrelsen skall upprätta instruktioner för arbetsfördelningen mellan styrelsen och verkställande direktören, instruktioner för ekonomisk rapportering, instruktioner för verkställande direktörens arbete samt instruktioner för verkställande direktörens arvode. Dessa instruktioner skall godkännas av ägarrådet.

20.3 Styrelsen äger besluta om hur Bolagets förvaltning praktiskt skall bemannas och hanteras.

21 ~~21.~~ MAJORITETSKRAV VID VISSA BESLUT

21.1 För giltigt beslut i följande frågor rörande Bolaget skall - oavsett vad Aktiebolagslagen eller Bolagets bolagsordning stadgar - enighet föreligga mellan Aktieägarna:

(a) Ändring av Bolagets bolagsordning;

(b) Ändring av Bolagets aktiekapital samt utgivning av konvertibla skuldebrev, skuldebrev förenade med optionsrätt vid nyteckning eller andra instrument vilka berättigar till aktier i Bolaget och vinstandelsbevis, med undantag för riktad nyemission till Tillkommande Aktieägare i enlighet med punkt 16 ovan;

(c) Beslut om att Bolaget skall träda i likvidation i annat fall än då så skall ske enligt lag eller detta Aktieägaravtal;

(d) [Förändring av instruktion till Bolagets valberedning;]

(e) ~~(d)~~ Bolagets ställande av säkerhet där värdet av säkerheten överstiger fem (5) basbelopp enligt socialförsäkringsbalken (2010:110), i annat fall än då finansiering av införskaffade spårfordon eller Reservdelar sker i enlighet med punkt 8 ovan;

(f) ~~(e)~~ Avtal om överlåtelse av fastighet, rörelse eller rörelsegren, om avtalet i väsentlig mån påverkar Bolagets verksamhet; samt

(g) ~~(f)~~ Beslut, i förekommande fall, motsvarande de under a)-e) angivna såvitt avser Bolagets dotterföretag.

21.2 För giltigt beslut i följande frågor rörande Bolaget skall - oavsett vad Aktiebolagslagen eller Bolagets bolagsordning stadgar - beslutet biträdas av minst två tredjedelar (2/3) av Aktieägarna:

(a) Vinstutdelning eller återbetalning av villkorade aktieägartillskott;

(b) Förändring av instruktionen till ägarrådet;

(c) Förändring av instruktionen till Bolagets styrelse;

(d) Förändring av instruktionen till Bolagets verkställande direktör;

(e) Beslut rörande inriktningen av Bolagets verksamhet;

(f) Bildande, förvärv, avyttring eller nedläggning av dotterföretag; samt

(g) Beslut, i förekommande fall, motsvarande de under a)-f) angivna såvitt avser Bolagets dotterföretag.

21.3 Förekommer till behandling på bolagsstämma eller styrelsesammanträde sådan fråga som enligt denna punkt 21 eller detta Aktieägaravtal i övrigt fordrar enighet eller viss majoritet mellan Aktieägarna och kan enighet eller sådan majoritet ej uppnås skall frågan avföras från dagordningen. Om parts representant är förhindrad att delta i styrelsens behandling av viss fråga p.g.a. jäv enligt Aktiebolagslagens bestämmelser, skall representanten inte beaktas vid bedömningen av om enighet eller erforderlig majoritet föreligger.

22 ~~22.~~ FIRMATECKNING

22.1 Bolagets firma skall tecknas av styrelsen i dess helhet eller av två (2) styrelseledamöter i förening. Två styrelseledamöter skall dock inte ensamma kunna teckna Bolagets firma i förening om de är utsedda av samma Aktieägare. Suppleant för styrelseledamot skall inte kunna teckna Bolagets firma i förening med suppleant eller styresledamot som utsetts av samma Aktieägare som suppleanten.

22.2 Därutöver äger Bolagets verkställande direktör teckna Bolagets firma enligt vad som anges i 8 kap. 36 § Aktiebolagslagen.

23 ~~23.~~ BOLAGETS REVISOR

Bolaget skall ha minst en (1) och högst två (2) revisorer med högst två (2) revisorssuppleanter. Dessa skall samtliga vara auktoriserade revisorer eller registrerade revisionsbolag och skall utses i den ordning som Aktiebolagslagen föreskriver.

24 ~~24.~~ LEKMANNAREVISORER

Bolagsstämman skall utse fem lekmannarevisorer som väljs för en mandatperiod om fyra år. ~~Första gången lekmannarevisorer utses sker det för en~~ med undantag för de första lekmannarevisorerna vars mandatperiod sträcker sig fram till och med årsstämman 2014. Nominering av lekmannarevisorer sker i enlighet med separat anvisat schema i Bilaga 10. Aktieägare åtar sig att rösta för de nominerade lekmannarevisorerna. Om därtill berättigad aktieägare inte nominerar lekmannarevisor skall ingen sådan utses utan ett lägre antal lekmannarevisorer utses för perioden i fråga.

25 ~~25.~~ INSYN I BOLAGETS VERKSAMHET

25.1 Styrelsen skall vid bolagsstämma eller vid annat tillfälle delge Aktieägarna all information om Bolaget som Aktieägare efterfrågar.

25.2 Aktieägare har när som helst rätt att få del av och (mot en administrativ avgift) kopiera alla handlingar rörande Bolaget som innehas av Bolaget, med undantag för handlingar som innehåller affärshemligheter. Denna rätt får utövas av styrelsemedlem, styrelsesuppleant eller annan person utsedd av Aktieägare. Det noteras att styrelsen och sådan Aktieägare har att svara för att eventuella sekretessåtaganden som Bolaget gjort mot tredje man samt skyddet för affärshemligheter upprätthålls inom sådan Aktieägares verksamhet.

25.3 Offentlighetsprincipen gäller enligt 2 kap. 3 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) (nedan ”**OSL**”) i Bolagets verksamhet. Bolagets styrelse samt dess anställda skall tillse att allmänheten får tillgång till information och allmänna handlingar i enlighet med vad som följer av en korrekt tillämpning av offentlighetsprincipen.

26 ~~26.~~ PANTSÄTTNING AV AKTIER I BOLAGET

Aktieägare äger inte rätt att pantsätta eller på annat sätt ställa aktier i Bolaget som säkerhet.

27 ~~27.~~ VISSA REGLERINGAR I HÄNDELSE AV AKTIEÄGARES UTTRÄDE

27.1 Om Aktieägare, efter att ha varit Aktieägare i minst tre år, vill träda ur Avtalet skall Aktieägaren skriftligen underrätta Bolagets styrelse om detta.

27.2 Om Aktieägare av fri vilja eller av annan anledning skall upphöra att vara Aktieägare (”**Utträdande Aktieägare**”) äger styrelsen besluta hur Aktieägaren skall utträda ur bolaget, enligt vad som stadgas nedan. Styrelsen skall besluta att aktierna antingen skall överlåtas till Tillkommande Aktieägare som styrelsen anvisar, till av Bolaget ägt dotterbolag eller att aktien skall lösas in enligt punkt 31 nedan. Överlåtelse skall ske till aktiens kvotvärde.

27.3 Utträdande Aktieägare är skyldig att lösa ut samtliga spårfordon som Bolaget har förvärvat för Aktieägarens räkning samt lösa alla eventuella finansieringar som upptagits för dessa spårfordon. Att lösa ut spårfordon samt lösa finansieringar är enbart möjligt om berörd finansiär godkänner detta.

27.4 Utträdande Aktieägare skall, om Bolaget så begär, vara skyldig att från Bolaget förvärva samtliga de spårfordon samt avropade optionsrätter som Bolaget innehar, direkt eller indirekt, eller har avropat för Utträdande Aktieägares räkning. Överlåtelsen skall ske per den dag då Utträdande Aktieägarens aktier inlöses eller överlåtes och till ett pris som motsvarar spårfordonens bokförda värde.

27.5 Aktieägare som förvärvar spårfordon m.m. enligt punkt 16 ovan har aldrig rätt att gentemot Bolaget rikta några som helst invändningar eller anspråk avseende de aktuella spårfordonens skick.

27.6 Aktieägare vars aktier inlöses eller överlåtes äger rätt att få tillbaka eventuella villkorade aktieägartillskott samt lån som Aktieägaren lämnat till Bolaget. Detta gäller enbart under förutsättning att Aktieägaren löser ut de fordon och Reservdelar för vilka villkorade aktieägartillskott och lån betalats, och även i övrigt löser samtliga engagemang. Om Aktieägare förvärvar spårfordon m.m. enligt denna punkt 27 skall Aktieägaren utan kostnad för Bolaget lösa eller tillse att Bolaget löses från all finansiering i den mån finansieringen är hänförlig till förvärvad egendom och täcka Bolagets kostnader i samband med detta. Under

dessa förutsättningar skall Aktieägaren även äga rätt att säga upp garantiförbindelse för hyresmans förpliktelser enligt punkt 9.5 ovan. Sådan Aktieägares skyldighet att ställa borgen eller garantiförbindelse för Bolagets förpliktelser upphör först när samtliga engagemang och finansieringar som belöper på Aktieägaren är lösta.

28 ~~28.~~ AKTIEÄGARES AVTALSBROTT

28.1 Aktieägare som överträder bestämmelserna i detta Aktieägaravtal eller underlåter att fullgöra sina förpliktelser enligt detta Aktieägaravtal, skall, oavsett om Aktieägaravtalet upphör eller inte och oavsett om avtalsbrottet är väsentligt eller inte, ersätta Bolaget och/eller Aktieägarna för den skada som uppkommer för Bolaget respektive Aktieägarna på grund av avtalsbrottet.

28.2 Oaktat vad som anges ovan i punkt 28.1 om avtalsbrott, skall vad som anges i denna punkt 28.2 gälla om Aktieägare (”**Felande Aktieägare**”) gör sig skyldig till väsentligt avtalsbrott eller, vid upprepade tillfällen, begår annat avtalsbrott och avtalsbrottet respektive avtalsbrotten inte har åtgärdats av den felande Aktieägaren inom fjorton (14) veckodagar från det att denne erhöll den första skriftliga underrättelsen om förekomsten av avtalsbrott från annan Aktieägare. Felande Aktieägare är skyldig att snarast, och senast inom en (1) vecka från det att han erhöll sådan underrättelse om förekomst av avtalsbrott, framställa en begäran till styrelsen om att denne önskar upphöra att vara Aktieägare, varpå styrelsen har att besluta ordningen för utträde enligt punkten 27 ovan. Felande Aktieägaren är dessutom skyldig att hålla Bolaget och övriga Aktieägare helt skadeslösa genom att ersätta dem för alla kostnader som uppstår på grund av den Felande Aktieägarens utträde ur Bolaget och Aktieägaravtalet. Härvid skall vad som anges i punkt 27 äga tillämpning.

29 ~~29.~~ UTTRÄDE VID OENIGHET

För det fall oenighet uppkommer bland Aktieägarna och samma ärende därför avförs från dagordningen för bolagsstämma eller styrelsesammanträde i enlighet med punkt 21.2 ovan mer än en (1) gång under en period om tolv (12) månader, kan Aktieägare, meddela styrelsen om att denne önskar träda ur Avtalet. I samband med sådant utträde skall vad som anges i punkt 27 äga tillämpning.

30 ~~30.~~ SÄRSKILDA BESTÄMMELSER FÖR DET FALL AKTIEÄGARAVTALET SKULLE MEDFÖRA ATT ETT ENKELT BOLAG FÖRELIGGER

30.1 Om detta Aktieägaravtal - mot parternas uttalade avsikt - skulle medföra att ett enkelt bolag mellan Aktieägarna skall anses föreligga överenskommer Aktieägarna härmed om följande reglering med avvikelse från vad som anges i lagen (1980:1102) om handelsbolag och enkla bolag.

30.2 För det fall en sådan omständighet inträffar vilken medför att det enkla bolaget enligt lagen (1980:1102) om handelsbolag och enkla bolag (i) skall träda i likvidation, eller (ii) kan begäras i likvidation av bolagsman och sådan begäran framställs, skall Aktieägare till vilken likvidationsgrunden kan hänföras eller, där så är fallet, dennes rättsinnehavare, uteslutas ur

det enkla bolaget på begäran av Aktieägare. Framställes sådan begäran skall Aktieägaren framföra sin önskan till styrelsen om att utträda ur Avtalet.

30.3 Därtill gäller vad som stadgas i punkt 27 ovan.

31 ~~31.~~ INLÖSEN AV AKTIER

31.1 Om styrelsen så påkallar skall Aktieägare vid eventuellt utträde, senast inom en (1) vecka framföra en begäran till styrelsen att Aktieägaren önskar minska bolagets aktiekapital och att få sina aktier inlösta, enligt den ordning som stadgas i Bolagets bolagsordning, bilaga 1 (”**Inlösenförfarandet**”). Styrelsen skall, om så krävs, göra en bedömning enligt 20 kap 33 § 2 st. 1 p. ABL huruvida Inlösenförfarandet är förenligt med ABL:s regler om värdeöverföring (17 kap 3 § 1 st.).

31.2 Vid en eventuell bolagsstämma, åtar sig samtliga Aktieägare, om så krävs, att rösta för en minskning av aktiekapitalet, att den Utträdande Aktieägarens aktier skall inlösas samt på övriga sätt verka för att inlösen av aktierna kan ske enligt Inlösenförfarandet. Detta åtagande gäller under förutsättning att Aktieägarens samtliga engagemang kan lösas.

32 ~~32.~~ AVTALSTID

32.1 Detta Aktieägaravtal träder i kraft vid undertecknandet av i punkt 1 angivna parter och gäller därefter i minst tre år. Om Aktieägaravtalet skriftligen sägs upp av någon Aktieägare minst ett (1) år före utgången av sagda period, skall det upphöra att gälla vid utgången av avtalsperioden under förutsättning att även övriga Aktieägare vill utträda ur Aktieägaravtalet. Om Aktieägaravtalet inte sägs upp enligt ovan, förlängs avtalstiden automatiskt i perioder om tre (3) år åt gången med motsvarande uppsägningstid.

32.2 Utan att påverkas av om detta Aktieägaravtal upphör att gälla helt eller i förhållande till viss Aktieägare skall utställda borgensåtaganden gälla till dess att berörd(-a) Aktieägare löst samtliga sådana borgensåtaganden. Aktieägares skyldighet att garantera hyrestagares åtaganden påverkas inte av om detta Aktieägaravtal upphör att gälla helt eller i förhållande till viss Aktieägare.

32.3 Aktieägare äger inte rätt att överlåta sina aktier i Bolaget förrän Aktieägaren har varit Aktieägare i minst tre år.

33 ~~33.~~ KONKURRENSFRIHET

Det står varje Aktieägare fritt att införskaffa, hyra eller på annat sätt ta i anspråk spårfordon samt uppsöka och utnyttja tjänster avseende underhåll och finansiering för sin verksamhet på annat sätt än genom utnyttjande av Bolagets resurser. Denna möjlighet för Aktieägare att införskaffa spårfordon samt att uppsöka och utnyttja tjänster avseende underhåll och finansiering direkt från annan leverantör än Bolaget inverkar dock inte på giltigheten av de åtaganden Aktieägaren har gjort beträffande Bolagets förpliktelser.

34 ~~34.~~ SEKRETESS

34.1 Aktieägarna förbinder sig att inte för utomstående avslöja känslig affärsinformation eller kunskap om Bolaget och dess verksamhet som Aktieägare fått del av på grund av sitt engagemang i Bolaget och som inte dessförinnan var tillgänglig för Aktieägare eller är eller blir allmänt känd på annat sätt än genom brott mot detta Aktieägaravtal. Detta sekretessåtagande skall gälla för Aktieägare så länge Aktieägaren är Aktieägare och för en period om ett (1) år efter det att Aktieägare upphört att vara part till detta Aktieägaravtal.

34.2 Sekretesskyldigheten i denna punkt 34 må dock jämkas på grund av tvingande tillämplig författning såsom OSL eller föreskrift eller på grund av för part gällande kontrakt med börs eller auktoriserad marknadsplats.

34.3 Aktieägarna är medvetna om att tillämpningen av offentlighetsprincipen kan medföra en skyldighet för Bolaget eller Aktieägarna att lämna ut information eller handlingar.

35 ~~35.~~ MEDDELANDEN

35.1 Uppsägningar, förköpserbjudanden och andra meddelanden skall ske genom bud eller rekommenderat brev till Aktieägares eller Bolagets i bilaga 5 angivna eller senare meddelade adresser.

35.2 Meddelandet skall anses ha kommit mottagaren tillhanda

(a) om avlämnat med bud: vid överlämnandet; samt

(b) om avsänt med rekommenderat brev: tre (3) dagar efter avlämnande för postbefordran.

35.3 Aktieägares adressändring skall meddelas Aktieägarna samt Bolaget på sätt föreskrivs i denna bestämmelse.

36 ~~36.~~ FULLSTÄNDIGT AVTALSINNEHÅLL

Aktieägaravtalet utgör Aktieägarnas fullständiga reglering av samtliga frågor som Aktieägaravtalet berör. Varje skriftligt eller muntligt åtagande och/eller utfästelse som föregått Aktieägaravtalet, inklusive tidigare ingånget aktieägaravtal, ersätts till fullo av innehållet i Aktieägaravtalet med undantag för de delar av det tidigare aktieägaravtalet samt därtill hörande avtal inklusive regressavtalet som skall kvarstå i enlighet med avslutnings- och överlämningsavtalet, bilaga 7.

37 ~~37.~~ AVTALAD SKRIFTFORM FÖR ÄNDRINGAR OCH TILLÄGG

37.1 Ändring i och/eller tillägg till Aktieägaravtalet skall för att erhålla bindande verkan vara skriftligen avfattat och undertecknat av samtliga övriga Aktieägare.

37.2 Oaktat vad som anges i punkt 37.1 ovan skall styrelsen för Bolaget kontinuerligt uppdatera följande bilagor baserat på de förändringar som ägt rum i enlighet med Aktieägaravtalets bestämmelser:

(a) fördelning av spårfordon , bilaga 2;

(b) förteckning över Aktieägare, bilaga 4; och

(c) adressförteckning, bilaga 5.

38 ~~38.~~ BESTÄMMELSES OGILTIGHET

Skulle någon bestämmelse eller del av bestämmelse i Aktieägaravtalet visa sig vara ogiltig, skall detta inte innebära att Aktieägaravtalet i dess helhet är ogiltigt utan i stället skall - i den mån ogiltigheten väsentligen påverkar Aktieägares utbyte av eller prestation enligt Aktieägaravtalet - skälig jämkning av bestämmelserna i Aktieägaravtalet ske.

39 ~~39.~~ ÖVERLÅTELSE ELLER PANTSÄTTNING AV AKTIEÄGARAVTALET

Aktieägares rättigheter och/eller skyldigheter enligt Aktieägaravtalet får endast överlåtas, upplåtas eller pantsättas under förutsättning av samtliga övriga Aktieägares föregående och skriftliga godkännande.

40 ~~40.~~ PASSIVITET

40.1 Aktieägares underlåtenhet att utnyttja någon rättighet enligt Aktieägaravtalet eller underlåtenhet att påtala visst förhållande hänförligt till Aktieägaravtalet skall inte innebära att Aktieägare frånfallit sin rätt i sådant avseende.

40.2 Skulle Aktieägare vilja med bindande verkan mot övriga Aktieägare avstå från att utnyttja viss rättighet eller att påtala visst förhållande skall sådant avstående ske skriftligen i varje enskilt fall.

41 ~~41.~~ TILLÄMPLIG LAG

Detta Aktieägaravtal skall tolkas och tillämpas enligt svensk rätt.

42 ~~42.~~ TVISTELÖSNING

42.1 Tvister som uppstår i anledning av detta avtal skall slutligt avgöras genom skiljedom enligt Skiljedomsregler för Stockholms Handelskammares Skiljedomsinstitut.

42.2 Skiljenämnden skall bestå av tre ledamöter.

42.3 Skiljeförfarandet skall äga rum i Stockholm. Språket för förfarandet skall vara svenska.

Avtalet har upprättats i ett (1) exemplar varav Aktieägarna tagit varsin kopia. Originalet förvaras hos Bolaget.

~~Ort:~~

~~Datum:~~

~~Landstinget i Uppsala län~~
~~gm~~

~~Underskrift(-er)~~

~~Namnförtydligande(-n)~~

~~Ort:~~

~~Datum:~~

~~AB Storstockholm Lokaltrafik~~
~~gm~~

~~Underskrift(-er)~~

~~Namnförtydligande(-n)~~

~~Ort:~~

~~Datum:~~

~~Regionförbundet Jämtlands län~~
~~gm~~

~~Underskrift(-er)~~

~~Namnförtydligande(-n)~~

~~Ort:_____~~

~~Datum: _____~~

~~Kommunalförbundet Kollektivtrafiken i Västernorrlands län~~
~~gm~~

_____
~~/Underskrift(-er)/~~

_____
~~/Namnförtydligande(-n)/~~

~~Ort:_____~~

~~Datum: _____~~

~~Regionförbundet Västerbotten~~
~~gm~~

_____
~~/Underskrift(-er)/~~

_____
~~/Namnförtydligande(-n)/~~

~~Ort:_____~~

~~Datum: _____~~

~~Regionförbundet Södra Småland~~
~~gm~~

_____
~~/Underskrift(-er)/~~

~~_____~~
~~/Namnförtydligande(-n)/~~

~~Ort:_____~~

~~Datum: _____~~

~~Kommunalförbundet Norrbottens läns Kollektivtrafikmyndighet~~
~~gm~~

~~_____~~
~~/Underskrift(-er)/~~

~~_____~~
~~/Namnförtydligande(-n)/~~

~~Ort:_____~~

~~Datum: _____~~

~~Västra Götalandsregionen~~
~~gm~~

~~_____~~
~~/Underskrift(-er)/~~

~~_____~~
~~/Namnförtydligande(-n)/~~

~~Ort:_____~~

~~Datum: _____~~

~~Landstinget i Kalmars län~~
~~gm~~

~~_____~~
~~/Underskrift(-er)/~~

~~/Namnförtydligande(-n)/~~

~~Ort:~~

~~Datum:~~

~~Landstinget Västmanland~~
~~gm~~

~~/Underskrift(-er)/~~

~~/Namnförtydligande(-n)/~~

~~Ort:~~

~~Datum:~~

~~Regionförbundet Dalarna~~
~~gm~~

~~/Underskrift(-er)/~~

~~/Namnförtydligande(-n)/~~

~~Ort:~~

~~Datum:~~

~~Örebro läns landsting~~
~~gm~~

~~/Underskrift(-er)/~~

/Namnförtydligande(-n)/

Ort: _____

Datum: _____

Landstinget Gävleborg
gm

_____
/Underskrift(-er)/

_____
/Namnförtydligande(-n)/

Ort: _____

Datum: _____

Landstinget i Östergötland
gm

_____
/Underskrift(-er)/

_____
/Namnförtydligande(-n)/

Ort: _____

Datum: _____

Blekingetrafiken AB
gm

_____
/Underskrift(-er)/

_____

~~/Namnförtydligande(n)/~~

Ort: _____

Datum: _____

Landstinget i Jönköpings län
gm

_____
/Underskrift(-er)/

_____
/Namnförtydligande(-n)/

Ort: _____

Datum: _____

Region Halland
gm

_____
/Underskrift(-er)/

_____
/Namnförtydligande(-n)/

Ort: _____

Datum: _____

Region Värmland
gm

_____
/Underskrift(-er)/

_____

/Namnförtydligande(-n)/

Ort: _____

Datum: _____

Region Skåne
gm

_____
/Underskrift(-er)/

_____
/Namnförtydligande(-n)/

Ort: _____

Datum: _____

Kommunalförbundet Sörmlands Kollektivtrafikmyndighet
gm

_____
/Underskrift(-er)/

_____
/Namnförtydligande(-n)/

Ort: _____

Datum: _____

AB Transitio
gm

_____
/Underskrift(-er)/

~~/Namnförtydligande(-n)/~~

Bilagor:

1. Bolagets ~~nuvarande och kommande~~ bolagsordning;
2. Fördelning av spårfordon;
3. Anslutningsavtal;
4. Förteckning över Aktieägare och respektive Aktieägares ägarandel;
5. Adressförteckning;
6. Tidigare aktieägaravtal jämte bilagor;
7. Avslutnings- och överlämningsavtal;
8. Instruktioner till ägarrådet ~~tillika valberedningen;~~ ;
9. [Instruktion till valberedningen;]
10. ~~9.~~ Garantiförbindelse; och
11. ~~10.~~ Schema – nominering av lekmannarevisor.

Document comparison by Workshare Compare on den 27 mars 2015 18:20:43

Input:	
Document 1 ID	interwovenSite://DM.SNELLMAN-LAW.FI/Client/38471432/1
Description	#38471432v1<Client> - B1. Bolagsordning_Transitio
Document 2 ID	interwovenSite://DM.SNELLMAN-LAW.FI/Client/38464537/4
Description	#38464537v4<Client> - AB Transitio_Bolagsordning_20150306
Rendering set	HS Standard

Legend:	
Insertion	
~~Deletion~~	
~~*Moved from*~~	
Moved to	
Style change	
Format change	
~~Moved deletion~~	
Inserted cell	
Deleted cell	
Moved cell	
Split/Merged cell	
Padding cell	

Statistics:	
	Count
Insertions	8
Deletions	4
Moved from	0
Moved to	0
Style change	0
Format changed	0
Total changes	12

BOLAGSORDNING

§ 1 Firma

Bolagets firma är AB Transitio, registreringsnummer 556033-1984.

§ 2 Styrelsens säte

Styrelsen har sitt säte i Stockholms kommun.

§ 3 Verksamhet

Bolaget skall ha som huvuduppgift att på olika sätt stödja Aktieägare avseende frågor om upphandling och finansiering av spårfordon och reservdelar. Bolaget har tillika en uppgift avseende anskaffande, uthyrning, förvaltning och underhåll av spårfordon, högvärdeskomponenter avseende spårfordon och reservdelar avseende spårfordon. Bolaget har också en rådgivande roll som sakkunnigt inom spårfordonsområdet. Bolaget skall också förvalta tidigare genomförda finansieringar (vilket inkluderar US-Lease-to-Service-Contract transaktioner).

§ 4 Bolaget skall ej vara vinstdrivande

Bolaget och bolagets verksamhet skall ej vara vinstdrivande. Vid bolagets likvidation skall bolagets behållna tillgångar fördelas mellan aktieägarna i förhållande till deras finansiella nettoengagemang, varvid en aktieägares finansiella nettoengagemang beräknas som det enligt bolagets balansräkning kvarvarande restvärdet för respektive aktieägare anskaffat tåg. Bolagets bokföring skall vara ordnad så att respektive aktieägares finansiella nettoengagemang kan utläsas.

§ 5 Aktiekapital

Bolagets aktiekapital skall vara lägst 10.000.000 kronor och högst 40.000.000 kronor.

§ 6 Antal aktier

Antal aktier skall vara lägst 100.000 och högst 400.000 aktier.

§ 7 Aktieserier

Aktierna skall utgöras av dels aktier av serie 1, vilka kan utges till ett antal motsvarande högst 100 % av antalet aktier, dels aktier av serie 2, vilka kan utges till ett antal motsvarande högst 100 % av antalet aktier.

§ 8 Styrelsens sammansättning

Styrelsen består av nio (9) ledamöter med högst nio (9) suppleanter. De väljes på årsstämma för tiden intill dess nästa årsstämma har hållits.

§ 9 Revisorer

Bolaget skall ha minst en (1) och högst två (2) revisorer med högst två (2) revisorssuppleanter. Dessa skall samtliga vara auktoriserade revisorer. Istället kan ett registrerat revisionsbolag utses. Revisor utses i den ordning som Aktiebolagslagen föreskriver.

§ 10 Lekmannarevisorer

Bolagsstämman få utse högst fem lekmannarevisorer.

§ 11 Meddelande

Kallelser och andra meddelanden till aktieägarna sker genom brevförsändelse med posten. Kallelse till bolagsstämman avsändes tidigast sex (6) och senast två (2) veckor före bolagsstämman.

§ 12 Räkenskapsår

Bolagets räkenskapsår skall omfatta kalenderår.

§ 13 Ägarråd

Bolagsstämman skall utse ägarråd. Ägarrådet skall bestå av sju (7) ledamöter varvid de sju (7) aktieägare som har störst finansiellt nettoengagemang (beräknat i enlighet med § 4 ovan) skall få utse en ledamot var.

§ 14 Valberedning

~~Ägarrådet utgör även valberedning och skall lämna förslag till styrelse inför bolagsstämma.~~ Valberedningen består av totalt fem (5) ledamöter. Tre (3) ledamöter utses av ägarrådet och två (2) ledamöter väljs på årstämma bland de kandidater som nominerats av aktieägare som inte är representerade i ägarrådet.

§ 15 Plats för bolagsstämma

Bolagsstämma skall hållas i Stockholms kommun.

§ 16 Ordförande vid bolagsstämma

Styrelsens ordförande eller den styrelsen därtill utsett öppnar bolagsstämman och leder förhandlingarna till dess ordförande för bolagsstämman har valts.

§ 17 Bolagsstämma

Årsstämma skall hållas inom sex (6) månader efter räkenskapsårets utgång. Därvid skall följande ärenden förekomma:

1. Val av ordförande vid stämman;
2. Upprättande och godkännande av röstlängd;
3. Godkännande av dagordning;
4. Prövning av om stämman blivit behörigen sammankallad;
5. Val av en (1) eller två (2) justeringsmän;
6. Föredragning av framlagd årsredovisning och revisionsberättelse samt, i förekommande fall, koncernredovisning och koncernrevisionsberättelse;
7. Beslut om

a) fastställande av resultaträkning och balansräkning samt, i förekommande fall, koncernresultaträkning och koncernbalansräkning,

b) om dispositioner beträffande vinst eller förlust enligt den fastställda balansräkningen,

c) ansvarsfrihet åt styrelseledamöter och, i förekommande fall, verkställande direktör;

8. Fastställande av arvode till styrelse respektive revisorer;

9. Val av styrelse och revisionsbolag eller revisorer samt eventuella revisorssuppleanter;

10. Annat ärende som ankommer på bolagsstämman enligt aktiebolagslagen eller bolagsordningen.

Vid bolagsstämma må envar röstberättigad rösta för hela antalet av honom ägda och företrädda aktier, utan begränsning i röstetalet.

§ 18 Samtyckesförbehåll

Den som avser att överlåta aktie till annan aktieägare i bolaget, eller till någon som inte är aktieägare i bolaget, skall genom skriftlig anmälan hos bolagets styrelse begära styrelsens samtycke till överlåtelsen. Frågan om samtycke skall prövas av styrelsen.

Samtycke kan bara ges för alla de aktier som begäran om samtycke avser.

Av ansökan skall framgå vem den tilltänkte förvärvaren är och om överlåtaren vill att bolaget skall anvisa någon annan förvärvare om samtycke vägras. Överlåtaren skall ange samtliga villkor för överlåtelsen i sin ansökan.

Inom tre månader från behörig ansökan om samtycke skall bolaget meddela beslut i frågan.

Aktieägare som är missnöjd med bolagets beslut att vägra eller ge samtycke får väcka talan vid allmän domstol inom en månad från det att bolagets beslut skickades till den aktieägare som begärt samtycke.

De aktier som överlåtits till en av bolaget anvisad köpare skall betalas inom en månad från den tidpunkt då priset på aktierna blev bestämt.

§ 19 Hembud

Har en aktie övergått från en aktieägare till en person som inte är aktieägare i bolaget, har övriga aktieägare rätt att lösa aktien. Lösningsrätten skall även kunna utnyttjas för ett mindre antal aktier än erbjudandet omfattar. Den nye ägaren av aktien skall genast skriftligen anmäla övergången till bolagets styrelse. Han skall också visa på vilket sätt han har fått äganderätt till aktien.

När anmälan om en akties övergång har gjorts skall styrelsen genast skriftligen meddela detta till varje lösningsberättigad vars postadress är känd för bolaget.

Styrelsen skall uppmana de lösningsberättigade att skriftligen framställa lösningsanspråk till bolaget senast inom två månader räknat från anmälan till styrelsen om övergången.

Anmäler sig fler än en lösningsberättigad, skall samtliga aktier så långt det är möjligt fördelas mellan de lösningsberättigade i förhållande till deras tidigare innehav av aktier i bolaget. Återstående aktier fördelas genom lottning av bolagets styrelse eller, om någon lösningsberättigad begär det, av notarius publicus.

Lösenbeloppet skall, oavsett hur aktien har övergått, motsvara aktiernas kvotvärde. Lösenbeloppet skall erläggas inom en månad från den tidpunkt då lösenbeloppet blev bestämt.

Talan i en fråga om hembud måste väckas inom två månader från den dag då lösningsanspråket framställdes hos bolaget. En tvist om inlösen skall avgöras av en eller flera skiljemän.

§ 20 Inlösenförbehåll

Minskning av aktiekapitalet, dock inte under minimiaktiekapitalet, kan på begäran av aktieägare äga rum genom inlösen av denne aktieägares aktier av serie 2. Begäran från aktieägare skall framställas skriftligt till bolagets styrelse och styrelsen skall behandla frågan skyndsamt. När minskningsbeslut fattas, skall ett belopp motsvarande minskningsbeloppet avsättas till reservfonden, om härför erforderliga medel finns tillgängliga.

Inlösenbeloppet per aktie skall vara aktiens kvotvärde.

Ägare av till inlösen anmäld aktie skall vara skyldig att omedelbart efter det man underrättats om inlösenbeslutet taga lösen för aktien, eller, där Bolagsverkets tillstånd till minskningen erfordras, efter det man underrättats om att Bolagsverkets beslut registrerats.

§ 21 Rätt för aktieägares fullmäktige att ta ställning

Innan beslut om bolagets verksamhet fattas som är av principiell beskaffenhet eller annars av större vikt skall fullmäktiges godkännande inhämtas för de aktieägare som har ~~en~~ett fullmäktige.

§ 22 Ändring av bolagsordningen

Denna bolagsordning får ej ändras utan godkännande av fullmäktige för de aktieägare som har sådan.

Antagen vid bolagsstämma den [~~datum~~] 2012●]

Document comparison by Workshare Compare on den 27 mars 2015 18:22:16

Input:	
Document 1 ID	interwovenSite://DM.SNELLMAN-LAW.FI/Client/38471431/1
Description	#38471431v1<Client> - B8. Instruktion för ägarråd_Transitio
Document 2 ID	interwovenSite://DM.SNELLMAN-LAW.FI/Client/38465575/4
Description	#38465575v4<Client> - AB Transitio_Instruktion för ägarråd_20150324
Rendering set	HS Standard

Legend:	
Insertion	
~~Deletion~~	
~~*Moved from*~~	
Moved to	
Style change	
Format change	
~~Moved deletion~~	
Inserted cell	
Deleted cell	
Moved cell	
Split/Merged cell	
Padding cell	

Statistics:	
	Count
Insertions	18
Deletions	10
Moved from	0
Moved to	0
Style change	0
Format changed	0
Total changes	28

~~Bilaga 8~~INSTRUKTION FÖR ÄGARRÅDET I AB TRANSITIO

~~Instruktion för ägarrådet i AB Transitio~~

1 ~~1.~~ Bakgrund

1.1 Ägarnas formella inflytande kan endast utövas på bolagsstämman. I syfte att öka informationsutbytet mellan ägare och AB Transitio, ~~orgnr~~org. nr 556033-1984 (”**Bolaget**”) har ett ägarråd inrättats. Ägarrådets sammansättning och uppgifter regleras i denna instruktion. Instruktionen [utgör en bilaga till ägardirektivet för Bolaget som har antagits på bolagsstämma (”**Ägardirektivet**”).] Ägarrådet skall även utgöra ~~valberedning för val av styrelse i Bolaget samt~~ arvodesberedning för styrelsearvoden och lön till VD.[, [samt] utse medlemmar till valberedning.]

2 ~~2.~~ Ägarrådets sammansättning

2.1 Ägarrådet ska bestå av sju (7) ledamöter varvid varje aktieägare som tillhör den grupp om sju (7) aktieägare som har störst finansiellt nettoengagemang i Bolaget utser sin ledamot.

2.2 Ägarrådet utser inom sig ordförande och vice ordförande. Ägarrådets ledamöter består av förtroendevalda.

2.3 Ägarrådets ledamöter bör även representera sin respektive ägare vid bolagsstämma i Bolaget.

3 ~~3.~~ Ägarrådets uppgifter

3.1 Ägarrådet har som huvuduppgift att hålla sig väl informerat om Bolagets utveckling. Enligt Ägardirektivet ska ägarrådet träffa Bolagets ledning/styrelse minst två gånger per år.

3.2 Ägarrådet ansvarar för att dessa träffar kommer till stånd. Vid dessa möten med ägarrådet ska Bolaget redovisa hur verksamhet och ekonomi utvecklats. Vid mötena ska protokoll upprättas, som ska tillställas alla ägare. Bolagets styrelse ska samråda med Ägarrådet om fråga som uppkommit är av större vikt, som kräver ställningstagande från samtliga fullmäktigeförsamlingar. Ägarrådet har att tillsammans med Bolaget verka för att frågor av större vikt som kräver fullmäktiges ställningstagande bereds i syfte att undvika att delägarna kommer till skilda ställningstaganden. Ägarrådet ska även tillse att frågor som de finner bör behandlas i Bolagets styrelse anmäls till styrelsen eller VD. Bolagets styrelse ska vidare samråda med Ägarrådet avseende rekrytering/avveckling och anställningsvillkor för VD. Styrelsens instruktion till VD ska godkännas skriftligen av ägarrådet.

3.3

~~4. Valberedningens uppgifter~~

~~Ledamöterna i Bolagets styrelse och dess ordförande ska nomineras av valberedningen. Styrelseledamöterna ska representera skilda kompetenser inom de områden som Bolaget har att verka. Styrelsens sammansättning ska i övrigt präglas av mångsidighet och erfarenhet. Styrelsen ska bestå av icke förtroendevalda ledamöter/personer som inte är aktiva företrädare för ett politiskt parti. Vid nomineringen av ledamöter till styrelsen ska eftersträvas att ledamot har erfarenhet och bred kompetens av eller anknytning till ägarnas uppgifter på kollektivtrafikområdet. En jämn könsfördelning i styrelsen ska eftersträvas. Ledamöterna i styrelsen väljes slutligen av bolagsstämman.~~

4 Valberedning

4.1 Ägarrådet ska utse tre (3) ledamöter till valberedningen vars närmare uppgifter och sammansättning anges i [Instruktion för valberedning].

INSTRUKTION FÖR VALBEREDNING I AB TRANSITIO

1 Bakgrund

I syfte att tillgodose en effektiv och grundlig beredning av styrelseval i AB Transitio org. nr 556033-1984 (”**Bolaget**”) har en valberedning inrättats. Valberedningens uppgifter och sammansättning regleras i denna instruktion. [Instruktionen utgör en bilaga till [ägardirektivet/aktieägaravtalet] för Bolaget som har antagits på bolagstämma [●].]

2 Valberedningens sammansättning

2.1 Valberedningen ska bestå av fem (5) ledamöter. Tre (3) ledamöter utses av ägarrådet och två (2) ledamöter utses av årstämma, varvid endast aktieägare som inte är representerade i ägarrådet har rätt att lämna förslag till ledamöter.

3 Valberedningens uppgifter

3.1 Valberedningen lämnar förslag till ledamöterna i Bolagets styrelse och dess ordförande. Styrelsen ska ha en med hänsyn till Bolagets verksamhet, utvecklingsskede och förhållanden i övrigt ändamålsenlig sammansättning, präglad av mångsidighet och bredd avseende de bolagsstämmovalda ledamöternas kompetens, erfarenhet och bakgrund. En jämn könsfördelning ska eftersträvas. Vid nomineringen av ledamöter till styrelsen ska eftersträvas att ledamot har erfarenhet och bred kompetens av eller anknytning till ägarnas uppgifter på kollektivtrafikområdet. Styrelsen ska bestå av icke förtroendevalda ledamöter/personer som inte är aktiva företrädare för ett politiskt parti.

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Långsiktig utvecklingsplan för minskade sjukskrivningar

Version: 2

Ansvarig: Regionstyrelsen

Handläggare
Karin Jonsson

Datum
2015-08-25

Dnr:RS/67/2015

ÄNDRINGSFÖRTECKNING

Version	Datum	Ändring	Beslutat av	Datum
1.	2015-06-15	Nyutgåva till Regiondirektörens ledningsgrupp för synpunkt		
2.	2015-06-24	Dokument överlämnat till Samordningskansliet		
3.	2015-08-25	Remissversion antagen	Regionstyrelsen	2015-08-25, § 184
4.	2015-10-28	Slutlig version	Regionfullmäktige	2015-11-25, § xx

Handläggare
Karin Jonsson

Datum
2015-08-25

Dnr:RS/67/2015

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1 INLEDNING 5

2 INRIKTNING OCH MÅL 8

2.1 Inom 12 år ska Region Jämtland Härjedalen ha: 8

2.2 Inom 8 år ska Region Jämtland Härjedalen ha: 8

2.3 Inom 4 år ska Region Jämtland Härjedalen ha: 8

3 AKTIVITETER OCH GENOMFÖRANDE 10

3.1 Mål: Samma sjuktal som övriga landet 10

3.2 Mål: Brett politiskt samförstånd 11

3.3 Mål: En väl fungerande och jämställd sjukskrivningsprocess 11

3.4 Mål: Samordnad tidig rehabilitering 12

3.5 Mål: Hög kompetens inom försäkringsmedicin 12

3.6 Mål: Förbättra för personer med psykisk ohälsa med lindriga och medelsvåra besvär. 13

3.7 Mål: Förbättra för personer med muskulosskeletala besvär 14

3.8 Mål: Minska sjukfrånvaron hos Region Jämtland Härjedalens medarbetare 14

4 BAKGRUND OCH PLANERINGSFÖRUTSÄTTNINGAR 16

4.1 Demografi och några socioekonomiska faktorer 16

4.1.1 Befolkningsutveckling 16

4.1.2 Arbetsmarknad och inkomst 17

4.1.3 Försörjningsmått 21

4.1.4 Utbildningsnivå 21

4.1.5 Folkhälsa 22

4.2 Sjukpenningtal 23

4.2.1 Sjukskrivningar i olika yrken 25

4.3 Psykisk ohälsa 25

4.3.1 Stress vanligaste orsaken till sjukskrivning 27

4.3.2 Omfattande dubbelarbete ökar risken för sjukfrånvaro – även för pappor 27

4.3.3 Uttag av föräldrapeng 29

4.4 Jämställdhet 29

4.4.1 En jämställd sjukskrivningsprocess 30

4.4.2 Våld i nära relationer 31

4.4.3 Genushanden 32

4.5 Försäkringsmedicin 33

Handläggare
Karin Jonsson

Datum
2015-08-25

Dnr:RS/67/2015

4.6 Samordnad tidig rehabilitering....34
4.7 Projekt, utredningar och statliga överenskommelser som påverkar arbetet....34
4.7.1 ESF-projekt Hälsofrämjande ledarskap....34
4.7.2 ESF-projekt Process för sänkta sjuktal....35
4.7.3 Rehabiliteringsgarantin....35
4.7.4 Sjukskrivningsmiljarden....36
4.7.5 Parlamentarisk utredning på remiss - En långsiktigt hållbar sjukförsäkring....37
4.7.6 Departementsskrivelse på remiss - Avskaffande av bortre tidsgränsen i sjukförsäkringen....38
4.8 Regler för sjuklön....38
4.8.1 Sjuk- och aktivitetsersättning....38
4.9 Arbetsgivarens roll och ansvar....39
4.9.1 Rehabiliteringskedjan....39
5 UTVÄRDERING OCH REVIDERING AV PLANEN....41

Handläggare
Karin Jonsson

Datum
2015-08-25

Dnr:RS/67/2015

1 INLEDNING

Jämtlands län skiljer sig från övriga riket när det gäller sjukskrivningar. Detsamma gäller Region Jämtland Härjedalen som arbetsgivare.

Invånarna i Jämtlands län har högst andel sjukpenningdagar i landet. I april 2015 hade Jämtlands län 13,0 sjukpenningdagar[1] vilket är 33 procent över riksgenomsnittet 9,8 dagar. För männen var sjukpenningtalet 8,9 dagar jämfört med riket 6,9 dagar. För kvinnorna var sjukpenningtalet 17,3 dagar jämfört med riket 12,8 dagar.

Region Jämtland Härjedalens medarbetare har högst sjukfrånvaro bland landets landsting och regioner. År 2014 hade Region Jämtland Härjedalen en sjukfrånvaro på 6,8 %, vilket är 21 procent över riksgenomsnittet 5,6 %. Även länets kommuner har sammantaget högst sjukfrånvaron bland sina medarbetare, om man jämför med övriga län. Inom länet är det dock stor skillnad mellan kommunerna.

Det är inte klarlagt i vilken grad avvikelsen i sjukpenningtal speglar det faktiska hälsoläget i befolkningen. Sannolikt är det fler faktorer än befolkningens hälsa som spelar in i de höga sjukpenningtalen. Kultur, läkarnas rutiner vid sjukskrivning, Försäkringskassans handläggning och arbetsmarknadsläget är några faktorer som brukar lyftas fram som förklaringsgrunder.

Utöver den rent mänskliga aspekten på sjukskrivningar medför länets höga sjukpenningtal stora ekonomiska påfrestningar för såväl individer, arbetsgivare som stat. Invånarna i Jämtlands län har, tillsammans med Gotland och Värmland, landets lägsta medelinkomst. Sänkt disponibel inkomst på grund av sjukfrånvaro är sannolikt kännbart för många.

I jämförelse med andra länder i Europa ligger den svenska sjukfrånvaron bland anställda på en genomsnittlig nivå, men så har det inte alltid varit. För tio år sedan hade Sveriges en sjukfrånvaro som var dubbelt så hög och då stack Sverige ut i jämförelse med de övriga länderna. Försäkringskassan förklarar i sina analyser att sänkningen i stor utsträckning beror på regeländringar, såsom inrättande av rehabiliteringskedjan och införande av maxtid i sjukförsäkringen. Även regeringens tydliga målsättning i början av 2000-talet om halverad sjukfrånvaro anses ha haft betydelse då det påverkade myndigheters handläggning.

Från år 2010 har sjukfrånvaron börjat öka igen i Sverige och det är främst den psykiska ohälsan som ökar. I augusti 2014 fattade politikerna i Jämtlands läns landsting ett beslut att utarbeta en långsiktig utvecklingsplan för att minska sjukskrivningarna och öka frisktalen för invånarna i Jämtlands län och Region Jämtland Härjedalens medarbetare. Planen ska fastställas hösten 2015.

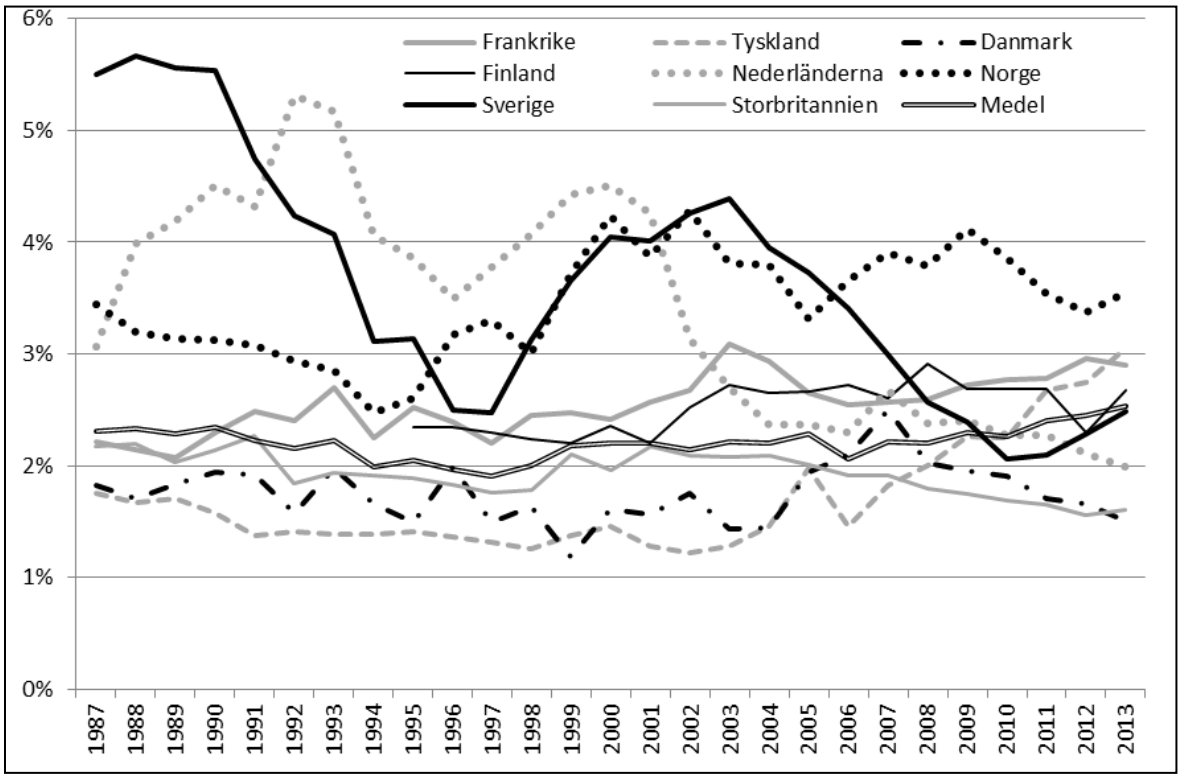
[1] Sjukpenningtalet är antalet nettodagar från sjuk- och rehabiliteringspenning dividerat med antalet inskrivna försäkrade minus antal personer med hel sjuk- eller aktivitetsersättning. Sjukpenningtalet anger antalet dagar per person om alla sjukpenningdagar under ett år slås ut på alla försäkrade individer.

Handläggare
Karin Jonsson

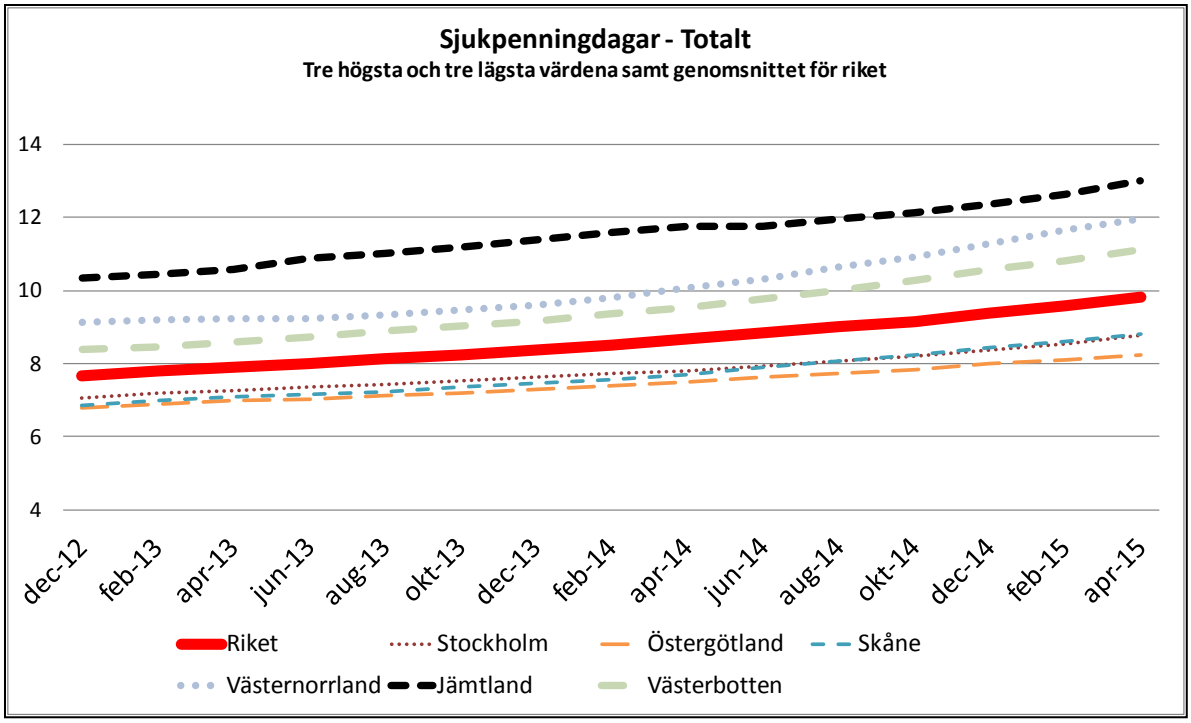
Datum
2015-08-25

Dnr:RS/67/2015

Sjukfrånvaron bland arbetande i åtta europeiska länder år 1987–2013 (procent av de arbetande)



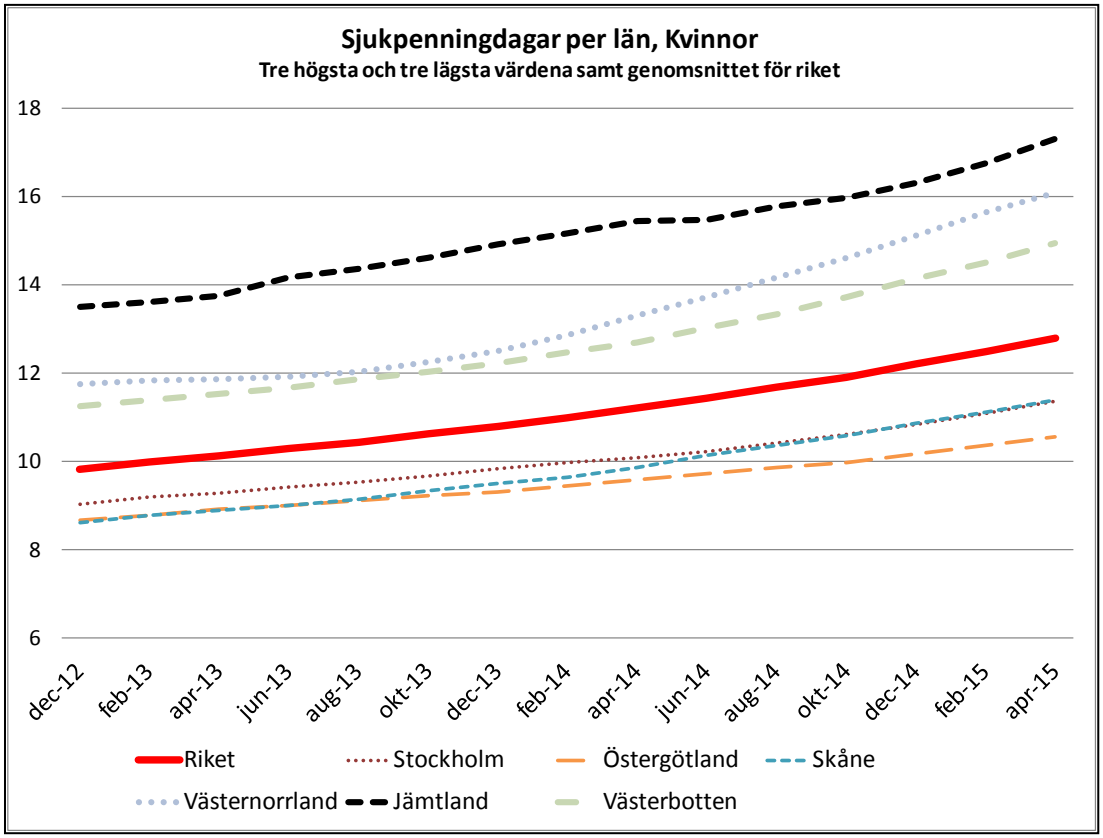
Sjukpenningdagar i Sverige, december 2012-april 2015

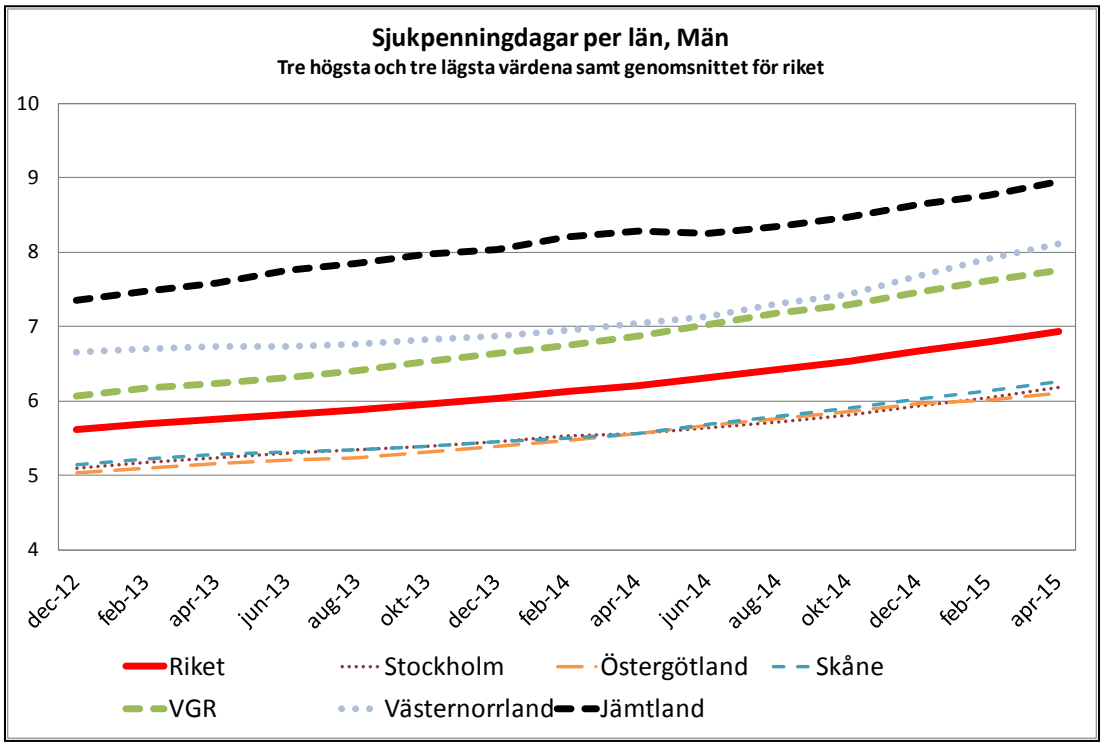


Handläggare
Karin Jonsson

Datum
2015-08-25

Dnr:RS/67/2015





Handläggare
Karin Jonsson

Datum
2015-08-25

Dnr:RS/67/2015

2 INRIKTNING OCH MÅL

Inriktningen för den långsiktliga utvecklingsplanen är att minska antalet onödiga – och onödigt långa – sjukskrivningstillfällen för invånarna i Jämtlands län och medarbetarna inom Region Jämtland Härjedalen. I arbetet ingår att kartlägga, analysera och föreslå åtgärder som leder i önskad riktning..

Hälso- och sjukvården ska i ökad grad bidra till att sjukskrivningsprocessen leder till återgång i arbete eller förhindrar sjukskrivning.

2.1 Inom 12 år ska Region Jämtland Härjedalen ha:

- Sjukpenningtal i länet som långsiktigt stabilt ligger i nivå med genomsnittet i riket.
- Sjukfrånvaro för medarbetarna som långsiktigt stabilt ligger i nivå med genomsnittet i riket.
- Bred politisk samverkan runt preciserade mål och utveckling.

2.2 Inom 8 år ska Region Jämtland Härjedalen ha:

- En väl fungerande och jämställd sjukskrivningsprocess i länet.
- Minskat differensen till genomsnittet för sjukpenningdagar i riket med två dagar jämfört med år 2014.
- Minskat differensen mellan sjukfrånvaron för Region Jämtland Härjedalens medarbetare och landstingens genomsnittliga sjukfrånvaro med 1,2 %-enheter jämfört med år 2014.

2.3 Inom 4 år ska Region Jämtland Härjedalen ha:

- Stabila och väl fungerande rutiner och arbetssätt för samordnad tidig rehabilitering i länet.
- Hög kompetens inom försäkringsmedicin[2] bland medarbetarna.
- Förbättrat för personer med psykisk ohälsa med lindriga och medelsvåra besvär.
- Förbättrat för personer med muskuloskeletala besvär
- Minskat differensen till riksgenomsnittet för sjukpenningdagar med en dag jämfört med år 2014.
- Minskat differensen mellan sjukfrånvaron för Region Jämtland Härjedalens medarbetare och landstingens genomsnittliga sjukfrånvaro med 1,0 %-enheter jämfört med år 2014.

[2] Det försäkringsmedicinska kunskapsområdet handlar bland annat om hur patientens resurser på bästa sätt kan tillvaratas trots sjukdom, hur patienter med självupplevd ohälsa utan påvisbar medicinsk orsak bäst kan bemötas och vem i vårdkedjan eller i patientens omgivning som är bäst lämpad när det gäller att vara ett stöd i rehabiliteringen.

Handläggare
Karin Jonsson

Datum
2015-08-25

Dnr:RS/67/2015

Arbetet med att sänka sjuktalen ska bland annat ta utgångspunkt i:

- Kartläggning av statistik utifrån bl.a. kön, ålder, socioekonomiska faktorer och arbetsgivare.
- Kartläggning av pågående aktiviteter i riket, länet och av hur aktörerna samverkar.
- Kartläggning av sjukintyg med avseende på kvalitet och sjukskrivningslängder.
- Kartläggning av Försäkringskassans ledtider

Planen ska integreras med Region Jämtland Härjedalens projektansökningar till Europeiska socialfonden våren 2015, i samverkan med länets kommuner, Försäkringskassa, Arbetsförmedling och Mittuniversitetet.

Utifrån den långsiktiga utvecklingsplanen ska en detaljerad handlingsplan utarbetas som tydliggör vad som ska göras, när och av vem. Handlingsplanen följs upp av styrgrupp, under ledning av Regiondirektören.

I uppföljningen ska ingå att säkerställa att planens intentioner och mål uppnås samt att korrigerande åtgärder vidtas om önskat resultat uteblir.

Då arbetet har ett starkt jämställdhetsfokus kommer uppföljning och resultat att presenteras könsuppdelat där det är möjligt. I det långsiktiga arbetet ska koppling mellan sjukskrivning och våldsutsatthet samt jämställdhetsperspektivet belysas klarare och kopplingen till Försäkringsmedicin säkras och stärkas.

Avrapportering till politiken sker inom ramen för vad som beslutats i ledningssystemet.

Handläggare
Karin Jonsson

Datum
2015-08-25

Dnr:RS/67/2015

3 AKTIVITETER OCH GENOMFÖRANDE

För att åstadkomma en varaktig förändring i sjukskrivningstalen måste handgripliga aktiviteter genomföras. Några aktiviteter är nya medan andra redan påbörjats men behöver få ökat fokus i verksamheten.

Aktiviteterna kopplas till de övergripande mål som beskrivs i kapitel 2.

3.1 Mål: Samma sjuktal som övriga landet

Jämtlands län har sjuktal som vida överstiger landet i övrigt. Kvinnors sjukfrånvaro är särskilt hög men även männen ligger klart över genomsnittet för riket. I vilken mån sjuktalen speglar det faktiska hälsoläget i befolkningen är inte klarlagt. Sannolikt spelar fler faktorer än befolkningens hälsa roll för de höga sjukpenningtalen såsom exempelvis kultur, läkarnas rutiner vid sjukskrivning, läget på arbetsmarknaden och Försäkringskassans handläggning. Socioekonomiskt har invånarna i Jämtlands län en sämre situation än landet i övrigt när det gäller medelinkomst, utbildningsnivå och nära tillgång till samhällsservice. Arbetsmarknaden i länet är i hög grad könsuppdelad och kvinnor har i länets samtliga kommuner en lägre inkomst än männen. I vilken omfattning dessa faktorer påverkar länets höga sjukpenningtal är inte utrett.

Aktivitet	Notering
Utveckla statistik som enkelt och regelbundet visar; - Sjukskrivningslängd i förhållande till nationella riktlinjer och riket i övrigt. - Andel förlängning av sjukskrivningar utan läkarundersökning/läkarkontakt. - Rehabiliteringsinsatser för män respektive kvinnor. - Sjuktalens förändring över tid. - Sjukskrivnas sysselsättningsgrad.	Könsuppdelad statistik bör i möjligaste mån finnas i Divern, tillsammans med övrig verksamhetsstatistik.
Kartlägg aktörer i länet som arbetar för sänkta sjuktal och ökad återgång i arbete.	Samlad bild saknas över resurser – såväl personella som ekonomiska.
Utarbeta förslag till utvecklad samverkansmodell inom länet för ökad genomförandekraft.	Flytta fokus från organisation och planer till verksamhet och resultat.
Utarbeta förslag till modell för ökad rörlighet i hela regionen.	Idag nyttjas möjligheten till tjänstledighet under sjukdom, dag 90-180, för att prova annat jobb hos annan arbetsgivare i ytterst begränsad omfattning.

3.2 Mål: Brett politiskt samförstånd

Försäkringskassan prognostiserar kraftigt ökade kostnader som följd av den ökande sjukskrivnigen. För att kunna möta detta skulle andra organisationer, exempelvis Hälso- och sjukvården, kunna vidta ytterligare åtgärder om finansiering kunde ordnas eller resurser omfördelas. Kreativa lösningar skulle ur ett samhällsperspektiv kunna bidra till sänkta sjuktal och sänkta sjuklönekostnader.

De medel som finns inom Region Jämtland Härjedalen för förebyggande folkhälsoarbete och hälso- och sjukvård bör värderas och prioriteras även utifrån utgångspunkten återgång i arbete och förhindrande av sjukskrivning.

Aktivitet	Notering
Utveckla modell för att samhällsekonomiskt beskriva nyttan av investeringar för sänkta sjuktal samt omfördelning av resurser.	Ibland hindras goda idéer av kortsiktigt organisatoriskt tänkande och ekonomistyrning. Satsningar inom en verksamhet kan ge ekonomisk nytta i annan verksamhet om medel omfördelas.

3.3 Mål: En väl fungerande och jämställd sjukskrivningsprocess

Sjukskrivningsepisoderna i Jämtland är generellt något fler och något längre än genomsnittet i landet. För att uppnå det nationella sysselsättningsmålet 80 % måste sjuktalen i Jämtland sänkas och fler komma i arbete. Nya rutiner och förändrat arbetssätt bedöms kunna kan bidra till detta.

Med dubbelt så höga sjuktal för kvinnor som för män är arbetet för en jämställd sjukskrivnings-process viktigt. Jämställdhetsaspekten kommer att vara central vid genomförandet av planen.

Aktivitet	Notering
Genomför ESF-projektet Process för sänkta sjuktal. När processbeskrivningen är klar ska ett web-baserat utbildningsmaterial utarbetas för att kunna användas på arbetsplatserna.	Processbeskrivning och rutiner för uppföljning ska minska risken att invånarna i Jämtlands län av administrativa, kulturella och organisatoriska skäl är sjukskrivna oftare och längre än vad som är motiverat av medicinska skäl.
Ange mål för utbildning och användande av genushanden hos de enheter som arbetar i multimodala team. Målen ska följas upp och analyseras i relation till lokal sjukskrivningsstatistik	Inventering år 2014 visar på ett begränsat nyttjande av genushanden i verksamheten
Ange mål för implementering av rutindokumentet ”Att ställa frågan om våld och hantera svaret”. Patienter inom sjukskrivnings-processen ska bli tillfrågade om våldsutsatthet och erbjudas stöd när det är påkallat.	Uppföljning 2014 visar att frågan ställs i begränsad omfattning. Regionövergripande handlingsplan mot våld i nära relation är övergripande styrdokument.

Handläggare
Karin Jonsson

Datum
2015-08-25

Dnr:RS/67/2015

3.4 Mål: Samordnad tidig rehabilitering

Samordnad tidig rehabilitering handlar om att i ett tidigt skede samverka kring individen i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och att utveckla en funktion för koordinering.

Samverkan är avgörande för att få en helhetsbild av patientens behov av stöd och för att uppnå en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess. Hälso- och sjukvården får ofta tidigt, redan innan en sjukskrivning blir aktuell, kännedom om patientens behov och har därigenom goda möjligheter att tidigt samverka kring individen med andra aktörer, exempelvis Försäkringskassa, arbetsgivare, Arbetsförmedling och socialtjänst/kommun. Rehabkoordinatorer finns sedan några år som en viktig resurs i verksamheten för att bland annat fånga upp och stötta särskilt svåra individärenden.

Aktivitet	Notering
Tydliggör formerna för samarbete med övriga aktörer i länet.	Främst Försäkringskassa, arbetsförmedling, socialtjänst och arbetsgivare.
Tydliggör och stärk rehabkoordinatorernas roll på alla hälsocentraler och inom psykiatrin.	Rollen har tydliggjorts under 2014 men kan ytterligare utvecklas.
Utred former för och synliggör nyttan med att sjukskrivande läkare regelbundet analyserar sina sjukskrivningslistor.	Sjukskrivningslistan visar hur många patienter respektive läkare har sjukskrivit mer än 28 dagar. 2014 användes sjukskrivningslistor vid knappt hälften av enheterna inom psykiatrin, ortopedin och länets hälsocentraler.
Utveckla rutiner som säkerställer att multimodala teammöten genomförs varje vecka vid berörda enheter.	År 2014 genomförde knappt hälften av enheterna möten var 14:e dag.

3.5 Mål: Hög kompetens inom försäkringsmedicin

Det försäkringsmedicinska kunskapsområdet handlar bland annat om hur patientens resurser på bästa sätt kan tillvaratas trots sjukdom, hur patienter med självupplevd ohälsa utan påvisbar medicinsk orsak bäst kan bemötas och vem i vårdkedjan eller i patientens omgivning som är bäst lämpad när det gäller att vara ett stöd i rehabiliteringen. Kunskapen om försäkringsmedicin behöver fördjupas bland läkare och andra berörda yrkesgrupper.

Aktivitet	Notering
Genomför löpande och strukturerat fortbildning och handledning i försäkringsmedicin för läkare och andra berörda yrkesgrupper	Plan ska utarbetas och utbildningsinsats påbörjas. Fokus på undvikande av medikalisering av normala livshändelser

Handläggare
Karin Jonsson

Datum
2015-08-25

Dnr:RS/67/2015

3.6 Mål: Förbättra för personer med psykisk ohälsa med lindriga och medelsvåra besvär.

Psykisk ohälsa är den största sjukskrivningsgrunden i Jämtlands län.

Andelen sjukdomsfall med diagnoserna Depressiv episod och Andra ångestsyndrom ligger i nivå med riket medan andelen sjukdomsfall med diagnoserna Anpassningsstörning och Reaktion på svår stress ligger över, för både kvinnor och män. Den enskilt största gruppen sjukdomsfall har diagnosen Reaktion på svår stress.

Det är inte klarlagt varför Jämtland har så höga siffror, men medikalisering av normala livshändelser brukar anges som en av förklaringarna. Utvecklingen oroar och då särskilt att kvinnor sjukskrivs i väsentligt högre grad än män.

Aktivitet	Notering
Utveckla system och rutiner för månadsvis uppföljning av följsamhet till Försäkringsmedicinskt beslutsstöd för personer med lindriga och måttliga psykiska diagnoser.	Då största antalet sjukskrivna finns inom dessa grupper är detta en prioriterad åtgärd.
Utveckla system och rutiner för att följa upp ålder- och könsfördelning av KBT/IPT-behandlingar. Detta för att säkra en jämn fördelning i befolkningen.	Antalet KBT/IPT-behandlingar minskade år 2014. Kvinnor 30-39 år med dessa diagnoser fick behandling i mindre utsträckning än övriga grupper.
Genomför värdeflödesanalys av vägen in i vården för patienter med lätt till medelsvår psykisk ohälsa.	Syftet är att spåra kvalitetsbrister som grund för förbättringsarbete.
Utveckla bedömningsstöd som särskilt uppmärksammar risken för medikalisering av vardagslivets problem vid diagnossättning	Ett stöd för sjukskrivande läkare.
Utveckla modell för samverkan som syftar till att underlätta för yngre personer med psykisk ohälsa att komma in på arbetsmarknaden.	Problem idag – vilken är Region Jämtland Härjedalens roll?
Utveckla bedömningsstöd för patienter med psykisk ohälsa med avseende på funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning.	Arbetet kopplas till sjukskrivningssituationen och bör ske i samverkan med företagshälsovården.
Utveckla och genomför utbildningsinsatser avseende HBTQ, främst riktad till hälsocentralernas psykosociala enheter.	En grupp individer där hälso- och sjukvården behöver ökad kunskap.

Handläggare
Karin Jonsson

Datum
2015-08-25

Dnr:RS/67/2015

3.7 Mål: Förbättra för personer med muskulosskeletala besvär

Stor andel av länets sjukskrivna har långvarig diffus smärta i axlar nacke och rygg. Att samordna insatser för att hjälpa dessa personer att återgå i arbete eller att förebygga en sjukskrivning är prioriterat.

Aktivitet	Notering
Tydliggör former och syfte med fördjupade utredningar/bedömningar av patienter med diffusa smärtor i axlar nacke och rygg.	Avser MMR1 och MMR2. Syfte och mål kan behöva kommuniceras tydligare för såväl vårdpersonal som patient.
Utveckla system och rutiner för månadsvis uppföljning av följsamhet till Försäkringsmedicinskt beslutsstöd för personer med muskulosskeletala diagnoser.	Då ett stort antal sjukskrivna finns inom dessa grupper är detta en prioriterad åtgärd.
Utveckla system och rutiner för att följa upp ålder- och könsfördelning av MMR 1 och 2.	För att säkra en jämn fördelning i befolkningen.
Genomför värdeflödesanalys av vägen in i vården för patienter med muskulosskeletala besvär väg in i vården.	Syftet är att spåra kvalitetsbrister som grund för förbättringsarbete.
Utveckla bedömningsstöd för patienter med muskulosskeletala besvär med avseende på funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning.	Arbetet kopplas till sjukskrivningssituationen och bör ske i samverkan med företagshälsovården.

3.8 Mål: Minska sjukfrånvaron hos Region Jämtland Härjedalens medarbetare

Region Jämtland Härjedalen har sedan flera år högst sjukskrivningstal bland landets regioner och landsting. Det är stor spridning i sjuktal inom organisationen men kvinnor har generellt högre sjukfrånvaro än män och de enheter som har högst sjukfrånvaro har huvudsakligen kvinnor anställda. En sänkt sjukfrånvaro vid dessa enheter kommer på ett positivt sätt att bidra till att minska könsskillnaderna och närma kvinnors sjuktal till männens nivå.

Aktivitet	Notering
Tydliggör organisation och ansvarsfördelning för rehabiliteringsprocessen med avseende på Region Jämtland Härjedalens medarbetare.	Rehabprocessen inom Region Jämtland Härjedalen ska ses över hösten 2015. Chefernas roll och ansvar i rehabiliterings-processen behöver kommuniceras.
Utveckla system som möjliggör att löpande ta fram statistik som visar resultatet av rehabiliteringsprocessen, bland annat med avseende på rehabiliteringsinsatser och omplaceringar/avslut.	Statistiken kan då analyseras utifrån exempelvis kön, tjänst och organisatorisk tillhörighet.
Utred eventuella samband mellan enheters sjukfrånvaro och olika arbetsmiljöfaktorer såsom bemanningstal, modell för	Som underlag för eventuella beslut om organisatoriska eller verksamhetsmässiga förändringar.

Handläggare
Karin Jonsson

Datum
2015-08-25

Dnr:RS/67/2015

schemaläggning, dygnetruntverksamhet, rutiner vid vakanser, chefsspann etc.	
Arbeta för en positiv inställning och en ökad förståelse hos chefer om betydelsen av att främja återgång i arbetet.	En grundförutsättning för att kunna korta sjukskrivningsepisoder, där det är möjligt av medicinska skäl.
Genomför ESF-projektet Hälsofrämjande ledarskap	Tillsammans med 7 av länets kommuner.

Handläggare
Karin Jonsson

Datum
2015-08-25

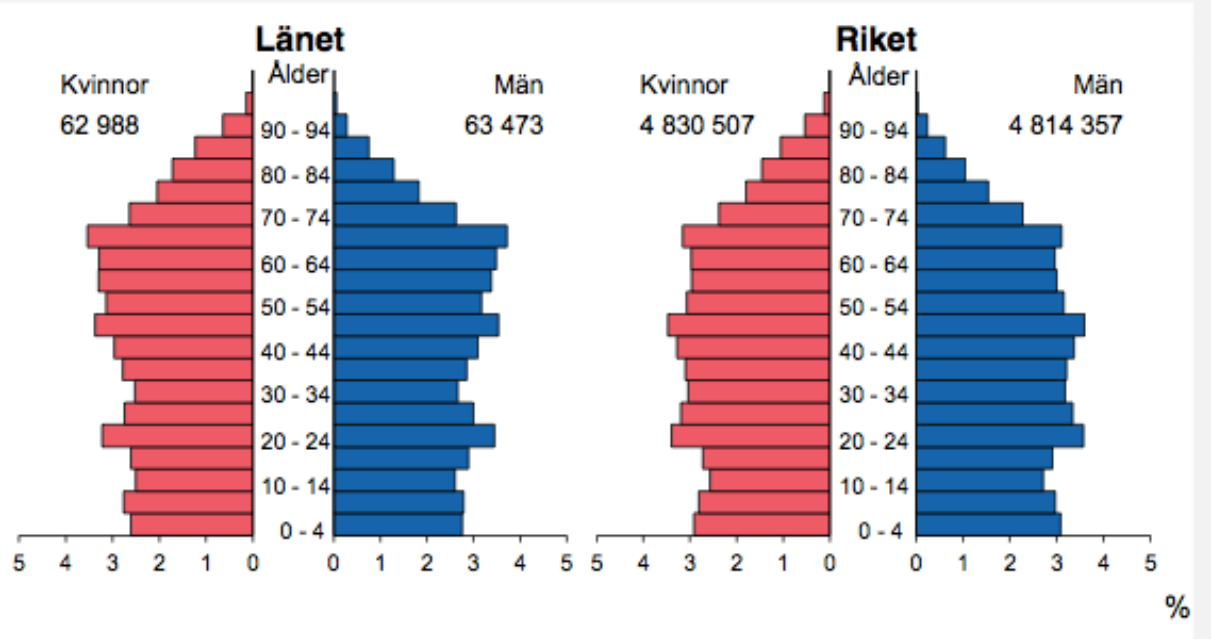
Dnr:RS/67/2015

4 BAKGRUND OCH PLANERINGSFÖRUTSÄTTNINGAR

4.1 Demografi och några socioekonomiska faktorer

4.1.1 Befolkningsutveckling

Folkmängd 31 december 2013



Källa: SCB, Befolkningsstatistik (Folkhälsomyndigheten, Folkhälsodata) Fotnot: Andelen är beräknad på den totala folkmängden

Befolkningsstrukturen i Jämtlands län visar en något åldrande befolkning med fler kvinnor i de höga åldrarna även om det är något fler män totalt sett. Medellivslängden i Jämtlands län ökar för både män och kvinnor. I genomsnitt blir kvinnor i länet 83,2 år och män 79,3 år. Motsvarande siffror i riket är 83,5 år respektive 79,7 år.

Länets befolkning har minskat under en följd av år och det är främst de yngre, särskilt kvinnor, som flyttar till större orter i eller utanför länet. Andelen äldre ökar i befolkningen liksom andelen utrikes födda, den senare gruppen ligger dock fortfarande betydligt lägre än riksgenomsnittet.

Antalet förvärvsarbetare som uppnår pensionsåldern under den närmaste tioårsperioden är betydligt större än det antal unga som tillträder på arbetsmarknaden. Detta innebär att behovet av arbetskraft i framtiden är stort.

I Sverige har åldersgruppen 16-64 år ökat med 261 718 personer eller 4,5 % sedan år 2005. Under samma period har motsvarande grupp i Jämtlands län minskat med 3 378 personer eller -4,2 %. Endast Västernorrland och Gotland uppvisar en större procentuell minskning.

Handläggare
Karin Jonsson

Datum
2015-08-25

Dnr:RS/67/2015

Befolkningsutveckling åldersgrupp 16-64 år					Förändring 2005-2014	
	År 2005	År 2008	År 2011	År 2014	Antal	%
Stockholms läns landsting	1 254 074	1 314 375	1 371 673	1 421 619	167 545	13,4%
Landstinget i Uppsala län	201 252	215 817	220 433	221 689	20 437	10,2%
Region Skåne	748 265	780 327	794 478	801 237	52 972	7,1%
Region Halland	177 920	183 197	185 574	186 468	8 548	4,8%
Västra Götalandsregionen	981 624	1 007 515	1 017 294	1 022 891	41 267	4,2%
Region Östergötland	265266	270773	272624	273719	8 453	3,2%
Region Kronoberg	112 054	114 934	114 698	114 589	2 535	2,3%
Region Jönköpings län	204 878	210 288	209 728	209 025	4 147	2,0%
Landstinget Sörmland	163 605	167 316	166 943	166 782	3 177	1,9%
Region Örebro län	173 494	175 772	175 144	175 774	2 280	1,3%
Västerbottens läns landsting	165 487	166 165	165 309	163 597	-1 890	-1,1%
Landstinget i Värmland	169 851	171 202	168 214	165 757	-4 094	-2,4%
Landstinget Blekinge	93 709	94 634	93 362	91 394	-2 315	-2,5%
Region Gävleborg	172 691	173 441	169 835	167 436	-5 255	-3,0%
Landstinget i Kalmar län	144 653	145 099	142 332	139 721	-4 932	-3,4%
Landstinget Västmanland	164 648	158 185	158 189	158 659	-5 989	-3,6%
Landstinget Dalarna	171 620	172 354	169 280	165 299	-6 321	-3,7%
Norrbottens läns landsting	159 263	158 298	154 957	152 613	-6 650	-4,2%
Region Jämtland Härjedalen	**79 493**	**79 678**	**77 919**	**76 115**	**-3 378**	**-4,2%**
Landstinget Västernorrland	151 150	150 881	147 244	144 441	-6 709	-4,4%
Region Gotland	36 497	36 234	35 674	34 387	-2 110	-5,8%
SUMMA TOTALT	**5 791 494**	**5 946 485**	**6 010 904**	**6 053 212**	**261 718**	**4,5%**

4.1.2 Arbetsmarknad och inkomst

Andel arbetslösa i länet ligger i nivå med riket. Kvinnorna är i lägre grad arbetslösa medan männen ligger något över riket.

Inom flera sektorer finns ett arbetskraftbehov, inte minst inom delar av vården. Andelen äldre ökar medan andelen i arbetsför ålder successivt minskar. Pågående urbanisering drabbar länets företag och organisationer då det huvudsakligen är människor i arbetsför ålder som lämnar länet. Ur arbetsmarknadsaspekt är det mycket angeläget att människor inte är sjukskrivna mer än vad som är motiverat av medicinska skäl. Långa sjukskrivningsepisoder har dessutom visat sig kunna vara direkt skadliga för individers hälsa då de kan föra med sig både en försämrad ekonomi och ett socialt utanförskap.

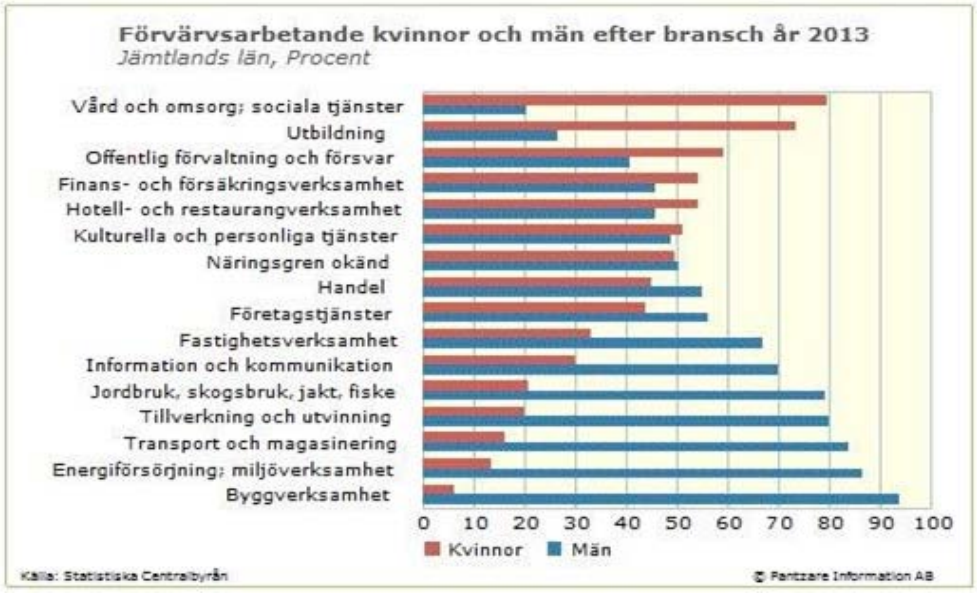
Arbetstillfällena i mellersta norrland är huvudsakligen koncentrerade till ett fåtal näringar. Omkring hälften av alla arbetstillfällen finns inom vård, skola och omsorg samt i bygg och tillverkningsindustrin. Inom dessa näringar är könssegregeringen tydlig. Det är en stor majoritet av män inom tillverkningsindustrin och byggsektorn medan vård- och omsorgssektorerna samt utbildningssektorn domineras av kvinnor, framför allt på grundskolenivå[3].

[3] Regional handlingsplan för Europeiska socialfonden 2014-2020

Handläggare
Karin Jonsson

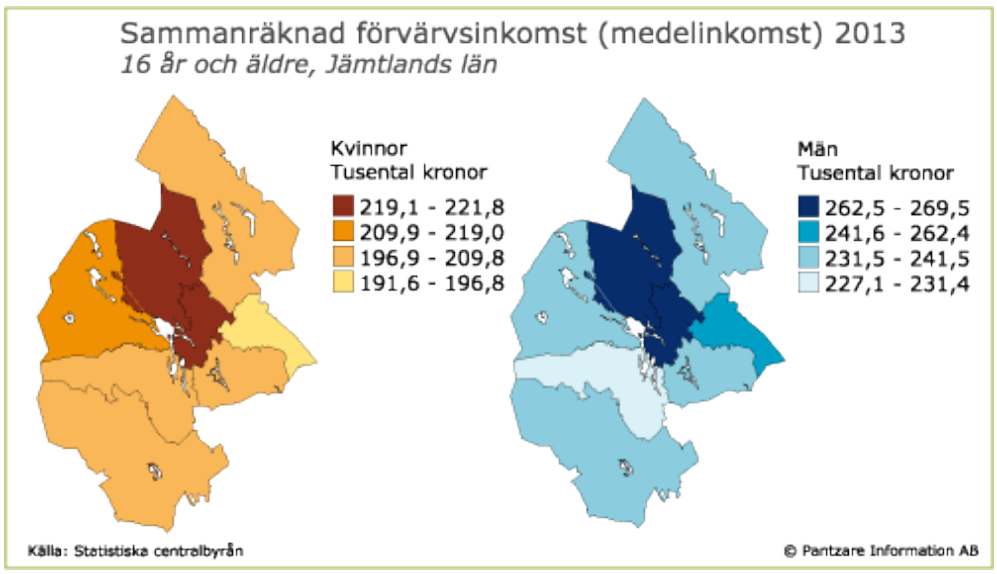
Datum
2015-08-25

Dnr:RS/67/2015



Kvinnor och män verkar även på olika nivåer i företag och organisationer. Män är i högre utsträckning ledare och chefer medan kvinnor verkar på lägre nivåer i organisationen. Större andel kvinnor arbetar deltid vilket får effekt på lönebilden. Männen i Jämtlands län tjänade år 2013 i genomsnitt 46 513 kronor mer än kvinnorna.

I jämförelse med riket var medelinkomsten i Jämtlands län år 2013 den tredje lägsta i landet. Endast Gotland och Värmland hade lägre medelinkomst. Det är för männen som skillnaden är störst. Män i Jämtlands län hade näst lägst förvärvsinkomst i landet år 2013 och tjänade 45 299 kronor mindre än riksgenomsnittet för män. Kvinnorna tjänade 11 947 kronor mindre än riksgenomsnittet och hamnade med det på nionde plats av tjugoen län.

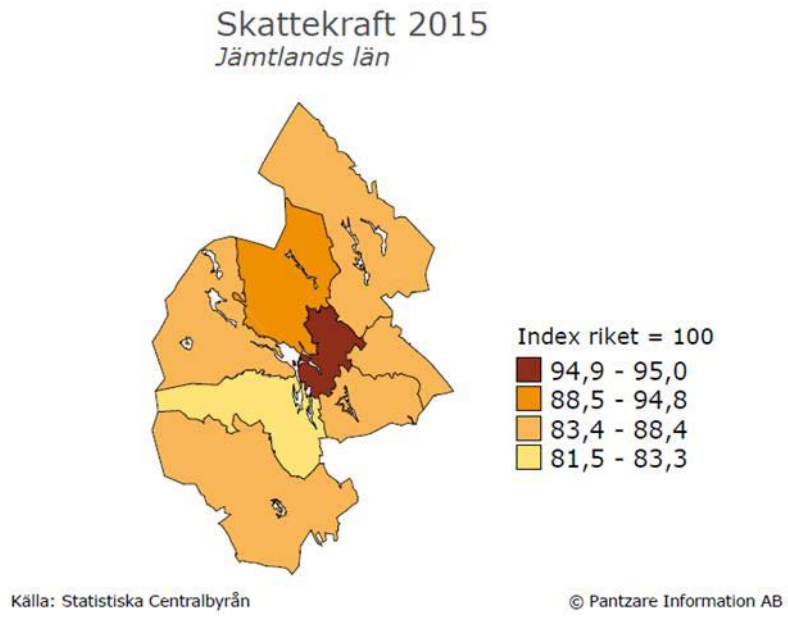


Handläggare
Karin Jonsson

Datum
2015-08-25

Dnr:RS/67/2015

Kommunerna i Jämtlands län har sammantaget låg skattekraft och hög kommunalskatt. Inte i någon kommun når länet upp till medelskattekraften i riket.[4]



Arbetsförmedlingens rapport om arbetsmöjligheter i Jämtlands län 2015 berättar att arbetsmarknaden i Jämtlands län ger ganska goda möjligheter till jobb med sina små och medelstora företag, låga varsel, sjunkande arbetslöshet och lediga platser som fortsätter att strömma in. Arbetsgivarna är svagt positiva inför 2015, arbetslösheten förväntas fortsätta minska och sysselsättningen öka något.

Länet som helhet har aningen lägre andel inskrivna arbetslösa än riket i genomsnitt och för fem av lägets åtta kommunerna är arbetslöshetssiffrorna lägre än rikets. Endast Ragunda, Bräcke och Strömsund ligger över.

Trots detta finns ett orosmoln som handlar om svårigheter att ersätta pensionsavgångarna. I Jämtlands län är det många äldre som arbetar, ungefär 5 300 är mellan 60-64 år och förmodas gå i pension de närmsta åren. Många arbetsgivare vill ofta ha minst gymnasiekompetens, även om jobben inte har några krav på yrkesutbildning eller särskilda teoretiska kunskaper. Möjligheterna till arbete under 2015 är störst inom vård och omsorg, handel, hotell och restaurang.

Nedan visas hur alla anställda i Jämtlands län fördelar sig mellan olika yrkesområden. De flesta jobbar inom hälso- och sjukvård samt socialt arbete. Nästan lika många arbetar inom försäljning, hotell, restaurang och service. Trots stora naturresurser arbetar få med jord- eller skogsbruk.

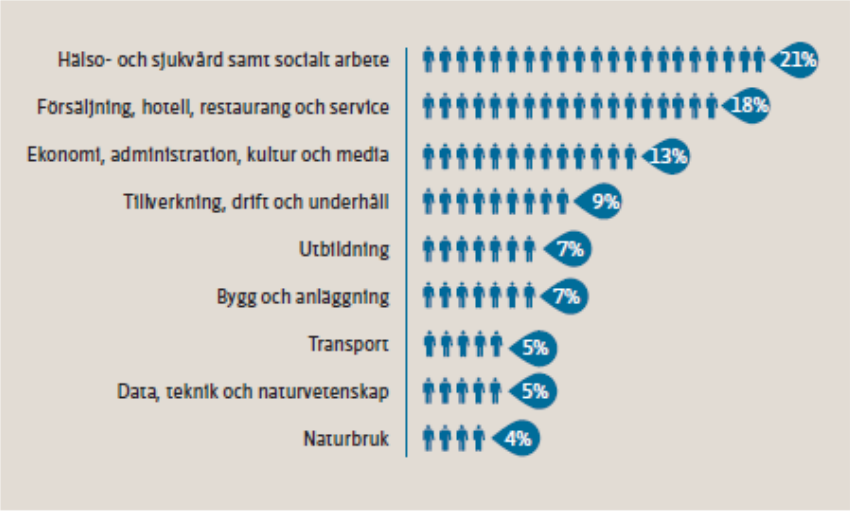
[4] Kommunalt skatteunderlag utgörs av beskattningsbar förvärvsinkomst för fysiska personer. Skattekraften beräknas som skatteunderlag i kronor per invånare vid taxeringsårets ingång

Handläggare
Karin Jonsson

Datum
2015-08-25

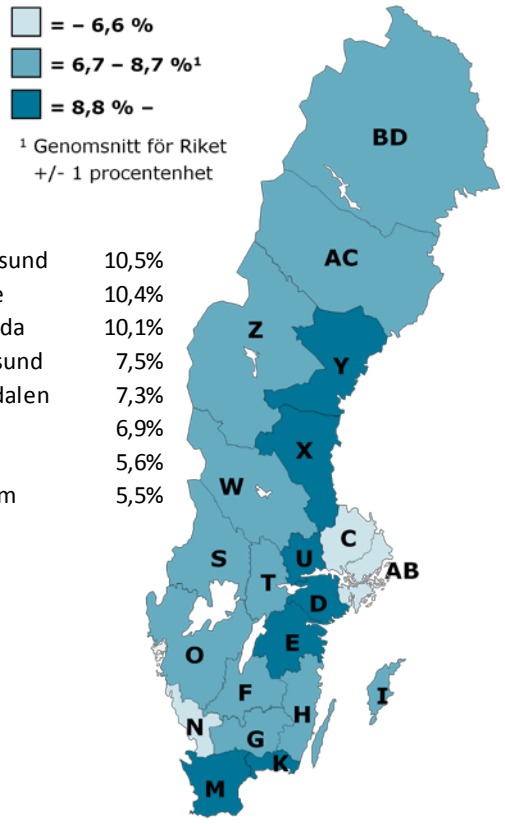
Dnr:RS/67/2015

Andelen anställda per yrkesområde i Jämtlands län



Andelen anställda och egenföretagare per yrke (2012, Jämtlands län 16–64 år) Källa: SCB

Inskrivna arbetslösa i april 2015 som andel (%) av den registerbaserade arbetskraften 16 – 64 år



Strömsund	10,5%
Bräcke	10,4%
Ragunda	10,1%
Östersund	7,5%
Härjedalen	7,3%
Berg	6,9%
Åre	5,6%
Krokom	5,5%

Län	Inskrivet arbetslösa	Män	Kvinnor	Ungdomar 18-24 år	Utrikes födda
Gävleborg	11,4%	12,2%	10,5%	22,4%	39,6%
Blekinge	10,6%	11,6%	9,5%	23,0%	31,9%
Södermanland	10,4%	11,0%	9,7%	17,0%	30,5%
Skåne	9,8%	10,6%	9,0%	16,5%	24,7%
Västmanland	9,2%	9,7%	8,6%	15,9%	24,7%
Västernorrland	9,1%	10,2%	7,9%	17,6%	33,8%
Östergötland	8,9%	9,4%	8,3%	16,3%	27,0%
Värmland	8,5%	9,4%	7,5%	17,3%	27,1%
Kronoberg	8,5%	8,9%	8,0%	14,4%	27,7%
Örebro	8,2%	9,1%	7,2%	14,3%	26,5%
Gotland	7,9%	8,3%	7,5%	16,8%	21,3%
Riket	**7,7%**	**8,2%**	**7,1%**	**12,9%**	**20,9%**
Jämtland	7,6%	8,9%	6,2%	14,4%	31,4%
Norrbotten	7,6%	8,4%	6,6%	14,7%	21,1%
Kalmar	7,6%	8,3%	6,7%	14,2%	27,8%
Västra Götaland	7,0%	7,6%	6,4%	11,0%	20,3%
Dalarna	7,0%	8,0%	6,0%	12,9%	28,8%
Västerbotten	6,9%	7,9%	5,8%	13,2%	22,9%
Jönköping	6,7%	6,9%	6,5%	11,3%	21,7%
Stockholm	6,2%	6,3%	6,2%	7,8%	14,3%
Halland	6,1%	6,5%	5,6%	9,9%	20,4%
Uppsala	5,3%	5,7%	4,8%	8,8%	14,0%
Jämtland plats (av 21)	**10**	**11**	**5**	**10**	**17**

Källa: Arbetsförmedlingen

Handläggare
Karin Jonsson

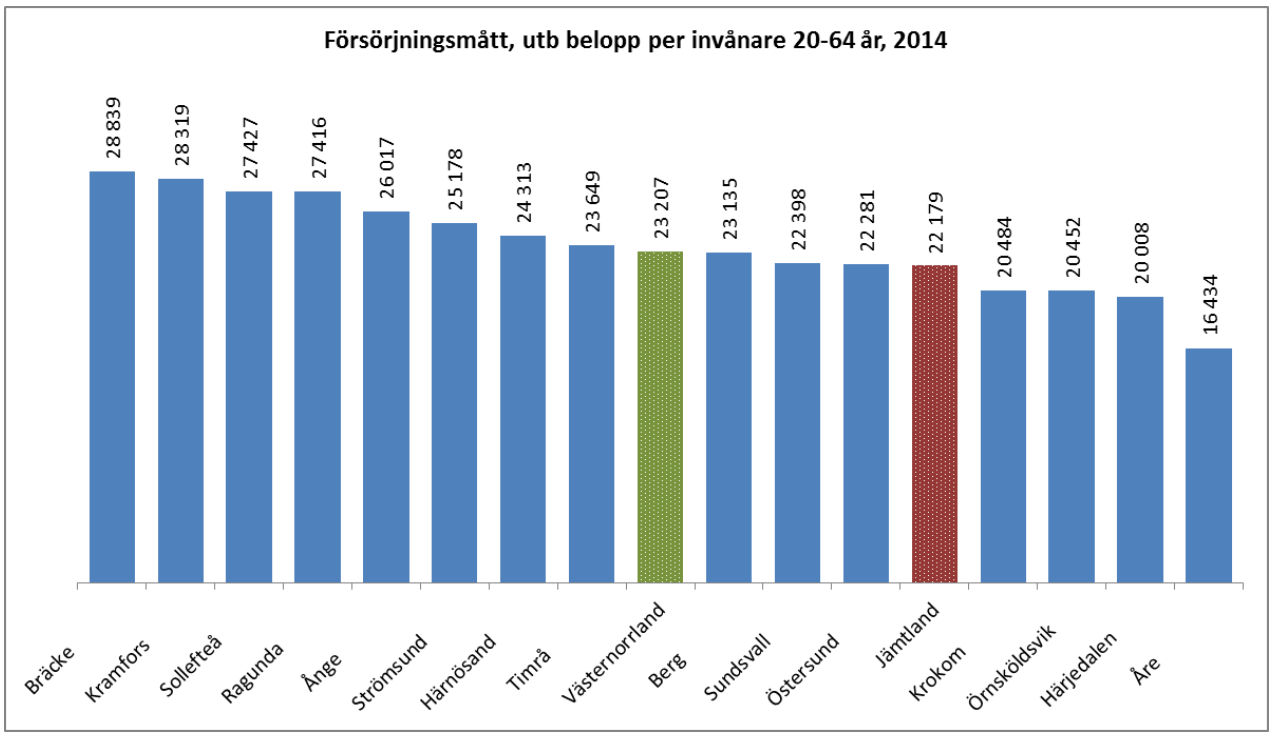
Datum
2015-08-25

Dnr:RS/67/2015

4.1.3 Försörjningsmått

Försörjningsmåttet ger en samlad bild av kostnaderna för offentlig försörjning i en kommun på grund av medborgarnas ohälsa, arbetslöshet och sociala situation. Måttet fångar kostnaderna för Sjukpenning, Rehabiliteringsersättning, Sjuk- eller rehabiliteringsersättning, A-kassa, Aktivitetsstöd och Försörjningsstöd. Kostnaderna är nedbrutna i kronor per individ i arbetsför ålder, per kvartal och per 12-månadersperiod.

Nedan framgår försörjningsmåttet för Jämtlands och Västernorrlands län samt kommuner.



	Sjuk-penning	Sjuk- och aktivitets ersättning	Aktivitets stöd	A-kassa	Etablerings ersättning för nyanlända	Ekonomiskt bistånd	Totalt 12 månader
Jämtland	6557	8354	2449	2613	878	1328	22179
Västernorrland	6230	8188	3412	2916	732	1729	23207

4.1.4 Utbildningsnivå

Enligt Folkhälsomyndigheten finns ett starkt samband mellan utbildningsnivå och hälsa. Ohälsa i form av värk från rygg, nacke och leder eller besvär av ängslan, oro och ångest är betydligt vanligare bland lågutbildade än bland högutbildade. Störst är skillnaden mellan de som enbart har förgymnasial utbildning och de som har eftergymnasial utbildning. Liknande skillnader går även att se i dödlighetsrisker.

Handläggare
Karin Jonsson

Datum
2015-08-25

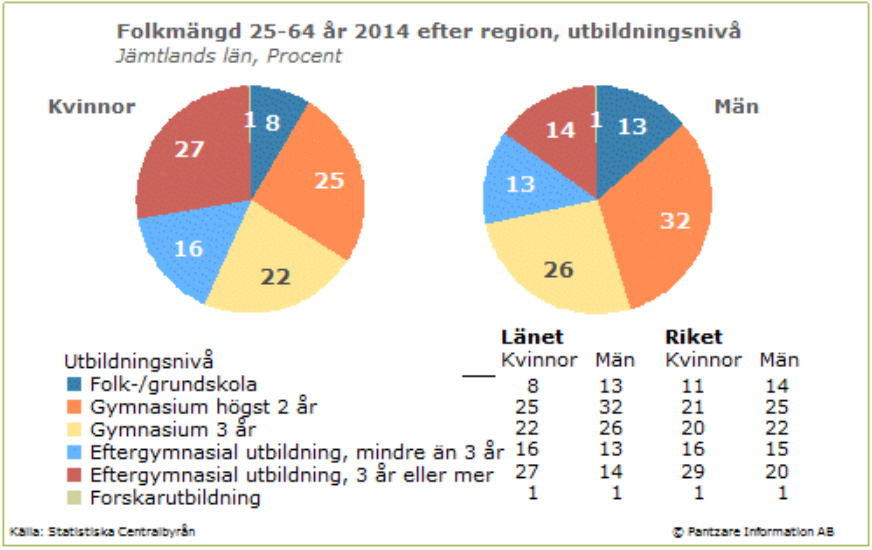
Dnr:RS/67/2015

Utbildning kan påverka hälsan på flera sätt, som lägre hälsorisker i arbetslivet, högre inkomster och mindre ekonomisk utsatthet och stress. Utbildning kan även påverka människors levnadsvanor och hälsorelaterat beteende. Högre utbildning kan alltså ge en bättre hälsa.

Få publicerade studier har kontrollerat om det är utbildningen i sig eller andra mekanismer som förklarar skillnader i hälsa. Forskningen som finns visar dock att utbildning ger individen ett antal samhälleliga fördelar på olika områden, som i sin tur kan förväntas ge en bättre hälsa. Utbildning ger möjlighet till bättre jobb och högre lön, vilket kan minska fysiska och psykosociala risker. Utbildning kan också ge människor bättre förmåga att skaffa, tolka och använda information om exempelvis hälsa och olika risker.

I Jämtlands län har kvinnor högre utbildningsnivå än män. Fler kvinnor än män har eftergymnasial utbildning. I jämförelse med riket är andelen kvinnor i Jämtlands län, med eftergymnasial utbildning, 2 procentenheter lägre än riket. För männen är skillnaden 8 procentenheter.

Inom länet är det stor variation på andelen med eftergymnasial utbildning:



Utbildningsnivå	Länet Kvinnor	Länet Män	Riket Kvinnor	Riket Män
Folk-/grundskola	8	13	11	14
Gymnasium högst 2 år	25	32	21	25
Gymnasium 3 år	22	26	20	22
Eftergymnasial utbildning, mindre än 3 år	16	13	16	15
Eftergymnasial utbildning, 3 år eller mer	27	14	29	20
Forskarutbildning	1	1	1	1

Kommun	Andel över 16 år med eftergymnasial utbildning inkl. forskarutbildning
Ragunda	15,4%
Härjedalen	16,5%
Bräcke	17,2%
Strömsund	17,4%
Berg	18,4%
Krokom	27,0%
Åre	27,5%
Östersund	33,9%
Jämtlands län	**26,9%**
Riket	**32,5%**

4.1.5 Folkhälsa

I Folkhälsomyndighetens årsrapport 2014 framgår att trots att Sverige i ett internationellt perspektiv är ett relativt jämlikt samhälle vad gäller både hälsa och välfärdens fördelning, så är hälsan ojämlikt fördelad. Det finns tydliga skillnader mellan grupper med olika utbildningsbakgrund avseende livslängd, självskattad hälsa och förekomst av så gott som alla stora folksjukdomar. Kvinnor med endast grundskoleutbildning har sämre hälsoutveckling än andra grupper i samhället och det finns skillnader i dödlighet även bland barn vars mödrar har olika lång utbildning.

Av Hälsa på lika villkor, rapport för Jämtlands län 2014, framgår att närmare 70 procent av länets befolkning upplever att de har ett gott allmänt hälsotillstånd. Män rapporterar en bättre hälsa än vad kvinnor gör och personer med funktionsnedsättningar skattar sin hälsa lägre än övrig befolkning.

Sedan förra mätningen, år 2010, har folkhälsan i länet förbättrats inom ett flertal områden. Bland unga vuxna syns en positiv utveckling vad det gäller riskabel alkoholkonsumtion och för kvinnor i medelåldern har dagligrökningen minskat betydligt.

Genomgående visar resultatet att utbildningsnivå och ekonomiska förutsättningar spelar en betydande roll. I rapporten lyfts följande områden fram som fokusområden inom folkhälsoarbetet för invånarna i arbetsför ålder:

- **Förbättrat psykiskt välbefinnande för gruppen unga vuxna 16-29 år.** Unga vuxna kvinnor skattar en sämre psykisk hälsa och upplever stress i större utsträckning än tidigare. Som tänkbara bidragande orsaker lyfts den ökade individualiseringen i samhället samt en minskad framtidstro.
- **Minskat tobaksbruk samt minskad övervikt och fetma för gruppen 30-64 år.** Även om dagligrökningen minskar i länet, särskilt bland kvinnor, är det totala tobaksbruket högt. Högre andel än i riket snusar dagligen och andelen ökar. År 2014 är 57 procent av männen och 46 procent av kvinnorna i Jämtlands län överviktiga eller feta. Kvinnor i länet är överviktiga eller feta i högre utsträckning än i riket. Fetma och övervikt är vanligast i åldersgruppen 45-64 år, för både män och kvinnor.

4.2 Sjukpenningtal

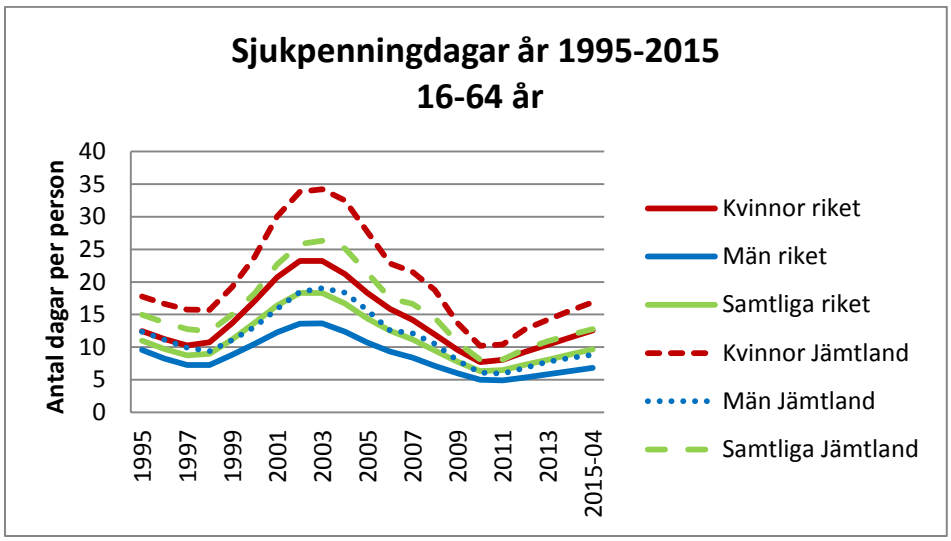
Försäkringskassan har på regeringens uppdrag undersökt vilka faktorer som ligger bakom de stora variationerna i sjukpenningtal över tid. Studier av folkhälsan, med indikatorer från undersökningen om levnadsförhållanden (ULF) och Socialstyrelsens slutenvårds- och dödsorsaksregister, visar att det inte skett några förändringar i folkhälsa som kan förklara den stora variationen i sjukfrånvarons nivå. Andelen i befolkningen med en god eller mycket god hälsa har legat på en relativt stabil nivå och tycks inte samvariera med sjukfrånvarons utveckling.

Ett omfattande arbete hos Försäkringskassan för att åstadkomma en mer rättssäker och effektiv handläggning bedöms däremot ha gett effekt. Införandet av det försäkringsmedicinska beslutsstödet och rehabiliteringskedjan har bidragit till att skapa en mer enhetlig och aktiv handläggning och studier tyder på att detta har hållit nere sjukfrånvaron.

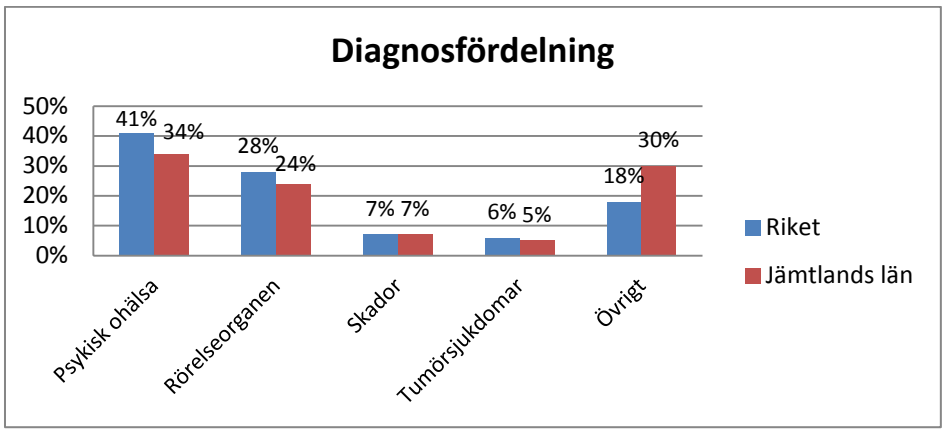
Handläggare
Karin Jonsson

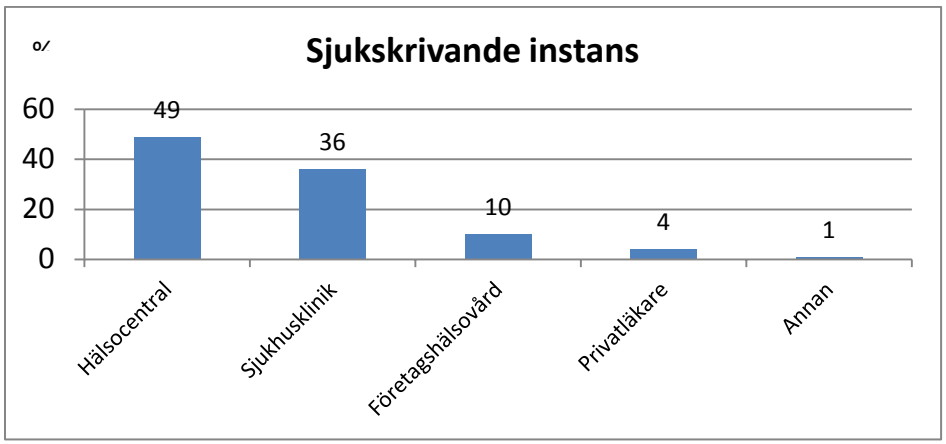
Datum
2015-08-25

Dnr:RS/67/2015



Sjukskrivningsorsakerna skiljer sig något åt i Jämtlands län jämfört med riket. Andelen som sjukskrivs med diagnosen psykisk ohälsa är något lägre än i riket medan gruppen ”övrigt” är högre. I Jämtlands län saknas enligt Försäkringskassan uppgift om diagnos i 16 % av sjukfallen. Det är en högre siffra än för riket i övrigt. Som jämförelse är motsvarande siffra i Västernorrland 10%. Detta kan möjligen förklara den höga andelen i samlingsgruppen ”övrigt” i tabellen nedan.





Handläggare
Karin Jonsson

Datum
2015-08-25

Dnr:RS/67/2015

4.2.1 Sjukskrivningar i olika yrken

År 2014 var antalet sjukfall för samtliga yrken i Sverige 103 per tusen anställda och ökningstakten mellan år 2012 och 2014 var 9,5 procent. Flest sjukfall återfanns inom vård- och omsorgsyrken.



4.3 Psykisk ohälsa

Psykiska problem står för en stor och växande andel av långtidssjukskrivningarna. En kunskapsöversikt från forskningsrådet Forte visar att det finns ett vetenskapligt samband mellan arbete, psykisk ohälsa och sjukskrivning. Riskfaktorer i arbetslivet är psykiskt ansträngande arbete, höga krav, låg kontroll, obalans mellan ansträngning och belöning samt rollkonflikter medan god kontroll och rättvisa ger minskad risk för sjukskrivning. Det vetenskapliga underlaget för vilken åtgärd som är mest effektiv vid återgång i arbete efter en sjukskrivning på grund av psykisk ohälsa är svagt. Det är dock tydligt att arbetsplatsen måste vara involverad för att medarbetaren ska komma tillbaka i arbete på ett bra sätt. Kunskapsöversikten visar att effekten på den psykiska hälsan är likartad när kvinnor och män utsätts för samma faktorer i arbetet.

Personer i befolkningen som lider av allvarlig psykisk sjukdom har inte ökat under senare år. Däremot ökar andelen personer som upplever olust, ängslan och oro. Detta gäller både personer med diagnostiserbar psykisk sjukdom, och personer med nedsatt psykiskt välbefinnande som inte klassificeras som sjukdom. Framförallt ökar den psykiska ohälsan bland ungdomar i övre tonåren och bland unga vuxna.

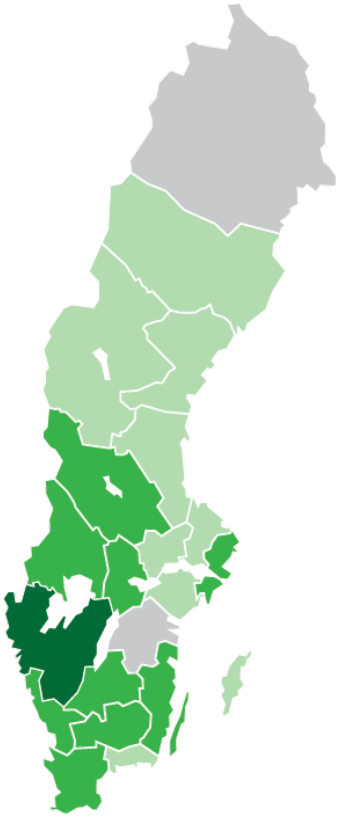
Andelen personer som upplever nedsatt psykiskt välbefinnande är relaterad till samhällsfaktorer, medan gruppen personer med psykiska sjukdomar påverkas mindre av förändringarna i samhället. Det är viktigt att notera att en person som har en psykisk sjukdom inte behöver sakna förmåga till arbete. Det finns inte något entydigt samband mellan den diagnos en person får och nedsättning av arbetsförmågan[5].

Den största enskilda sjukskrivningsorsaken vid psykisk ohälsa är anpassningsstörningar och reaktioner på svår stress. I Jämtlands län visar statistiken att andelen sjukfall för depressiv episod och andra ångestsyndrom ligger i nivå med riksgenomsnittet medan anpassningsstörningar och reaktion på svår stress ligger över riksgenomsnittet, för både kvinnor och män. Det är inte klarlagt varför Jämtland har så höga siffror men medikalisering av normala livshändelser kan vara en förklaring.

Antal sjukintyg och arbetsdagar med sjukskrivning för psykiska diagnoser ökade i Jämtlands län under år 2014, framför allt för kvinnor. Antal kvinnor med sjukskrivning på grund av förstämningssyndrom minskade under året från 399 till 355 medan antalet män ökade svagt från 156 till 160. När det gäller ångest och stress ökade antalet sjukskrivna kvinnor från 444 till 523 och antalet sjukskrivna män från 133 till 192. Utvecklingen oroar och då särskilt allt att kvinnor sjukskrivs i mycket högre utsträckning än män. I handlingsplan skickad till SKL för sjukskrivningsmiljarden anges att det behövs ett omfattande förändringsarbete i Jämtlands län för att komma åt de höga sjukskrivningstalen för psykiska sjukdomar. Rehabkoordinatorernas arbetsrutiner och roll kan ytterligare utvecklas och stärkas med fokus på tidig samverkan och uppsikt på tidiga signaler.

Nedan visas Försäkringskassans karta över andel sjukfall i psykiska diagnoser i procent, per län, publicerad mars 2015.

[5] Samordna rehabiliteringen - Stöd till utveckling av arbetsinriktad rehabilitering för personer med psykisk sjukdom eller funktionsnedsättning (Skrift från Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting)



Län	Andel sjukfall i psykiska diagnoser (%)
Västra götaland	43
Dalarna	41
Jönköping	41
Halland	40
Kronoberg	40
Skåne	40
Värmland	40
Örebro	40
Kalmar	39
Stockholm	39
Södermanland	38
Västernorrland	38
Västmanland	38
Blekinge	37
Gotland	37
Gävleborg	37
Västerbotten	37
Uppsala	36
Jämtland	35
Norrbotten	34
Östergötland	34
Riket	**40**

4.3.1 Stress vanligaste orsaken till sjukskrivning

För tredje året i följd ökar antalet sjukfall med psykisk sjukdom i Sverige och 2014 var ökningen större än tidigare. I slutet av år 2012 hade Försäkringskassan 48 tusen pågående sjukfall i psykiska diagnoser. Motsvarande siffra år 2014 var 71 tusen, en ökning med 48 procent på två år.

Psykiska sjukdomar motsvarar 40 procent av alla sjukfall vid Försäkringskassan och den vanligaste diagnosen, Akut stressreaktion, svarar för 14 procent av alla sjukfall. Antalet personer med akut stressreaktion har ökat från 15 tusen år 2012 till 26 tusen år 2014.

Utbildningsnivå, inkomst, var man bor, yrke och arbetsgivare är faktorer som har visat sig ha betydelse för sjukfrånvaron över 14 dagar. Kvinnor som arbetar inom vård, skola och omsorg löper störst risk att bli sjukskrivna.

4.3.2 Omfattande dubbelarbete ökar risken för sjukfrånvaro – även för pappor

En studie vid Försäkringskassan visar att pappor som tar ett stort ansvar i hemmet och har en likvärdig ställning i arbetslivet som sin partner, löper större risk att bli sjukskrivna. Samtidigt minskar mammors risk att bli sjukskrivna när pappan tar ett större ansvar för hemarbetet[6]. Resultatet bygger på

[6] Försäkringskassans studie, publicerad januari 2015, som är en fortsättning på en tidigare socialförsäkringsrapport.

Handläggare
Karin Jonsson

Datum
2015-08-25

Dnr:RS/67/2015

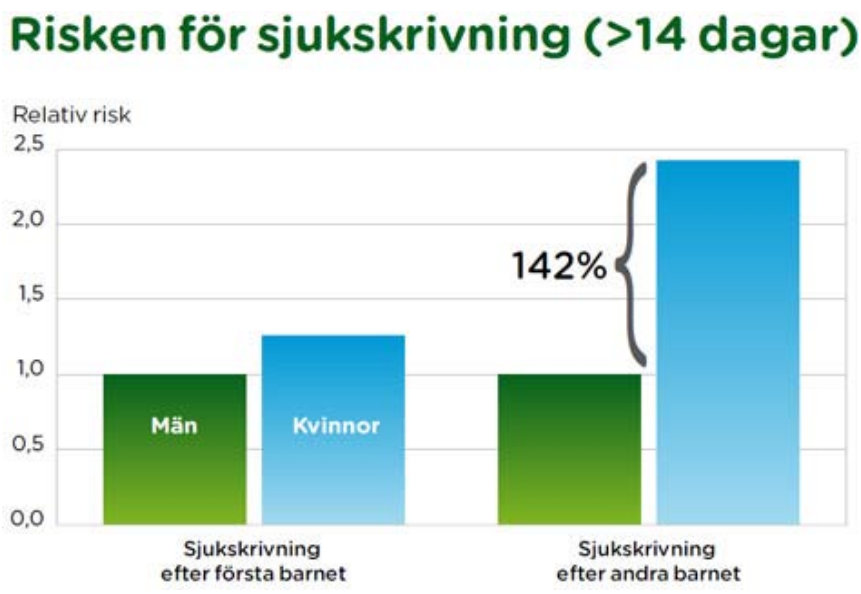
en studie av samtliga kvinnor och män som fick sitt första barn 2002 – 2009. I studien har samband mellan graden av jämställdhet mellan makarna i såväl hemmet som på arbetsmarknaden och risk för pappans sjukskrivning analyserats.

Kvinnor och män närmar sig den jämställda fördelningen från olika håll. Ökad jämställdhet innebär en utjämning av riskerna och därmed också ökad jämställdhet i sjukskrivningsrisker. En arbetsfördelning med mannen som huvudförsörjare och kvinnan som huvudansvarig för obetalt arbete i hemmet minskar mannens risk för sjukskrivning men begränsar möjligheterna att uppnå jämställdhet i arbets- och familjeliv.

Sjukskrivningarna är färre bland kvinnor med högre utbildning och inkomst. Kvinnor som gör karriär/ har en högre position i arbetslivet än mannen och som delar på ansvaret i hemmet löper störst relativ risk att bli sjukskriven. För att förstå resultatet behövs mer forskning men gruppen är förhållandevis liten.

Sedan 1980-talet har kvinnor haft högre sjukfrånvaro än män och sannolikheten att bli sjukskriven är 30 procent högre för kvinnor än män redan 2 år innan första graviditeten. Två år efter andra barnet är sannolikheten för sjukskrivning mer än dubbelt så hög för kvinnor som för män. När arbetsbördan hemma är som tyngst, kombinerat med ansvar på arbetsmarknaden, ökar kvinnors sjukskrivning markant.

Före första barnet är psykiska sjukdomar och rörelseorganens sjukdomar de vanligaste diagnoserna för både kvinnor och män. Efter första barnet är graviditetskomplikationer den dominerande diagnosgruppen för kvinnor. Efter andra barnet är det återigen psykiska sjukdomar som dominerar. För män förändras inte sjukskrivningspanoramat nämnvärt mellan det första barnet och ytterligare barn.



4.3.3 Uttag av föräldrapeng

Kön har visat sig vara viktigare än ekonomi vid uttag av föräldrapenning. En studie vid Försäkringskassan om de jämställda föräldrarna visar att sannolikheten för ett jämställt föräldrapenninguttag beror på om det är mammans eller pappans lön som utgör en majoritet av hushållets totala inkomst. När mamman har en hög inkomst och den utgör en majoritet av den totala hushållsinkomsten är det möjligt för familjen att avvara en betydande del av hennes lön för att hon ska vara hemma en längre tid. När papporna är i motsvarande situation är paren i lägre utsträckning beredda att avstå hans inkomst. Detta faktum ifrågasätter förklaringsmodellen om att det är mäns höga inkomster i sig som är anledningen till ojämlikt föräldrapenninguttag och kan delvis förklara varför politiska åtgärder som inkluderar ekonomiska incitament för att öka mäns uttag har haft svårt att uppnå önskad effekt. Studien bekräftar också delvis att de jämställda föräldrarna är högskoleutbildade som bor i landets storstadsregioner och ofta arbetar i offentlig sektor. Nytt i studien är vikten av att föräldrarna är jämngamla och den stora betydelsen av mammans utbildning. Sannolikheten för ett jämställt föräldrapenninguttag fördubblas om mammorna är höginkomsttagare, samtidigt som den minskar om det är papporna som är höginkomsttagare.

Utbildning och inkomst är de två mest betydelsefulla faktorerna. Trots detta delar 80 procent av paren där mamman har en längre högskoleutbildning inte jämställt på föräldrapenningdagarna. Detsamma gäller för 72 procent av paren där mamman är höginkomsttagare.

4.4 Jämställdhet

Jämställdhetsperspektivet handlar om att kvinnor och män ska kunna delta i samma utsträckning på alla områden, i privatlivet liksom i samhällslivet. Jämställdhet innebär även att det ska finnas en jämn fördelning av makt och resurser och ett delat ansvar mellan kvinnor och män i samhället. Det övergripande svenska nationella jämställdhetsmålet är att kvinnor och män ska ha samma makt att forma samhället och sina egna liv.

I Jämtlands län finns tydliga skillnader mellan könen vad gäller arbetsmarknad, sysselsättningsgrad, lönenivåer, utbildningsnivåer och inte minst sjuktal. Båda könen har höga och ökande sjukpenningtal men talen är särskilt höga för kvinnor som ligger drygt 30 % över riksgenomsnittet. Nästan 70 % av länets sjukskrivna är kvinnor.

Den långsiktiga utvecklingsplanen för minskad sjukskrivning ska mynna ut i en process som ger lika förutsättningar för män och kvinnor. Båda könens höga sjuktal oroar men då sjuktalen är särskilt höga för kvinnorna kommer särskilt fokus att riktas mot den gruppen. Betydelsen av genuskunskap i arbetslivet är central. Sambanden mellan kvinnors höga sjuktal och den könsuppdelade arbetsmarknaden i länet är viktig att belysa liksom synen på kvinnors sjukdomstillstånd och de åtgärder som vanligen erbjuds.

Tillgänglighetsperspektivet är viktigt då det visat sig nationellt att arbetsinriktad rehabilitering och förberedande utbildning domineras av kvinnor medan män i större utsträckning får ta del av Arbetsförmedlingens insatser med olika lönestöd.

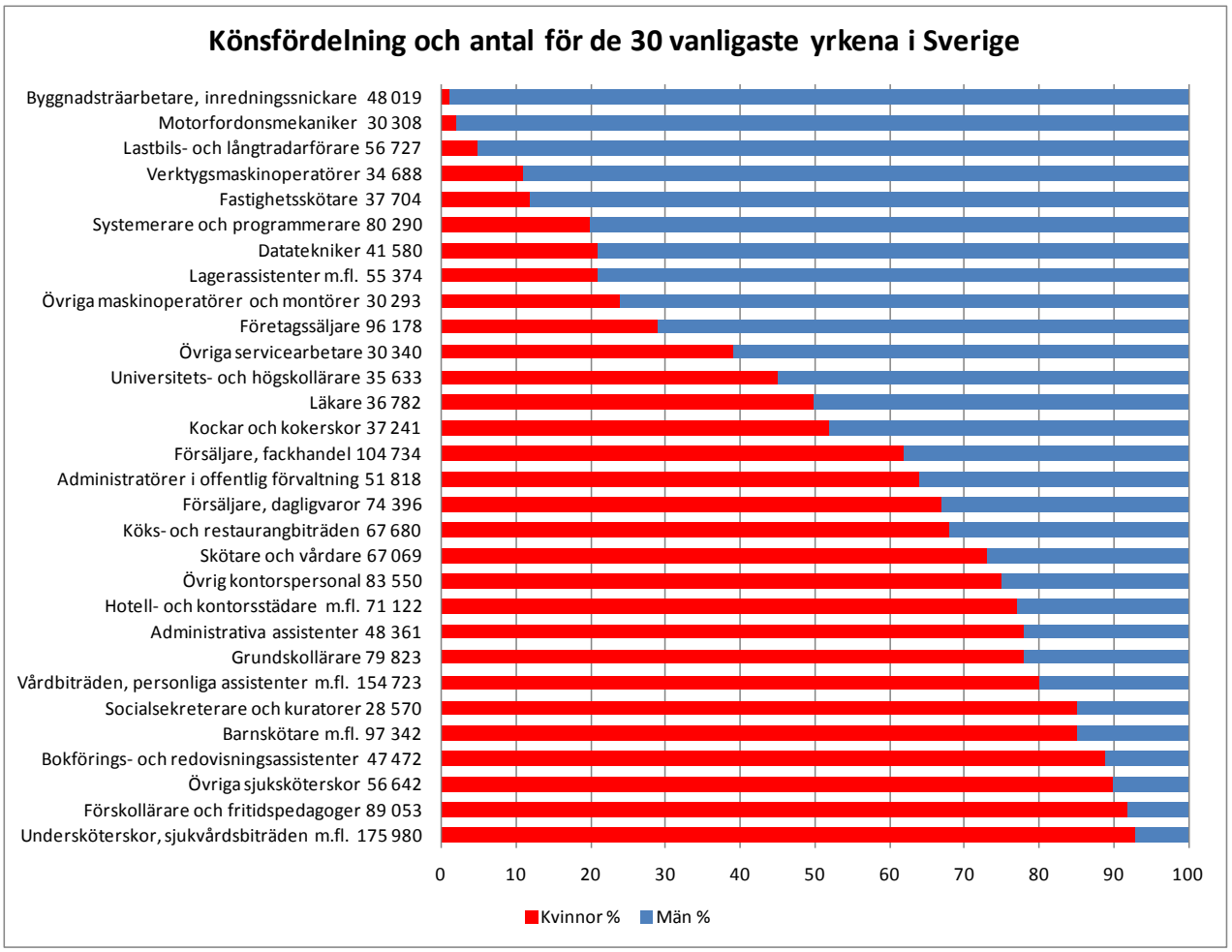
Handläggare
Karin Jonsson

Datum
2015-08-25

Dnr:RS/67/2015

I Arbetsmiljöverkets granskning maj 2015 visas att den svenska arbetsmarknaden är kraftigt könssegregerad. Endast 3 av de 30 vanligaste yrkena har jämn könsfördelning och det är läkare, kockar/kokerskor och universitets- och högskollärare.

Den könssegregerade arbetsmarknaden innebär att män och kvinnor arbetar med olika saker och utsätts för olika risker. Kvinnor dominerar avseende anmälda arbetssjukdomar medan männen oftare drabbas av arbetsolyckor och dödsfall på jobbet. Arbetsmiljöverket har under tre år utrett kvinnors arbetsmiljö och orsaker till att kvinnor skadas och blir sjuka av sina arbeten. Nu ska verket övergå till att studera bilden och betydelsen av manlighet för de arbetsmiljöfaktorer som män utsätts för. Det gäller exempelvis dödsolyckor på jobbet som nu ska granskas ur ett genusperspektiv.



4.4.1 En jämställd sjukskrivningsprocess

Ett viktigt steg i arbetet minskad sjukskrivning är att stödja arbetet med att höja kvaliteten för både kvinnor och män i sjukskrivningsprocessen. Ett SKL-lett projekt *Jämt sjukskriven – ett genusperspektiv på sjukskrivningsprocessen* visar, som exempel, att det finns risk att depressioner missas på män, att kvinnors alkoholmissbruk inte tas på allvar och att mäns våld mot kvinnor inte upptäcks. Studien uppmärksammade också att kvinnor och män får olika långa sjukskrivningstider och att kvinnor och män hänvisas till olika typer av undersökningar och rehabilitering.

Sjukvården har ett dubbelt uppdrag i sjukskrivningsarbetet. Dels en medicinsk del som handlar om att utreda om sjukdom föreligger, fastställa diagnos och ge medicinsk behandling och rehabilitering. Dels en försäkringsmedicinsk del som handlar om att bedöma arbetsförmåga, prognostisera behov av åtgärder och tid för återgång i arbete samt utfärda medicinska underlag.

Långa sjukskrivningar kan enligt SKLs rapport vara skadliga och bidra till att kvinnor och män kan bli sjuka. En felaktig sjukskrivning kan ha lika starka biverkningar som ett felaktigt läkemedel. Om människor bedöms utifrån traditionella föreställningar om kvinnor och män finns en risk att det leder till felaktiga sjukskrivningar.

För åren 2014-2015 finns det ett villkor i den sk. Sjukskrivningsmiljarden att landstingen ska ta fram mål, indikatorer och implementeringsstrategier för en jämställd sjukskrivningsprocess som sedan ska följas upp i landstingens ledningssystem/uppföljningssystem för sjukskrivningsprocessen. Utöver detta ska landstingen ta fram riktlinjer och handlingsplaner inom ämnesområdet våld i nära relation. Våld i nära relation kan nämligen finnas som en bakomliggande orsak till en del långa sjukskrivningar, framförallt gällande kvinnor.

4.4.2 Våld i nära relationer

Våld i nära relationer är ett stort samhällsproblem som inbegriper såväl rättsliga som sociala och hälso- och sjukvårdsaspekter. Våldet är alltid en kränkning av de utsattas mänskliga rättigheter och alla som utsatts för våld i nära relationer har rätt till stöd och skydd från samhället.

Våldet drabbar framför allt kvinnor och utövaren är oftast en man. Trots likabehandlingsprincipen fokuserar, enligt Socialstyrelsen, både socialtjänstlagen och samhällets satsningar på våldsutsatta kvinnor. Våldsutsatta kvinnor finns överallt inom hälso- och sjukvården. Ett liv under förtryck leder till ohälsa på många sätt förutom kroppsskador efter fysiskt eller sexuellt våld. Våldsutsatta kvinnor har mer än dubbelt så ofta kroniska smärttillstånd och mag-tarmproblem och upp till fyra gånger så ofta ångest och depression jämfört med andra.

Att identifiera våld i nära relation är ofta svårt eftersom de utsatta kvinnorna sällan berättar spontant om sin situation. Endast en knapp fjärdedel söker vård efter den senaste fysiska misshandeln. Istället har kvinnan ofta utvecklat strategier för att dölja vad som försiggår. Många är inte heller själva medvetna om att symtom som magbesvär, ångest, depression och kroniska smärtor kan orsakas av att leva i ett förhållande där våld och hot förekommer. För att kunna erbjuda patienten god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen måste man därför fråga om våldsutsatthet som en del i sjukhistorien.

Inom Region Jämtland Härjedalen pågår sedan många år ett strukturerat arbete för jämställdhet och mot våld i nära relationer. Arbetet leds av styrgruppen för jämställd och jämlik verksamhet och samrådsgruppen mot våld i nära relation. Sedan år 2012 finns en landstingsövergripande handlingsplan mot våld i nära relation som bland annat innehåller kompetenshöjande insatser riktade till vårdpersonal och information som riktar sig till allmänheten, bland annat i väntrummen. I handlingsplanen framgår även att chefer ska ställa frågan om våldsutsatthet till de egna medarbetarna.

Region Jämtland Härjedalen arbetar med att säkerställa att alla patienter inom sjukskrivningsprocessen faktiskt blir tillfrågade om våldsutsatthet och därtill erbjuds bra stöd och behandling, när detta är påkallat. Arbetet går långsamt framåt men fortfarande är rutinen långt ifrån färdigimplementerad.

4.4.3 Genushanden

Genushanden är en metod som tagits fram vid vårdcentralen i Skurup, Region Skåne, i syfte att öka kvaliteten i vården för kvinnor och män. Genom att granska journalhandlingar kunde de se att de, tvärtemot sina egna ambitioner, hade ställt helt olika frågor till män och kvinnor. De kunde även se att våld är ett stort ohälsoproblem som det sällan pratas om.

Region Jämtland Härjedalen har beslutat införa Genushanden som verktyg inom hälso- och sjukvården. Flertalet verksamheter säger att de har samma rutiner oavsett vem de möter men i verkligheten är det inte alltid så. Kön kan påverka vilka frågor och följdfrågor som ställs och hur svar tas emot. Vid varje möte med individer där det ska göras någon form av bedömning som ska leda till någon insats kan det vara fruktbart att tänka tvärtom vad det gäller kön. Genushanden hjälper verksamheten att få jämställda rutiner så att patienterna får samma frågor oavsett kön, och därmed likvärdig service. Handens fem fingrar symboliserar fem olika ingångar och uppmaningar:

Tumme	Kvinnor tillfrågas om sin familjesituation, men sällan männen. Tänk tvärtom – fråga mannen.
Pekfinger	Våld, hot och mobbing är en riskfaktor för exempelvis långvarig sjukskrivning. Mäns våld mot kvinnor dolt problem. Våga fråga, våga se.
Långfinger	Somatisk inriktning på mäns diagnoser och psykosomatisk inriktning på kvinnors diagnoser. Stor risk för att missa mäns depressioner. Risk för medikalisering hos kvinnan.
Ringfinger	Riskbruk och alkohol är mer skamligt för kvinnor. Fråga alltid och gör till rutin att kolla alla långtidssjukskrivna med prov.
Lillfinger	Män får tidigare specialistremisser och större stöd hos arbetsgivaren. Män rehabiliteras utifrån arbete medan risk för att kvinnor rehabiliteras utifrån sin sociala situation.

Handläggare
Karin Jonsson

Datum
2015-08-25

Dnr:RS/67/2015

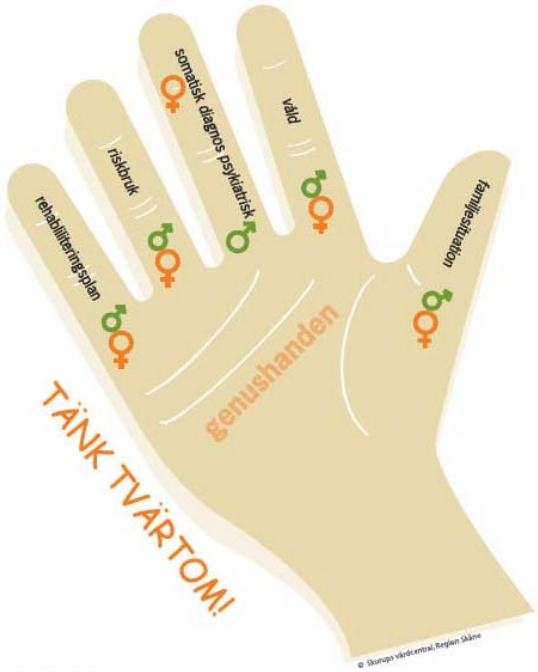


Illustration och beskrivande text: Region Skåne

4.5 Försäkringsmedicin

Försäkringsmedicin är ett kunskapsområde om hur funktionstillstånd, diagnostik, behandling, rehabilitering och förebyggande av sjukdom och skada påverkar och påverkas av olika sjukförsäkringars utformning samt därmed relaterade överväganden och åtgärder inom berörda professioner (Definition av Nationellt Försäkringsmedicinskt Forum 2011).

Det försäkringsmedicinska kunskapsområdet handlar bland annat om hur patientens resurser på bästa sätt kan tillvaratas trots sjukdom, hur patienter med självupplevd ohälsa utan påvisbar medicinsk orsak bäst kan bemötas och vem i vårdkedjan eller i patientens omgivning som är bäst lämpad när det gäller att vara ett stöd i rehabiliteringen.

Frågor kring sjukskrivning och rehabilitering är vanliga teman vid instruktion och handledning av AT och ST-läkare och kurs i försäkringsmedicin är obligatorisk för alla AT-läkare samt för ST-läkare i allmänmedicin, ortopedi och psykiatri. Samtliga läkare med utlandsutbildning bjuds också regelbundet in till utbildning i Försäkringsmedicin.

Det har framgått, bland annat vid analys av försämringsmedicinska underlagen, att kunskapen om försäkringsmedicin behöver fördjupas bland Region Jämtland Härjedalens läkare och andra berörda yrkesgrupper. En försäkringsmedicinsk breddutbildning för läkare och andra vårdaktörer har inte genomförts på många år. Arbete pågår nu med att planera och genomföra försäkringsmedicinska utbildningar. Ett av fokusen på den utbildningen kommer att vara undvikande av medikalisering av normala livshändelser.

4.6 Samordnad tidig rehabilitering

Samordnad tidig rehabilitering handlar om att i ett tidigt skede samverka kring individen i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och att utveckla en funktion för koordinering.

Samverkan är avgörande för att få en helhetsbild av patientens behov av stöd och för att uppnå en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess. Hälso- och sjukvården får tidigt, redan innan en sjukskrivning blir aktuell, kännedom om patientens behov och har därigenom goda möjligheter att tidigt samverka kring individen i sjukskrivningsprocessen med andra aktörer, exempelvis Försäkringskassa, arbetsgivare, Arbetsförmedling och socialtjänst- kommun.

Samverkan kan ske genom att hälso- och sjukvården har en funktion för koordinering som utgör en länk inom sjukvården och mellan sjukvården och olika berörda aktörer. Syftet med denna funktion är att förbättra insatserna för individen, nå en hög effektivitet och förhindra onödigt långa ledtider och perioder av passiv väntan i individens sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess.

Regeringen fördelar årligen stimulansmedel till landstingen kring detta område för att utveckla den organisatoriska strukturen för samverkan och därmed säkra en långsiktighet.

Vid Krokoms hälsocentral drivs i projektform ett arbete med att ta fram en länsmodell för samverkan mellan hälso- och sjukvården, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och kommunens socialtjänst. Projektet pågår fram till våren 2016. En checklista har utarbetats för att tidigt fånga upp signaler från patienter där det finns risk för längre sjukskrivning. Tanken är att försöka förebygga eller åtminstone väsentligen förkorta en sjukskrivning. Checklistan är inte bara tänkt att fånga upp de som ringer och ber om sjukskrivning utan även de som har riskfaktorer för sjukskrivning samt att vara till vägledning för rehabkoordinatorns insatser. En utvärdering ska göras i projektet för att bedöma effekten av detta strukturerade arbetssätt, och revideringar ska göras vid behov, innan breddinförande.

4.7 Projekt, utredningar och statliga överenskommelser som påverkar arbetet

4.7.1 ESF-projekt Hälsofrämjande ledarskap

Detta projekt handlar om kompetensutveckling av första linjens chefer inom länets kommunala sektor i ett Hälsofrämjande ledarskap. Projektet riktar sig specifikt till chefer med hög sjukfrånvaro i sina arbetsgrupper. Arbetet kommer att inledas med en grundläggande kartläggning och analys av situationen på dessa arbetsplatser. Därefter genomförs en anpassad utbildningsinsats för cheferna med fokus Hälsofrämjande ledarskap och hälsofrämjande åtgärder på individnivå – något som forskning visat har positiv effekt på sjukfrånvaron i arbetsgrupper.

Var tredje sjukskriven i länet är anställd i Region Jämtland Härjedalen eller i någon av länets åtta kommuner. Beaktat att 23 procent av länets sjukskrivna är arbetslösa så är det tydligt att den kommunala sektorn står för en betydande andel av länets sjukskrivna. År 2014 hade Region Jämtland

Härjedalen en sjukfrånvaro[7] på 6,8 procent, vilket var högst i landet. Kommunerna i länet hade en sjukfrånvaro på 7,1 procent, vilket även det var högst i landet. Variationen inom länet är dock stor. Tre kommuner (Härjedalen, Strömsund och Åre) är bättre än riksgenomsnittet för kommunerna medan övriga fem kommuner ligger över.

Även om den höga sjukfrånvaron inte enbart är arbetslivets fel så är det något som arbetslivet måste hantera. Sänkt sjukfrånvaro är av stort värde för individen, länets kommunala sektor och för staten.

Projektet är särskilt angeläget ur ett jämställdhetsperspektiv eftersom huvuddelen av de anställda vid de aktuella enheterna kvinnor och det är kvinnor som har de högsta sjukpenningtalen i länet. Projektet ska bidra till att varaktigt sänka sjuktalen till riksgenomsnittet.

4.7.2 ESF-projekt Process för sänkta sjuktal

Jämtlands län har sjuktal som vida överstiger landet i övrigt men sambandet med det faktiska hälsoläget i befolkningen är inte klarlagt. Socioekonomiskt har invånarna i Jämtlands län ett svagare läge än landet i övrigt, exempelvis när det gäller medelinkomst, utbildningsnivå och nära tillgång till samhällsservice. Sannolikt spelar flera faktorer in i de höga sjukpenningtalen exempelvis kultur, läkarnas rutiner vid sjukskrivning, Försäkringskassans handläggning och arbetsmarknadsläget.

Detta projekt ska verka för att säkerställa att invånarna i Jämtlands län inte av administrativa, kulturella och organisatoriska skäl är mer sjukskrivna än vad som är motiverat av medicinska skäl.

I projektet ska en tydlig processbeskrivning för sjukskrivning utarbetas. Insatserna riktar sig främst till medarbetare inom Region Jämtland Härjedalen, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen.

Projektet ska bidra till att varaktigt sänka antalet sjukpenningdagar per länsinnevånare i Jämtlands län till riksgenomsnittet.

4.7.3 Rehabiliteringsgarantin

Rehabiliteringsgarantin är en överenskommelse mellan Sveriges kommuner och landsting och Regeringen som för år 2015 ger landstingen möjlighet att få del av 712 miljoner för genomförda insatser. Under år 2015 har regeringen för avsikt att göra en översyn av rehabiliteringsgarantin. Målet är ökad återgång i arbete och att förebygga sjukskrivning bland män och kvinnor i arbetsför ålder. Den nya patientlagen gäller även för rehabiliteringsgarantin. Rehabiliteringsgarantin ger möjlighet för kvinnor och män i åldern 16-67 år att, efter att vården gjort en medicinsk bedömning, få tillgång till:

- Kognitiv beteendeterapi (KBT) eller Interpersonell terapi (ITP) vid ångest, depression eller stress. Terapin inriktar sig på att påverka tankemönster, känslor och beteenden i en positiv riktning. Det finns ett flertal metoder varav några är utvecklade för att behandla

[7] Sjukfrånvaron i Region Jämtland Härjedalen och länets kommuner mäts som sjukfrånvarotid i förhållande till sammanlagd ordinarie arbetstid.

ångesttillstånd. Behandlingen kan ske individuellt eller i grupp. För att få ersättning inom ramen för rehabiliteringsgarantin krävs att utredning och behandling genomförs av särskilt definierade yrkesgrupper.

- Multimodal rehabilitering (MMR) vid långvarig diffus smärta i axlar nacke och rygg. MMR innebär ett antal välplanerade och synkroniserade åtgärder under en längre tid, ofta fyra till åtta veckor. Insatserna kräver att personalen arbetar i team och är tränade att arbeta i team. Teamen består oftast av olika yrkesgrupper, exempelvis sjukgymnast, arbetsterapeut, beteendevetare och läkare. Insatserna utgår från nödvändigheten av att förstå och rehabilitera smärtans hela komplexitet och dess negativa konsekvenser. Ofta är det både effektivt och uppskattat av patienterna att i huvudsak genomföra MMR i grupper om 6-10 patienter.

Ovanstående sjukdomstillstånd ligger bakom drygt 60 % av alla sjukskrivningar över 14 dagar.

Landstingen ska tillhandahålla insatserna, i egen regi eller via privata utförare som landstingen har avtal med. Landstingen kan generellt inte få ersättning för både MMR och KBT för samma patient. Den ersättningen som utgår är:

- 12 tusen kronor för genomförd kognitiv behandlingsserie, 8-20 behandlingar.
- 25 tusen kronor alt. 45 tusen kronor för genomförd multimodal rehabiliteringsåtgärd (MMR1 och MMR2).

4.7.4 Sjukskrivningsmiljarden

Staten och Sveriges kommuner och landsting har för åren 2007-2013 träffat överenskommelser som ska stimulera hälso- och sjukvården till att utveckla arbetet med sjukskrivningsprocessen och minska ohälsan i respektive län. Avtalen har inneburit att regeringen lämnat särskilt statsbidrag på upp till 1 miljard kronor per år 2007–2013. För åren 2014–2015 har en tvåårig överenskommelse tecknats. Ersättningsmodellen är tvådelad och består dels av en villkorad del kopplad till konkreta åtgärder, dels av en rörlig del kopplad till förändringar i sjukfrånvaron.

Maximalt 710 miljoner kronor utbetalas år 2015 som villkorat bidrag till landstingen. Bidraget är kopplat till sex villkor och den högsta ersättningen för varje uppfyllt villkor är länets befolkningsandel (för Jämtlands län 1,3 %) multiplicerat med villkorsbeloppet. De sex villkoren är:

- En jämställd sjukskrivningsprocess (50 miljoner kronor)
- Kompetenssatsningar i försäkringsmedicin (150 miljoner kronor)
- Tidig samverkan i sjukskrivningsprocessen (175 miljoner kronor)
- Psykisk ohälsa med fokus på lindriga och medelsvåra besvär (100 miljoner kronor)
- Utökat elektroniskt informationsutbyte (215 miljoner kronor)
- Utvecklingsmedel för stöd till rätt sjukskrivning (20 miljoner kronor), ett för Försäkringskassan och SKL gemensamt utvecklingsarbete

55 miljoner kronor reserveras till kostnader för medicinsk service och 230 miljoner kronor utbetalas som rörligt bidrag till landstingen beroende av hur det relativa antalet sjukpenningdagar i länet har förändrats under 2015. Endast sjukfall upp till 2,5 år inräknas.

I en aktuell studie från Karolinska institutet (KI) beskrivs att sjukskrivningsprocessen blivit en mer närvarande och aktuell fråga inom hälso- och sjukvården på samtliga ledningsnivåer. Sjukskrivningsfrågan är på väg att ses som en ordinarie del av patienters vård och behandling men det finns fortsatt utvecklingsbehov, bland annat när det gäller ledningssystem och kvalitetssäkring av sjukskrivningsprocessen, jämställd sjukskrivningsprocess, försäkringsmedicin samt utvecklad intern och extern samverkan med andra aktörer i sjukskrivningsprocessen.

Sjukfrånvaron minskade i samtliga landsting med i genomsnitt 31 procent under perioden 2006–2011, men har åter börjat öka från 2012. Ökningen gäller särskilt psykiska diagnoser, där den övervägande majoriteten är kvinnor. Det är fortsatt viktigt att jobba med tidiga insatser hos berörda aktörer i syfte att minska risken för långvarig sjukfrånvaro och att förebygga sjukskrivning, där så är möjligt.

4.7.5 Parlamentarisk utredning på remiss - En långsiktigt hållbar sjukförsäkring

Den parlamentariska socialförsäkringsutredningen ”En långsiktigt hållbar sjukförsäkring” ligger ute på remiss i landet. Region Jämtland Härjedalen lämnar remissvar augusti 2015. Målen i utredningen är att få en långsiktigt stabil sjukfrånvaro i Sverige som är låg och i nivå med jämförbara länder.

Betänkandet föreslår en rad förändringar i sjukförsäkringen inklusive stödet för återgång i arbete, i arbetsskadeförsäkringen och i arbetslöshetsförsäkringen. Utredningen lämnar ett 50-tal förändringsförslag samt förslag till fortsatt reformarbete.

I utredningen ges hög prioritet åt att förbättra för sjukskrivna som har svårt att återgå i arbete. Stärkt standardtrygghet i socialförsäkringarna värnas och målsättningen är att de flesta sjukskrivna och arbetslösa ska få en inkomstrelaterad ersättning vid sjukdom och arbetslöshet.

En av de större förändringarna i förslaget är att Hälso- och sjukvården ska ha ansvar för samverkan kring individens återgång i arbete samt att upprätta rehabiliteringsplan. För detta utökade ansvar föreslås landstingen få förstärkta och permanenta resurser. Samtidigt förändras Försäkringskassans roll från samordningsansvar till att samverka kring individen och följa upp åtgärder och rehabiliteringsplan.

Om utredningens förslag går igenom kommer Region Jämtland Härjedalen att behöva tillskapa resurser, rutiner och arbetssätt för att hantera detta utökade ansvar. I det arbetet ingår en större utbildningsinsats för all berörd vårdpersonal.

4.7.6 Departementsskrivelse på remiss - Avskaffande av bortre tidsgränsen i sjukförsäkringen

I en departementsskrivelse 30 mars 2015 föreslås den bortre tidsgränsen i sjukförsäkringen avskaffas. Den bortre tidsgränsen innebär att en sjukskriven i normalfallet högst kan få sjukpenning enligt fortsättningsnivån i 550 dagar efter det att sjukpenning enligt normalnivån har lämnats i 364 dagar. Bestämmelsen om att sjukpenning i normalfallet inte lämnas för de tre första kalendermånaderna efter en period med sjuk- eller aktivitetsersättning föreslås också avskaffas. De nya bestämmelserna föreslås träda i kraft den 1 januari 2016.

4.8 Regler för sjuklön

Den som är anställd för minst en månad eller har arbetat sammanhängande i 14 dagar hos samma arbetsgivare har rätt till sjuklön från arbetsgivaren under de första 14 dagarna av en sjukperiod. Den första dagen är en karensdag. Dag 2-14 är sjuklönen 80 procent av lönen. Är den anställda sjukskriven mer än sju dagar måste hon eller han visa ett läkarintyg för arbetsgivaren. I vissa fall kan arbetsgivaren eller Försäkringskassan begära ett läkarintyg redan från den första sjukdagen.

Den som är anställd och som är sjuk mer än 14 dagar kan ansöka om sjukpenning från Försäkringskassan från dag 15 i sjukfallet, det vill säga när sjuklöneperioden upphör.

Den som inte har någon arbetsgivare kan få sjukpenning från Försäkringskassan redan från dagen efter karensdagen. Det gäller den som är arbetslös, uppdragstagare eller egen företagare. Det gäller också den som är ledig med föräldrapenning eller graviditetspenning.

Försäkringskassan betalar sjukpenning på normalnivån i 364 dagar, därefter ytterligare 550 dagar på fortsättningsnivån – totalt 914 dagar. Om den försäkrade efter 914 dagar inte kan återgå i arbete erbjuds inskrivning på Arbetsförmedlingen för tre månaders arbetslivsintroduktion. Om den försäkrade insjuknar efter dessa 3 månader har hon eller han återkvalificerat sig till en ny ersättningsperiod med sjukpenning.

4.8.1 Sjuk- och aktivitetsersättning

Sjukersättning är ersättning till personer mellan 30 och 64 år som troligen aldrig kommer att kunna arbeta heltid på grund av sjukdom, skada eller funktionsnedsättning. Sjukersättning beviljas när Försäkringskassan bedömer att arbetsförmågan är stadigvarande nedsatt med minst en fjärdedel på grund av sjukdom.

Aktivitetsersättning är en tidsbegränsad ersättning vid nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom eller annan funktionsnedsättning. Ersättningen kan erbjudas unga människor från juli det år man fyller 19 år till månaden innan man fyller 30 år. Arbetsförmågan ska vara nedsatt under minst ett år. Beroende på hur mycket arbetsförmågan är nedsatt kan man få en fjärdedels, halv, tre fjärdedels eller hel aktivitetsersättning.

4.9 Arbetsgivarens roll och ansvar

Arbetsgivaren betalar sjuklön under de första fjorton dagarna i en sjukperiod, karensdagen undantagen, om den anställda uppfyller villkoren i sjuklönelagen. Efter en veckas sjukfrånvaro ska den anställda lämna ett läkarintyg till arbetsgivaren. Arbetsgivaren avgör sedan om sjuklön kan betalas ut eller om andra tillfälliga arbetsuppgifter kan erbjudas.

Arbetsgivaren ansvarar för rehabiliteringsåtgärder på arbetsplatsen och Arbetsmiljölagen reglerar arbetsgivarens skyldighet att vidta åtgärder för att underlätta återgången i arbete.

Vid ett avstämningsmöte kan rehabiliteringsåtgärder diskuteras tillsammans med den anställda. Då träffas vanligtvis den anställda, Försäkringskassan, den sjukskrivande läkaren och arbetsgivaren. Även andra som har betydelse för rehabiliteringen kan delta. Arbetsgivaren kan i vissa fall få bidrag till arbetshjälpmedel.

4.9.1 Rehabiliteringskedjan

Rehabiliteringskedjan ingår i lagen om allmän försäkring, AFL, och är en bestämd tidsplan för hur rehabiliteringsarbetet ska gå till. Försäkringskassan prövar och avgör vid tre tillfällen om den som är sjuk kan återgå i arbete. Rehabiliteringskedjan gäller fullt ut bara för den som har en anställning. Egna företagares arbetsförmåga bedöms i förhållande till de vanliga arbetsuppgifterna fram till och med dag 180. Sedan bedöms arbetsförmågan i förhållande till sådant arbete som normalt förekommer på arbetsmarknaden. För arbetslösa bedöms arbetsförmågan i förhållande till arbeten som normalt förekommer på arbetsmarknaden redan från första dagen i sjukperioden.

Att olika aktörer känner till hur rehabiliteringskedjan fungerar ökar förutsättningarna för att patienten ska få rätt åtgärder i tid. Det underlättar även samarbetet mellan aktörerna i sjukskrivningsprocessen, till exempel läkaren, arbetsgivaren och Försäkringskassan.

Arbetsförmågan bedöms enligt rehabiliteringskedjan:

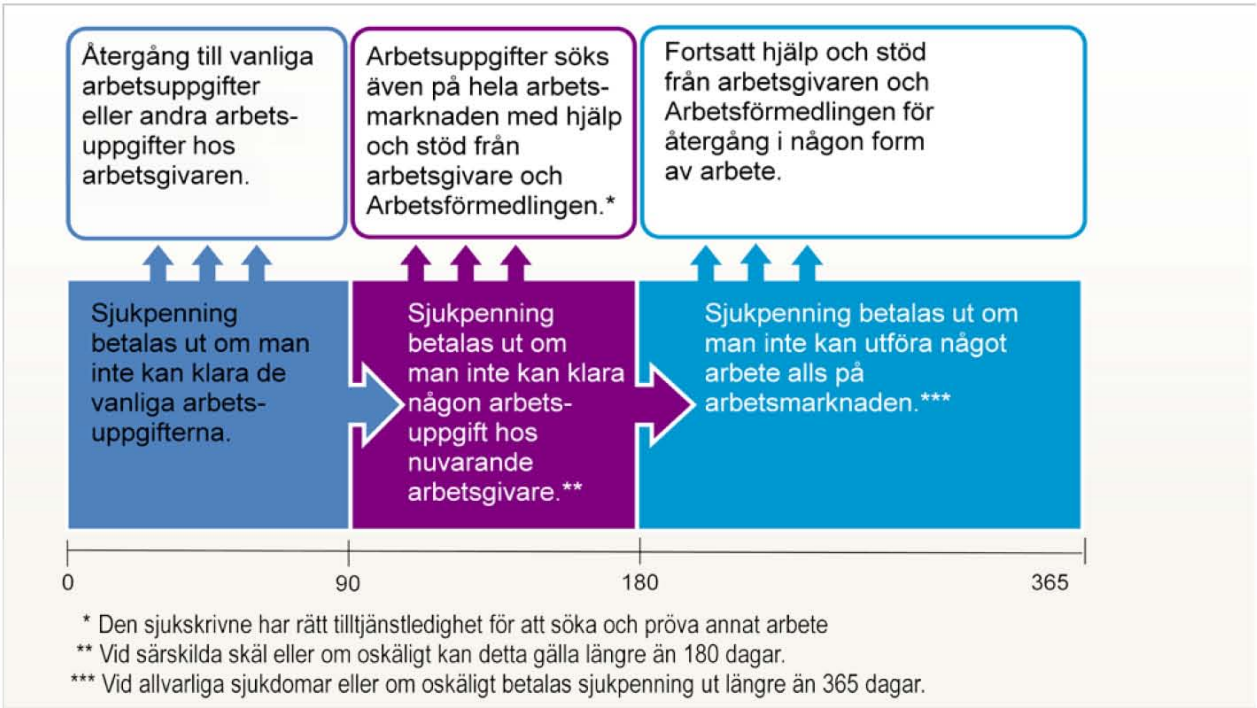
- Under de första 90 dagarna som individen är sjukskriven erhålls sjukpenning om individen inte kan utföra sitt vanliga arbete eller ett annat tillfälligt arbete hos sin arbetsgivare.
- Efter 90 dagar erhålls sjukpenning om individen inte kan utföra något arbete alls hos sin arbetsgivare.
- Efter 180 dagar erhålls sjukpenning om individen inte kan utföra sådant arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden. Detta gäller dock inte om Försäkringskassan bedömer att patienten med stor sannolikhet kommer att kunna gå tillbaka till ett arbete hos sin arbetsgivare före dag 366 eller om det kan anses oskäligt att bedöma patientens arbetsförmåga i förhållande till arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden.
- Efter 365 dagar kan patienten bara få sjukpenning om han eller hon inte kan utföra sådant arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden.

Handläggare
Karin Jonsson

Datum
2015-08-25

Dnr:RS/67/2015

Rehabiliteringskedjan



* Den sjukskrivne har rätt tilltjänstledighet för att söka och pröva annat arbete
** Vid särskilda skäl eller om oskäligt kan detta gälla längre än 180 dagar.
*** Vid allvarliga sjukdomar eller om oskäligt betalas sjukpenning ut längre än 365 dagar.

Handläggare
Karin Jonsson

Datum
2015-08-25

Dnr:RS/67/2015

5 UTVÄRDERING OCH REVIDERING AV PLANEN

Den långsiktiga utvecklingsplanen för minskade sjukskrivningar bör revideras minst en gång var 4.e år, under första året av respektive mandatperiod. Den första revideringen ska ske under 2019, därefter vart 4:e år, under första året av respektive mandatperiod.

Inför första revideringen planeras dialog med Försäkringskassa och arbetsförmedling för att få in synpunkter på vad som är viktigast att fokusera på inom sjukskrivningsprocessen samt för att öka förankringen.

Mål och aktiviteter i planen ska preciseras i konkreta handlingsplaner enligt Region Jämtland Härjedalens styrmodell och följas upp löpande enligt gällande rutiner.

§ 134 Långsiktig utvecklingsplan för minskade sjukskrivningar - remissversion (RUN/1173/2015)

Ärendebeskrivning

Utifrån de höga sjukskrivningstalen i länet och i organisationen Region Jämtland Härjedalen har en långsiktig utvecklingsplan för minskade sjukskrivningar upprättats. Planen innehåller omvärldsanalys samt beskriver bakgrund och planeringsförutsättningar. Befolkningsutveckling, arbetsmarknad, försörjningsmått med mera belyses. Planen har utmynnat i åtta mål för det fortsatta arbetet:

- Samma sjuktal som övriga landet
- Brett politiskt samförstånd
- En väl fungerande och jämställd sjukskrivningsprocess
- Samordnad tidig rehabilitering
- Hög kompetens inom försäkringsmedicin
- Förbättra för personer med psykisk ohälsa med lindriga och medelsvåra besvär
- Förbättra för personer med muskuloskeletala besvär
- Minska frånvaron hos Region Jämtland Härjedalens medarbetare

Planen har också ett avsnitt som beskriver projekt, utredning och statliga överenskommelser som påverkar arbetet.

Inom ett flertal av de områden utredningen lyfter fram som problemområden såsom vikande befolkningsunderlag, låga utbildningsnivåer etc. pågår det arbeten inom den egna organisationen inom regionala utvecklingsnämndens område. Detta borde lyftas fram i planen, som exempel kan nämnas Kompetensplattformen, Plug-In-projektet, psykisk ohälsa-arbetet, samt i övrigt de utvecklingssatsningar som pågår t.ex. inom Barn- och unga-området samt kulturinsatser för unga och seniorer.

Planens mål, samma sjukskrivningstal som övriga landet på 12 års sikt, är ett vanskligt och oprecist mål då vi inte vet hur det kommer att se ut. Ett tydligt uppföljningsbart mål för Region Jämtland Härjedalen och länet bör sättas ut..

Beslutsunderlag

Remissversion - Långsiktig utvecklingsplan för minskade sjukskrivningar.
Protokollsutdrag arbetsutskottet 2015-10-05, § 179.

Förvaltningschefens förslag

Arbetsutskottet föreslår regionala utvecklingsnämnden

1. För det fortsatta arbetet med minskade sjukskrivningar behöver planen kompletteras med en beskrivning över de aktiviteter, projekt och samarbeten som pågår inom regionala utvecklingsnämndens område vars syfte bland annat är att förebygga eller minska sjukskrivningarna i länet.

2. Målet för sjukskrivningstalet ändras till ett mål som går att mäta och följa upp.

Regionala utvecklingsnämnden

REGIONALA UTVECKLINGSNÄMNDENS ARBETSUTSKOTTS BESLUT

Arbetsutskottet föreslår regionala utvecklingsnämnden

1. För det fortsatta arbetet med minskade sjukskrivningar behöver planen kompletteras med en beskrivning över de aktiviteter, projekt och samarbeten som pågår inom regionala utvecklingsnämndens område vars syfte bland annat är att förebygga eller minska sjukskrivningarna i länet.

2. Målet för sjukskrivningstalet ändras till ett mål som går att mäta och följa upp.

REGIONALA UTVECKLINGSNÄMNDENS BESLUT

1. För det fortsatta arbetet med minskade sjukskrivningar behöver planen kompletteras med en beskrivning över de aktiviteter, projekt och samarbeten som pågår inom regionala utvecklingsnämndens område vars syfte bland annat är att förebygga eller minska sjukskrivningarna i länet.

2. Målet för sjukskrivningstalet ändras till ett mål som går att mäta och följa upp.

Utdrag till

Stabschef regional utveckling; Regionfullmäktige

Vårdvalsnämnden

§ 45 Långsiktig utvecklingsplan för minskade sjukskrivningar - remissversion (VVN/28/2015)

Ärendebeskrivning

I augusti 2014 beslutade landstingets politiker att utarbeta en långsiktig utvecklingsplan för att minska sjukskrivningarna och öka frisktalen i Jämtlands län. Planen ska omfatta länet som helhet och de egna medarbetarna. Bakgrund till beslutet är att Jämtlands län, liksom Region Jämtland Härjedalen som arbetsgivare, skiljer sig från övriga riket när det gäller sjukskrivningar. Planen har skickats på remiss från regionstyrelsen till vårdvalsnämnden.

Beslutsunderlag

- Remissversion Långsiktig utvecklingsplan för minskade sjukskrivningar (RS/67/2015).
- Svar på remiss Långsiktig utvecklingsplan för minskade sjukskrivningar - remissversion (VVN/28/2015).

Regiondirektörens förslag

Vårdvalsnämnden föreslår regionstyrelsen

1. Svar på remiss Långsiktig utvecklingsplan för minskade sjukskrivningar - remissversion överlämnas till regionstyrelsen enligt upprättat förslag.

2. Paragrafen förklaras omedelbart justerad.

VÅRDVALSNÄMNDENS BESLUT

Vårdvalsnämnden föreslår regionstyrelsen

1. Svar på remiss Långsiktig utvecklingsplan för minskade sjukskrivningar - remissversion överlämnas till regionstyrelsen enligt upprättat förslag.

2. Paragrafen förklaras omedelbart justerad.

Samordningskansliet
Monica Byvald
Tfn: 063-147637
E-post: monica.byvald@regionjh.se

2015-09-29

VVN/28/2015

Svar på remiss: Långsiktig utvecklingsplan för minskade sjukskrivningar - remissversion (VVN/28/2015)

Vårdvalsnämnden uppfattar att arbetet med en långsiktig utvecklingsplan för att minska sjukskrivningarna och öka frisktalen i Jämtlands län är av stor vikt. Jämtlands län och även arbetsgivaren Region Jämtland Härjedalen utmärker sej när det gäller sjukskrivningar. Bland landets landsting och regioner har medarbetarna i Region Jämtland Härjedalens högst sjukfrånvaro. Region Jämtland Härjedalen hade år 2014 en sjukfrånvaro på 6,8 % vilket är 21 procent över riksgenomsnittets 5,6 procentenheter. På motsvarande sätt placerar sig invånarna i Jämtlands län på en förstaplats med högst andel sjukpenningdagar i landet. I april 2015 var genomsnittet i Jämtlands län 13,0 sjukpenningdagar mot riksgenomsnittets 9,8 dagar.

Det inte är klarlagt i vilken grad sjukpenningtal speglar det faktiska hälsoläget i befolkningen. Till en del kan det handla om exempelvis läkarnas rutiner vid sjukskrivning och arbetsmarknadsläget. Den andra delen handlar om sämre hälsa.

Vårdvalsnämnden anser att långsiktig utvecklingsplan för minskade sjukskrivningar väl beskriver vilka faktorer som kan ge befolkning och medarbetare bättre hälsa. Det handlar bland annat om socioekonomisk status samt andel av befolkningen med eftergymnasial utbildning.

Vårdvalsnämnden anser att även nedanstående punkter bör tydliggöras i planen:

1. Analys av hur långsiktig utvecklingsplan för minskade sjukskrivningar kan påverka förfrågningsunderlagen för primärvård, fotvård och barntandvård. Här kan vårdvalsnämnden vara behjälplig.

2. Tydligare beskrivning av verksamma åtgärder för att komma till rätta med situationen. Det kan vara mycket tidskrävande, men långsiktig utvecklingsplan för minskade sjukskrivningar kan innehålla mer resonemang om hur lämpliga åtgärder ska identifieras och genomföras.

3. Tydlighet om vad Region Jämtland Härjedalen kan påverka bland de hälsofaktorer som redovisas och vilka delar som kan anses ligga utanför regionens inflytande. Ett sätt att göra den avvägningen är att analysera vad regionen kan påverka på kort och lång sikt. Det bör också tydligare ligga inom regionens inflytande att påverka situationen för de egna anställda.

David Berglund
Ordförande vårdvalsnämnden

Björn Eriksson
Regiondirektör

Maria Risemark
Kommunikationsstrateg
Tfn: 063-16 83 02
E-post: maria.risemark@regionjh.se

2015-10-26

RS/1384/2015

Varumärkespolicy för Region Jämtland Härjedalen

INLEDNING

Ett varumärke är den uppfattning som omvärlden har om en organisation, ett företag, en plats eller en person. Det är viktigt att skapa en tydlig och attraktiv bild av varumärket Region Jämtland Härjedalen för att få fler människor att flytta hit och börja arbeta här, samt för att få fler företagsetableringar och att öka antalet turister. Varumärkespolicyn ska ge goda förutsättningar att skapa ett starkt varumärke och bidra till framtidstro, optimism och framåtrörelse.

Varumärkespolicyn gäller både för organisationen Region Jämtland Härjedalen och för platsen Jämtland Härjedalen.

VÄRDERING

För att arbeta med att uppfylla Region Jämtland Härjedalens vision ska organisationens strategier, planer och utvecklingsarbeten utgå från varumärkespolicyn.

Ett varumärkes kärnvärden och positionering är medel för att nå visionen. Kärnvärdena är drivande för all verksamhetsutveckling. Positionering är central för kommunikationen och den kommunikativa motorn för att nå visionen.

Vision

En region att längta till och växa i

Visionen är den övergripande och långsiktiga målbilden för organisationen och Jämtland Härjedalen som plats. Fokus är attraktivitet och tillväxt - två viktiga utmaningar, nu och i framtiden.

Verksamhetsidé

Vi ska arbeta för utveckling och tillväxt i Jämtland Härjedalen, och erbjuda alla boende och besökare en hälso- och sjukvård av hög kvalitet.

Verksamhetsidén är en sammanfattning av organisationens uppdrag och ska besvara vem vi är till för och vad vi ska göra.

Kärnvärden

Kärnvärde 1 - Välkomnande

- Visar på öppenhet och lyhördhet
- En jämlik och jämställd region
- Ett inkluderande kärnvärde som uppmuntrar till mångfald och relationsskapande

Kärnvärde 2 – Handlingskraftig

- Ett aktivt och utvecklande kärnvärde
- Ett drivande kärnvärde som inspirerar till samverkan och medskapande

Kärnvärde 3 – Pålitlig

- Signalerar trygghet och ansvarstagande
- Stark koppling till kunskap och erfarenhet
- Markerar vikten av kontinuitet, stabilitet och hållbarhet

Kärnvärdena är ledstjärnor för alla medarbetare och för alla aktörer som på olika sätt marknadsför platsen Jämtland Härjedalen. Kärnvärdena är det som vi vill att omvärlden ska förknippa oss med och ska därför genomsyra allt vi säger och gör.

Positionering

En region i rörelse — A region on the move

Positionering handlar om att försöka ta en unik plats i våra målgruppers medvetanden, där vi särskiljer oss från konkurrerande organisationer och platser.

Vi ska arbeta för att omvärlden ska uppfatta oss som en region i rörelse, på väg framåt, mot det moderna och nytänkande.

Utskott jämställd och jämlik vård

§ 42 Varumärkespolicy (RS/1384/2015)

Ett förslag till varumärkespolicy för Region Jämtland Härjedalen har utarbetats. Förslaget ska behandlas på regionstyrelsens sammanträde i september för att sedan skickas på remiss till vårdvalsnämnden och regionala utvecklingsnämnden. Det slutliga förslaget ska behandlas i regionfullmäktige den 23-25 november. Utskott för jämställd och jämlik vård har getts möjlighet att lämna synpunkter på förslaget.

Utskottet diskuterade förslaget på sitt möte den 14 september. Utskottet tycker att det är viktigt att jämlikhets- och jämställdhetsperspektivet synliggörs mycket tydligare i policyn. Bland annat utifrån Region Jämtland Härjedalens policy om jämställdhet och jämlikhet som utvecklingskraft. Jämställdhet och jämlikhet är dessutom centrala perspektiv i regionplanen och andra övergripande styrdokument. Utskottet lyfter även orden hållbar, diskriminering och rasistiska strukturer som viktiga begrepp att synliggöra.

Utskottet tycker också att det är viktigt att det ännu tydligare framgår att policyn inte enbart gäller organisationen Region Jämtland Härjedalen utan även den geografiska platsen Jämtland Härjedalen. Bland annat genom att förstärka vissa skrivningar.

UTSKOTTET FÖR JÄMSTÄLLD OCH JÄMLIK VÅRDS BESLUT

1. Utskott för jämställd och jämlik vård lämnar följande synpunkter på förslag till varumärkespolicy:

    a. Orden jämställd, jämlik, hållbar, diskriminering, rasistiska strukturer bör också synliggöras på ett bättre sätt i policyn. Framförallt vad gäller vision och kärnvärden.

    b. Utskottet vill se en tydlig och slagkraftig vision som omfattar hela regionen, såväl platser som människor. Ett exempel kan vara att visionen får lydelsen *En hållbar, jämlik och jämställd region fri från diskriminering som alla kan växa i och längta till.*

    c. Orden *jämställd* och *jämlik* bör läggas till framför hälso- och sjukvård i verksamhetsstrategin.

    d. Det bör ännu tydligare framgå att varumärkespolicyn gäller för både Region Jämtland Härjedalen som organisation och platsen Jämtland Härjedalen. Till exempel genom att under rubriken Värdering lägga till *i Jämtland Härjedalen* efter ordet varumärkespolicyn i första meningen.

Utdrag till
Regionstyrelsen

Justerandes sign			Utdragsbestyrkande

Regionala utvecklingsnämnden

§ 140 Varumärkespolicy för Region Jämtland Härjedalen - remissversion (RUN/1229/2015)

Ärendebeskrivning

I samband med bildandet av Region Jämtland Härjedalen 2015 startades ett arbete med att ta fram en gemensam plattform för varumärket Region Jämtland Härjedalen. Målet är att varumärket ska bli så tydligt som möjligt i syfte att skapa attraktivitet. Ett förslag till varumärkespolicy har nu utarbetats, ”Varumärkespolicy för Region Jämtland Härjedalen” (RS/1384/2015).

Ett starkt platsvarumärke ger goda förutsättningar för att utveckla långsiktigt hållbara konkurrensfördelar, då det blir lättare att attrahera såväl besökare som nya invånare och företag. Regioner med starka platsvarumärken har bättre förutsättningar att kunna ingå i utvecklande nätverk och andra värdefulla utbyten. Utgångspunkten i arbetet har därför varit att skapa en gemensam policy för utveckling av ett varumärke för såväl organisationen Region Jämtland Härjedalen som platsen Jämtland Härjedalen.

Varumärkespolicyn baseras på analyser, faktaunderlag samt undersökningsresultat från medarbetare, invånare, svenskar och norrmän. Många olika aktörer har bjudits in för att delta i formuleringen av policyn. Strategiska diskussioner har hållits med både interna och externa intressenter. Ett jämställdhetsperspektiv har funnits med i valet av dessa deltagare.

Beslutsunderlag

Varumärkespolicy för Region Jämtland Härjedalen, RS/1384/2015, remissversion.
Protokollsutdrag arbetsutskottet 2015-10-05, § 162.

Förvaltningschefens förslag

Arbetsutskottet föreslår regionala utvecklingsnämnden
Regionala utvecklingsnämnden ställer sig bakom förslaget till varumärkespolicy

REGIONALA UTVECKLINGSNÄMNDENS ARBETSUTSKOTTS BESLUT

Arbetsutskottet föreslår regionala utvecklingsnämnden

Regionala utvecklingsnämnden ställer sig bakom förslaget till varumärkespolicy

REGIONALA UTVECKLINGSNÄMNDENS BESLUT

Regionala utvecklingsnämnden ställer sig bakom förslaget till varumärkespolicy

Utdrag till

Områdeschef Kultur; Regionfullmäktige

Vårdvalsnämnden

§ 44 Remissversion av varumärkespolicy (VVN/32/2015)

Ärendebeskrivning

I samband med bildandet av Region Jämtland Härjedalen 2015 startades ett arbete med att ta fram en gemensam plattform för varumärket Region Jämtland Härjedalen. Målet är att varumärket ska bli så tydligt som möjligt i syfte att skapa attraktivitet. Ett förslag till varumärkespolicy har nu utarbetats. Varumärkespolicyn har skickats på remiss från regionstyrelsen till vårdvalsnämnden.

Beslutsunderlag

Förslag till varumärkespolicy för Region Jämtland Härjedalen (2015-08-31)- remissversion.

Regiondirektörens förslag

Vårdvalsnämnden föreslår regionstyrelsen

1. Vårdvalsnämnden har inga synpunkter på remissversionen av varumärkespolicyn.

2. Paragrafen förklaras omedelbart justerad.

VÅRDVALSNÄMNDENS BESLUT

Vårdvalsnämnden föreslår regionstyrelsen

1. Vårdvalsnämnden har inga synpunkter på remissversionen av varumärkespolicyn.

2. Paragrafen förklaras omedelbart justerad.

Utdrag till

Regionstyrelsen

Arvodesregler för förtroendevalda i Region Jämtland Härjedalen

Version: 3

Beslutsinstans: Regionfullmäktige

ÄNDRINGSFÖRTECKNING

Version	Datum	Ändring	Beslutat av
1.	2013-10-23	Nyutgåva	Landstingsfullmäktige, § 184
2.	2014-11-25	Revidering med anledning av övertagande av det regionala utvecklingsansvaret m m	Landstingsfullmäktige, § 220
3.	2015-10-21	Fastställt belopp för stöd till regiongrupp	Regionfullmäktige, § xx

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1 ALLMÄNT 4

2 ÅRSARVODE 4

2.1 Årsarvode 4

2.2 Särskilda bestämmelser för regionstyrelsens ledamöter samt ordförande och vice ordföranden i nämnder 4

2.3 Särskilda bestämmelser för förtroendevald med heltidsuppdrag 5

2.4 Avdrag från arvode 5

3 SAMMANTRÄDESARVODE 5

4 PENSIONSFÖRMÅNER 6

5 ERSÄTTNING FÖR FÖRLORAD ARBETSFÖRTJÄNST MED MERA 6

5.1 Ersättning för förlorad arbetsförtjänst 6

5.2 Ersättning för förlorad semesterförmån 7

5.3 Ersättning för förlorad pensionsförmån 7

6 ANDRA ERSÄTTNINGAR 7

6.1 Ersättning för kostnad för barntillsyn 7

6.2 Ersättning för kostnader för person med funktionshinder 7

6.3 Ersättning till förtroendevald med funktionshinder 7

7 RESE- OCH TRAKTAMENTSBESTÄMMELSER 8

8 ÖVRIGA BESTÄMMELSER 8

8.1 Egna dagar 8

8.2 Gruppledare 9

8.3 Planering av sammanträden med mera 9

8.4 Regionens revisorer 9

8.5 Intyg mm 9

9 TOLKNING AV BESTÄMMELSERNA 9

10 TABELL ÖVER ÅRSARVODEN 10

11 IKRAFTTRÄDANDE 12

1 ALLMÄNT

Ersättning utgår till förtroendevalda i Region Jämtland Härjedalen enligt dessa regler för uppdrag i regionens organ i form av bland annat årsarvoden, förrättningsarvoden, kostnadsersättningar (restids-, traktaments- och reseersättning) eller ersättning för förlorad arbetsförtjänst.

I vissa fall har förtroendevald rätt till omställningsstöd eller pension baserad på sina uppdrag, enligt bestämmelser om pension och avgångsersättning för förtroendevald, PBF, bestämmelser om omställningsstöd och pension för förtroendevalda (OPF-KL) eller rätt till särskild ersättning i de fall tjänstepensionen i anställning konstateras ha minskat på grund av uppdraget som förtroendevald.

~~Uppräkning av arvodena sker genom en årlig uppräkning av arvodet till regionstyrelsens ordförande med den genomsnittliga löneökningen för alla anställda i regionen.~~

Regionstyrelsens ordförande arvoderas med 59 397 kronor i 2015 års arvodesnivå.

Ordföranden och vice ordförande i regionala utvecklingsnämnden bör också vara representerade i regionstyrelsen.

2 ÅRSARVODE

2.1 Årsarvode

Årsarvode utgår dels till förtroendevald med heltidsuppdrag dels till förtroendevald med deltidsuppdrag i regionstyrelsen eller som ordförande och vice ordförande i andra politiska organ i regionen. Årsarvode utgår med den % -sats av 95 % av arvodet till regionstyrelsens ordförande som anges i tabell över årsarvoden. Årsarvodet utbetalas med 1/12 varje månad.

Årsarvodet inkluderar ersättning för deltagande i sammanträde med respektive organ samt övriga åtaganden/uppgifter, som är förenade med uppdraget, t ex ledning och organisation av organet, protokollsjustering och liknande.

Heltidsuppdrag har ordföranden i regionstyrelsen samt förtroendevald som har årsarvode som sammanlagt uppgår till 95 % av arvode till ordföranden i regionstyrelsen.

2.2 Särskilda bestämmelser för regionstyrelsens ledamöter samt ordförande och vice ordföranden i nämnder

Arvodet till ledamöter i regionstyrelsen med deltidsuppdrag och ordföranden och vice ordföranden i regionala utvecklingsnämnden och vårdvalsnämnden avser alla uppdrag inom regionstyrelsen, regionala utvecklingsnämnden respektive vårdvalsnämnden.

Arvodet avser även uppdrag som ordförande i utskott under det organ man ingår i.

Regionstyrelsen kan, vid sjukdom eller andra ändrade förutsättningar som begränsar möjligheten att fullfölja uppdraget helt eller delvis, göra tillfälliga omfördelningar av arvoderingen av regionstyrelsens ledamöter och ordföranden i upp till ett år.

2.3 Särskilda bestämmelser för förtroendevald med heltidsuppdrag

Arvodet till förtroendevald med heltidsuppdrag inkluderar samtliga regionuppdrag samt Egna dagar och gruppdagar.

Förtroendevald med heltidsuppdrag ska inte i något fall uppbära arvode för sådana uppdrag, som regionen utsett denne till och där regionen normalt utger arvode.

Förtroendevald med heltidsuppdrag får utan minskning av arvodet från regionen ha offentliga uppdrag inom Sveriges Kommuner och Landsting. För innehav av andra tidskrävande uppdrag ska regionstyrelsens medgivande inhämtas.

2.4 Avdrag från arvode

Förtroendevald med årsarvode som är förhindrad att fullgöra sitt uppdrag ska anmäla detta till politisk sekreterare eller gruppledare som samråder med kanslichefen om avdrag från årsarvodet ska ske.

Avdrag ska inte göras för frånvaroperioder som är kortare än 14 dagar i följd eller vid semester.

3 SAMMANTRÄDESARVODE

Förrättningsarvode utgår till ordinarie förtroendevald och till tjänstgörande ersättare per sammanträde med 1 % eller 1,55 % av 1/12 del av 95 % av arvodet till regionstyrelsens ordförande. Den lägre ersättningen utbetalas då sammanträdets längd uppgår till högst 4 timmar. För sammanträde som pågår längre tid utbetalas den högre ersättningen.

Med sammanträde jämställs förrättningar såsom kongress (inte partiernas årliga kongresser), konferens, informationsmöte, kursverksamhet, studiebesök och förrättningar under förutsättning att deltagandet har beslutats av respektive organ eller dess ordförande.

Sammanträde eller förrättning som försiggår samma dag berättigar endast till ett förrättningsarvode.

Förrättningsarvode utgår till förtroendevald i organ som inte finns med i tabell och som beslutats av fullmäktige, styrelse eller nämnd.

4 PENSIONSFÖRMÅNER

Förtroendevald med årsarvode på minst 40 % av heltid ersätts enligt bestämmelser om pension och avgångsersättning för förtroendevald, PBF eller bestämmelser om omställningsstöd och pension för förtroendevalda (OPF-KL). Regleringen av ersättningen bestäms när den förtroendevalde slutar sitt uppdrag inom regionen.

5 ERSÄTTNING FÖR FÖRLORAD ARBETSFÖRTJÄNST MED MERA

5.1 Ersättning för förlorad arbetsförtjänst

Rätt till ersättning för förlorad arbetsförtjänst har förtroendevald som får inkomstbortfall från sitt ordinarie arbete vid fullgörande av sina uppdrag. Ersättning utgår för inkomstbortfall för den tid som den förtroendevalde har ledighet från arbetet. Ledigheten kan infalla på annan tid än sammanträdestiden eller tiden för resa till och från sammanträdet om det behövs för att den förtroendevalde ska kunna fullgöra uppdraget på ett bra sätt. Till exempel om den förtroendevalde har nattarbete kan ledigheten infalla natten före eller efter den dag sammanträdet infaller. Inställda möten och förrättningar där den förtroendevalde tagit ledigt men inte har möjlighet att återgå till arbete är att jämställa med fullgörande av uppdrag. Sådan arvoderad tid bör användas till verksamhetsbesök eller annat som berör uppdraget som förtroendevald i regionen.

För förtroendevald som bedriver aktiv verksamhet i enskild firma eller handelsbolag är underlaget för förlorad arbetsförtjänst genomsnittet av de tre senaste årens fastställda inkomst av näringsverksamhet från företaget. I de fall ledighet från verksamheten för att utföra förtroendeuppdrag leder till produktionsbortfall som medför en minskning av inkomsten av näringsverksamheten får det ovan angivna underlaget ökas med den ersättning för förlorad arbetsinkomst som avser det år då inkomstminskningen uppkom. Ökningen får inte föranleda högre underlag än vad som gällde när uppdraget började. Vid beräkning av timersättningen används schablonen att varje år har 1980 timmar heltidsarbete.

Ersättning för förlorad arbetsförtjänst utgår när inte tjänstgörande ersättare är närvarande vid sammanträde.

Ersättning för förlorad arbetsförtjänst utgår inte till förtroendevald som har årsarvode som sammanlagt uppgår till mer än 40 % av heltid.

Ersättningen utgår per förlorad timme. Timersättningen utgår med högst 70 % av timarvodet till regionstyrelsen ordförande. I beräkningen används schablonen om att varje månad har i genomsnitt 165 timmars heltidsarbete.

Högsta timersättningen räknas årligen upp med den genomsnittliga löneökningen för alla anställda i Region Jämtland Härjedalen.

För de fall arbetsförtjänsten baseras på flera olika inkomstkällor får förtroendevald dock inte uppbära högre ersättning för förlorad arbetsförtjänst än den som motsvarar den verkliga inkomstförlusten.

5.2 Ersättning för förlorad semesterförmån

Förtroendevald med rätt till ersättning för förlorad arbetsförtjänst ersätts för förlorad semesterförmån med ett belopp som motsvarar 12 % av ersättningen för förlorad arbetsförtjänst.

5.3 Ersättning för förlorad pensionsförmån

Förtroendevald med rätt till ersättning för förlorad arbetsförtjänst ersätts för förlorad pensionsförmån med en uppräkning av ersättningen för förlorad arbetsförtjänst och semesterförmån med den normala pensionsavgiften för anställdas tjänstepensioner i regionen.

6 ANDRA ERSÄTTNINGAR

6.1 Ersättning för kostnad för barntillsyn

Ersättning utgår för skäliga kostnader som föranletts av uppdraget vid vård och tillsyn av barn som vårdas i den förtroendevaldes familj och som under kalenderåret inte fyllt tolv år.

Om särskilda skäl föreligger, kan ersättning utgå även för äldre barn.

Ersättning utgår inte för tillsyn som utförs av egen familjemedlem eller av sammanboende och inte heller för tid då barnet är inskriven i barnomsorg.

6.2 Ersättning för kostnader för person med funktionshinder

Ersättning utgår för skäliga kostnader som föranletts av uppdraget vid vård och tillsyn av person med funktionshinder, som vistas i den förtroendevaldes bostad.

Ersättning utgår inte för tillsyn som utförs av egen familjemedlem eller av sammanboende.

6.3 Ersättning till förtroendevald med funktionshinder

Ersättning utgår till förtroendevald med funktionshinder för de särskilda kostnader som föranletts av uppdraget. Häri ingår utgifter för resor, ledsagare, tolk, hjälp med inläsning av handlingar och liknande. Ersättning ska, för att utgå, anses skälig med hänsyn till omständigheterna i det enskilda fallet.

7 RESE- OCH TRAKTAMENTSBESTÄMMELSER

Till förtroendevalda utgår rese- och traktamentsersättning enligt regiongemensamma regler för resor - regler för förtroendevalda och anställda i Region Jämtland Härjedalen.

För heltidsarvoderad förtroendevald utgår ersättning för faktiska resor mellan bostaden och arbetsplatsen. Reguljära färdmedel ska användas när så är möjligt.

Vid behov av övernattning utgår ersättning motsvarande nattraktamente enligt regiongemensamma regler för resor - regler för förtroendevalda och anställda i Region Jämtland Härjedalen. Därför kan nattraktamente utgå om ledamot har lång väg mellan hemmet och förrättningsstället och ska ha förrättning antingen sent på dagen eller tidigt på morgonen dagen efter.

Till förtroendevald - utom heltidsarvoderad förtroendevald - utgår restidsersättning i samband med sammanträden, förrättningar, kurser och konferenser inom länet om restiden till och från förrättningsstället sammanlagt uppgår till minst en timme. Ersättningen utgår med samma ersättning som gäller vid färdtid för regionens anställda.

Färdtidersättning utgår inte för tid mellan kl 08.00-17.00 måndag-fredag, såvida tiden inte infaller under helgdag, midsommar-, jul- eller nyårsafton.

8 ÖVRIGA BESTÄMMELSER

8.1 Egna dagar

Förutom för planerade sammanträden, kongresser, konferenser, informationsmöten, kursverksamhet och studiebesök där deltagandet har beslutats av respektive organ eller dess ordförande, har ordinarie förtroendevald i fullmäktige, ordinarie ledamöter i patientnämnden och regionens revisorer rätt till förrättningsarvode, ersättning för förlorad arbetsförtjänst, restids-, traktaments- och reseersättning för ytterligare 16 dagar under mandatperioden för dels att av den förtroendevalde fritt disponeras för fullgörandet av förtroendeuppdraget och dels för deltagande i partigruppsammanträden med fullmäktigegrupp. Kostnader för konferenser omfattas inte av detta reglemente.

Högst fyra av dessa tillfällen får förläggas utanför länet. Rese- och traktamentsersättning för resor utanför Sverige, Norge, Finland och Danmark utgår inte. Partigruppsammanträden med fullmäktigegrupp bör hållas inom länet.

Politiska sekreteraren och respektive gruppledare ansvarar för att uttaget av egna dagar och deltagande i partigruppsammanträden inte överstiger det tillåtna. Politiska sekreterarna ansvarar för attest av ersättningar för dessa dagar. För patientnämnden ansvarar kanslichefen och för regionens revisorer ansvarar revisionsdirektören.

8.2 Gruppledare

Gruppledare för de olika partierna i fullmäktige har rätt till ersättning för dagar för sin roll som gruppledare. Dessa dagar ska användas till att förbereda möten och aktiviteter med respektive partis grupp i regionfullmäktige, samordna och förbereda politiska frågor i regionen, samordna frågor som berör både nämnderna och regionstyrelsen, tillsammans med fullmäktiges presidium samordna frågor kring hot och våld mot förtroendevalda, ansvara för information till sin politiska regiongrupp samt leda gruppens arbete. Varje gruppledare har rätt ersättning för fem dagar per år samt 0,48 dagar per mandat och år.

8.3 Planering av sammanträden med mera

För att underlätta arbetssituationen för förtroendevalda bör planering av sammanträden och sammankomster av olika slag ske så att spridning till flera dagar än absolut nödvändigt undviks. Regionstyrelsen, beredningar, nämnder och utskott uppmanas att utnyttja tid som står till förfogande i anslutning till sammanträden för till exempel utbildning, information och studiebesök.

8.4 Regionens revisorer

Revisorernas ordförande och vice ordförande har rätt till förrättningsarvode för deltagande i förrättningar som har samband med revisorsuppdraget men inte har samband med revisorernas förvaltning.

För revisorer som fullgör uppdrag efter mandatperiodens slut utgår förrättningsarvode, ersättning för förlorad arbetsförtjänst, restids-, traktaments- och reseersättning för sammanträden fram till och med att revisionsberättelse är behandlad av fullmäktige.

8.5 Intyg mm

Den förtroendevalde ska med intyg, till exempel från arbetsgivare, eller på annat godtagbart sätt kunna visa att förutsättningar för att rätt till ersättning enligt dessa regler föreligger.

9 TOLKNING AV BESTÄMMELSERNA

Om tveksamhet uppkommer om tolkningen av dessa bestämmelser ska frågan hänskjutas till regionfullmäktiges ordförande för avgörande efter samråd med vice ordförandena.

10 TABELL ÖVER ÅRSARVODEN

Arvoden utgår med den procentsats som anges nedan av 95 % av arvodet till regionstyrelsens ordförande.

Uppdrag	**Arvode**
Regionfullmäktige	
Ordförande	20 %
1:e vice och 2:e vice ordförande	13,3 %
Särskilda budgetberedningen	Inget arvode utgår eftersom ledamöterna också är fullmäktiges presidium.
Tillfälliga fullmäktigeberedningar	
Ordförande	7,5 %. Arvode utgår från den särskilda beredningens första till dess sista sammanträde.
Vice ordförande	5 %. Arvode utgår från den särskilda beredningens första till dess sista sammanträde.
Revisorer	
Ordförande	15 %
Vice ordförande	10 %
Patientnämnd	
Ordförande	10 %
Vice ordförande	6,7 %
Vårdvalsnämnd	
Ordförande	15 %
Vice ordförande	10 %

Gemensam nämnd för Närvård i Frostviken

Ordförande	25 %
Vice ordförande	16,7 %

Regional utvecklingsnämnd

Ordförande	75 %
1:e vice ordförande	50 %
2:e vice ordförande	25 %

Nämndutskott

Arbetsutskott

Ordförande	Ingår i årsarvode för nämnduppdraget
Vice ordförande	Ingår i årsarvode för nämnduppdraget
2:e vice ordförande	Ingår i årsarvode för nämnduppdraget

Trafikutskott

Ordförande	25 %
Vice ordförande	16,7 %

Utskott för hållbar omställning

Ordförande	15 %
Vice ordförande	10 %

Regionstyrelse

Ordförande	Årsarvodet fastställs genom särskilt beslut
1:e vice ordförande	85 %
2:e vice ordförande	100 %

3:e vice ordförande	80 %
4:e vice ordförande	50 %
Ledamot	25 %

Styrelseutskott

Ekonomi, fastighets- och Upphandlingsutskott

Ordförande	15 %, se anmärkning nedan
Vice ordförande	10 %

Personalpolitiskt utskott

Ordförande	15 %, se anmärkning nedan
Vice ordförande	10 %

Utskott för jämställd och jämlik vård

Ordförande	15 %, se anmärkning nedan
Vice ordförande	10 %

Folkhälsoutskott

Ordförande	15 %, se anmärkning nedan
Vice ordförande	10 %

Till ordförande i styrelseutskott som också är ordförande, 1:e, 3:e eller 4:e vice ordförande i regionstyrelsen ingår arvode för uppdraget i utskottet i styrelsearvodet.

11 IKRAFTTRÄDANDE

Dessa regler träder i kraft den 1 januari 2015.

Ändringarna som beslutades 2015-11-25 träder i kraft 2016-01-01.

Arvodesreglerna är fastställda av landstingsfullmäktige den 23 oktober 2013, § 184. Arvodesreglerna är ändrade av landstingsfullmäktige den 25 november 2014, § 220 och av regionfullmäktige 2015-10-21, § xx.

2015-10-02								Endast budgetunderlag					
2016	Grundstöd	Antal	Förtroendemanna	Total förtroende-	Ersättning per	Total ersättning	**Totalt**	Utbetalas 1 jan	Utbetalas 1 juli				
		mandat	utbildning per	mannautbildning	mandat	alla mandat	**partistöd**	2016	2016				
			mandat										
Socialdemokraterna	105 480	21	1 711	35 941	86 351	1 813 378	**1 954 799**	977 399	977 399				
Centerpariet	105 480	8	1 711	13 692	86 351	690 810	**809 982**	404 991	404 991				
Moderata Samlingspartiet	105 480	11	1 711	18 826	86 351	949 864	**1 074 171**	537 085	537 085				
Vänsterpariet	105 480	4	1 711	6 846	86 351	345 405	**457 731**	228 866	228 866				
Sverigedemokraterna	105 480	4	1 711	6 846	86 351	345 405	**457 731**	228 866	228 866				
Miljöpartiet	105 480	3	1 711	5 134	86 351	259 054	**369 668**	184 834	184 834				
Kristdemokraterna	105 480	2	1 711	3 423	86 351	172 703	**281 605**	140 803	140 803				
Folkpartiet	105 480	2	1 711	3 423	86 351	172 703	**281 605**	140 803	140 803				
Totalt att fördela	**843 839**	**55**		**94 132**		**4 749 322**	**5 687 293**	**2 843 646**	**2 843 646**				
1,01	**2010**	1,014	**2011**	1,018	**2012**	1,018	**2013**	1,021	**2014**	1,021	**2015**	1,024	**2016**
Grundstöd	93 758	Grundst	**95 071**	Grundstöd	**96 782**	Grundstöd	**98 524**	Grundstöd	**100 889**	Grundstöd	**103 008**	Grundstöd	**105 480**
Utbildn	1 522	Utbildn	**1 543**	Utbildn	**1 571**	Utbildn	**1 599**	Utbildn	**1 637**	Utbildn	**1 671**	Utbildn	**1 711**
Ers/mandat	76 755	Ers/mar	**77 830**	Ers/mandat	**79 231**	Ers/mandat	**80 657**	Ers/mandat	**82 593**	Ers/mandat	**84 327**	Ers/manda	**86 351**
Mandat 2016	55												
M	11												
C	8												
FP	2												
KD	2												
S	21												
V	4												
MP	3												
SD	4												

FÖRDELNING POLITISKA SEKRETERARE 2015

Snitt löneökning 2015 1,03

140 430 **Perskostn: 61 167 x70%x12%x%av heltid**

Ny prel lön 60 348,00 kr

PARTI	Mandat	% av heltid	Pers-kostn	Soc avg	Övr.omkostnader	Totalt	avgår anst	disp.av		Utbet jan	Utb juli
		6%		0,4413			av Landst	partiet		2015	2015
					63 382						
Soc-demok	21	1,26	647 392	285 694	79 861	1 012 947	0	**1 012 947**		506 473	506 473
Centern	8	0,48	246 625	108 837	30 423	385 885	0	**385 885**		192 943	192 943
Moderaterna	11	0,66	339 110	149 649	41 832	530 591	369 806	**160 785**		80 393	80 393
Vänsterpartiet	4	0,24	123 313	54 418	15 212	192 942	192 942	**0**		0	0
Sverigedemokraterna	4	0,24	123 313	54 418	15 212	192 942	192 942	**0**		0	0
Miljöpartiet	3	0,18	92 485	40 813	11 409	144 707	0	**144 707**		72 353	72 353
Kristdemokraterna	2	0,12	61 656	27 209	7 606	96 471	96 471	**0**		0	0
Folkpartiet	2	0,12	61 656	27 209	7 606	96 471	0	**96 471**		48 236	48 236
Summa	**55**	**3,30**	**1 695 549**	**748 247**	**209 159**	**2 652 956**	**852 161**	**1 800 795**	**2 652 957**	**900 398**	**900 398**
Övr.omkostnader											

54 060 (år-04) x 1% (-05) = 54600 (år -05)
54600(år-05) x 1% (-06) = 55146 (år -06)
55146(år -06)x1%=55697
55697(år 2007)x1% = 56254
56254 (år2008)x1% = 56817
56817 (år 2009)x1%= 58 385

58385 (år 2010)x1%	58 385	2 011
58385 (år 2011)x1%	**59 202**	2 012
59202 x2,1%	60 445	2 013
2014 (fastställt)	60 623	

FÖRDELNING Stöd tillpartigrupp Årsbelopp

2016	Belopp
	3 347

PARTI	Mandat	Belopp	Antal daga	Belopp	Utbet jan 201	Utbet jul 2016
Soc-demok	21	70 287	5	**351 435**	**175 718**	**175 718**
Centern	8	26 776	5	**133 880**	**66 940**	**66 940**
Moderaterna	11	36 817	5	**184 085**	**92 043**	**92 043**
Vänsterpartiet	4	13 388	5	**66 940**	**33 470**	**33 470**
Sverigedemokratern	4	13 388	5	**66 940**	**33 470**	**33 470**
Miljöpartiet	3	10 041	5	**50 205**	**25 103**	**25 103**
Kristdemokraterna	2	6 694	5	**33 470**	**16 735**	**16 735**
Folkpartiet	2	6 694	5	**33 470**	**16 735**	**16 735**
Summa	**55**	**184 085**		**920 425**	**460 213**	**460 213**

Grund för beräkning av nytt totalbelopp är 2015 års utbetalning nedan

	Arvode	Förl arb	Resor	Summa
Egna dag	**1 067**	**1 791**	**411**	3 268

NYTT FASTSTÄLLT BELOP 3 347 (2015 uppräknat med LPIK 2016)

2015	Fördelat partistöd	Politiska sekr	Fullmäktigegrupp	Totalt partistöd	Utbetalas 2016	Utbetalas 2016-01	Utbetlaas 2016-07	Behålls av regionen
Socialdemokraterna	1 954 799	1 012 947	351 435	**3 319 180**	3 319 180	1 659 590	1 659 590	0
Centerpariet	809 982	385 885	133 880	**1 329 748**	1 329 748	664 874	664 874	0
Moderata Samlingspartiet	1 074 171	530 591	184 085	**1 788 847**	1 419 041	709 520	709 520	369 806
Vänsterpariet	457 731	192 942	66 940	**717 613**	524 671	262 336	262 336	192 942
Sverigedemokraterna	457 731	192 942	66 940	**717 613**	524 671	262 336	262 336	192 942
Miljöpartiet	369 668	144 707	50 205	**564 580**	564 580	282 290	282 290	0
Kristdemokraterna	281 605	96 471	33 470	**411 547**	315 075	157 538	157 538	96 471
Folkpartiet	281 605	96 471	33 470	**411 547**	411 547	205 773	205 773	0
Totalt att fördela	**5 687 293**	**2 652 957**	**920 425**	**9 260 675**	8 408 513			

REGION
JÄMTLAND
HÄRJEDALEN

REGION
JÄMTLAND HÄRJEDALEN
2015 -06- 02
Dnr RS 1064 /.....20 15

20150602

Motion

Motion ställd till regionfullmäktige angående ersättning för praktikplatser, (APL) för studerande från Omvårdnadsprogrammet.

Enligt uppgift utgår ingen ersättning till regionen för praktikplatser för studerande på Omvårdnadsprogrammet. (Undersköterskor och Skötare).

Antal studerande var år 2013=181 st och år 2014=183 st. För vårterminen 2015 är inte antalet ännu fastställt.

För sjuksköterskestudenter utgår ersättning från universitetet, där ersättningen beräknas per/vecka.

Mot bakgrund av det ytterst besvärliga ekonomiska läget, motionerar undertecknad om att en snabbutredning görs, i syfte att införa ersättning för de skolor, privata som offentligt drivna, som nyttjar regionens praktikplatser och handledare.

Christer Siwertsson, M och fullmäktigeledamot.

FoUU-staben
Göran Larsson, FoUU-chef, Adj. Professor
Tfn: 070-293 5044
E-post: Goran.S.Larsson@regionjh.se

2015-10-13

Utredning angående ersättning för praktikplatser (APL) för studerande från omvårdnadsprogrammet

Region Jämtland Härjedalen har ett stort utbildningsåtagande som klinisk personal i form av handledning utför inom ramen av hälso- och sjukvård. Över tid har utvecklingen gått i riktning att allt fler olika utbildningsanordnare är utförare av utbildningar som leder till undersköterskekompetens, vilket späder på komplexiteten i arbetet med eleverna. Förutom det sedvanliga ungdomsgymnasiet med ungdomar inom omvårdnadsprogram finns ett flertal företag som genom olika upphandlingar bedriver utbildningar.

I en motion ställd av Christer Siwertsson (M), (Dnr RS/1064/2015) begärs en snabbutredning om det är möjligt att införa ersättning för de lärosäten, både offentliga och privata, som nyttjar Region Jämtland Härjedalens miljö och handledare för arbetsplatslärande (APL). Motionen har utretts av Göran Larsson, FoUU-chef, Monica Persson, APL/VFU-samordnare, Anna-Kerstin Lejonklou, vårdstrateg och Jan Persson, regional samordnare vård- och omsorgscollege.

Under 2013 slöts ett samverkansavtal mellan dåvarande Regionförbund i Jämtlands län och Jämtlands läns landsting (Dnr RS/2013-193:1) att återcertifiera ett regionalt vård- och omsorgscollege (VOC) i Jämtlands län. VOC certifierar utbildningar för att säkerställa branschkraven och utbildningskvalitet för vård- och omsorgsutbildningar med syfte att utveckla attraktiva utbildningar som ger anställningsbarhet och/eller ger grund för fortsatta studier. I detta avtal finns en överenskommelse om en finansiering om 0.5 tjänst för samverkan och certifieringsavgifter med fördelningen 70/30 mellan kommunerna i Jämtland/Härjedalen och regionförbundet tillsammans med JLL. Detta avtal reglerar dock inte hur/om privata lärosäten ska finansiera VOC på motsvarande sätt som regionens 8 kommuner och Region Jämtland Härjedalen gör idag**. Utredarnas förslag är att avtalet i dess nuvarande form skrivs om så att också privata utbildningsanordnare inkluderas i finansiering av VOC.** Detta skulle medföra att alla certifierade utbildningsanordnare skulle vara med och bidra till utvecklingen av VOC.

Ett av VOC primära mål är att se till att elever efter examen är anställningsbara inom vård- och omsorgsyrken. Den alltmer komplexa situationen med flera utbildningsanordnare inom omvårdnadsprogrammen och uppdragsutbildningar medför dock en större skillnad i kompetens hos elever som tagit examen. Det är därför mycket viktigt att elever oavsett utbildningsanordnare bereds och får tillgång till praktikplatser eftersom det är under praktikperioderna som grunderna till yrkeskunnandet lärs. Dessutom kan utbildningsanordnare utifrån elevens tidigare erfarenheter på eget bevåg validera bort praktikperioder för eleverna. Redan idag ser omvårdnadsprofessionerna skillnader i kompetens beroende på från vilken utbildningsanordnare eleven tagit examen. Att avgiftsbelägga APL vore därför att sända ut fel signaler. Risken är påfallande att fler utbildningsanordnare av kostnadsskäl skulle validera bort praktik för

eleverna med resultat i en sämre kvalitet på utbildningen och fler elever som inte blir anställningsbara efter examen. **Utredarnas förslag är därför att inte avgiftsbelägga praktikplatser gällande APL.**

Det finns en muntlig överenskommelse och ett utkast på avtal mellan regionens 8 kommuner, Jämtlands gymnasieförbund och Region Jämtland Härjedalen som reglerar ersättning till Region Jämtland Härjedalen för att Region Jämtland Härjedalen åtar sig att tillhandahålla samordnad praktikplatsplanering inom hälso- och sjukvårdsektorn för kommunernas ungdoms- och vuxenutbildning. Förutom en viss ersättning för lönekostnader reglerar också överenskommelsen kostnader för IT-system (KLIPP). Fördelningen av kostnader är beräknat utifrån antalet förmedlade praktikveckor 2011 och överenskommelsen trädde ikraft hösten 2012. I det skriftliga utkastet för avtal för praktikplatssamordning saknas de privata utbildningsanordnarna. **Utredarnas förslag är att utkast till avtal om praktikplatssamordning skrivs om tillsammans med Region Jämtland Härjedalens jurist så att privata utbildningsanordnare kan inkluderas via ett hängavtal så att dessa inkluderas i finansiering av praktikplatssamordning.**

Praktikplatssamordningen för APL har sedan 2012 skötts av en praktikplatssamordnare vid FoUU-staben. Ett återkommande problem för denna samordning är en överbokning av praktikplaster för APL, samt att elever som tilldelats en praktikplats i ”sista stund” vill byta praktikplats. Detta skapar en omfattande extra administration för både APL-samordnaren, likväl som för handledare och avdelning dit eleven förväntas. Denna extra administration borde kunna minimeras om incitament för bättre planering finns för utbildningsanordnarna. **Utredarna efterlyser därför ett tydligt regelverk för beställning av APL praktikplatser, samt föreslår att i samrådan med utbildningsanordnarna utforma ett system med mål att avgiftsbelägga beställda och uppbokade praktikplatser som inte utnyttjas vid praktikperiodens start.**

Frågan om avgiftsbelagd APL har vid ett tidigare tillfälle undersökts av medarbetare inom Hälso- och sjukvårdsstaben och FoUU-staben, med målet att utröna om andra landsting/regioner har ett system som medför att APL-platser är avgiftsbelagda. Resultatet av den undersökningen var att Landstingen i Norrbotten, Västerbotten och Västernorrland samtliga svarade att de inte får ersättning från utbildningsanordnare för APL-handledning. Inte heller Regionerna i Skåne, Kalmar, Östergötland och Västra Götaland har avtal /överenskommelse om ersättning från utbildningsanordnare. Enda undantaget i de landsting/regioner som tillfrågades var Stockholms läns landsting som i riktlinjer för APL och lärande i arbete (LIA) beskriver att under vissa förutsättningar får verksamheter som tar emot elever ersättning. Vid förfrågan har Stockholms läns landsting dock svarat att de internt ger en ersättning till de avdelningar som tar emot elever. Således är det inte heller i detta fallet utbildningsanordnarna som ger ersättning för APL praktikplatser.

Sammanfattningsvis anser utredarna att avgiftsbelägga APL inte är att föredra. Däremot ser vi att en marginell intäkt kan vara aktuell om privata utbildningsanordnare inkluderas i finansieringen av VOC och praktikplatssamordning. Vi ser också att administration av praktikplatser för APL kan effektiviseras om ett tydligt regelverk kring beställning och samordning av praktikplatser införs.

Utredarna är överens om att alla förslag på eventuella omskrivningar och nya avtal måste ske i samrådan med Region Jämtland Härjedalen, regionens alla 8 kommuner och de aktuella utbildningsanordnarna.

REGION
JÄMTLAND HÄRJEDALEN
2015 -06- 03
Dnr. RS /1071/2015

Ett hållbart val
CENTERPARTIET

Motion

Inrätta ett miljöpris i Region Jämtland Härjedalen

"Vi är alla en del av lösningen" är budskapet från FN:s Generalsekreterare Ban Ki-moon inför Världsmiljödagen den 5 juni 2015.

Region Jämtland Härjedalen uppmuntrar engagerade medborgare och föreningar genom exempelvis kulturpris och stipendiet. Detta delas ut för att stimulera och främja kulturen och utövare i Region Jämtland Härjedalen.

På motsvarande sätt vill vi i Centerpartiet uppmuntra medborgare, företag och föreningar att ta ett ökat ansvar för miljö, klimat och/eller naturvård genom inrättandet av regionens miljöpris. Miljöpriset bör delas ut för särskilt förtjänstfull insats inom miljöområdet, dock inte arbetsmiljöområdet. Insatsen ska leda till en bättre miljö. Exempelvis genom att förebygga miljöfarlig verksamhet, innovativt arbete eller samhällsekonomiska vinster.

Vi vill att förslag till miljöpristagare kan lämnas av regionens invånare, företag eller organisation. Miljöpriset bör tilldelas en enskild person boende i regionen, personal i offentlig verksamhet, en förening, organisation eller ett företag verksamt i Region Jämtland Härjedalen och delas ut vid ett av regionfullmäktiges sammanträden.

Mot bakgrund av ovanstående yrkar Centerpartiet följande:

- att Region Jämtland Härjedalen ska inrätta ett miljöpris som årligen delas ut exempelvis till en medborgare, personal i offentlig verksamheten, en förening eller ett företag som är verksam inom regionen för förtjänstfulla insatser inom miljöområdet

- att stadgar för ett miljöpris tas fram och fastställs av regionfullmäktige

Herrö 1 juni 2015

Elin Lemon

REGION
JÄMTLAND HÄRJEDALEN
2015 -06- 23
Dnr RS/1186/2015

Region Jämtland Härjedalen
Box 654
831 27 Östersund

Medborgarförslag

Bakgrund:

Eftersom jag läst, att en indragen bröstvårta kan vara ett varningstecken på bröstcancer, och jag dessutom är ärftligt belastad när det gäller cancer, så bad jag på min Hälsocentral att få en remiss avseende mammografi. Detta trots att jag varit på den rutinmässiga mammografin, som jag dock inte mindes när den senast var. För dagen tjänstgörande läkare, som jag inte har någon speciell bindning till i övrigt, höll med mig om att det borde undersökas, mest för att stilla min oro. Ingen av oss trodde väl egentligen, att det skulle vara något, men ***skulle*** det senare visa sig växa något, så hade man aldrig förlåtit sig själv, om man inte kollat. Det var alltså utgångsläget.

Väl på plats, så blev det en rätt lång väntan efter själva mammografin, både för mig och för den som var före mig, eftersom bilderna hakade sig och inte lät sig föras över till läkarens dator i rummet bredvid. Till slut så kom dock hon, som "fotat" mig, och talade om att åtminstone mina bilder hade gått över och doktorn hade tittat klart på och bedömt dem, så nu kunde jag gå.

- Jaha, men får jag inte veta ...?
- Nej, vi lämnar inga besked här, de går till remitterande läkare, så det får han ta med dig.

Det var med en väldigt obehaglig känsla jag lämnade mottagningen och det, som börjat snurra i min hjärna, var inga roliga tankar. Från att ha kommit dit bara "för säkerhets skull", så var jag nu helt övertygad om att man hittat något, som inte borde finnas där.

Det hör till saken, att jag samma morgon varit och gjort ett arbets-EKG på Fysiologen, och den läkaren talade om precis samma resultat för mig, som den från HC remitterande läkaren sedan ringde och berättade för mig om. Jag kunde inte låta bli att berätta för denne HC-läkare, som inte var densamme, som skickat mammografi-remissen, om min upplevelse, och han sade, att jag tyvärr inte var den första, som reagerat så. Han försökte hitta utlåtandet om mig i journalsystemet, men det hade då inte hunnit gå över något ännu.

Jag kan förstå principen med att det är den behandlande läkaren i primärvården, som skall ha möjlighet att diskutera utfallet av en specialistundersökning, som hen remitterat sin patient till, speciellt när det är fråga om en fast läkarbemanning på HC ifråga och det kan handla om komplexa sjukdomstillstånd.

Mammografi – och det finns säkert andra undersökningar också, där samma gäller – är dock litet speciellt. När man hör att en läkare bedömt bilderna direkt i anslutning till undersökningen, så vill man förstås veta om det är bu eller bä som gäller! Speciellt som det på sjukhuset, men knappast på HC, kan finnas sådan personal, som kan behövas tillgång till vid ett eventuellt obehagligt besked.

Förslag:

Redan i primärvården skall läkaren, när hen meddelar, att remiss skickas till sjukhuset, fråga patienten, om hen vill ha besked direkt på sjukhuset, om resultat föreligger medan hen är kvar på plats, eller om hen vill vänta och få beskedet av remitterande läkare. Patientens önskan skall framgå av remissen.

Funäsdalen 150621

Carin Ahlstedt

REGION
JÄMTLAND HÄRJEDALEN

REGION
JÄMTLAND
HÄRJEDALEN

2015 -08- 12

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

Medborgarförslag

Till
Region Jämtland Härjedalen
Box 654
831 27 Östersund

Datum: 2015-07-15

Namn: Sten Johannesson

se

Förslaget i korthet:
Bemanna Hälsocentralen i Torvalla

Motivering (beskriv och motivera ditt förslag):

Jämtlands största bostadsområde.
Låt läkare bestämma hur stationen ska bedrivas - ge det som behövs.

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: Sten Johannesson