SAMMANTRÄDESHANDLINGAR

REGIONSTYRELSEN

24-25 MAJ 2016

.

Likviditetsrapport 2016-04-30

REGION
JÄMTLAND
HÄRJEDALEN

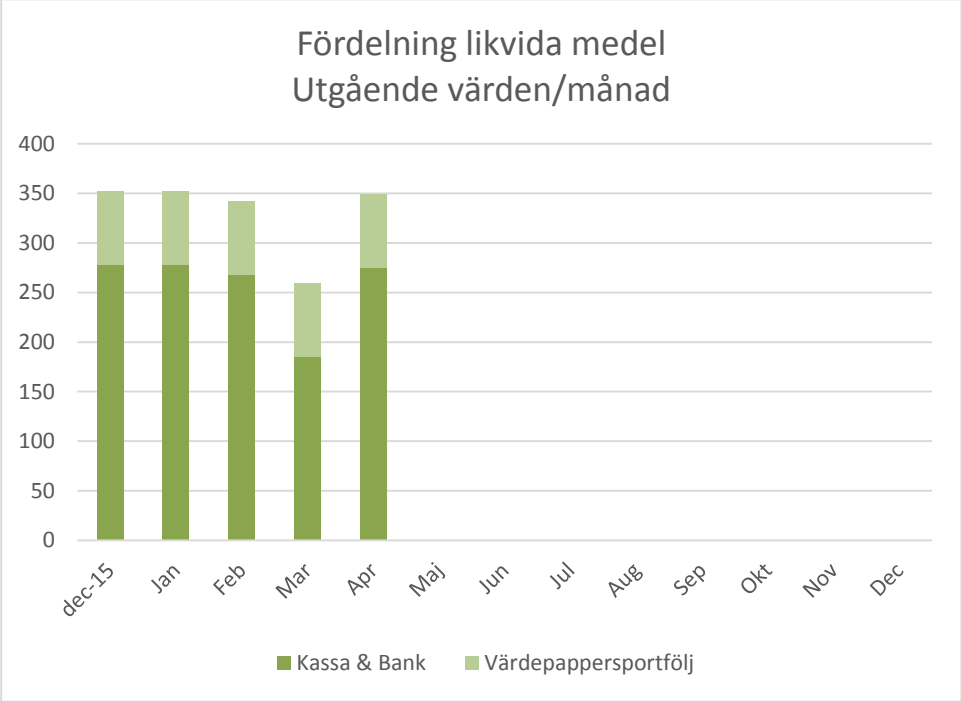
INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1 LIKVIDITETEN UNDER 2016 3
2 DEN KORTA PORTFÖLJEN PER 2016-04-30 4
2.1 Den korta portföljens utveckling 5
2.1.1 Portföljens duration och utveckling 5
2.1.2 Ränteutvecklingen för räntepapper med kortare löptider 5
2.1.3 Betalningsberedskap 6
2.2 Kreditrating 7
2.3 Etisk klausul 7
2.4 Förvaltningskostnader 7
3 REGION JÄMTLAND HÄRJEDALENS PENSIONSPLACERINGAR 7
3.1 Utvecklingen på aktiemarknaderna 7
3.2 Ränteutvecklingen för värdepapper med längre löptider 8
3.3 Förvaltningen av pensionsportföljen 10
3.3.1 Placeringar/försäljningar av värdepapper 10
3.3.2 Placering i vindkraft 10
3.4 Pensionsportföljens utveckling 11
3.5 Portföljinnehavet per 30 april 2016 11
3.6 Kreditrating 12
3.6.1 Eksportfinans fondobligation 12
3.7 Etisk klausul 13
3.8 Konsolideringsgrad 13
4 DEN EKONOMISKA UTVECKLINGEN APRIL 2016 15

1 LIKVIDITETEN UNDER 2016

Likvida tillgångar per 30 april 2016	Belopp i svenska kronor
Behållning kassa, bank, plusgiro	274 619 919
Kortfristiga placeringar(bokfört värde)	74 222 226
Summa likvida medel att avstämma mot likviditetsplanen	**348 842 145**

Bild 1:1 Fördelning likvida medel 2016-01-01 till 2016-04-30



Likviditeten består av medel i kassa och bank samt de lätt omsättningsbara värdepapperen i den kortsiktigt förvaltade likviditetsportföljen. Likviditeten har försämrats med 3,8 miljoner kronor under årets första fyra månader.
Under samma period 2015 försämrades likviditeten med 207,2 miljoner kronor (varav 82,3 miljoner kronor var utbetalningen till LÖF)

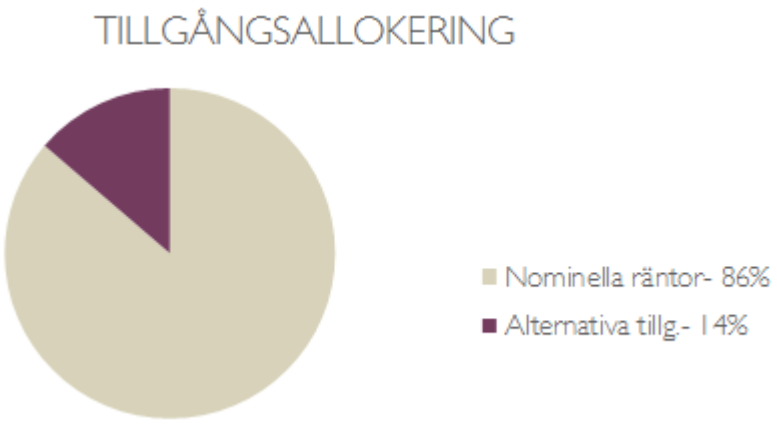
I april var utbetalningar i slutet av månaden lägre än normalt, vilket leder till att utbetalningarna i början av maj kommer bli högre än normalt.
Investeringstakten och nettokostnadsutvecklingen har varit betydligt lägre än 2015. Statsbidragen har varit högre än 2015.

Regionens resultat per sista april var -22,4 miljoner kronor vilket är 3 miljoner kronor bättre än 2015.

2 DEN KORTA PORTFÖLJEN PER 2016-04-30

TILLGÅNGAR	Nominellt belopp Antal andelar 2016-04-30	Marknadsvärde 2016-04-30	Löptid	Rating (Moody's | S&P)	Vikt	Duration
NOMINELLA RÄNTOR						
DNB Nor FRN 2018-05-07	6 000 000	6 019 609	2018-05-07	Aa3 | A+	8%	0,0
Handelsbanken Kreditcertifikat iTraxx 170710	5 000 000	4 930 000	2017-07-10	WR | AA-	7%	1,2
Landshypotek FRN 2018-04-27	8 000 000	8 032 388	2018-04-27	WR | AAA	11%	0,2
Nordea kupongobl europeiska utdelningar	2 000 000	2 026 000	2016-12-30	Aa3 | AA-	3%	0,7
SEK Kreditobligation iTraxx 2016-06-09 - lån 158	3 500 000	4 630 500	2016-06-09	Aa1 | AA+	6%	0,1
Sveriges Säkerställda Obligationer AB 4,0 % 2017-06-21	20 000 000	21 672 533	2017-06-21	Aaa | AAA	29%	1,1
Västerås stad FRN 2017-08-28	10 000 000	10 031 100	2017-08-28	WR | AAA	13%	0,1
Ålandsbanken FRN 3M stibor + 100bps 2017-06-12	8 000 000	8 051 108	2017-06-12	WR | AAA	11%	0,1
Totalt nominella räntor		65 393 238			86%	0,5
Totalt räntor		65 393 238			86%	0,5
ALTERNATIVA TILLGÅNGAR						
Carlsson & Norén Macro Fund	43 788	5 243 049			7%	3,5
RO 4 Brummer och Partners	5 000 000	5 132 500	2016-07-28	Aa3 | AA-	7%	0,2
Totalt alternativa tillgångar		10 375 549			14%	1,9
LIKVIDA MEDEL						
Likvida medel		0			0%	
Totalt likvida medel		0			0%	
TOTALT		**75 768 788**			**100%**	**0,5**

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



2.1 Den korta portföljens utveckling

2.1.1 Portföljens duration och utveckling

Placeringarnas genomsnittliga återstående löptid per 30 april 2016 var 0,5 år. Hittills under 2016 har portföljen gett en avkastning på ca 0,11 %. Det innebär en avkastning som var 0,24 procentenheter bättre än målet STIBOR en vecka plus 0,10 procentenheter, vilket motsvarar en snittränta under perioden om -0,13 %.

Bild 2:1 Region Jämtland Härjedalens måluppfyllelse - avkastning på likviditetsförvaltning

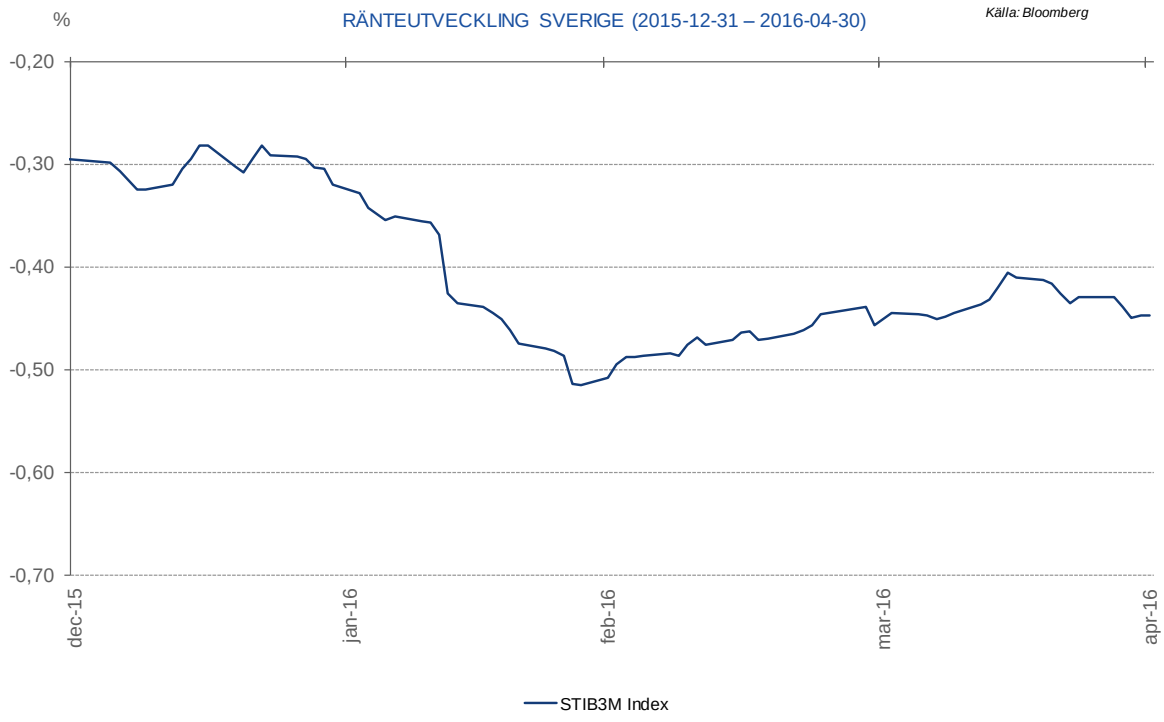
Avkastning	Utfall	Mål	Avvikelse
I procent på förvaltat kapital	+0,11 %	-0,13%	+0,24 %
I kronor	~85 tkr	~-97 tkr	+182 tkr

I kronor räknat innebär det att den kortsiktiga portföljen avkastat cirka 182 tusen kronor bättre än målet hittills i år.

2.1.2 Ränteutvecklingen för räntepapper med kortare löptider

Den 11 februari sänkte Riksbanken reporäntan med ytterligare 15 punkter till historisk låga -0,50 %. Riksbanken menar att BNP-tillväxten och inflationen har blivit högre än väntat, men att inflationsuppgången är ryckig och att inflationen väntas hamna under målet även för 2016. Riksbanken uttrycker också att direktionen har fortsatt hög beredskap att göra penningpolitiken mer expansiv om inflationsutsikterna skulle försämras.

Bild 2:2 Utveckling av 3 månaders STIBOR-ränta 2015-12-31 till 2016-04-30.
Källa: Bloomberg



2.1.3 Betalningsberedskap

Betalningsberedskapen per 30 april 2016 visas nedan.

Bild: 2:3 Region Jämtland Härjedalens betalningsberedskap 30 april 2016 i kronor

Tillgångar	Utfall	Mål
Kassa och bank	274 600 000	
Kortfristiga placeringar	75 768 788	
Checkräkningskredit	50 000 000	
Medel som kan betalas ut inom tre dagar	**400 368 788**	**300 000 000**

2.2 Kreditrating

För närvarande är en placering(Sveriges säkerställda obligationer AB) utanför limiterna i *Reglemente för kortsiktig likviditetsförvaltning, finansiering och skuldförvaltning*. Detta beror på att portföljen är under avveckling på grund av rådande likviditetssituation. Ingen nyanskaffning görs, vilket innebär att de kvarvarande innehaven får en större andel av totala portföljen och enligt policyn får emittenter med denna ratingkategori vara max 25% av portföljen. Sveriges säkerställda obligationer AB har 29% av portföljens totala värde.

2.3 Etisk klausul

Placeringarna har följt den etiska klausulen i placeringsreglementet, som innebär att Region Jämtland Härjedalen inte får köpa värdepapper utgivna av företag vars huvudsakliga verksamhet är produktion och/eller försäljning av krigsmateriel, tobak eller alkoholvaror eller som har verksamheter kopplade till sexindustrin. Region Jämtland Härjedalen får inte heller köpa placeringar vars avkastning är beroende av utvecklingen av marknadspriserna på livsmedel.

2.4 Förvaltningskostnader

Kostnaderna för förvaltningen av den kortsiktiga portföljen och pensionsportföljen uppgick under perioden till 25 000 kr. I en del av värdepappershandeln tillkommer courtage vid köp och försäljning av värdepapper. Enligt gällande bokföringsregler räknas courtaget in i anskaffningsvärdet och dras ifrån vid försäljning varför denna kostnad inte kan särredovisas.

3 REGION JÄMTLAND HÄRJEDALENS PENSIONSPLACERINGAR

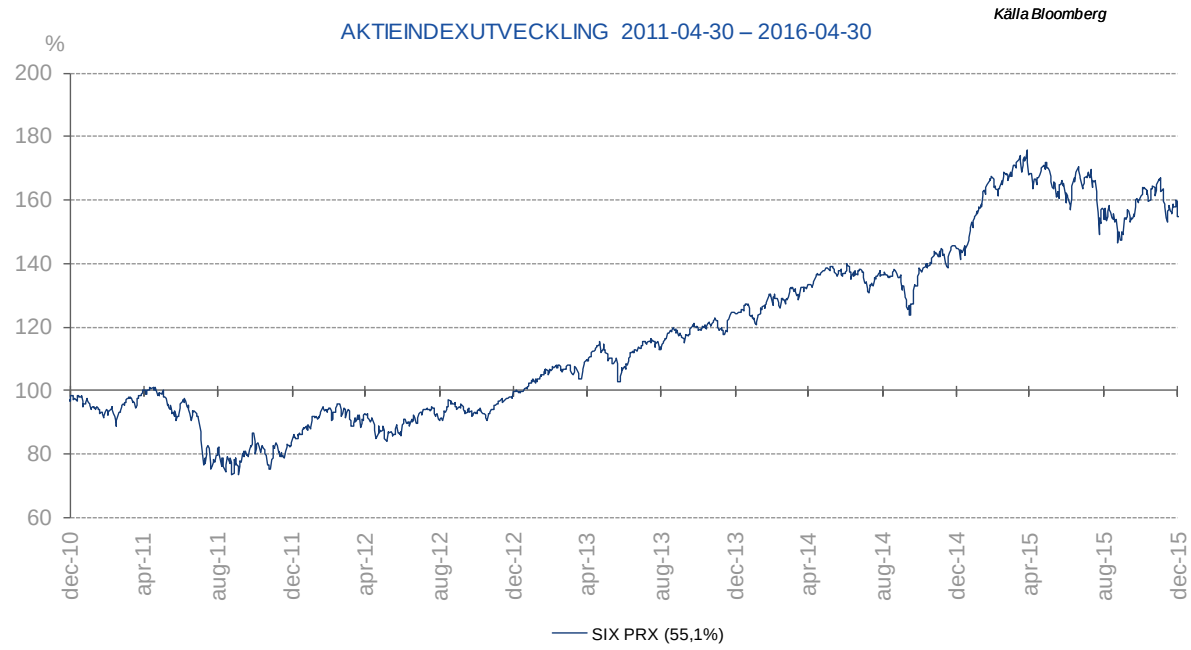
3.1 Utvecklingen på aktiemarknaderna

2016 inleddes med kraftig turbulens på de finansiella marknaderna med stora fall på börserna världen över under januari och första halvan av februari. Orsaken var framförallt oron för avmattningen i den kinesiska ekonomins påverkan på den globala tillväxten samt effekten av negativa räntor på det europeiska banksystemet. I mitten av februari minskade dock denna oro efter bl.a. kraftiga stimulanser från ECB och börserna återhämtade sig till viss del. SIX PRX stängde den sista april på -2,5 % för tertialet medan MSCI AC World TR (SEK) stängde på -3,1 %.

Oavsett makroekonomisk utveckling och värdering av tillgångsklasser har aktiemarknaderna de senaste åren styrts av centralbankernas agerande. I takt med att styrräntor på de flesta utvecklade marknaderna är kring noll eller i negativt territorium, ränteprognoser är ytterst försiktiga och tillgångsköpen blir allt större så har effekten på värdepappersmarknader av nya åtgärder minskat. Vidare har den expansiva penningpolitiken lett till att värderingen på framförallt den amerikanska marknaden i dagsläget är ansträngd. Samtidigt har dollarn fallit och råvarupriserna stigit, vilket innebär en lättnad för tillväxtmarknaderna som har utvecklats svagare än utvecklade marknader under lång tid. Det tillsammans med stimulanser har också lett till upprevideringar av de kinesiska

tillväxtprognoserna, vilket ger ytterligare stöd för många av tillväxtländerna. Givet detta ses de utvecklade aktiemarknaderna nu som mindre attraktiva än tidigare, samtidigt som tillväxtmarknadernas potential till avkastning framöver har ökat.

Bild 3:1 Utvecklingen på Stockholmsbörsen de senaste fem åren.
Källa: Bloomberg



3.2 Ränteutvecklingen för värdepapper med längre löptider

På räntemarknaden föll räntan på den statliga nominella obligationen med förfall 2020 med 35,5 räntepunkter under årets första fyra månader medan räntan på den längre obligationen med förfall 2039 föll med 29 räntepunkter. Räntan på de statliga realränteobligationerna har också fallit sedan årsskiftet. För de svenska statliga realränteobligationerna med förfall 2020 samt den längsta realräntan med förfall 2028 föll räntan med 53,5 respektive 52 räntepunkter. Historiskt sett är räntorna i dagsläget på mycket låga nivåer.

Bild 3:2 Utveckling av nominella räntor mellan 2015-12-31 till 2016-04-30

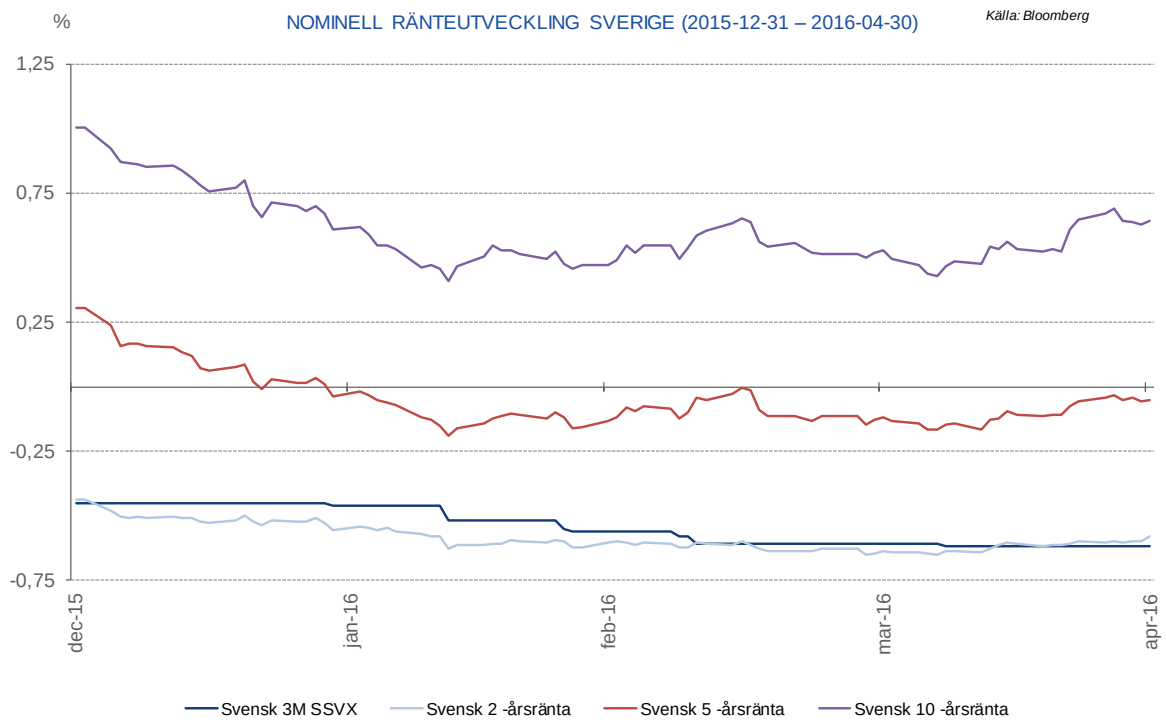
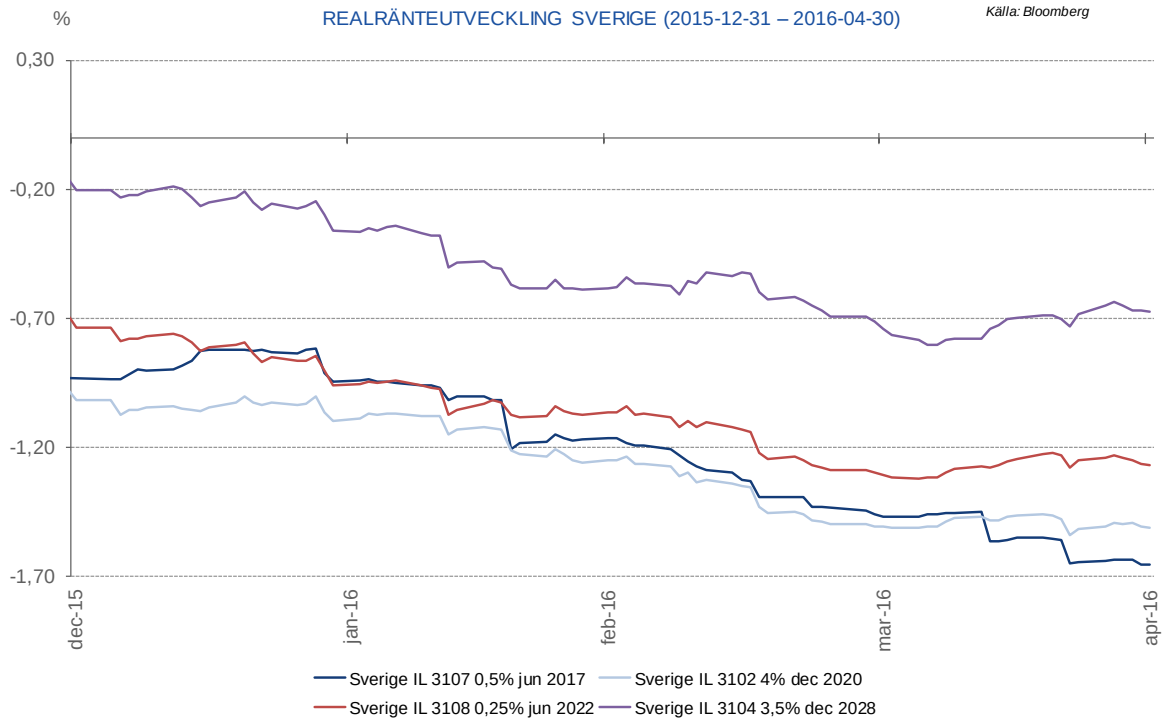


Bild 3:3 Utveckling av reala räntor mellan 2015-12-31 till 2016-04-30



3.3 Förvaltningen av pensionsportföljen

3.3.1 Placeringar/försäljningar av värdepapper

Under årets första tertial hade Kommuninvest EMB obligation lån 402 förfall, men utöver detta har innehaven i portföljen varit oförändrade. Portföljen har erhållit kuponger från innehaven på 1,2 mkr samt återinvesterade fondrabatter hänförliga till SEB Hållbarhetsfond Global till ett värde om ca 86 tkr.

3.3.2 Placering i vindkraft

År 2010 beslutade fullmäktige att Region Jämtland Härjedalen skulle köpa ett vindkraftverk, både för att bidra till ökad andel förnybar energi i Sverige och för att sprida investeringarna för framtida pensioner på fler tillgångar än aktier och räntepapper. Vindkraftverket är klart och togs i drift för Region Jämtland Härjedalens räkning den 1 november 2014 och är placerat i Mortorp strax utanför Kalmar.

Avkastningen på vindkraftverket följs upp vid helårsrapporten.

3.4 Pensionsportföljens utveckling

Ränteportföljen har under 2016 stigit med ca 0,1% under året och aktieportföljen har fallit med -2,5%. Avkastningen på hela portföljen under 2016 var -0,1%.
Pensionsportföljen har erhållit 1 237 421 kr i kontanta utdelningar/kuponger, plus återinvesterade fondrabatter i SEB Hållbarhetsfond Global till ett värde om 85 609 kr.

Utveckling under 2016(mkr)	Räntor	Aktier	Totalt
Marknadsvärde 2015-12-31	350,7	72,2	422,9
Marknadsvärde 2016-04-30	345,5	70,7	416,2
Orealiserad värdeförändring 2015	0,1 %	-2,5%	-0,1%
Fördelning tillgångsslag (marknadsvärde)	83 %	17 %	100 %

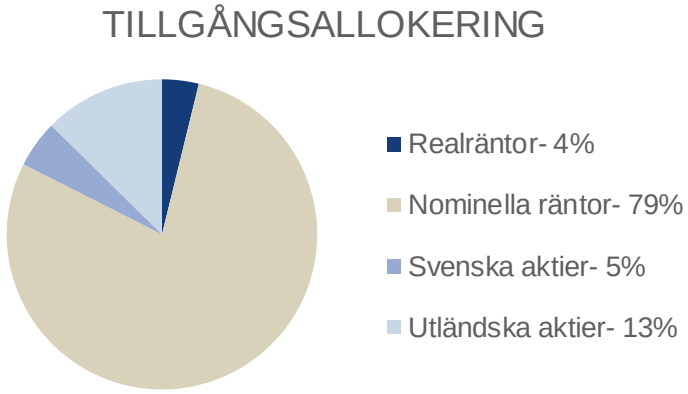
Värdepapperstillgångarna bokförs enligt lägsta värdes princip. Vilket innebär att det värde som är lägst av försäljningsvärde eller bokfört värde används som värdering.

Pensionsplaceringarna är långsiktiga och ingår inte i Region Jämtland Härjedalens kortsiktiga likviditet.

3.5 Portföljinnehavet per 30 april 2016

Pensionsportföljen har följande tillgångsfördelning:

Bild 3:5 Pensionsportföljen per 30 april 2016



Portföljen utgörs av följande värdepapper:

TILLGÅNGAR	Nominellt belopp Antal andelar 2016-04-30	Marknadsvärde 2016-04-30	Löptid	Rating (Moody's | S&P)	Vikt	Duration
NOMINELLA RÄNTOR						
Barclays Fondobligation 2019-03-10	200 000 000	200 000 000	2019-03-10	Ba3 | BBB	48%	2,9
Handelsbanken Korträntefond Sverige- Ack	101 639	10 616 141			3%	0,4
Länsförsäkringar FRN 2018-05-15	10 000 000	10 052 953	2018-05-15	A1 | A	2%	0,0
Nordea Bank Finland FRN CDS Atlas Copco 2018-07-20	5 000 000	4 936 500	2018-07-20	Aa3 | AA-	1%	0,2
Nordea Bank Finland FRN CDS SKF 2018-07-20	5 000 000	4 955 000	2018-07-20	Aa3 | AA-	1%	0,2
Nordea fondobl 17 Bluebay EM Bonds	2 000 000	2 039 000	2017-11-07	Aa3 | AA-	0%	1,5
Nordea Hypotek AB FRN 2019-02-26	20 000 000	20 039 200	2019-02-26	Aaa | NR	5%	0,1
Swedbank Hypotek AB 3,75 % 2017-12-20	40 000 000	43 130 567	2017-12-20	Aaa | AAA	10%	1,6
Vasakronan FRN 2019-03-19	10 000 000	9 935 788	2019-03-19	WR | NR	2%	0,1
Totalt nominella räntor		305 705 149			73%	2,1
REALRÄNTOR						
Svenska staten 3107 0,5% 2017-06-01	15 000 000	15 997 650	2017-06-01	Aaa | AAA	4%	1,1
Totalt realräntor		15 997 650			4%	1,1
Totalt räntor		321 702 799			77%	2,1
BLANDFONDER						
Carnegie Strategifond G	403 365	47 676 452			11%	
Totalt Blandfonder		47 676 452			11%	
UTLÄNDSKA AKTIER						
Handelsbanken Global Dynamisk 90 Inst	77 081	10 261 772			2%	
SEB Hållbarhetsfond Global	1 687 242	22 254 721			5%	
Totalt direktägda aktier och fonder		32 516 493			8%	
GLOBALA STRUKTURERADE PRODUKTER						
Handelsbanken AIO världen 2018-10-28	14 000 000	14 322 000	2018-10-28	Aa2 | AA-	3%	251,7%
Totalt globala strukturerade produkter		14 322 000			3%	251,67%
Totalt utländska aktier inkl. strukturerade produkter		46 838 493			11%	
Totalt aktier		46 838 493			11%	
LIKVIDA MEDEL						
Likvida medel		0			0%	
Totalt likvida medel		0			0	
TOTALT		**416 217 744**			**100%**	**2,1**

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

3.6 Kreditrating

Barclays(Exportfinans)fondobligation ligger som tidigare utanför limiterna men har sedan den förra likviditetsrapporten fått höjt kreditbetyg med ett steg till BBB med positiva utsikter.
Vasakronan har ingen officiell rating men ligger med sin så kallade skuggrating på A- innanför limiterna.

3.6.1 Eksportfinans fondobligation

Som rapporterats i tidigare likviditetsrapporter, har Region Jämtland Härjedalen en obligation utgiven av det norska bolaget Eksportfinans. I november 2011 fick bolaget sin rating sänkt till en nivå som medför att denna placering ligger utanför Region Jämtland Härjedalens kreditlimiter enligt *Placeringsreglemente för förvaltning av pensionsmedel.* Kreditvärderingsinstituten motiverade sänkningen med att osäkerheten ökat om bolagets framtid, efter att en av bolagets huvudägare, den norska staten, meddelat att de planerade att avveckla bolaget under ordnade former. Den norska staten hade beslutat att själva ta över bolagets huvuduppgift – att ordna exportfinansiering för norska exportföretag.

Avvecklingen av bolaget planerades ske genom att bolaget fick leva vidare tills alla dess lån och tillgångar hade förfallit, något som i enlighet med de olika lånens och tillgångarnas löptid, beräknades ske över en lång följd av år. Innan bolaget har avslutats får inga utdelningar till ägarna ske. Sedan beslutet, har bolagets långsiktiga avveckling följt planen.

Eksportfinans har under processen gjort ett flertal uttalanden där de meddelat att deras bedömning är att finansieringssituationen är god och att kreditkvaliteten på bolagets tillgångar är goda. De har även, antingen statliga garantier eller bankgarantier på utställda lån samt en kreditvärdig likviditetsportfölj som även delvis garanteras av ägarna. Eksportfinans har presenterat siffror för de kommande åren som visar att deras mål, att hålla det egna kapitalet intakt, kan uppnås, vilket kommer att leda till en ännu bättre soliditet under avvecklingstiden.

I Eksportfinans avvecklingsplan ingår inte någon förtida inlösen av upplåning. I den senaste kvartalsrapporten förmedlade företaget att den operativa rörelsen var fortsatt stabil under årets första tre månader. Samtidigt förbättrades företagets likviditetssituation under perioden på grund av bland annat fördelaktiga valutakursrörelser. Risken för att Region Jämtland Härjedalen inte får tillbaka hela beloppet vid förfall bedöms således fortfarande vara mycket liten, både med hänsyn tagen till bolagets mycket solida ställning och dess exceptionellt solida ägare, däribland den norska staten som är en av världens finansiellt starkaste nationer. Obligationen planeras att behållas i pensionsportföljen till förfall.

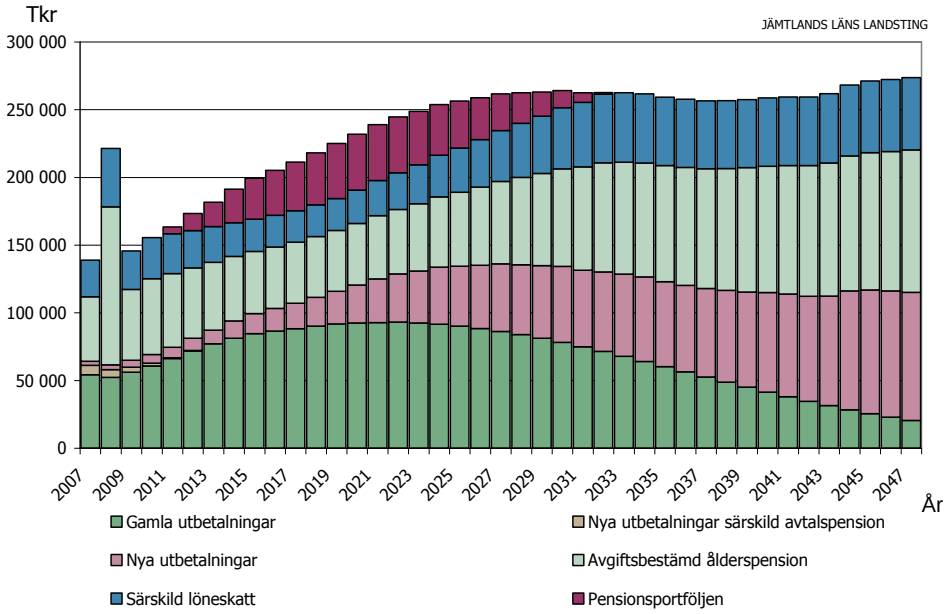
3.7 Etisk klausul

Placeringarna har följt den etiska klausulen i placeringsreglementet, som innebär att Region Jämtland Härjedalen inte får köpa värdepapper utgivna av företag vars huvudsakliga verksamhet är produktion och/eller försäljning av krigsmateriel, tobak eller alkoholvaror eller som har verksamheter kopplade till sexindustrin. Region Jämtland Härjedalen får inte heller köpa placeringar vars avkastning är beroende av utvecklingen av marknadspriserna på livsmedel.

3.8 Konsolideringsgrad

Den pensionsportfölj som Region Jämtland Härjedalen byggt upp ska i första hand användas till att kapa topparna på pensionsutbetalningarna under åren 2012-2032. Löptiden beräknad på denna period uppgår till ca 6,7 år. Pensionsportföljens löptid är 2,1 år.

Bild 3:5 Region Jämtland Härjedalens pensionsåtagande



Pensionsförvaltningens mål är att uppnå en konsolideringsgrad på minst 95 %. Det innebär att den marknadsvärderade pensionsportföljen ska uppgå till minst 95 % av den del av pensionsskulden som utgörs av yttersta delen i staplarna i bild 3:5. Konsolideringsgraden är hög men har försämrats något under 2016, från 117,4 procent den 31 december 2015 till 112,0 procent den 30 april 2016.

4 DEN EKONOMISKA UTVECKLINGEN APRIL 2016

Världens börser har hittills i år haft en varierande totalavkastning där de i olika grad har återhämtat sig efter den turbulenta inledningen på året. Den svenska börsen har avkastat -2,5 % under årets första tertial. De utvecklade marknaderna avkastade -3,6 % i SEK men +1,4 % i lokal valuta. Tillväxtmarknaderna avkastade +6,3 % i SEK och +1,0 % i lokal valuta. Den europeiska börsen har avkastat -4,8 % i SEK och -4,9 % i lokal valuta.

Volatiliteten på de stora aktiemarknaderna ligger nu i linje med nivåerna vid årsskiftet. Volatiliteten på den svenska börsen (OMX 1Y) har stigit marginellt, från 19,5% till 19,7%. I Europa (SX5E 1Y) har den stigit den från 20,9% till 21,4%. I USA (SPX 1Y) sjönk dock volatiliteten från 17,3% till 17,2%.

På valutamarknaden har kronan stärkts kraftigt mot både dollarn och pundet. En dollar handlades den sista april på 8,04 SEK (8,46 SEK) och det brittiska pundet handlades på 11,76 SEK (12,46 SEK). Mot euron har den svenska kronan dock stärkts marginellt och den handlades vid månadsskiftet på 9,20 SEK (9,19 SEK), medan den japanska yenen stärktes kraftigt och handlades på 7,53 SEK (7,03 SEK).

När det kommer till den globala tillväxten så reviderade den internationella valutafonden IMF i april ned prognoserna ytterligare för både 2016 och 2017. Detta beror framförallt på de eventuella effekterna av avmattningen i den kinesiska ekonomin och låga råvarupriser, framförallt för olja. IMF ser också orosmoln i minskad global handel och investeringar samt minskade kapitalflöden till både tillväxtmarknader och utvecklade ekonomier. Den prognosticerade tillväxten skiljer sig dock mycket åt mellan olika länder och regioner. Den globala ekonomin väntas växa med 3,2 % under 2016 och 3,5 % under 2017. I USA ligger stort fokus på inflationen och utvecklingen på arbetsmarknaden då det avgör i vilken takt Fed kommer att höja styrräntan. Den amerikanska ekonomin väntas växa med 2,4 % under 2016 och 2,5 % 2017. I Europa fortsätter återhämtningen att gå trögt även om det finns indikatorer som pekar mot en acceleration. Dock fortsätter den låga inflationen och relativt höga arbetslösheten att skapa utmaningar för ECB. Eurozonen förväntas ha en tillväxt på 1,5 % under 2016 och spås en tillväxt på 1,6 % under 2017. I Sverige fortsätter tillväxten att vara bland de högsta i Europa och förväntas vara 3,7 % under 2016 och 2,8 % under 2017.

	2015	2016		2017	
Global tillväxt	**3,1**	**3,2**	**(-0,2)**	**3,5**	**(-0,1)**
Mogna ekonomier	**1,9**	**1,9**	**(-0,2)**	**2,0**	**(-0,1)**
USA	2,4	2,4	(-0,2)	2,5	(-0,1)
Eurozonen	1,6	1,5	(-0,2)	1,6	(-0,1)
Tyskland	1,5	1,6	(-0,2)	1,6	(-0,1)
Frankrike	1,1	1,1	(-0,2)	1,3	(-0,2)
Italien	0,8	1,0	(-0,3)	1,1	(-0,1)
Spanien	3,2	2,6	(-0,1)	2,3	(0,0)
Storbritannien	2,2	1,9	(-0,3)	2,2	(0,0)
Sverige	4,1	3,7	(0,2)	2,8	(0,0)
Japan	0,5	0,5	(-0,5)	-0,1	(-0,4)
Tillväxtmarknader	**4,0**	**4,1**	**(-0,2)**	**4,6**	**(-0,1)**
Brasilien	-3,8	-3,8	(-0,3)	0,0	(0,0)
Ryssland	-3,7	-1,8	(-0,8)	0,8	(-0,2)
Indien	7,3	7,5	(0,0)	7,5	(0,0)
Kina	6,9	6,5	(0,2)	6,2	(0,2)
Asean-5*	4,7	4,8	(0,0)	5,1	(0,0)

* Indonesien, Malaysia, Filipinerna, Thailand, Vietnam
Inom parentes förändring relativt prognos i januari

.

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Sekretariatet
Daniel Nilsson
Tfn: 063-14 75 71
E-post: daniel.l.nilsson@regionjh.se

2016-05-02

RS/584/2016

Regionstyrelsens uppföljning 2016 om Lean

Syftet med den här rapporten är att till regionstyrelsen redovisa en uppföljning av området Lean. Rapporten utgår från genomfört arbete under 2015 samt januari - mars 2016 och beskriver vad Lean är samt aktiviteter kopplat till området.

I dag är en heltidstjänst avsatt för att samordna Leanarbetet, en Leansamordnare.

Om Lean
2013 beslutades att börja arbeta enligt Leanfilosofin för att långsiktigt stabilisera och förbättra organisationen. Målet är bland annat att korta patientens väg genom vården, höja kvaliteten och att på lång sikt bidra till en bättre ekonomi.

Leanfilosofin bygger på att ta tillvara på människors engagemang för att på så sätt i samarbete kunna driva en ständig förbättringsprocess. Filosofin innebär att samtliga inblandade, från första stund och lyhört, tar vara på varandras synpunkter och idéer. Målet är att skapa värde för ”Den vi är till för” (patienten/kunden) genom att eliminera fel, undvika onödigt dyra lösningar, undvika spilltid och svinn. Inom Region Jämtland Härjedalen innebär det också att ta tillvara den egna verksamhetens goda exempel när det gäller förbättringsarbeten och metoder som redan fungerar bra, men vi ser alltid efter om det går att anpassa och förbättra ytterligare. Leanfilosofin är utvecklad för industrin, men har senare visat sin mångsidiga nytta i andra branscher. Detta eftersom det är medarbetarna, både inom industrin och andra branscher, som inom den egna verksamheten arbetar med att skapa värde för ”Den som, just de, är till för”

Inom Leanfilosofin läggs mycket stor vikt vid de mjuka värdena. Det är helt avgörande att lägga fokus på dessa värden för att lyckas med ett långsiktigt och hållbart förändringsarbete där uppsatta långsiktiga mål nås. För Region Jämtland Härjedalen betyder det ett aktivt arbete med kulturförändring, värdegrund samt med jämställdhet och jämlikhet. För att visualisera Lean arbetet har ett Leanhus tagits fram. Precis som vid ett husbygge kan taket inte läggas innan grunden och väggarna är på plats. Oavsett var i organisationen man arbetar bor alla i samma hus och strävar mot samma mål. I hjärtat i Region Jämtland Härjedalens Leanhus återfinns orden respekt, förtroende och helhetssyn.

En rad aktiviteter har genomförts och planeras genomföras för att alla medarbetare ska introduceras i Lean och kunna komma igång med förbättringsarbetet i verksamheten.

Genomförda och pågående aktiviteter:

Leanutbildning för chefer och läkare med medicinska ledningsuppdrag, MLU samt verksamhetsstöd

Den interna Leanutbildningen togs under hösten 2014 med fokus på den egna verksamheten. Utbildare har varit Leansamordnare samt Leancoacher. I januari 2015 påbörjade 30 personer utbildningen som pågick till den 2 september. Omgång 2 med ytterligare 30 personer startade den 2 september 2015 och avslutas april 2016. Tredje omgången startar 29 jan 2016. Utbildningen har blivit mycket populär och får mycket positiv feedback men också tips till förbättringar på utvärderingarna.

Utbildningen är nu så efterfrågad att det behövs två parallella utbildningar med start hösten 2016. Detta eftersom även chefer och medarbetare med ledarfunktioner inom regional utveckling behöver gå. Ett råd till chefer som utbildar sig är att även ta med någon från den egna verksamheten så att man är minst två som kan bolla och få fart på förbättringsarbetet i den egna verksamheten. Utbildningen kommer snart att finnas även för de chefer som tidigare gått utbildningen via Mittuniversitetet och MLU. Detta på grund av att vår egen utbildning lägger mer fokus på de mjuka värdena, aktivt lyssnande och coachande samt att den ger en fördjupning i metoder och verktyg. Den interna utbildningen har också ett bättre fokus mot den egna verksamheten.

Även regionledningen har fattat beslut om att gå Leanutbildning med start under 2016. Detta för att få fördjupad förståelse för filosofin och för att alla inom den nya ledningsgruppen ska ha samma ”startlinje”. Detta ger också ett viktigt signalvärde till medarbetare att ledningsgruppen fördjupar sig. Detta innebär att tre utbildningar kommer att löpa parallellt, under förutsättning att Leancoacherna har möjlighet att avsätta tid. Ett planeringsmöte om detta sker i maj.

Kunskapstorget

Planering och genomförande av två utbildningstillfällen vilka gavs i maj 2015 med fokus på värdeflödesanalyser och målstyrningstavlor. Ett utbildningstillfälle om målstyrningstavlor har getts i april 2016. Fler tillfällen planeras under 2016.

Leanspel

Internutbildning i grunderna till Leanfilosofin har getts till medarbetare och förtroendevalda. Till och med den sista december 2015 har det genomförts 164 spel inklusive teori med totalt 1485 medarbetare.
Under slutet av 2015 har avropen gällande spel dalat. Det beror bland annat på att fokus har legat på Cosmic. Det kommer även signaler om att det är svårt att avsätta hela dagar för alla inom verksamheten för att spela. Många chefer anser också att de behöver sina planeringsdagar till att planera sina verksamheter tillsammans med medarbetarna och att de därför avstyr Leanspel. Leansamordnare och Leancoacher/handledare i Leanspel har i dagsläget bedömt att avvakta. Detta också för att Leanspelet ger bättre resultat i verksamheten om chefen är utbildad inom Lean.
Chefer behöver ha kunskap om, samt möjlighet att ta tillvara de idéer och den kreativitet som skapas hos medarbetarna vid Leanspelet. Prioriterat är att utbilda chefer, verksamhetsledare och MLU i Leanutbildningen så att det finns mottagare och förvaltare av kreativitet och idéer från Leanspelet.

Ledarutvecklingsprogram

Under 2015 startades ett arbete upp för att ta fram ett ledarutvecklingsprogram. Målet är att ge chefer inom Region Jämtland Härjedalen en kontinuerlig utveckling av sitt ledarskap. Upplägget ska gälla samtliga chefer i organisationen och innefattar olika moduler. En av modulerna som återfinns i modellen är medvetet ledarskap, en metodik med målsättning att skapa strukturer för ledarskap och synliggör arbetsledande beteenden kopplat till verksamhetens åtaganden och målsättningar. Leanfilosofin och ett Leanleadarskap ska genomsyra hela programmet.

Simon Elvnäs anlitas för testverksamhet under 2016. Simons metod innebär att chefer filmas på olika möten i dialoger med medarbetare. Chefen är sedan med och analyserar sitt beteende för att utvecklas. *Metoden föreslås att kopplas ihop med metoden och övningen ”Aktivt lyssnande och coachande ledarskap” som ges inom Leanutbildningen. Detta för att nå snabbare resultat och ett bestående förändring i ledarskapet. Vi ser även en ekonomisk besparing i arvode på detta sätt.*

Webbaserad grundutbildning för samtliga medarbetare inom Regionen

Under 2015 startades ett arbete upp som ska bidra till att koppla ihop varumärkesarbete, värdegrundsarbete, jämställt och jämlikt samt Lean. Grundutbildningen skall vara klar att startas upp under hösten 2016.

Leanfrukost

Under 2015 har fyra ”Leanfrukostar” genomförts som planerat vilka anordnades för chefer och Leancoacher. Fokus har legat på utbildning, goda exempel, inspiration och nätverkande. Ett 50-tal chefer och Leancoacher brukar medverka.

Leanfrödag

Två Leanfrödagar genomfördes under 2015 som planerat. Under Leanfrödagarna har chefer, medarbetare och politiker möjlighet att ta del av goda exempel på förbättringsarbeten inom Region Jämtland Härjedalen. Tanken är att man ska komma och gå som man vill under dagen. Deltagandet från medarbetare som vill eller har möjlighet att komma och lyssna har varierat.

Målstyrningstavlor och daglig styrning

Totalt har ett 60-tal målstyrningstavlor beställts av verksamheterna till och med december 2015. Många verksamheter använder också redan befintliga White board-tavlor i sitt arbete med daglig styrning, så kallade pulsmöten. Exempel på uppföljningar som kan tas upp vid mötet är remissinflöden, väntelistor och besöksstatistik. Ett arbete med att kartlägga användningen av tavlor och resultatet av arbetet har påbörjas. Användningsområdena är blandade. Tavlorna användas i daglig styrning, veckostyrning för att hålla koll på verksamheten och dess dagliga aktiviteter och mål. De används också i kombination som förbättringstavla. Här följer man i stället avvikelser och förslag till förbättringar kopplat mot de övergripande målen. Det finns behov från chefer att bli coachade av Leansamordnare och coacher vid tavlan för att utveckla det ”frågande mötet” så att det inte endast blir informationsmöten.

Leansamordnare och Leancoacher

Dessa funktioner träffas en gång i månaden för utbyte av erfarenheter och för internutbildningar.

Under hösten 2015 har framkommit en önskan om att få stöd av Leansamordnare och coacher till verksamheterna. Ett antal coacher är inte längre aktiva, bland annat på grund av nya arbetsuppgifter. En kartläggning är påbörjad för att se hur många av våra Leancoacher som är aktiva samt om det finns behov av, i första hand intern, kompetenshöjning.

Avropen från våra verksamheter ökar

Det är mycket positivt att se att avropen ökar gällande att få stöd ute i verksamheterna av Leancoacherna inom olika förbättringsmetoder. Det betyder att Leanfilosofin sprider sig. Det gäller exempelvis värdeflödesanalyser, målstyrningstavlor (daglig styrning, förbättringstavlor), A3or, MA-metoden (en workshopmetod för att på effektivt sätt ta fram vad vi behöver fokusera på där inte värdeflödesanalys går att använda), aktivt lyssnande och coachande (exempelvis vid möten och vid målstyrningstavlorna). Andra aktiviteter som kopplas samman med Leanfilosofin är exempelvis standardiserade vårdförlopp samt produktions- och kapacitetsplanering. Det är av hög vikt under våren 2016 kartlägga hur Leanarbetet ska organiseras under hösten 2016 då behoven ökar från verksamheterna. Det behöver även kartläggas hur resurser samordnas på bästa sätt för att nå största effekt.

Utvecklande av MA-metoden

En effektiv workshopmetod baserad på och inspirerad av Metaplan, open space, 5S samt A3.
Utvecklad av Leansamordnare.

Produktions- och kapacitetsplanering

Går hand i hand med Leanfilosofin och är viktigt med tanke på förbättrande och utjämnande av exempelvis patientflöden. Här fördjupas samarbetet mellan de stödjande funktionerna för att än bättre kunna stödja verksamheterna.

Miljö och Lean

(Green Lean) Lean innebär att jobba smartare samt att ta bort onödiga slöserier och att spara på resurser. Inom miljöområdet görs detta genom återvinning, energibesparing och liknande. Dock behövs en högre medvetenhet hos medarbetarna i miljöfrågor generellt för att få en djupare förståelse för resursslöserier ur miljösynpunkt. Ett exempel på en satsning som kommer ge bra mycket resultat är kemikaliehanteringssystemet. Införandet av systemet har skapat ordning då verksamheterna kan se vilka kemikalier som kan fasas ut, vilka som kan lånas av varandra samt att en spårbarhet i systemet erhålls. Miljöhandläggaren har gått Leanutbildning med start hösten 2015. Miljöstrategen startar sin utbildning hösten 2016

Cosmic –

Införandet av Cosmic ses som ett stort förbättringsarbete inom ramen för Leanfilososfin. Stort fokus har legat här under 2015 för verksamheterna. Av den anledningen så har man inte på alla ställen haft möjlighet att arbeta med andra typer av förbättringar.

Lean styrgrupp, Lean Arbetsgrupp

En ”Arbetsgrupp Lean” har skapat med representanter från verksamheten inklusive Leansamordnare samt Utvecklingschef. Arbetsgruppen diskuterar utveckling av arbetet med Lean och ska bland annat ta fram förslag till beslut att fattas av ledningsgruppen.

Exempel på genomförda och pågående förbättringsarbeten i verksamheterna under 2015.

De olika centrumen upphörde att gälla från och med årsskiftet 2016. Rapporteringen gäller 2015 och av den anledningen finns de fortfarande nämnda i nedanstående text.

Införandet av nytt vårdsystem Cosmic har tagit en stor del av utvecklingsarbetet i anspråk där genomgång av arbetssätt och flöden ingått som en viktigt del.

Centrum för barn, kvinna och psykiatri

Många förbättringsarbeten pågår men har också avslutats. Leanarbetet fortsätter vid alla enheter och olika förbättringsarbeten pågår som exempelvis analyser av vårdflöden, 5S och slöserijakt samt visuell styrning. En ”lärande organisation” börjar utvecklas och fokus ligger på att samtliga medarbetare dagligen ska tänka Lean. Alla områden har en verksamhetsplan som är utformad på ett A3 format för att underlätta kommunikation av centrala mål och aktiviteter. Konkreta resultat av arbetet är svåra att se inom några områden då Lean inte är fullt implementerat och då stor omsättning i ledningsgrupp påverkar arbetet.

Centrum för medicinska specialiteter

Centrumledningen gör regelbundna besök på enheterna. Enhetschef och medarbetare presenterar aktiviteter och resultat utifrån sina **styrtavlor.**

- **Bedside-rapport** på avdelning 408 är infört. En övergång till personcentrerad vård och involverade patienter. Patienten känner sig delaktig och lyssnad på.
- **PCI:** Har kortat det akuta förloppet avsevärt för patienterna och de behöver inte resa till Umeå för att få vård.
- **CMS 2.0:** Ett stort projekt med bl.a. sammanslagning av två vårdavdelningar på plan 8 inklusive ett förändrat arbetssätt. Projektets mål är att bli en effektiv avdelning med bra arbetsmiljö inom två år. Inga resultat ännu men, tester och planering pågår.
- **Gapanalys** för nationella riktlinjer för vård av astma och KOL är genomförd – **Värdeflöden** är gjorda, bland annatpå: PCI, Neurosjuksköterskemottagning, NM mottagning, dietister med flera.

Centrum för opererande specialiteter

Målstyrning: Några enheter har infört daglig styrning och några har 2-3 gånger/vecka. Det upplevs positivt av både chef och medarbetare.
Flera förbättringsarbeten är påbörjade där arbetsmetoden **A3** används.

- Videokonferensutrustning på Intensivvårds-avdelningen har gett ökade möjligheter till möten, utbildning och samverkan. Förändrad dokumentationsrutin i Cosmic har minskat dubbeldokumentationen.
- Försöket med gemensam provnedlämning inom ortopedin har permanentas (A3).
- På akutmottagningen pågår ett förändringsarbete med den dagliga styrningen utifrån ökade möjligheter till daglig uppföljning i Diveport efter bytet till journalsystemet Cosmic.
- Arbete med bättre logistik och hyllsystem i sterilförrådet.

- Arbete med rutiner för att förebygga tryckskador på patienter vid höftplastikoperationer med hjälp av kartläggning av hudkostym preoperativt , vid ankomst och vid utskrivning från UVA.
Värdeflödesanalys för instrumenthantering är genomförd. Ett förbättringsarbete av sterilgodshantering är påbörjad. Målet är att all sterilgodshantering hanteras av personal på STC vilka har hög kompetens. Längre öppettider på STC planeras.
-En utvärdering av ortopedprojektets förändringar har genomförts och sammanställts med 80% svarsfrekvens .
- Ortopedavdelningen har en ny tjänst på prov sedan hösten 2015 med en specialistsjuksköterska inom ortopedi. I uppdraget ingår bland annat att utreda avvikelser, införa ny kunskap, arbeta med rutiner, förbättringar och analyser samt finns som stöd till framförallt nya medarbetare.
- Inom område kirurgi, ögon, öron pågår ett ständigt arbete med såväl små som stora förbättringar. **Värdeflöde:** Området har deltagit i ett nationellt projekt under ledning av SKL för att förbättra flödet för patienter med tjock- och ändtarmscancer. Gäller även nationella cancersatsningen med SVF för blåscancer, prostatacancer, matstrups- och magsäckscancer, huvud- och halscancer har startat upp under hösten 2015.
- ST läkare gör ett utvecklingsarbete av införande av NEWS på kirurgen. ST läkare har gjort utvecklings arbete och sett över regionens rutiner när det gäller sexuella övergrepp.
Målstyrning: Vårdavdelningarna, kirurgmottagning /endoskopienheten och ÖNH-mottagningen har daglig styrning. Ögon inför daglig styrning i början av 2016.
Kirurgmottagningen/Endoskopienheten: målet är att ha första mötet kring målstyrningstavlan i februari på båda enheterna.

Primärvård

11 enheter har spelat Leanspel.
Målstyrningstavlor: finns på de flesta enheter.
Flertalet förbättringsarbeten har gjorts och de rör främst tillgänglighet för patienter samt säkerhet för desamma. – Telefontillgänglighet, - Vem gör vad i vården, -Löpande förbättringar i samband med införande av Cosmic, -Triage på flera HC, Införande av telefontider på sjukgymnastiken i Bräcke, -Tvärvetenskapliga utvecklingsgrupper, Bräcke och Frösön, -Översyn av lokaler för bättre logistik av patientflöden, -Nystart Brunflo, -Utvecklat distansarbete vid telefonrådgivning Leancoach har även stöttat utifrån Lean vid planeringsdagar samt vid andra tillfällen.
Värdeflödesanalys: Strömsund och Odensala – remissflöden psyk/PV. - 1177 för att förbättra arbetssätt vid start av arbetspass och minska ”tekniktrassel” – rutin finns och flödet är förbättrat.
Krokom nya logistik kring användande av behandlingsrum och dess funktion. -Brunflo patienten väg i vården. -Krokom flödesanalys vilka patienter som kan gå direkt till PSE och fysioterapi istället för läkarbesök.

Folktandvård

Majoriteten av medarbetarna har spelat Leanspel. Målstyrningstavla**:** De flesta kliniker har Leantavlor för uppföljning. De allra flesta arbetsplatser har målstyrningstavlor. Användandet skiftar mycket från nästa inte alls till mycket aktivt på vissa kliniker. Några har dagliga eller veckovisa ”pulsmöten”. Det som följs upp på tavlorna är bemanningen, mål enligt verksamhetsplanen och andra kritiska mått för verksamheten. Även vanligt att sätta upp förslag till förbättringar.

Förbättringsarbeten**,** värdeflöden**:** Programmering och tester pågår för att förbättra de ekonomiska flödena mellan T4 och Raindance. Detta bland annat för att ta bort kvalitetsbrister som idag får rättas manuellt.
- Förbättrade flöden för mottagande av akutpatienter bland annat triage, team, akutrum osv. Givit bättre och jämnare flöde (flera kliniker).
- Förbättrade flöden vid temtandvård med bra resultat (flera kliniker). -Utvärdering av dentala material, bra kvalité, rätt pris, bra effekt. - Städning av remissköer har givit bättre kontroll.
-Morgonmöten teamvis, klinikvis (flera kliniker)
Flyttat material som används ofta närmare rummen
Städning/sortering av material, instrument mm
-Nulägesanalys bemanning över dag och önskvärt läge har tagits fram. Många spår för lösningar och svårt att hitta vägen fram till önskvärt läge.
-Förändrat flöde för sterilisering av gods. Inköp av autoklav för kortare ledtider vilket innebär att färre instrument behövs och minskat svinn. -Värdeflödesanalys undersökningar revisionspatienter, nuläge och önskat läge

Centrum för diagnostik teknik och service

Ca 90 förbättringsarbeten är påbörjade, några är redan avslutade.
A3: Enheterna jobbar olika mycket med A3, sammanfattningsvis används A3 främst vid arbete kring verksamhetsplan samt vid större förbättringsarbeten
Målstyrningstavlor används för ”stå-upp” möte ute i verksamheten. Veckovis uppföljning samt förslagsärenden skrivs upp på tavlorna och visualiseras. Tydligt för alla medarbetare vad som är på gång samt vad som har gjorts, återkoppla ris och ros från patienter/kunder. Visualisering, tydliggörande för alla medarbetare vad som är på gång samt vad som har gjorts
Följer upp ”gårdagen” vilka lärdomar kan vi ta med oss. Redovisar resultat av förbättringsarbeten. Det finns förbättringsmöjligheter med målstyrningstavla, enheterna noterar att pulsmötena riskerar bli en envägskommunikation och informationsförmedling.

Vårdnära service har införts, vilket ger timmar ”tillbaka” till vården. Utveckling av beställningsfunktion och effektivisering av patienttransporter i avsikt att frigöra tid för vårdpersonal.
- Kostenheten har spelat värdegrundsspelet med i stort sett hela personalgruppen. En arbetsgrupp har arbetat med att ta fram spelregler utifrån resultatet från medarbetarenkäten och värdegrundsspelet. Pulsmöten har startats upp och målstyrningstavla används i delar av verksamheten.
- Städenheten arbetar med målstyrningstavla där de följer upp arbetsmiljö, kvalitet, 5 S och sjukfrånvaro. Daglig styrning via morgonmöten och ökad kommunikation med det yttre teamet.
Värdflödesanalys: Enheterna arbetar inte så mycket med värdeflödeskartläggning i dagsläget. Svårigheter upplevs att ta analysen från nuläge till önskat läge.

Regionstaben

Inom krisberedskap är arbetet med kontinuitetshantering för akutområdet ett viktigt förbättringsarbete. Ett annat exempel är det arbete som gjorts för att samordna och förbättra processen för riskhantering i syfte att stödja bl.a. chefer med metod och förenkling gällande riskanalyser.

Samordningskansliet har deltagit i förbättringsarbetet gällande löneöversyn tillsammans med personalstaben. Personalstaben har värdeflödeskartlagt löneöversynsprocessen
Inom personalenheten är det en A:3 som följs vid veckovisa pulsmöten. För personalstrateger är handlingsplanen ”Attraktiv arbetsgivare ” som följs upp vid veckovisa möten.
Redovisningsenheten har pulsmöten på bestämd tid och dag varje vecka. Då lyfts aktuell information, arbetsläget samt uppkomna problem.
Fokus för många enheter har legat på införandet av Cosmic som inneburit ett ökat inflöde av arbetsuppgifter beroende olika fel/problem som uppstått. Annan typ av förbättringsarbete har fått stå tillbaka under 2015.
Utanför den egna verksamheten har centrumets staber bidragit på olika sätt till Lean i kärnverksamheten, Införandet av COSMIC beskrivs i verksamheten som ett stort Lean-initiativ, med möjlighet till enklare rutiner och förbättrade flöden.
Värdeflödesanalys: En värdeflödesanalys avseende uppföljning av årsförbrukning gällande kemikalier har också gjorts. Analysen föregicks av ett arbete med att implementering av kemikaliehanteringssystemet som bidrar till kraftigt förbättrad hantering av kemikalier i regionens verksamheter. Värdeflödeskartläggning för att regionanpassa styrdokument och mallar har gjorts.
En genomgående kartläggning har genomförts för löneöversynsprocessen, där deltog enhetschefer, personalfunktionen och lönekontoret.
A3: Behöver hjälp av Leancoacher
Målstyrning. Målstyrningstavlor finns på placerad på olika ställen i Hus 2 och 3, tillgängliga för samtliga medarbetare och besökare. PULS-möten hålls ofta framför målstyrningstavlan.
Personalstrategerna har följt upp aktiviteter i ” Handlingsplanen för Attraktiv arbetsgivare” vid pulsmötena.
-FoUU-staben har inga resultattavlor då enheten är utspridd över hela sjukhuset. Redovisningsenheten använder sig pulsmöten i princip varje vecka vid tavlan i korridoren. Aktuell information sprids och aktuellt arbetsläge och arbetsfördelning görs. Pulsmötena uppskattas av medarbetarna.

Regionala utvecklingsnämndens förvaltning
Förvaltningens ledningsgrupp har fått en grundläggande information om Lean och kommande inplanerad utbildning.
Sedan tidigare arbetar förvaltningen med frågorna:
- Resultatfokus, värdet för medborgaren
- Medarbetaren som den viktigaste resursen för att göra verkstad av målen. -Utföra ett effektivt arbete av hög kvalitet.
-Återkommande reflektera över vad vi gör, föra en dialog om vad vi inte ska göra
- Ledningsgruppen har under hösten deltagit i en utbildning, (Leanspel) under ledning av Region Jämtland Härjedalens Lean-samordnare, som syftade till att ge förståelse för hur arbete med Leanfilosofin och flöden kan bedrivas.

Vårdvalsnämnden
Ständigt förbättringsarbete pågår för att förenkla och kvalitetssäkra utbetalning till vårdgivare. Ett flödesschema för uppsökande tandvård är gjort.

Sekretariatet
Daniel Nilsson
Tfn: 063-14 75 71
E-post: daniel.l.nilsson@regionjh.se

2016-04-22

RS/726/2016

Regionstyrelsens uppföljning 2016 om integration

Ett av de strategiska målen inom område **Samhälle** är att **Integration ska genomsyra hela det regionala utvecklingsarbetet**.

Regionfullmäktige beslutade i februari 2016 om den Regionala Strategi för ökad inflyttning och förbättrad integration vilken innehåller fyra prioriterade områden och ett avsnitt om genomförande.

Ett av den Regionala Utvecklingsnämndens speciella och prioriterade områden är Integration. Integrations- och mångfaldsfrågor ingår i överenskommelsen om regional samverkan med länets kommuner.

Region Jämtland Härjedalen har tillsammans med Länsstyrelsen, Arbetsförmedlingen, Migrationsverket och Försäkringskassan en Regional Överenskommelse (RÖK), gällande mottagning, etablering och integration av asylsökande, ensamkommande barn och unga och personer i etableringen.

Denna redovisning delas upp i strategins olika områden och målen sorteras in under dessa rubriker. De prioriterade områdena i strategin är:

- Höjd utbildningsnivå
- Ökat deltagande i arbetslivet
- Kulturkompetens och förbättrad sammanhållning
- Förbättrad infrastruktur
- Genomförande av strategin

1. Höjd utbildningsnivå

Framgångsfaktorer, utvecklingsområden, mål
Reviderad regionplan 2016-2018

- Vid behov skapa förutsättningar för god språkinlärning

Regionala utvecklingsnämndens verksamhetsplan 2016-2018

- Utveckla modeller och strukturer för språkinlärningen

Måluppfyllelse
En projektansökan gällande kompetensutveckling för lärare i ”Utbildning i svenska för invandrare”(SFI) och yrkeslärare har arbetats fram tillsammans med kommunernas vuxenutbildning. Den kommer att fortsätta att utvecklas under våren med planen att

skickas till Socialfonden i september för projektstart 2017. Syftet är att utveckla en flexiblare språkundervisning med en ökad koppling till arbetslivet. Om denna projektansökan inte beviljas fortsätter dialogen med kommunerna för att hitta andra sätt att utveckla verksamheten utifrån deras behov.

När det gäller barn och unga har BUZ integration som ett prioriterat område och man arbetar t.ex. med rekrytering av lärare i Svenska som andraspråk till grundskola och gymnasium. Det pågår även ett arbete tillsammans med Mittuniversitetet för att hitta vägar att vidareutbilda modersmålslärare och studiehandledare.

2. Ökat deltagande i arbetslivet

Framgångsfaktorer, utvecklingsområden, mål
Reviderad regionplan 2016-2018

- Kompetensplattformen behöver kopplas mot inflyttar/integrationsarbetet för att identifiera kompetens och visa upp en attraktiv bild av regionen.
- Ta tillvara all kompetens och främja alla inflyttares möjligheter till sysselsättning antingen som anställda eller som företagare.
- Skapa nätverk och mötesplatser mellan arbetstagare och arbetsgivare.
- Regionen är en stor arbetsgivare och har ett särskilt ansvar för att bereda möjlighet till anställning.

Regionala utvecklingsnämndens verksamhetsplan 2016-2018

- Leda och samordna regionprojektet ”Integration Jämtland Härjedalen”.
- Utveckla och förbättra metoder och processer kring etableringen på arbetsmarknaden.
- Utveckla samarbete med kommunerna och arbetsförmedlingen kring frågor om inflyttades möjlighet till anställning.

Regionstyrelsens verksamhetsplan 2016-2018

- Samordna och bygga upp tillräcklig medicinsk-, kultur- och psykologisk/psykiatrisk kompetens samt utarbeta hållbara rutiner med övriga aktörer i arbetet med flyktingmottagande.
- Arbeta fram en lokal modell för hur Region Jämtland Härjedalen kan hjälpa sjukvårdsutbildade personer som söker asyl eller fått uppehållstillstånd att få praktikplats eller ett arbete inom hälso- och sjukvården, får sin utbildning validerad och få sin legitimation.

Måluppfyllelse
Regional Utvecklingsförvaltning
Tillsammans med Kompetensplattformer pågår ett arbete med erfarenhetsutbyte gällande matchning mot arbete. I kommunerna och Region Jämtland Härjedalen, Hälso- och sjukvården finns personer som arbetar för att matcha nyanlända och asylsökande mot arbete och praktik. Det här arbetet sker på olika sätt och har kommit olika långt och genom att träffas och utbyta erfarenheter sker en utveckling av arbetet i hela regionen. Under våren 2016 kommer även en person som ska arbeta för att matcha mot statliga arbetsplatser att anställas på Länsstyrelsen och denna person kommer också att

delta i det erfarenhetsutbyte som påbörjats. Arbetsförmedlingen deltar också på dessa träffar.

Region Jämtland Härjedalen är projektägare och projektleder Socialfonsprojektet ”Integration Jämtland Härjedalen” som alla kommuner medverkar i. En representant från varje kommun och en person från Arbetsförmedlingen ingår i styrgruppen för projektet. Projektets syfte är att fler personer som har uppehållstillstånd och har en etableringsplan ska komma ut i arbete eller sysselsättning. Arbetet sker i så kallade verkstäder i kommunerna och handlar t.ex. om att utbilda handledare, matcha individer mot arbeten, skapa mötesplatser och att utöka de nyanländas nätverk, erbjuda olika utbildningar/kurser för att underlätta inträde på arbetsmarknaden, ex inför att ta körkort. En del i projektet handlar om arbetsgivares attityder till att anställa utrikes födda och denna del av projektet kommer att starta under hösten 2016. Projektet pågår från 2015-09-01 till 2018-03-31.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Sedan början på 2016 är en etableringskoordinator anställd för att hitta och hjälpa asylsökande och nyanlända med sjukvårdsutbildning att få praktikplats eller arbete inom hälso- och sjukvården. Hon ska även lotsa dessa personer rätt för att få sin utbildning validerad eller att få sin legitimation.

En heldag för att informera kommuner och Migrationsverkets personal om vad olika enheter inom Hälso- och sjukvården gör och vart man kan vända sig i olika frågor kommer att hållas i maj. Internutbildning om Interkulturell kommunikation kommer att hållas i maj. En flyktingstrateg är anställd fr.o.m den 1 juni för att vara hälso- och sjukvårdens kontakt gentemot övriga aktörer i regionen i flyktingmottagandet och för att utveckla det interna arbetet.

3. Kulturkompetens och förbättrad social sammanhållning

Framgångsfaktorer, utvecklingsområden, mål
Regionala utvecklingsnämndens verksamhetsplan 2016-2018

- Samverka och stötta civilsamhällets insatser för integrationen av nyanlända och inflyttade i regionen.

Måluppfyllelse
I styrgruppen för ”Projekt Integration Jämtland Härjedalen” har beslut tagits om att detta arbete bör göras i varje kommun. I kommunen vet man vad som pågår, vem som gör vad och kan sammankalla och initiera samverkan när behov finns. Inom ramen för projektet finns 50 000 kr till varje kommun som kan användas till civilsamhällets insatser för att främja nyanländas möjligheter till sysselsättning. På regional nivå förs dialog och erfarenhetsutbyte i projektgruppen för att sprida goda exempel och utveckla denna samverkan med civilsamhället.

4. Förbättrad infrastruktur

Framgångsfaktorer, utvecklingsområden, mål
Inga utvecklingsområden under det strategiska målet Integration ska genomsyra hela det regionala utvecklingsarbetet.

5. Strategins genomförande

Utvecklingsområden
Reviderad regionplan 2016-2018

- Följa upp och synliggöra vad som sker och inte sker för att integrationsarbetet ska få den prioritet som krävs

Genomförande av Regionala strategin för ökad inflyttning och förbättrad integration – Region Jämtland Härjedalen

- Regionalt strategiskt nätverk med kontinuerliga möten
- Årlig uppföljning
- Revidering år 2016 och 2018
- Ansöka om finansiering utöver ordinarie medel för regionövergripande projekt

Måluppfyllelse
Nätverket för integrationschefer eller motsvarande har möten 3 gånger/termin för att diskutera gemensamma strategiska utvecklingsfrågor, t.ex. vilka projektansökningar som kan göras regionalt och gemensamma utbildningsbehov.

Projektansökan för Yrkesspråk har lämnats in till Socialfonden. Diskussioner inför kommande utlysningar förs utifrån de behov som framkommer i nätverksträffar och olika samverkansarenor.

Ett arbete för att följa upp den Regionala strategin för ökad inflyttning och förbättrad integration har påbörjats. Utifrån resultatet av vad denna uppföljning visar behöver beslut tas om behovet av en revidering av strategin och mål upprättas för Regional Utvecklings arbete med integrationsfrågor kommande år.

Hur arbetet som görs ska synliggöras behöver utvecklas under året.

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Sekretariatet
Daniel Nilsson
Tfn: 063-14 75 71
E-post: daniel.l.nilsson@regionjh.se

2016-04-12

RS/564/2016

Bilaga - uppföljning av regionstyrelsens plan för intern kontroll

Risk	Konsekvens	Åtgärd	Riskbedömning (kopplat till riskkarta)
Ärendeprocess följs inte	Ärenden kommer inte upp för beslut i tid, undermåliga beslutsunderlag. Beslut fattas på dåliga underlag.	Genomför utbildning i ärendeprocess för handläggare. Gör översyn av regler för ärendeberedning.	12

Under 2015 genomförde Samordningskansliet flertalet utbildningar i ärendeberedning till handläggare och chefer inom regionstaben. Dokumentet *'Regler för ärendeberedning'* reviderades och en handbok för handläggning av ärenden togs fram och delades ut till samtliga som deltog i utbildningarna. Antalet användare av ärendehanteringssystemet har ökat efter genomförda utbildningsinsatser. Nu pågår ytterligare en revidering av reglerna utifrån den nya tjänstemannaorganisationen.
Under 2016 har Samordningskansliet planerat för två utbildningsinsatser, en gång i maj och en gång under hösten. Under första kvartalet 2016 har perspektivet för beredning av ärenden med ett regionalt utvecklingsperspektiv tagits fram och beslutats.

Risk	Konsekvens	Åtgärd	Riskbedömning (kopplat till riskkarta)
Felaktiga delegationsbeslut	Beslut strider mot delegationsbestämmelser.	Upprätta rutin för kontroll av delegationsbeslut. Rätta felaktiga beslut.	12

Som en del i regionstyrelsens internkontrollplan 2016 ska en rutin upprättas för att säkerställa att delegationsbeslut fattas på rätt sätt och av rätt person enligt de delegationsbestämmelser som finns, samt att besluten redovisas till nämnd eller styrelse.

I en första granskning som sekretariatet utfört har det uppkommit fall där beslut fattats av fel delegat och/eller utifrån fel delegationsbestämmelser. I några fall har man fattat delegationsbeslut på ärenden som egentligen är verkställighetsbeslut. Beslutet har i vissa fall inte heller anmälts på rätt sätt till nämnd/styrelse eller till regiondirektören. Någon rutin för hur vi anmäler delegationsbeslut till regiondirektören finns inte för närvarande.

I de fall där oklarheter förekommit har delegaten vidtalats. Det har dock inte ansetts nödvändigt att ändra besluten i de upptäckta fallen.

Ett delegationsbeslut kan överklagas och därför är det av yttersta vikt att beslutet är fattat på rätt sätt och anmält till delegerande organ.

Arbetet med en rutin för delegationsbeslut och kontroll av desamma har påbörjats under våren 2016.

Risk	**Konsekvens**	**Åtgärd**	**Riskbedömning (kopplat till riskkarta)**
Alla ny chefer går inte chefsutbildning	Kompetensbrist hos chefer	Avstämning, saknas något utbildningsblock hos de chefer som är anställda inom organisationen. Ta beslut om obligatorisk utbildning	12

I pågående ”omgång” av Ny som chef går samtliga nya chefer utom ny områdeschef. De flesta chefer har varit frånvarande vid en eller flera delar av utbildningen och i samband med kursens avslut i maj kommer detta att redovisas av respektive kursintyg (som också skickas till överordnad chef). Cheferna erbjuds att ta igen de förlorade tillfällena vid nästkommande tillfälle. I riktlinjerna framgår också att alla chefer ska erbjudas att gå utbildningen. Om tidigare chefserfarenhet finns kan överordnad chef bevilja anstånd.

Risk	**Konsekvens**	**Åtgärd**	**Riskbedömning (kopplat till riskkarta)**
Referenstagning görs inte vid rekrytering	Felrekryteringar sker. Viktig kompetens kan saknas hos medarbetare som rekryteras	Kontroll av gjord referenstagning under jan-april 2016.	6

Personalavdelningen

Risk	**Konsekvens**	**Åtgärd**	**Riskbedömning (kopplat till riskkarta)**
Skadlig kod/virus tar sig i Region Jämtland Härjedalens IT-system	Totalt driftstopp. Förlust av data. Ekonomisk förlust. Inställd sjukvårds-produktion.	Påbörja arbete med nätsegmentering.	12

Arbetet med nätsegmentering påbörjades under hösten 2015 (projekt “Genesis”).

I detta projekt ingår också anskaffning/ införande av nya brandväggar med utökat skydd för att blockera skadlig kod.

Åtgärdslista skydd mot ransomware (skadlig kod) genomförs nu stegvis i prioriterad ordning.

Risk	**Konsekvens**	**Åtgärd**	**Riskbedömning (kopplat till riskkarta)**
Intrång i infrastruktur/IT-system	Sekretessbrott. Data stjäls. Utpressningssituationer. Data förstörs	Skärpt kontroll över utdelade behörigheter. (Stark autentisering) Kontroll av befintlig brandvägg.	16

IT-avdelningen har, som ett led i att förstärka autentisering genomfört en lösning för inloggning med SITHS-kort för externa vårdgivare inom Hälsovalet (tidigare användes endast lösenord).
2. Genomfört tydligare uppföljningsrutin för privilegierade behörigheter (admin-behörigheter för IT-driftpersonal).
3. Påbörjat kravställning på tvåfaktors- inloggning för IT-driftpersonal till regionens IT-system (för privilegierade behörigheter).

Risk	**Konsekvens**	**Åtgärd**	**Riskbedömning (kopplat till riskkarta)**
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.

Risk	**Konsekvens**	**Åtgärd**	**Riskbedömning (kopplat till riskkarta)**
Felaktiga direktupphandlingar sker	Upphandlingspolicy efterlevs inte. Felaktiga/mer kostsamma produkter kan upphandlas	Inventering av behov hos verksamheterna för att se vilka behov som finns.	12

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 (kopplat till riskkarta)
Lagefterlevnad webben. Decentraliserad publicering	Bryter mot upphovsrätt, ekonomiska konsekvenser – skadestånd.	Utbildning, bättre information om upphovsrätt vid publicering	12

En ny extern webbplats kommer att lanseras där många verksamhetsuppgifter hämtas med automatik från andra system, t.ex. EKO-katalogen. Det innebär att den decentraliserade publiceringen kommer att minska. Utbildning av upphovsrätt vid publicering sker löpande vid kontakt med verksamheterna. Arbete pågår dessutom med att utveckla den organisationsgemensamma bildbank med upphovsrätts/royaltyfria bilder som kan användas internt.

Risk	Konsekvens	Åtgärd	Riskbedömning (kopplat till riskkarta)
Varumärkespolicyn följs ej	Minskat förtroende för varumärket	Utbildningsinsatser för anställda. Framtagande av bra och enkla mallar att använda.	12

En obligatorisk medarbetarutbildning kommer att lanseras under hösten 2016. Det kommer att vara en interaktiv, webbaserad utbildning som bland annat kommer att beröra varumärke, värdegrund, jämlikhet, jämställdhet och lean. Tanken är att alla medarbetare och tjänstemän ska ha genomgått utbildningen innan 2016 års slut.

.

Miljöbokslut 2015

Version: 1.0

Ansvarig: Åsa Paletun, Miljöstrateg

Dnr: RS/673/2016

ÄNDRINGSFÖRTECKNING

Version	Datum	Ändring	Beslutat av	Datum
1.	2016-04-28	Nyutgåva		
2.				
3.				

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Miljöbokslut 2015 1
1 Förord 6
2 Region Jämtland Härjedalen 2015 7
2.1 Bildandet av Region Jämtland Härjedalen 7
2.2 Organisationsöversikt Region Jämtland Härjedalen 2015 7
3 Miljöpolicy 8
4 Organisationens miljöledningssystem 8
5 Regionens påverkan på miljön 10
5.1 Betydande miljöaspekter 10
6 Lagstadgade miljökrav 11
7 Miljömål 11
7.1 Utdrag ur Regionplan 2015-2017 12
7.3 Detaljerade miljömål 14
8 Måluppfyllelse 15
8.1 Avfall 16
8.1.1 Mål 16
8.1.2 Måluppfyllelse 16
8.1.2.1 Farligt avfall 20
8.1.2.2 Kemikalieavfall 21
8.1.2.3 Skärande/stickande avfall, smittförande avfall och biologiskt avfall 21
8.1.2.4 Läkemedelsavfall 21
8.2 Användning av kopieringspapper 22
8.2.1 Mål och måluppfyllelse 22
8.3 Energianvändning 22
8.3.1 Egenproducerad vindkraft 22
8.3.2 Energianvändning Jämtlands läns landsting 2015 23
8.3.2.1 Mål 23
8.3.2.2 Total energiförbrukning – energiindexreglerad värmeenergi 24
8.3.2.3 Måluppfyllelse totala energianvändningen 24
8.3.2.4 Total energiförbrukning och klimatpåverkan 25
8.3.2.5 Värmeenergi 27
8.3.2.6 Elenergianvändningen 28

8.3.2.7 Energianvändning i hyrda fastigheter 29
8.4 Kemikaliehanteringssystem 30
8.5 Livsmedel 31
8.5.1 Mål 31
8.5.2 Måluppfyllelse 31
8.5.3 Jämförelsetal 32
8.6 Transporter och resor 33
8.6.1 Koldioxidutsläpp från tjänsteresor och transporter 34
8.6.1.1 Mål 34
8.6.1.2 Måluppfyllelse 35
8.6.1.3 Jämförelsetal 36
9 Övrig miljöprestanda 37
9.1 Utsläpp av avloppsvatten 38
9.2 Utsläpp till luft 38
9.2.1 Lustgasanvändning 38
9.2.2 Beräkning av landstingets utsläpp av 4 luftföroreningar 39
9.2.3 Köldmedia 40
9.2.4 Klimatpåverkan – koldioxidekvivalenter –summering 41
9.3 Vattenanvändning 42
9.4 Förbrukningsvaror 42
9.4.1 Förbrukning av vissa kemikalier m.m. 43
9.5 Upphandling och inköp 44
9.6 Intern utbildning 44
10 Hållbarhetsarbete inom Regional utveckling 45
10.1.1 Klimatråd Jämtlands län 45
10.1.2 Undertecknande av ”Under 2 MOU” 45
10.1.3 Klimatmötet i Paris 45
10.1.4 Europaforum Norra Sverige 46
10.1.5 Mittnordenkommittén 46
10.1.6 Miljöministernätverket ENCORE 46
10.1.7 PVC-fria blodpåsar 46
10.1.8 Giftfri vardag 46

10.1.9 Energikontoret 46
10.1.10 Utvecklingslab 47
10.1.11 Samordning biogas 47
10.1.12 Utsläpp från allmänna kollektivtrafiken 48
11 Organisation 2015 48
11.1 Hälso- och sjukvård och tandvård 48
11.1.1 Specialistvården 48
11.1.2 Primärvården 48
11.1.2.1 Hälsoval 49
11.1.3 Folktandvården 49
11.2 Centrum för diagnostik, teknik och service 49
11.3 Centrum för lednings- och verksamhetsstöd 49
11.4 Utbildning 49
11.5 Regionala utvecklingsförvaltningen 50
11.5.1 Näringsliv 50
11.5.2 Kompetens och utbildning 50
11.5.3 Infrastruktur 50
11.5.4 Länskulturen 50
11.5.5 Attraktion och livsmiljö 51

1 Förord

Region Jämtland Härjedalen är en stor organisation som ansvarar för insatser inom hälso- och sjukvård, tandvård, utbildning, forskning, kultur och regional utveckling. Verksamheterna är av stor betydelse för den enskilde medborgaren och utvecklingen av Jämtlands län.
Eftersom vi har en relativt stor miljöpåverkan i våra verksamheter har regionen integrerat miljöarbetet i ett miljöledningssystem sedan 2004. Från 2011 är miljöledningssystemet integrerat i regionens generella ledningssystem. Miljöledningssystemet är uppbyggt utifrån den internationella standarden ISO 14 001 och EU-förordningen EMAS. Ledningssystemet gäller för alla verksamheter i Region Jämtland Härjedalen.
Under 2015 genomfördes en recertifiering och från 21 december 2015 är hela Region Jämtland Härjedalens verksamhet Miljöcertifierad.
Certifieringen gäller hälso- och sjukvård inklusive specialistsjukvård och primärvård, folktandvård, länskulturen, utbildning och utveckling, folkhögskolor, diagnostik, teknik och service, regional utveckling samt regionstaben.
De verksamheter som inte omfattas av certifieringen är stiftelser och bolag som helt eller delvis ägs av Region Jämtland Härjedalen, samt politiska beredningar, revisorer, Regionstyrelse, Vårdvalsnämnd, Regional utvecklingsnämnd och regionfullmäktige.
Miljöledningssystemet ställer krav på organisationen att utifrån miljöpolicyn ställa upp miljömål och presentera resultaten av arbetet i en offentlig miljöredovisning. I den här miljöredovisningen kan du läsa hur vi lyckats i det arbetet, vad vi gjort och vad vi kan bli bättre på.

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

EMAS
KONTROLLERAT
MILJÖLEDNINGSSYSTEM

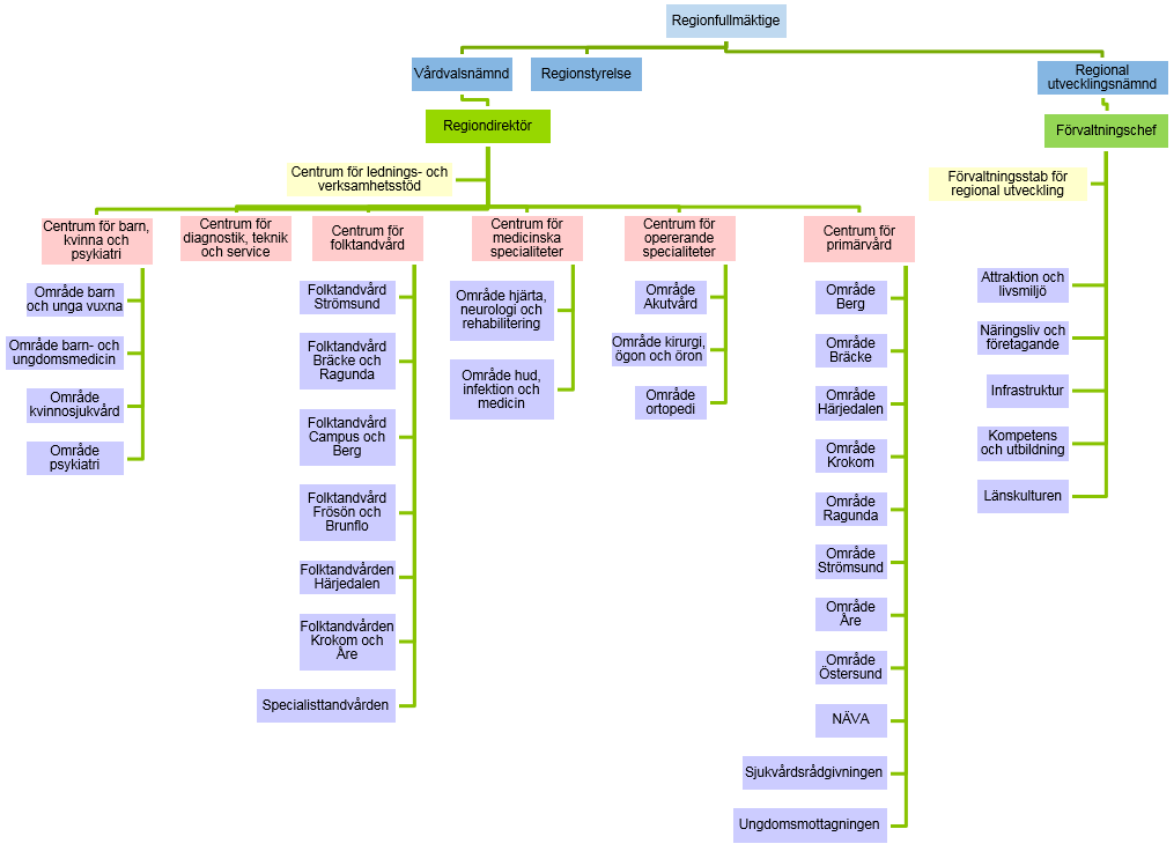
Utgåva 1
2016-04-28
BMG TRADA Certifiering AB
Ackrediteringsnummer 1450

2 Region Jämtland Härjedalen 2015

2.1 Bildandet av Region Jämtland Härjedalen

Region Jämtland Härjedalen har utsetts av regeringen att vara regionalt utvecklingsansvarig i Jämtlands län från och med den 1 januari 2015. Enkelt uttryckt bildades den nya organisationen genom att verksamheterna i Jämtlands län landsting och Regionförbundet Jämtlands län slogs ihop. Dessutom tillkom uppgifter och personal inom området företagsstöd, som tidigare fanns på länsstyrelsen.
Under hösten 2015 beslutades om ny organisation från 2016.

2.2 Organisationsöversikt Region Jämtland Härjedalen 2015



Organisationsskiss med områden

För en närmare beskrivning av organisationen – se kapitel 11.

3 Miljöpolicy

Den miljöpolicy som gäller beslutades 2013-10-23 av dåvarande Landstingsfullmäktige och gäller tills vidare för Region Jämtland Härjedalen, men kommer att ses över med tanke på att man i policyn använder benämningen landstinget.

I Miljöpolicyn läggs fast att:

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

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

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

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

Landstinget ska därför arbeta enligt följande;

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

4 Organisationens miljöledningssystem

Förutsättningen för att en organisation i storlek med Region Jämtland Härjedalen ska få ett effektivt och tydligt miljöarbete är att det systematiskt förs in i det dagliga arbetet. Miljöledningssystemet beskriver hur miljöarbetet i organisationen ska bedrivas i den dagliga verksamheten. En reviderad miljöpolicy som ligger till grund för de övergripande och detaljerade miljömålen antogs 2013. Region Jämtland Härjedalen har ett miljöledningssystem enligt den internationella standarden ISO 14 001 och den europeiska motsvarigheten EMAS. EMAS och

ISO 14 001 har samma gemensamma uppbyggnad, men för ett godkännande enligt EMAS krävs bl.a. även en offentlig miljöredovisning som allmänheten får ta del av.
I miljöledningssystemet dokumenteras rutiner för hur uppföljning och kontroll av regionens miljöarbete ska utföras. Tanken med miljöledningssystemet är att organisationen ständigt skall förbättra sin miljöprestanda. 2010-2011 infördes ett gemensamt ledningssystem som förutom det certifierade miljöledningssystemet, även omfattar kvalitetsledning, arbetsmiljö och informationssäkerhet.
Inom regionens olika verksamheter finns utsedda miljöombud. Miljöombuden ska genom sina kunskaper fungera som ett stöd ute på arbetsplatserna. Det är anställda inom organisationen som har miljöombudsrollen som en liten del av sitt arbete för att informera och öka miljömedvetenheten.
Under 2012 utarbetades en ny styrmodell för landstinget som sedan dess har reviderats och uppdaterats.

Bild: Styrmodell Region Jämtland Härjedalen

En långsiktig utvecklingsplan för miljö togs fram under 2013 som tillsammans med miljöpolicyn ska vara vägledande och styrande för miljöarbetet i landstinget.
De långsiktiga utvecklingsplanerna tar sikte 12 år framåt med målvärden på 4, 8 och 12 år och ger mål och inspel till regionplanen samt till den övergripande handlingsplan för miljö som tas fram för att styra miljöarbetet med 1-2-årsperspektiv.

5 Regionens påverkan på miljön

Bredden i regionens verksamheter gör att vi påverkar miljön både direkt och indirekt. Regionen köper in stora mängder varor, upphandlar tjänster allt från förbrukningsartiklar, kontorsmaterial, sjukvårdsmaterial, utrustning, bränslen, livsmedel och läkartjänster och den totala mängden avfall för landstinget 2015 var ca 871 ton. Tjänsteresor och transporter inom och utom länet leder till stora utsläpp av koldioxid. Fastigheterna kräver stora mängder energi i form av el och värme. Användning av kemikalier och läkemedel ger utsläpp både till luft och till vatten. För utförligare data se miljödata längst bak i dokumentet.

5.1 Betydande miljöaspekter

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

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

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

6 Lagstadgade miljökrav

Regionens breda verksamhetsområde berörs av en lång rad föreskrifter, allt ifrån regler om livsmedelshantering, lag om skydd mot olyckor, kommunala renhållningsordningar, strålskyddslagstiftning, EU-förordningar och Miljöbalken m.m.
För att säkerställa att regionens alla verksamheter följer gällande lagstiftning har regionen upprättat en lagförteckning över de lagar och föreskrifter som verksamheterna berörs av. Lagförteckningen uppdateras årligen och alla chefer får årligen fylla i en checklista för att följa upp om man känner till reglerna och följer dem. För 2015 beslutades dock om ett tillfälligt uppehåll med lagefterlevnadsenkäten bland annat på grund av dubbla externa revisioner, recertifiering, förberedelser för att certifiera regionala utvecklingsförvaltningen m.m.
Utöver ovanstående så granskas lagefterlevnaden vid både interna och externa revisioner. Östersunds sjukhus får också återkommande inspektioner av tillsynsmyndigheten eftersom det räknas som miljöfarlig verksamhet.

7 Miljömål

I varje landstingsplan/regionplan anges inriktningsmål för kommande treårsperioden.

De strategiska målen som regionen ska fokusera på i enlighet med Regionplan 2015-2017 var följande:

Målområde samhälle:

- Hållbar utveckling avseende ekonomi, ekologi och socialt
- Resurseffektivt innovativt näringsliv
- Integration utifrån mångfaldens värde
- Jämställdhet och jämlika levnadsvillkor
- Ökad inflyttning och de demografiska utmaningarna
- En demokratisk region präglad av insyn och delaktighet
- Förbättrad psykisk hälsa
- Hälsofrämjande och trygghetsskapande levnadsvillkor
- Goda samarbetspartners

Målområde Patient:

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

Målområde Medarbetare:

- Attraktiv arbetsgivare till kompetenta medarbetare med ett tydligt uppdrag
- Utveckling genom forskning, lärande och förnyelse
- Hälsofrämjande arbetsmiljö
- En kompetensförsörjning som understödjer omställning till framtidens utmaningar

Verksamhetsresultat:

- God ekonomisk hushållning med solidarisk fördelning där resurserna fördelas jämlikt och jämställt
- Långsiktigt hållbar verksamhet utifrån socialt, miljömässigt och ekonomiskt perspektiv
- Effektiva processer

Landstingsplanerna har genom åren sett lite olika ut. Ibland har man angett ”långsiktiga mål” och ibland ”inriktningsmål” och aktiviteter för att uppnå dessa mål samt målvärden.

För år 2015 är landstingsplanerna 2013-2015, 2014-2016 samt regionplan 2015-2017 relevanta.
Här nedan redovisas de viktigaste långsiktiga/inriktningsmålen ur respektive landstingsplan vad gäller miljöfrågorna. Upplägget för Regionplan 2015-2017 var att mer i beskrivande ord formulera prioriteringarna. Utdrag ur de texterna som rör miljöområdet följer efter mål ur landstingsplanerna. För samtliga mål och texter– se respektive landstingsplan/regionplan som ni hittar på regionens hemsida ”www.regionjh.se/.

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

7.1 Utdrag ur Regionplan 2015-2017

Hållbar utveckling avseende ekonomi, ekologi och socialt

Regionen ska arbeta både med verksamhetens indirekta och direkta miljöpåverkan liksom omställningen av regionen utifrån erkända hållbarhetsprinciper och sträva efter ständiga förbättringar i miljöarbetet. Till stöd för sitt inre arbete har regionens verksamheter ett certifierat ledningssystem som gäller ISO 14001 och EMAS. För det yttre arbetet får regionens ledarskap sitt stöd från en kontinuerlig omvärldsbevakning.

Särskilt angelägna frågor är klimatpåverkan, skadliga kemikalier, resurshushållning och antibiotikaresistens.

En hållbar utveckling är en förutsättning för god, jämlik och jämställd hälsa, både för nuvarande och kommande generationer. Med miljö menar vi inte bara klimatet och naturen utan även miljön inomhus, människors exponering för kemikalier, buller och luftföroreningar.

En socialt, ekologisk och ekonomisk hållbar verksamhet skapar bättre förutsättningar för jämt fördelad god hälsa bland länets befolkning. Att arbeta förebyggande med miljö- och klimatfrågor bidrar till att minska negativ miljö- och hälsopåverkan.

Det är också viktigt att förebygga och förbereda oss på de klimatförändringar som både på kort och lång sikt riskerar att medföra förändringar som hotar kommande generationers rätt till ett bra liv och livskraftig miljö. Det gäller såväl hälsoaspekter som den yttre miljön och dess förutsättningar att leverera råvaruresurser och ekosystemtjänster.

Inköp inklusive upphandling är ett viktigt verktyg i arbetet att kunna minimera risken för att material, produkter och tjänster som regionen använder ska ge negativ påverkan på hälsa och miljö.

Regionen ska höja ambitionen för inköp av ekologiska livsmedel med sikte på målet för 2026 samt bibehålla dagens nivå på inköp av ekologiska och socialt-etiskt märkta livsmedel.

Långsiktigt hållbar verksamhet utifrån socialt, miljömässigt och ekonomiskt perspektiv

Genom att arbeta förebyggande med miljö- och klimatfrågor ska regionen bidra till att minska negativ miljö- och hälsopåverkan.

Ett prioriterat område är att minimera negativ påverkan på miljö och hälsa från kemikalier och kemiska produkter. Hormonstörande kemikalier ska fasas ut och även andra hälso- och miljöfarliga kemikalier och produkter ska ersättas. Barns exponering för farliga kemikalier ska minskas. För det ska uppnås ska ett arbete påbörjas med att sammanställa och kategorisera hälso- och miljöskadliga ämnen som hanteras inom regionen. En översyn ska också genomföras av vilka krav som ställs vid upphandlingar. De sammanhang som regionens verksamhet påverkar barns exponering för farliga ämnen ska också identifieras.

Genom en hög ambitionsnivå i energieffektiviseringsarbetet ska regionen minimera behovet av tillförsel av energi, ha effektiv energianvändning, använda energi från förnyelsebara källor och egen förnyelsebar energiproduktion. Det leder till att regionen minimerar klimatpåverkan från energianvändning vilket även bidrar till en ekonomisk hushållning för verksamheten.

7.3 Detaljerade miljömål

De detaljerade målen avseende interna miljöfrågor som gällde för 2015 återfinns i Övergripande handlingsplan miljö 2015.

Mål i landstingsövergripande handlingsplan för miljö 2015:

- Den **totala avfallsmängden** ska minska med 1 % till slutet av 2015 jämfört med 2012 (822 ton 2011 => 814 ton 2015).

- **Mängden kopieringspapper** ska minska med 2 % till slutet av 2015 jämfört med 2013 (38,7 ton 2013 => 38,0 ton 2015).

- Principerna för **hållbara inköp** ska vara allmänt kända för all personal som är involverade i inköp

- **Energianvändningen** ska minska med 8 % till år 2020 från 2009 (mätt som kWh/m2, BRA-yta). Det innebär -5,5 % till år 2015 jämfört med år 2009.

- **Kemikaliehanteringssystem** ska implementeras i verksamheten under 2015

- Vid inköp av material och produkter som används i miljöer och verksamhet där barn och ungdomar vistas ska särskild hänsyn tas vad gäller risk för exponering av oönskade **hormonstörande ämnen**.

- Andelen **ekologiska livsmedel** ska vara minst 21 % av det totala utfallet av livsmedelsinköpen

- Andelen **socialt-etiskt märkta livsmedel** ska vara minst 6 % av det totala utfallet för livsmedelsinköpen

- **Koldioxidutsläppen** från anställdas **tjänsteresor och transporter** ska minska med 12 % jämfört med år 2010 (1 553 609 kg CO2 år 2010 => 1 367 175 kg CO2 år 2015, motsvarande -186 433 kg)

9 Måluppfyllelse

Uppföljningen av miljömålen sker utifrån de mål som finns i övergripande handlingsplan för miljö 2015. Verksamhetsområdena ska följa upp sina miljömål i sina respektive verksamhetsberättelser.

Mål	Resultat	Kommentar
Den **totala avfallsmängden** ska minska med 1 % till slutet av 2015 jämfört med 2012 (822 ton 2011 => 814 ton 2015).	+7% 871 ton	Alla kategorier avfall ökar utom avfall till deponi och komposterbart.
Mängden kopieringspapper ska minska med 2 % till slutet av 2015 jämfört med 2013 (38,7 ton 2013 => 38,0 ton 2015).	Totalt +5,7 % Exkl. Reg.utv: -3 %	Målet uppnått om man jämför med den verksamhet vi mätte 2013. Regionala utvecklingsförvaltningen tillkom med regionbildningen 2015.
Principerna för **hållbara inköp** ska vara allmänt kända för all personal som är involverade i inköp	Ingen mätning	Regler beslutades våren 2015. Information har gått ut till alla chefer och miljöombud
Energianvändningen ska minska med 8 % till år 2020 från 2009 (mätt som kWh/m2, BRA-yta). Det innebär -5,5 % till år 2015 jämfört med år 2009 vilket motsvarar 211,3 kWh/m² år 2015.	203 kWh/m²	Punktinsatser med stor effekt har genomförts under 2015 med positivt resultat.
Kemikaliehanteringssystem ska implementeras i verksamheten under 2015	Implementerat i princip alla berörda verksamheter	Implementeringen har gått smidigt och systemet upplevs som lättanvänt.
Vid inköp av material och produkter som används i miljöer och verksamhet där barn och ungdomar vistas ska särskild hänsyn tas vad gäller risk för exponering av oönskade **hormonstörande ämnen**.	Ingen uppföljning	Målet formulerades med utgångspunkt från regionplan 2015-2017. Målet prioriterades dock inte i regionstyrelsens verksamhetsplan för 2015, så inga riktade aktiviteter genomfördes 2015
Andelen **ekologiska livsmedel** ska vara minst 21 % av det totala utfallet av livsmedelsinköpen	27,2%	Målet uppnått med stor marginal
Andelen **socialt-etiskt märkta livsmedel** ska vara minst 6 % av det totala utfallet för livsmedelsinköpen	10,1%	Målet uppnått med stor marginal
Koldioxidutsläppen från anställdas **tjänsteresor och transporter** ska minska med 12 % jämfört med år 2010 (1 553 609 kg CO2 år 2010 => 1 367 175 kg CO2 år 2015, motsvarande -186 433 kg)	+10,7 %	Målet ej uppnått, 162 ton mer än 2010.

9.1 Avfall

Källsortering av avfall har bedrivits inom hela organisationen sedan 1996. Samma system för källsortering har införts i samtliga verksamheter. Källsorterat avfall från regionens verksamheter i länet går med transportenhetens returtransporter in till miljöstationen på Östersunds sjukhus. Avfallet sorteras i över 40 olika fraktioner. Andelen hushållsavfall till deponi år 1995 var 1 200 ton och under år 2015 deponerades 40 ton.
En stor del av den minskningen beror på att komposterbart och brännbart avfall sorteras ut. Mängden brännbart från våra verksamheter i Östersunds kommun är 419 ton och den komposterbara fraktionen är 132 ton. Mycket avfall sorteras också i olika fraktioner för återvinning.

9.1.1 Mål

- Den **totala avfallsmängden** ska minska med 1 % till slutet av 2015 jämfört med 2012 (822 ton 2011 => 814 ton 2015).
- **Mängden kopieringspapper** ska minska med 2 % till slutet av 2015 jämfört med 2013 (38,7 ton 2013 => 38,0 ton 2015).

9.1.2 Måluppfyllelse

Målet för 2015 var att minska den totala avfallsmängden med 1 % jämfört med 2012 men resultatet blev istället en ökning med 7 %.

	2011	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	Skillnad i % jmf 2012	Skillnad i ton, jmf m 2012
Total mängd i ton	**817**	**817**	**829**	**891**	**871**	**7 %**	**+55**
Varav farligt avfall	35	44	56	57	51	**15 %**	+6
Varav avfall till deponi	42	53	70	38	40	**-25 %**	-13
Varav brännbart	346	359	329	376	419	**17 %**	+60
Varav komposterbart	136	143	133	142	132	**-8 %**	-11
Varav källsorterat	258	217	241	277	230	**6 %**	+13

**I fraktionerna brännbart och komposterbart ingår enbart avfall från verksamheter belägna i fastigheter ägda av Region Jämtland Härjedalen samt det konverterade smittförande avfallet.*

Totala avfallsmängden 2012 var 822 ton och 2015 var det ca 871 ton.
Det som dock sticker ut i sammanhanget är att den brännbara fraktionen ökar betydligt mer än det källsorterade avfallet. Man har nationellt sett en trend med mer engångsmaterial/engångsinstrument etc. inom hälso- och sjukvården, men om det kan vara en förklaring till vår ökning är oklart. I ett avfallsnätverk för landsting och regioner har vi försökt hitta något produktionsmått som kan relateras till totala avfallsmängden, men har ännu inte lyckats med det – så vi kan i dagsläget inte göra sådan jämförelse/analys.

Under 2014 har vi själva börjat väga det elektronikavfall som körs till Östersunds kommuns återvinningsanläggning på Gräfsåsen eftersom vi inte får det redovisat på annat sätt. Den fraktioner är dock inte medräknad i totalen ovan eftersom vi inte har data för referensåret 2012 för denna fraktion.
Brännbart träavfall (som skickas till fjärrvärmeverk) och industriavfall byggverksamhet är fraktioner där vi inte får statistik varje år och är därmed inte heller medräknad i sammanställningen ovan.

För detaljer – se tabeller nedan.

Förpacknings- metall- och pappersåtervinning, ton

Källsorterat avfall, ton	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	Skillnad i % jmf 2011	Skillnad i ton
Wellpapp	104,79	68,36	71,42	72,58	81,97	20 %	**13,61**
Papper	47,42	36,65	35,49	28,01	29,13	-21 %	**-7,52**
Pappersförpackningar	12,89	17,00	15,00	14,00	15,96	-6 %	**-1,04**
Mjukplast	3,15	9,75	6,75	4,88	2,30	-76 %	**-7,45**
Hårdplast	1,48	0,71	4,86	4,28	2,42	240 %	**1,71**
Sekretess papper	19,63	18,44	19,57	40,62	19,85	8 %	**1,41**
Sekretess plast/gips	0,69	0,13	0,00			-100 %	**-0,13**
Färgat glas *	1,63	3,96	1,04	1,82	3,12	-21 %	**-0,84**
Ofärgat glas *	2,48		1,95	1,95	7,26		**7,26**
Metallförpackningar	5,56	3,89	6,03	5,36	4,55	17 %	**0,66**
Blyskrot	2,98	5,96	5,84	5,34	5,42	-9 %	**-0,54**
Blandskrot	52,70	49,94	70,60	94,96	53,71	8 %	**3,78**
Kabelskrot	2,04	2,42	2,08	3,18	4,28	77 %	**1,86**
Aluminium (diverse)					0,04		**0,04**
Mässing					0,11		**0,11**
Skrot, Rostfritt	0,05	0,26	0,28			-100 %	**-0,26**
Totalt	**257,5**	**217,5**	**240,9**	**277,0**	**230,1**	6 %	**12,64**

** För år 2012 fick vi inte separerad statistik för färgat och ofärgat glas*

Den stora ökningen av sekretesspappersavfall 2014 berodde på en flytt av arkivet där man arbetat med rensning, vilket resulterade i 23,8 ton sekretesspappersavfall i sig. En avställd cistern skrotades också 2013-2014 varav den stora ökningen av blandskrot de åren. När mängden metallskrot ökar eller minskar får det en stor effekt på totalsumman i vikt eftersom det väger väldigt mycket.

Mängden avfall till förpacknings- metall- och pappers-återvinning, har ökat med 6 % (ca 12,6 ton). Det måste sättas i relation till andra fraktioner, särskilt brännbart avfall. Under våren 2015 hade vi problem med den balpress som pressar mjukplast och pappersförpackningar. Pressen stod stilla i ca 1,5 månad då man istället fick lägga det avfallet till brännbart istället. Den mängden uppskattas till ca 2 ton som normalt hade gått till återvinning. Om vi jämför hur andelen avfall till förpacknings- metall- och pappers-återvinning sett ut i förhållande till totala avfallsmängden så ser vi att andelen källsorterat är på ungefär samma nivå genom åren, men har sjunkit 2015.

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

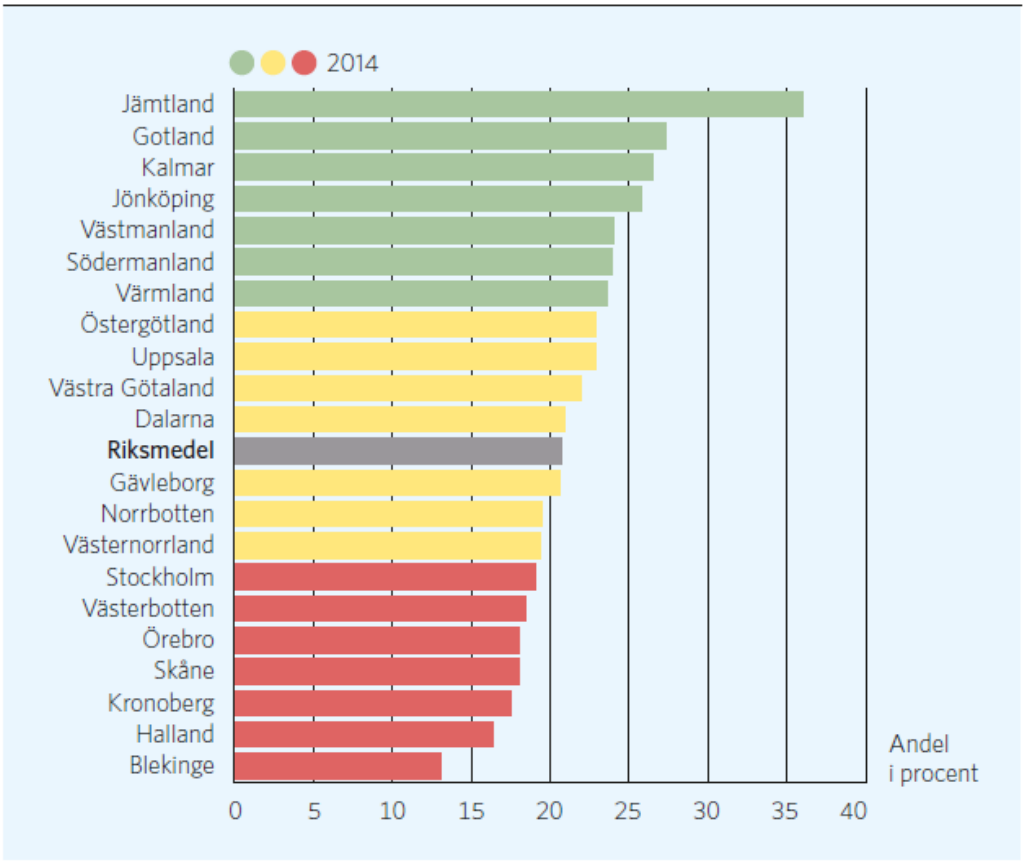
Återvinningsgrad	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
(Kompost, Källsorterat+ Elektronik & Batterier)	54,3%	51,4%	49,6%	48,3%	44,4%	45,9%	48,4%	43,1%

Elektronikavfall och batterier ingår i kategorin farligt avfall i tabell nedan. Stor del av detta avfall återvinns dock idag och i flera sammanhang kategoriseras det som en återvinningsfraktion tillsammans även med komposterbart avfall.

Utan arkivflytt och cisternskrot 2014 hade återvinningsgraden då varit 42,6 %, så de två senaste åren har vi sett en minskning. Det källsorterade avfallet kan också jämföras med den brännbara fraktionen, där avfallet troligen hamnar då det inte källsorteras.
Avfall till förpacknings- metall- och pappers-återvinning har ökat med 12,6 ton och det brännbara har ökat med 60 ton jämfört med 2012 vilket tyder på att det skett en klar försämring i det förhållandet.

Sedan ett år tillbaka görs en officiell jämförelse landsting och regioner emellan av materialåtervinningsgrad i form av Öppna jämförelser om miljöarbetet i landsting och regioner.

DIAGRAM 6. Materialåtervinningsgrad, procent 2014



Källa: Respektive landsting.

Andelen avfall till återvinning som det beräknas i denna jämförelse (där komposterbart inte är medräknat) är 36 % för 2014 för dåvarande Jämtlands läns landsting, vilket är högst av alla. I preliminära data för 2015 ser det ut som vi behåller tätpositionen.

Deponi, ton	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	Skillnad i % jmf 2012	Skillnad i ton
Fettavskiljare	17,9	20,7	18,3	16,6	19,0	-8 %	-1,7
Restavfall, hushållsavfall	22,1	32,0	36,0	17,4	16,0	-50 %	-16,0
Sand & vatten, slambil	2,0						
Gips *			15,52	4,48	4,712		4,7
Totalt	**41,9**	**52,7**	**69,8**	**38,4**	**39,7**	-25 %	-13,0

** Från 2013 finns en separat gipscontainer för gips från bygg- och renoveringsarbeten för att separera ut det från övrigt restavfall*

Största andelen deponiavfall kommer numera från tömning av fettavskiljare. Det som främst slängs i ”restavfall, hushållsavfall” är gips (från hälso- och sjukvården) samt kasserat glas och porslin.

Brännbart, ton	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	Skillnad i % jmf 2011	Skillnad i ton
Brännbart träavfall *	10,7	1,4			32,9	2320 %	31,6
Industriavfall, byggverksamhet **		4,3			15,4	258 %	11,1
Brännbart avfall	346,2	359,0	329,5	376,3	418,9	**17 %**	**59,9**
Totalt	**356,9**	**364,7**	**329,5**	**376,3**	**467,2**	**28 %**	**102,5**

** Vi lämnar brännbart träavfall till Jämtkraft, men har under flera år inte fått det inte vägt, så uppgift om mängder saknas för flera år*
*** ”industriavfall, byggverksamhet” är en kategori som uppstår vissa år då vi vid större bygg- eller rivningsarbeten tar hand om avfallet själva istället för att det ingår i entreprenaden.*

Brännbart träavfall och industriavfall byggverksamhet ingår inte i totalen i översta tabellen (först i kapitlet) då vi inte har konsekvent statistik genom åren.

För 2015 har mängden brännbart avfall som är jämförbart med hushållsavfall ökat med 17 %, motsvarande 60 ton, vilket är en rejäl ökning.

Inom hälso- och sjukvården används en betydande volym engångsartiklar, men om det också kan förklara ökningen av avfallsmängden är i dagsläget oklart.

Komposterbart, ton	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	Skillnad i % jmf 2011	Skillnad i ton
Komposterbart avfall	**135,9**	**143,4**	**132,8**	**142,2**	**132,3**	-8 %	-11,1

I länet är det enbart Östersunds kommun som hanterar komposterbart avfall separat.

9.1.2.1 Farligt avfall

Farligt avfall, ton	2011	2012	2013	2014	2015	Skillnad i % jmf 2011	Skillnad i ton
Fotokemikalier	0,76	1,69	0,87	0,24	0,12	-93 %	-1,57
Oljeavfall *	0,059		0,615	0,105			
Spillolja	0,03	0,24	0,61	0,19	0,08	-66%	-0,16
PCB-haltig olja	0,18						
Oljehaltigt slam***	9,5	12,4	18,5	14,2	19,04	54%	6,64
Småkemikalier **	0,71	1,20	1,13	1,38	1,37	14%	0,17
Färg- Lack- & Limavfall	0,54	0,35	0,45	0,25	0,45	29%	0,10
Förorenat vatten (Formalin)	1,9	3,4	2,4	3,1	3,0	-11%	-0,37
Lösningsmedel		0,6	0,4	0,4	0,6	11%	0,06
Kvicksilver (amalgam)	0,05	0,72	0,01	0,04	0,03	-96%	-0,69
Elektronikskrot	0,3	0,8	5,9	11,2	13,5	1591%	12,74
Småbatterier	0,94	0,65	0,88	0,57	0,02	-98%	-0,63
Biologiskt avfall	2,1	2,2	2,0	2,2	1,7	-23%	-0,49
Skärande stickande	8,9	8,3	9,3	8,3	8,2	-1%	-0,10
Cytostatika/Toxiska Läkemedel	9,2	11,1	12,8	14,1	13,3	19%	2,16
Alkaliskt avfall, flytande (rengöringsmedel)		0,053	0,023	0,047	0,156	195%	0,10
Composite	0,044	0,097	0,084	0,073	0,098	2%	0,00
Glykol		0,045		0,106	0,703	1462%	0,66
Filmavfall		0,224	0,324	0,275	0,801	258%	0,58
Totalt	**35,2**	**44,0**	**56,3**	**56,7**	**63,2**	44%	19,19

** I kategorin "Oljeavfall" ingår oljebemängt avfall, t.ex. fat med kasserade oljefilter, trassel, papper, absol etc. Oljeavfall från oljeavskiljare återfinns under rubriken "Oljehaltigt slam" .*
**** Vi är i statistiken beroende av hur avfallsmottagaren benämner avfallet. I kategorin "småkemikalier", så ingår även det som tidigare skiljts ut som "syror", "lösningsmedel", "glykol" och "laboratorieavfall" .*

Från vecka 21 år 2013 började vi väga elektronikskrotet själva, så från att tidigare haft bristfälliga data på denna avfallsfraktion har vi nu bra kontroll över mängderna.
Ökningen med drygt 12 ton beror här alltså på att vi tidigare inte haft fullständig statistik tidigare. Av den anledningen är inte elektronikskrot med i sammanställningen i första tabellen i kapitel 8.1.2.
Mängden oljehaltigt slam har ökat markant jämfört med 2011. De senaste åren har tömningsintervallet ökat, vilket får till följd att även avfallsmängden ökar, även om det är större andel vatten i avfallet i sig.
En annan orsak till att den totala mängden farligt avfall ökat kan vi härleda till att vi från april 2013 tar hand om allt läkemedelsavfall själva. Tidigare har det läkemedelsavfall som inte klassas som toxiskt, lämnats till apoteket varifrån vi haft svårt att få data på avfallsmängden.
Röntgenverksamheten har under några år digitaliserats och är från 2012 helt digitaliserad. I samband med det, så har man skickat iväg gamla fotokemikalier som inte

kommer att användas och från 2012 och framåt är det bara enstaka analog utrustning kvar som står för användningen av fotokemikalier.

9.1.2.2 Kemikalieavfall

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

9.1.2.3 Skärande/stickande avfall, smittförande avfall och biologiskt avfall

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

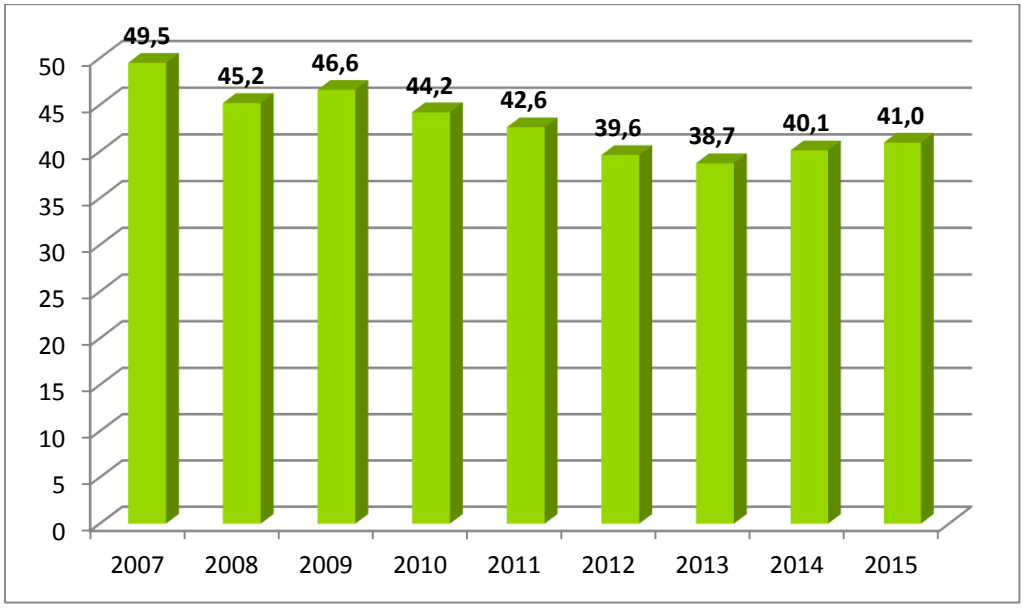
9.1.2.4 Läkemedelsavfall

Läkemedelsrester hanteras som farligt avfall och skickas till Stena Mediclean och fram till våren 2013 även till Apoteket Farmaci för destruktion. Sjukhusapoteket som fram till april 2013 tog hand om landstingets läkemedelsavfall som inte är toxiskt, tog 2010 emot ca 1,2 ton läkemedelsavfall från landstinget och privatpersoner, som gick till destruktion. Apoteket Farmaci har inte kunnat leverera senare data.
Rester från cytostatikabehandling (cellgift), antibiotika och vacciner m.m. läggs i speciella kärl för toxiska läkemedel innan det hämtas för destruktion av Stena Miljö. Från våren 2013 läggs allt läkemedelsavfall i samma kärl. Mängden läkemedelsavfall som omhändertas var 13,3 ton år 2015.

9.2 Användning av kopieringspapper

9.2.1 Mål och måluppfyllelse

Mängden kopieringspapper ska minska med 2 % till slutet av 2015 jämfört med 2013 (38,7 ton 2013 => 38,0 ton 2015).



Organisationen har ändrats mellan 2011 och 2015 då skolverksamheten (folkhögskolor och gymnasieskolan) övergick till andra huvudmän 2012 - och 2015 slogs landstinget och regional utvecklingsverksamhet ihop och bildade Region Jämtland Härjedalen. Om man räknar bort regionala utvecklingsförvaltningen även från 2015 års data, så vi jämför med den verksamhet vi hade 2013, så ser vi en minskning av användningen av kontorspapper/kopieringspapper med ca 1,2 ton, vilket motsvarar 3%.

Under 2014 har också förberedelser genomförts för att göra digitala kallelser till fullmäktige vilket implementeras från 2015 vilket förväntas minska pappersanvändningen ytterligare.

Målet uppnås med god marginal.

9.3 Energianvändning

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

9.3.1 Egenproducerad vindkraft

Jämtlands läns landsting var det första landstinget i Sverige som beslutade att köpa ett vindkraftverk. Beslutet togs redan 2010 och syftet var att producera förnyelsebar el för egen förbrukning.

Upphandlingen har skett enligt lagen om offentlig upphandling och intresserat hela vindkraftsbranschen.
Vindkraftverket på 3 MW är levererat av Greenextreme AB och är placerat söder Kalmar och ska testkördes 200 timmar våren 2014 innan fullskalig drift. Landstinget övertog ägandet av vindkraftverket 1 november 2014.
Vindkraftverket beräknas producera ca 8000 MWh/år och av den produktionen som kommer landstinget tillgodo motsvarar ca 30-35% av regionens totala elförbrukning.

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

9.3.2 Energianvändning Jämtlands läns landsting 2015

9.3.2.1 Mål

- **Energianvändningen** ska minska med 20 % till 2018 och med 30 % till år 2026 från 2009 (mätt som kWh/m², BRA-yta).
  Det innebär en total energianvändning på 211,3 kWh/m² år för 2015 som delmål.

Beräkning av målvärde

I landstingsplan 2011-2013 ändrades målformuleringen kring energi. Istället för att fokusera på totalförbrukningen, så går vi över till ett mål relaterat till det fastighetsyta vi har. På så sätt får vi ett bättre mått på hur energieffektiva vi är på den yta vi behärskar. Målet är att minska den totala energiförbrukningen mätt som kWh/m² BRA-yta där vi energiindexjusterar värdet. Vi har anpassat vår målsättning till nationella och EU-gemensamma mål, men att vi ska uppnå det till 2018 istället för 2020.
Målet i långsiktiga utvecklingsplanen är att minska energiförbrukningen med 20 % till 2018 och med 30 % till år 2026.

Tidigare har det varit relativt enkelt att vid avyttring eller anförskaffning av fastigheter justera referensårets data utifrån detta för att jämföra enbart de fastigheter vi fortfarande förfogar över. Under 2012 avyttrades ett par väldigt energieffektiva fastigheter. Om vi då skulle räkna om värdet för referensåret utifrån det och justera målet mätt i kWh/m² så skulle det i praktiken innebära att vi efter 2012 skulle kunna öka energianvändningen istället för att fortsätta minska. Vi gjorde då bedömningen att hålla fast vid målet mätt i kWh/m² och istället räkna om procentsatserna. Målet för 2015 på 211,3 kWh/m² motsvarar en minskning med 8,9 % jämfört med 2009 om man även för referensåret räknar energiförbrukningen för de fastigheter vi fortfarande äger.

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

9.3.2.2 Total energiförbrukning – energiindexreglerad värmeenergi

Energitabell 1 – Total energiförbrukning med energiindexreglerat värde för värme

ÅR	Elanvändning MWh	Värmeenergi MWh *	Totalt energi MWh	m² BRA-yta	Total kWh/m²	Skillnad i %	Andel el av tot
2009	**19 512**	**21 556**	**41 068**	**184 385**	**222,72**	**-**	47,5%
2010	19 238	22 352	41 590	185 385	225,56	1,27	46,3%
2011	18 752	20 603	39 355	182 913	215,15	-3,30%	47,6%
2012	18 261	19 468	37 728	182913 165173	211,83	-4,9%	48,4%
2013	17 402	18 160	35 562	165173	215,30	-3,3%	48,9%
2014	16 927	18 275	35 202	165 173	213,12	-4,3%	48,1%
2015	**15 258**	**17 781**	**33 039**	**165 433**	**199,71**	**-10,3%**	**46,2%**

* energiindexreglerat värde

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

9.3.2.3 Måluppfyllelse totala energianvändningen

Den totala energianvändningen per ytenhet i landstingets egna fastigheter, både el och värme, har sedan 2009 minskat med 10,3 % och var totalt 199,71 kWh/m2 och därmed är målet för 2015 är uppnått.

Den totala energianvändningen omfattar även energi som används för att producera ånga till sterilcentral och kostavdelningen Östersund sjukhus, där har man nyligen arbetat för att ersätta centralt producerad ånga (med transportförluster) med lokalt installerad ångproduktion. Olja används för närvarande endast på Östersunds sjukhus som reservkraft och reservoljepanna finns på Bäckedals Folkhögskola och Birka folkhögskola.

9.3.2.4 Total energiförbrukning och klimatpåverkan

Energitabell 2 – Total energiförbrukning

År	El MWh	Skillnad i % jmf 2009	Fjärr-värme MWh	Olja MWh	Pellets MWh	Totalt MWh	Skillnad i %	Totalt CO_2-utsläpp, kg	Skillnad i %
2003	22 092	--	21 055	1 547	-	44 694	--	1 960 948	--
2004	21 871	--	20 373	1 556	-	43 800	--	1 913 485	--
2005	21 491	--	19 733	1 225	-	42 449	--	1 776 425	--
2006	20 723	--	18 708	1 398	-	40 829	--	1 761 141	--
2007	20 601	--	18 451	1 361	164	40 577	--	1 752 926	--
2008	20 192	--	18 148	155	1615	40 110	--	1 367 210	--
2009	**19512**	**--**	**19217**	**83**	**1588**	**40 400**	**--**	**1425500**	**--**
2010	19238	-1,40%	21809	316	2439	43802	8,40%	1002680	8,40%
2011	18752	-3,90%	16 204	316	1925	37 197	-7,90%	767 330	-7,90%
2012	18260,9	-6,41%	17 103	171,84	2347,13	37 883	-6,23%	953 559	-33,11%
2013	17402,3	-10,81%	14 615	116,57	2259,82	34 394	-14,87%	806 544	-43,42%
2014	16927,02	-13,25%	14 737	237,2	1473,51	33 374	-17,39%	654 457	-54,09%
2015	**15257,88**	**-20,69%**	**15 288**	**191,98**	**1207,7**	**31 946**	**-27,07%**	**841 774**	**-40,95%**

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

Det totala koldioxidutsläppet från energianvändningen har minskat med ca 41 % till år 2015 jämfört med 2009, vilket vi kan vara mycket stolta över.

Den totala energianvändningen har minskat med drygt 20 %, men det beror delvis på avyttring av fastigheter. Totala energianvändningen och därmed koldioxidutsläppen varierar också beroende på klimatvariationer mellan olika år, t.ex. om det är kalla vintrar och varma somrar så ökar uppvärmnings- respektive nedkylningsbehoven.
Det emissionstal vi före 2012 använt för beräkning av koldioxidutsläpp har varit för högt. Från 2012 beräknas utsläppen enligt ett nytt (mer korrekt) emissionstal, som erhålls från Svensk Fjärrvärme, som ger lägre totalt utsläpp kg CO_2.

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

Energitabell 3 – Energianvändning och klimatpåverkan per kvadratmeter

År	Totalt, MWh	Area m2	Nyckeltal kWh/m2	Skillnad i % jmf 2009	Nyckeltal kg CO2/m2	Skillnad i %
2003	44 694	198 088	226*	--	9,9	--
2004	43 800	197 927	221*	--	9,7	--
2005	42 449	190 836	223*	--	9,3	--
2006	40 829	187 695	220*	--	9,6	--
2007	40 577	183 764	221*	--	9,4	--
2008	40 110	184 854	217*	--	7,4	--
2009	**40 400**	**184385**	**219***	**--**	**7,6**	**--**
2010	43 802	184 385	237	8,20%	9,1	19,70%
2011	37 197	182 913	203	-7,30%	4,20	-44,8%
2012	37 883	182913 165173	217,18	-0,83%	4,40	-42,1%
2013	34 394	165 173	207,93	-5,05%	4,88	-35,7%
2014	33 374	165 173	202,06	-7,74%	3,96	-47,9%
2015	**31 946**	**165433**	**193,10**	**-11,83%**	**5,09**	**-44,1%**

* Torsta och Rösta övergick från och med 20120701 i annans ägo
** Nyckeltalet omfattar all energianvändning.
OBS ! Ovanstående tabell omfattar inte energiindexreglerade data

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

Här ovan är siffrorna inte heller korrigerade utifrån graddagar eller energiindex.
Vi kan se att vi även räknat per m^2 har åstadkommit en rejäl minskning av koldioxidutsläppen, en minskning med 44,1 %.
Att energianvändningen per kvadratmeter här är lägre än i energitabell 1 beror på att vi, förutom energieffektiviseringsåtgärder, även hade ett gynnsamt år vad gäller väderlek och behov av uppvärmning av fastigheterna. När man energiindexreglerar siffrorna räknar man bort väderaspekten och får ett värde som representerar den energieffektivitet man själv åstadkommer med fastigheterna.

9.3.2.5 Värmeenergi

Energitabell 4 – Värmeenergi och värmeindexreglerat värde för värmeenergin

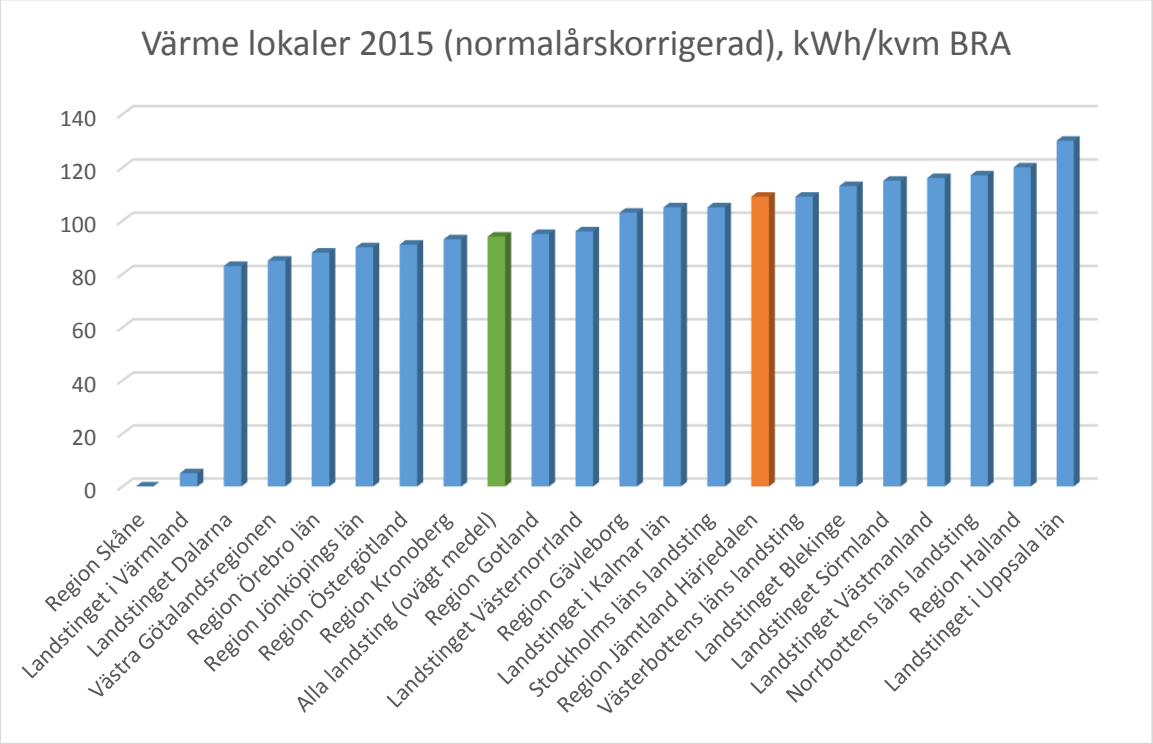
ÅR	Energi-index *	Total kWh/m²	Energiindex-reglerat värde	Skillnad i %
2009	**5903**	**114,75**	**116,9 kWh/m²**	**-**
2010	6709	134,5	121,31 kWh/m²	3,70%
2011	5384	100,84	112,6	-3,60%
2012	6109	111,61	110,5	-5,5
2013	5706	102,87	109,94	-6,0%
2014	5490	99,58	110,6	-5,4%
2015	**5615**	**100,87**	**107,5**	**-8,1%**

* Energiindex tar hänsyn till väderförhållanden såsom solinstrålning och vind och gör att man bättre kan jämföra värden år från år även om det t.ex. varit en väldigt kall vinter ett år. Normalårsindex är 6100.
Med korrigering med energiindex så uppnås en minskning med 8,1 % jämfört med 2009.

Jämförelsetal

Det finns ingen komplett jämförelse landsting och regioner emellan med energiindexreglerade värden då bara 7 regioner/landsting har rapporterat in sådana data och då senast för år 2014. Av de sju som rapporterat in är medelvärdet 106 kWh/m² för 2014.

Däremot finns jämförelse med graddagskorrigerade värden för 2015, men då för köpt energi. Energi som egenproduceras i fastigheterna t.ex. med värmepumpar räknas då enbart med den energi som köps in för att driva pumparna. Det innebär att det inte blir ett mått på hur energieffektiv själva fastigheterna är.



Av de 19 landsting och regioner som rapporterat in relevanta data för 2015 hamnar Region Jämtland Härjedalen på 12 plats med 109 kWh/m^2. Medel är 94 kWh/m^2.

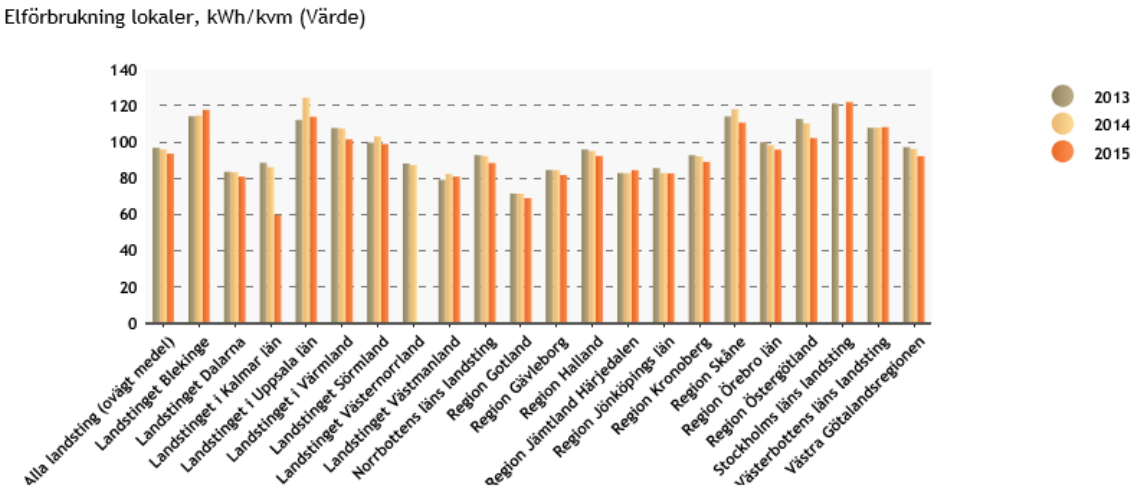
9.3.2.6 Elenergianvändningen

Energitabell 5 - Elanvändning

ÅR	Elanvändning MWh	Total kWh/m2	Skillnad i %
2009	**19242**	**104,35**	**-**
2010	18782	101,86	-2,40%
2011	18752	102,51	-1,70%
2012	18261	101,32	-3%
2013	17402,3	105,85	1,4%
2014	16 927,0	102,48	-1,8%
2015	**15 257,9**	**92,23**	**-11,6%**

Resultat – elenergi:
Efter att 2013 sett en tillfällig ökning av elenergianvändningen ser vi nu de senaste två åren en minskning som nu (2015) är -11,6 % jämfört med 2009.
Istället för en central ångpanna på lasarettet, med överföringsförluster, installeras nu lokala, mindre elångpannor för sterilcentral och centralköket.
Fortsatt arbete med utbyte till energieffektiv belysning har också bidragit till att begränsa elanvändningen.

Jämförelsetal



Av de 20 landsting och regioner som hittills rapporterat in värden för 2015 hamnar Region Jämtland Härjedalen på sjunde plats med 84 kWh/m^2 i elenergiförbrukning per kvadratmeter för hela beståndet av ägda fastigheter.
Elenergiförbrukningen för regioner och landsting var under 2015 mellan 60 och 122 kWh/m^2 med ett medelvärde på 93 kWh/m^2.

9.3.2.7 Energianvändning i hyrda fastigheter

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

År	Hyrd yta, LOA m^2	Specifik energianvändning (el + värme), MWh
2007	44 903	13 471
2008	44 380	13 314
2009	43 301	12 999
2010	43 949	13 185
2011	48 066	14 420
2012	50 951	11 719
2013	47 309	10 881
2014	47 729	10 978
2015	**49 919**	**11 481**

LOA står för bruksarea för utrymmen inrättade för annat ändamål än boende eller sidofunktioner till boende eller för byggnadens drift eller allmänna utrymmen. BRA står för Bruksarea och omfattar i stort sett alla areor inom en byggnad med undantag för area under väggar mellan nyttjandeenheter, area under vägg mot utrymmen för drift m.m.

När vi räknar på egna fastigheter räknar vi därför med BRA för att få med all uppvärmd yta, medan vi för hyrda fastigheter räknar med LOA utifrån den yta vi hyr och nyttjar. LOA=0,97*BRA.

Skillnaderna i hyrd yta mellan 2012 och 2011 består i huvudsak i att barn-kvinna området lämnade egna lokaler och blev externa hyresgäster med hela deras verksamhet för barn och unga vuxna.
En annan skillnad är att externt hyrda lokaler för den verksamhet som övergick till Regionförbundet övergick till den organisationen under 2012 (Folkets Hus (OSD), Designcentrum, Älggården) och ingår återigen från 2015.

På gång

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

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

Inköp av ytterligare medicinteknisk utrustning som kräver kyla gör att en översyn över sjukhusets totala kylbehov har påbörjats vad gäller såväl klimatkyla som processkyla.

9.4 Kemikaliehanteringssystem

Under 2014 upphandlades ett kemikaliehanteringssystem som implementerades i verksamheten under 2015. I dagsläget finns där registrerat 1232 unika kemiska produkter placerade på 205 olika platser.

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

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

Tidigare har allt detta arbete skett manuellt och på respektive enhet, vilket medförde att vi inte hade en samlad överblick över kemikalieanvändningen. Det var också upp till varje enhet att införskaffa säkerhetsdatablad för sina kemikalier och hålla bladen uppdaterade, vilket tog mycket tid i anspråk. Nu ingår det i avtalet med systemleverantören att de lägger in och ajourhåller aktuella säkerhetsdatablad i systemet.

Mål för 2015 var att kemikaliehanteringssystem ska implementeras i verksamheten under året.

Implementeringen av systemet har gått smidigt och även medfört en större medvetenhet och kunskap i verksamheterna om de kemikalier som används. Användarna upplever också systemet som väldigt användarvänligt och lätthanterligt.

9.5 Livsmedel

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

9.5.1 Mål

- **Andelen ekologiska livsmedel av de totala livsmedelsinköpen är minst 21 % till slutet av 2015.**
- **Andelen rättvisemärkta livsmedel av totala livsmedelsinköpen ska vara 6 % till 2015.**

Region Jämtland Härjedalen har som långsiktiga mål att andelen ekologiska livsmedel i egna verksamheterna ska öka och vara minst 30 % till 2026 och andelen socialt-etiskt märkta livsmedel ska vara 10 % till 2026.

9.5.2 Måluppfyllelse

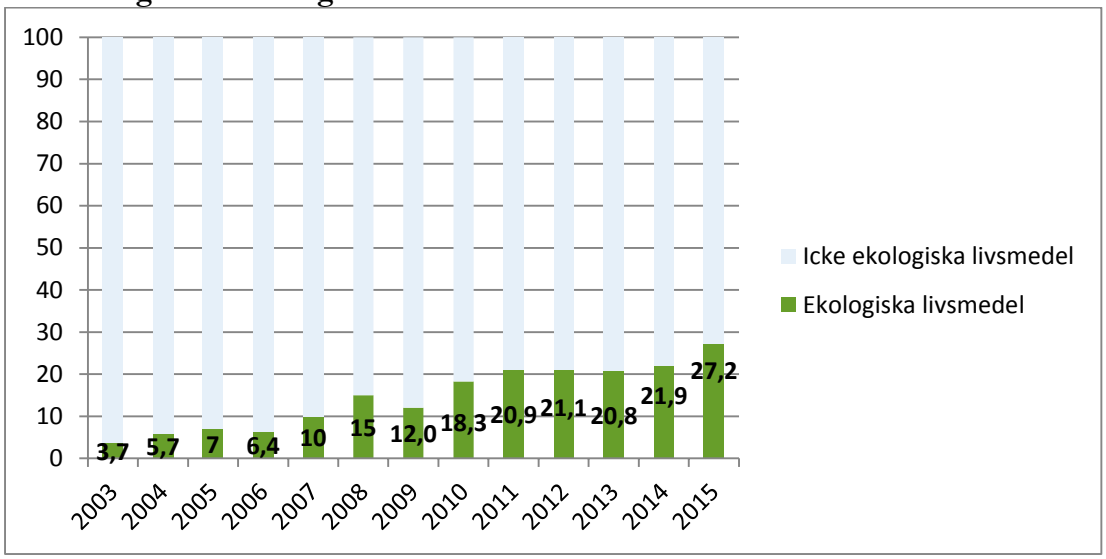
Då folkhögskolorna övergick till regionförbundet och naturbruksgymnasiet till gymnasieförbundet hade landstinget från 2012 fram till och med 2014 bara kvar ett produktionskök. I och med regionbildningen 2015 ingår skolköken på Bäckedalfolkhögskola och Birka folkhögskola, kostenheten på sjukhuset samt personalkaffet i beräkningarna av inköpt volym livsmedel. Målen för 2015 beslutades dock dåvarande landstinget, innan skolköken ingick i samma organisation. Allt kaffe som köps in till kaffeautomater etc. är både ekologiskt och rättvisemärkt. Under hösten 2014 beslutades att all personal skulle erbjudas gratis kaffe under arbetstid. Det innebär att många fler enheter börjat beställa kaffet internt från förrådet, vilket ökar utfallet för kaffe och påverkar det procentuella resultatet i positiv riktning.

Kök	**Andel Ekologiskt, %**	**Andel soc/ etiskt, %**
Kostenheten (Sjukhuset)	25,4%	8,2%
Birka Folkhögskola	22,4%	3,7%
Bäckedals Folkhögskola	22,3%	2,1%
Kaffe	100,0%	100,0%
Totalt:	**27,2%**	**10,1%**

Både målet om ekologiska livsmedel samt om socialt-etiskt märkta livsmedel uppnås för organisationen som helhet. Alla köken når målet om ekologiska livsmedel med marginal.

För mindre kök är det svårare att nå upp till målet om socialt-etiskt märkta livsmedel p.g.a det begränsade utbudet av produkter.

Utveckling andel ekologiska livsmedel i %

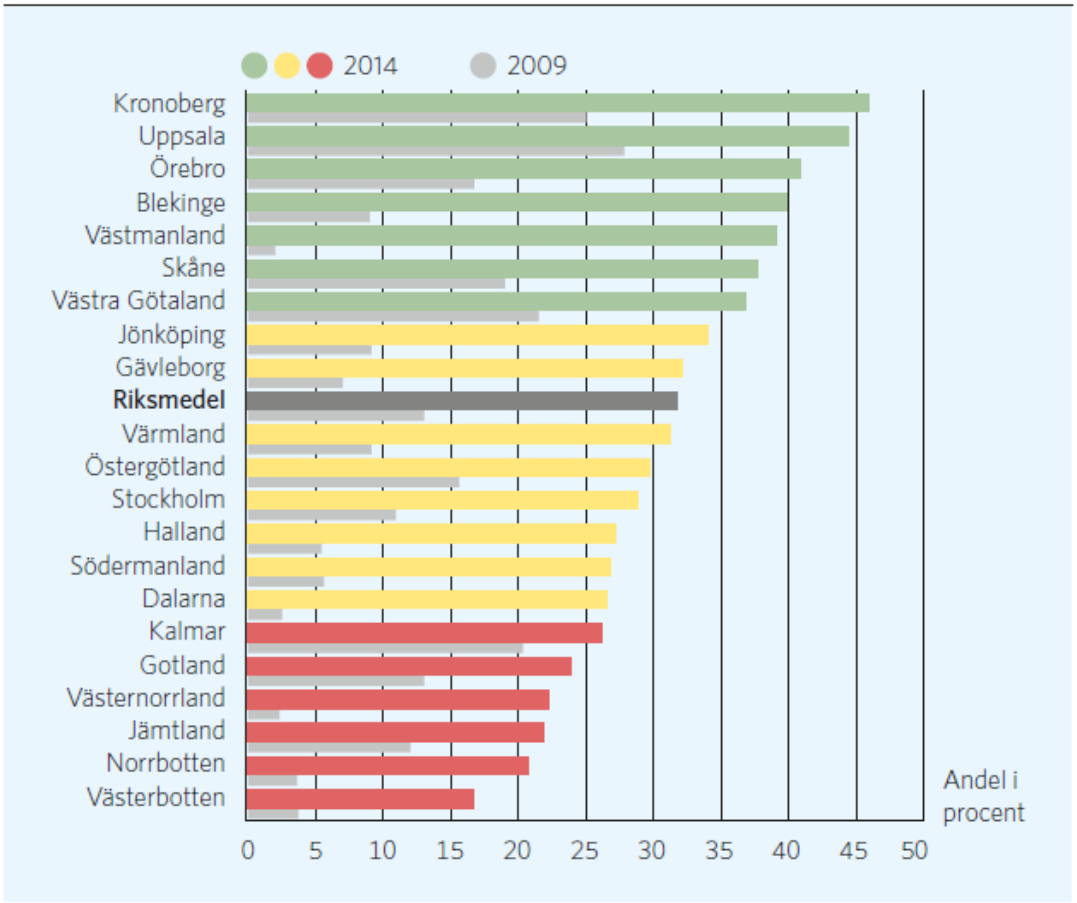


9.5.3 Jämförelsetal

I Öppna jämförelser ”Miljöarbetet i regioner och landsting” finns ekologiska livsmedel med som ett nyckeltal.

För 2014 har Region Jämtland Härjedalen tredje lägsta andelen ekologiska livsmedel och preliminära data för 2015 tyder på samma placering även 2015 även om andelen ökat.

DIAGRAM 2. Andel ekologiska livsmedel, procent 2014 och 2009



Källa: Respektive landsting.

Under 2014 nådde 16 av 21 regioner och landsting upp till det nationella målet om minst 25 procent ekologiska livsmedel. Framgångsfaktorer för en ökad andel ekologiskt är bland annat politisk vilja, tydliga krav vid upphandling och god kunskap om ekologisk mat.
Region Kronoberg har med 46 procent den högsta andelen ekologiska livsmedel bland landsting och regioner, tätt följd av Uppsala läns landsting med 44 procent. Spridningen mellan landstingen och regionerna är dock stor, mellan 17 och 46 procent.

9.6 Transporter och resor

Länets storlek och demografi gör att det krävs många transporter av varor och persontransporter. Transportfunktionen på Hjälpmedels och MA enheten distribuerar varor från förrådet i Östersund ut till länets hälsocentraler och tandvårdskliniker. Returtransporterna tar med sig källsorterat avfall tillbaka till Östersund. Transport kör också post- och provturer i länet. Fyra stycken turer levererar post ut i länet och tar med blod- och urinprover till Östersund för analys. En postbil kör turer i Östersundsområdet. Transportfunktionens totala körsträcka för transporter och postturer uppgick 2015 till 6 7091mil.

Övriga transporter som utfördes i Region Jämtland Härjedalens regi är persontransporter med ambulans och vissa sjuktransporter (AMBUSS). Övriga sjuktransporter är upphandlade och sker genom BC Jämtland AB. Distriktssköterskor i primärvården gör även hembesök hos patienter ute i länet. Ambulanssjukvården är uppdelad i tre geografiska områden; norr, mitt och syd. Den totala körsträckan med ambulans under 2015 uppgick till 155 000 mil. Regionen har också en ambulansbuss (AMBUSS) med dagliga resor mellan Östersund och Norrlands Universitetssjukhus i Umeå. En ny sådan buss upphandlades under 2015 och är en komplett utrustad ambulans med plats för elva patienter plus personal och den avverkar ca 18 000 mil per år. Ambulanshelikoptern utförde 734 uppdrag under 2014 med en flygtid på 871,7 timmar. Med ett koldioxidutsläpp på i genomsnitt 870 kg per timme ger det ett utsläpp på ca 758 ton koldioxid. Uppgifter för 2015 har ännu inte rapporterats.
Tjänsteresor inom Region Jämtland Härjedalen bedrivs med antingen egna eller leasade bilar, tillfälligt inhyrda bilar eller med egen privat bil. Verksamheterna förfogade 2015 över totalt 38 egna (varav 22 ambulanser) och 86 långtidsleasade bilar. Av dessa drivs 114 med diesel, 2 med bensin/biogas och 8 med bensin.
Av de leasade bilarna har 36 st ett koldioxidutsläpp på under 120g/km.
Den största delen av alla resor och transporter, 43 %, görs med bil och transportfordon. De resor och transporter som utfördes i Region Jämtland Härjedalens regi 2015 uppgick till 986 829 mil, vilket motsvarar ca 247 varv runt jorden. De totala utsläppen av koldioxid från verksamhetens tjänsteresor och transporter var under året 1 678 ton.

9.6.1 Koldioxidutsläpp från tjänsteresor och transporter

9.6.1.1 Mål

- **Koldioxidutsläppen** från anställdas **tjänsteresor och transporter** ska minska med 12 % jämfört med år 2010

Under 2013 minskade de totala koldioxidutsläppen från tjänsteresor och transporter med 214 ton, eller 13,5 % jämfört med målet på -6 %. Med den positiva trenden sattes målet för 2014 i paritet med det resultatet och senare även målet för 2015 innan vi hade resultatet för 2014.
Från 2009 och framåt har vi sett en kraftig minskning av resandet räknat i antalet mil. Största orsaken till minskningen beror delvis på ekonomiska orsaker, men även med en utveckling av resfria alternativ framför allt inom telemedicin. Från 2014 har dock resandet i antal mil ökat igen och ser ut att vara på väg mot 2009 års nivå igen.
År 2012 överfördes vissa verksamheter till regionförbundet respektive gymnasieförbundet vilket också har inverkan på minskningen för 2012.

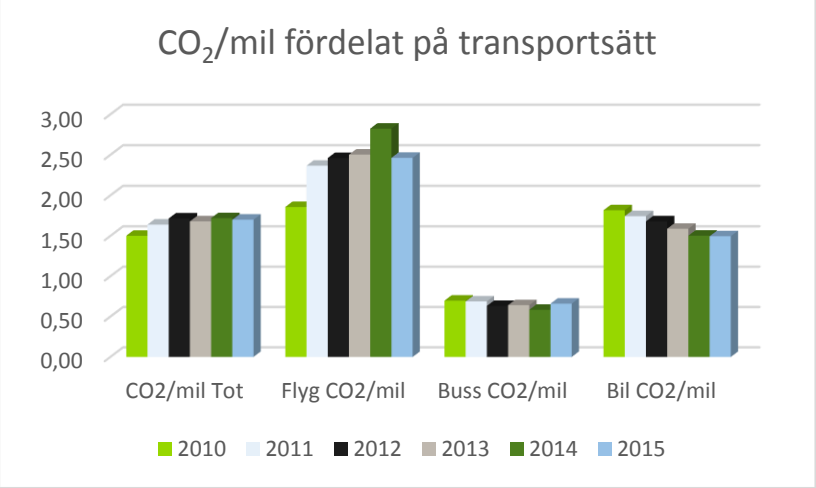
9.6.1.2 Måluppfyllelse

År	Flyg		Tåg	Buss		Bil & transportfordon		Totalt		
	mil	kg CO_2	mil	mil	kg CO_2	mil	kg CO_2	Resta mil	kg CO_2	+/- i %
2005	308 117	467 508	68 049	23 121	16 185	640 449	1 240 285	**1 039 736**	**1 723 978**	-
2006	356 812	569 000	95 663	23 142	16 199	653 749	1 226 000	**1 129 366**	**1 811 199**	-
2007	336 359	511 266	116 635	19 408	13 586	649 773	1 194 633	**1 122 175**	**1 719 485**	-
2008	386 443	587 017	146 889	29 251	18 307	604 715	1 125 441	**1 167 298**	**1 730 765**	-
2009	271 927	462 308	208 504	20 647	14 034	593 272	1 114 925	**1 094 350**	**1 591 267**	-
2010	239 830	445 522	168 953	18 599	12 982	594 356	1 095 105	**1 021 738**	**1 553 609**	-
2011	188 197	445 346	101 276	28 749	19 790	655 593	1 138 199	**973 815**	**1 603 335**	+3,2
2012	243 605	604 771	96 831	16 931	10 713	463 061	778 111	820 428	1 393 595	-10,3
2013	268 144	671 316	100 720	12 807	8 223	418 907	665 552	800 579	1 345 416	-13,4
2014	298 319	842 329	134842	11 216	6 552	392472	590 023	836 849	1 438 904	-7,4
2015	**413 570**	**1 018 770**	**112 462**	**36 091**	**23 839**	**424 706**	**635 586**	**986 829**	**1 678 198**	**+10,7**

Vi kan konstatera att resultatet har gått åt motsatt håll i förhållande till målet.
Vi reser mer räknat i antalet mil än de senaste fyra åren och orsakar också mer koldioxidutsläpp från vårt resande än vi gjort sedan 2008.

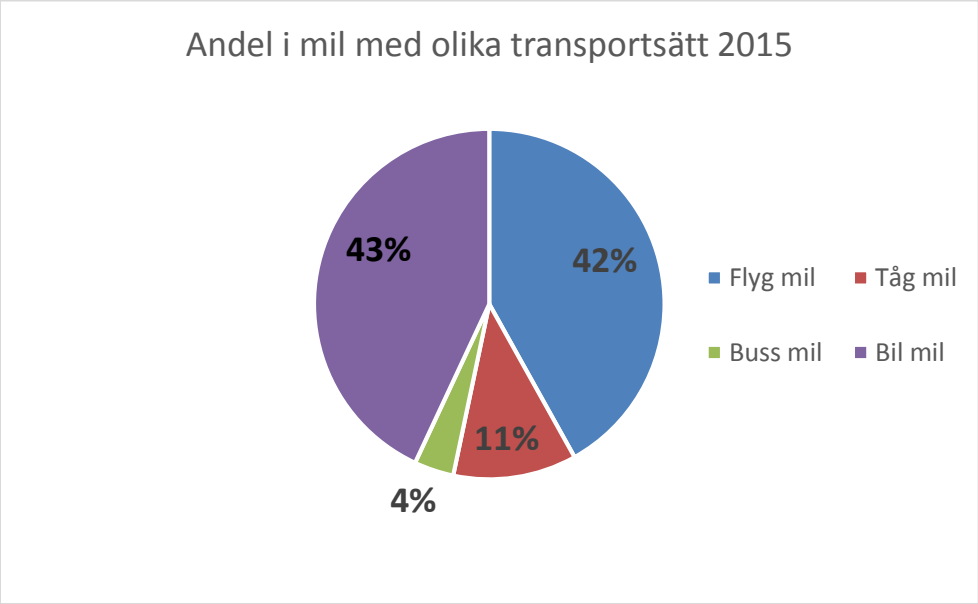
När vi tittar på jämförelsetalet kg CO_2 per rest mil, så ser vi tyvärr att våra val av transportsätt och fordonsslag försämrats miljömässigt från 2009 och framåt. Vi har gått från 1,66 kg CO_2 per mil 2005 till 1,45 år 2009 och sen upp till 1,72 kg CO_2 per mil 2014, sen 1,70 år 2015.

År	Totalt kg CO_2/ mil
2005	1,66
2006	1,60
2007	1,53
2008	1,48
2009	1,45
2010	1,52
2011	1,65
2012	1,70
2013	1,68
2014	1,72
2015	**1,70**



Flyget är det enda transportsätt vi använder som vi ser i princip konstant ökning av koldioxidutsläppen per rest mil. Största utsläppen för flyg sker vid start och landning, varför kortare resor (inrikes) ger högre utsläpp per rest mil än längre resor.
Sedan 2009 har vi sett en nedåtgående trend för tågresor. För 2014 ökade tågresandet något, men långt ifrån lika mycket som flygresandet ökade.
Från 2016 sker en försämring av tågtrafiken mellan Stockholm och länet då nattågen dras in stor del av året, vilket ger sämre förutsättningar att välja tåg.

Andel i mil med olika transportsätt



Andelen mil vi reser med tåg idag är 11 % jämfört med 7 % 2005, men det är ändå betydligt mindre än år 2009 då andelen tåg var 19 %.

Regionen arbetar med distansoberoende teknik dels inom vården, s.k. telemedicin, men har även börjar ersätta resor till möten och seminarier med distansmöten via telefon, webmöten och videokonferenser. Om resandet skulle ha blivit ännu större utan det arbetet är svårt att avgöra, men det är tänkbart. Distansmöten ökar också möjligheten att delta i sammanhang som man annars fått avstå.

9.6.1.3 Jämförelsetal

För nya bilar som kom ut på marknaden 2009 låg koldioxidutsläppen på i genomsnitt 1,65 kg/mil[1]. För nya bilar 2014 är genomsnittsutsläppen 1,31 kg/mil, så bara genom att byta till nyare bilar (med lägre utsläpp) kan man minska klimatpåverkan.
Tågresor räknar man med att det i princip ger nollutsläpp vad gäller koldioxid. Flygresor orsakar ca 1,0–2,5 kg/mil, en buss 0,4–0,8 kg/mil[2].
Statliga myndigheter och en del andra organisationer redovisar oftast utsläpp av koldioxid per årsarbetskraft. Då Region Jämtland Härjedalen har ca 4000 anställda och 3296 årsarbetskrafter blir vårt jämförelsetal där 509 kg CO_2 per årsarbetskraft räknat på tjänsteresor och transporter jämfört med 466 kg CO_2 per årsarbetskraft 2014, 457 kg CO_2 per årsarbetskraft 2013 och 439 kg CO_2 per årsarbetskraft år 2012.
För år 2010-2011 beräknades jämförelsetalet per anställd och år och var då 403 kg 2010 och 336 kg 2011.
Eftersom olika myndigheters, regioners och landstings uppdrag och organisation ser så olika ut bör man dock inte göra en jämförelse med andra organisationer när det gäller

[1] Källa: Pressmeddelande från Transportstyrelsen och Vägverket, 30 mars 2009.

[2] Källa: EU-kommissionen, kampanjsidan ”Climate change” (http://ec.europa.eu/environment/climat/home_en.htm)

CO_2 per årsarbetskraft utan värdet bör endast användas för årsvis jämförelse med de egna resultaten.

Nyckeltal 2005: 0,32 kg CO_2/arbetad timme
Nyckeltal 2006: 0,34 kg CO_2/arbetad timme
Nyckeltal 2007: 0,33 kg CO_2/arbetad timme
Nyckeltal 2008: 0,31 kg CO_2/arbetad timme
Nyckeltal 2009: 0,28 kg CO_2/arbetad timme
Nyckeltal 2010: 0,20 kg CO_2/arbetad timme
Nyckeltal 2011: 0,25 kg CO_2/arbetad timme
Nyckeltal 2012: 0,25 kg CO_2/arbetad timme
Nyckeltal 2013: 0,26 kg CO_2/arbetad timme
Nyckeltal 2014: 0,26 kg CO_2/arbetad timme
Nyckeltal 2015: 0,29 kg CO_2/arbetad timme

10 Övrig miljöprestanda

Inför landstingets första certifiering av miljöledningssystemet gjordes en utredning av på vilka sätt landstingets olika verksamheter och fastigheter påverkar miljön, s.k. miljöaspekter. Varje år uppdateras miljöaspektsförteckningen och de miljöaspekter som anses ha störst påverkan benämns betydande miljöaspekter. Inför recertifieringen av Region Jämtland Härjedalen 2015 gjordes en förnyad miljöutredning för de verksamheter som tillkom vid regionbildningen.
För att kunna följa upp organisationens påverkan på miljön finns olika nyckeltal framtagna för vilka vi årligen samlar in data oavsett om de är målsatta eller inte.
Delar av uppgifterna krävs i enlighet med fastställt kontrollprogram för Östersunds sjukhus.
Här nedan följer en sammanställning av den statistiken.

En parameter som ibland används som referens är arbetade timmar.

Antal arbetade timmar i landstinget

2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
5525902	5616097	5275979	5222902	5424416	5589513	5298099	5438531	5801103

10.1 Utsläpp av avloppsvatten

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

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

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

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

10.2 Utsläpp till luft

Region Jämtland Härjedalens verksamhet orsakar både direkta och indirekta utsläpp av växthusgaser. De mer direkta utsläppen kommer från tjänsteresor och transporter, energianvändning, lustgasanvändning samt köldmedieanvändning.
Vid förbränning bildas även andra ämnen som har negativ effekt främst på människors hälsa i tätorter där det sammantaget kan bli höga halter av fordonstrafikens utsläpp. Koldioxidutsläpp från tjänsteresor och transporter samt energianvändningen återfinns under avsnitten om måluppfyllelse ovan. Övriga utsläpp redovisas nedan.

10.2.1 Lustgasanvändning

Lustgas är en kraftig växthusgas som är ca 298 gånger starkare som växthusgas än koldioxid.

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

För att jämföra olika växthusgaser brukar man räkna om det till motsvarande mängd koldioxid, s.k. koldioxidekvivalenter. Omräkningsfaktor var 300 t.o.m. 2008, från 2009 korrigerad till 310 och nu korrigerad till 298 (källa IPCC).

År	kg lustgas	omräkningsfaktor	kg CO_2-ekv	Antal förlossningar
2005		300	333 000	
2006		300	327 000	
2007		300	330 000	
2008		300	530 175	1282
2009	1155	310	358 050	1313
2010	1335	310	413 850	ca 1300
2011	1427,84	310	442 630	1298
2012	1293,59	310	401 011	1271
2013	1323,75	310	410 363	
2014	1469	310	455 390	1350
2015	1127	298	335 846	1419

Den 1 oktober 2014 bytte landstinget gasleverantör och i samband med det byttes alla behållare ut oavsett om de var tomma eller inte, vilket medför en högre siffra 2014 då vi mäter inköpt lustgas. Hela mängden har alltså inte i detta fall avgått till luften.
Den höga siffran 2008 är troligen ett registreringsfel och den verkliga mängden lustgas som användes var troligen någonstans mellan 2007 och 2009 års nivå. Genomgång av slangar för lustgas har genomförts för att minimera läckage och läcksökning sker regelbundet, men vi har ingen återsugsfunktion eller omhändertagande av lustgas installerat.
Lustgas kan även bli ett arbetsmiljöproblem i vissa fall. Lustgas kan vara skadligt för den som exponeras för den under en längre tid. Den kan därför bli ett problem för personal som utsätts ofta och länge. Personalen kan bland annat drabbas av illamående, huvudvärk, domningar, minskad känsel, brist på vitamin B12, minskad fruktbarhet, ökad risk för missfall och problem med balansen. Mätningar på förlossningsavdelningen på sjukhuset visar på halter under gällande gränsvärden.

10.2.2 Beräkning av landstingets utsläpp av 4 luftföroreningar

Bland de nationella miljömålen återfinns målen om Begränsad klimatpåverkan och Frisk luft.
När det gäller frisk luft finns tre ämnen utpekade i EMAS-förordningen som man särskilt ska följa, kväveoxider (NO_X), svaveldioxid (SO_2) och partiklar (PM). Det är föroreningar som framför allt ställer till problem i tätorter ur hälsomässigt perspektiv.
De mål som finns formulerade nationellt är relaterade till kubikmeter luft och luftkvalitetsmätningar sker normalt i stationära mätstationer.
Här nedan redovisas en beräkning av vilka mängder vi totalt bidrar med från vår fordonstrafik. Vi redovisar även en beräknad halt av kolväten, en annan luftförorening.

Beräkning av Region Jämtland Härjedalens totala utsläpp av 4 luftföroreningar från buss- och biltrafik 2015

Viktat medel 2012	Km 2015	CO g/km	CO kg	HC g/km	HC kg	NOx g/km	NOx kg	PM g/km	PM kg	SO_2 g/km	SO_2 kg
Personbil*	**967 009**	2,22	2 146,8	0,44	425,5	0,32	309,4	0,0089	8,6	0,0009	0,9
Personbil bensin	**138 928**	3,33	462,6	0,66	91,7	0,31	43,1	0,0024	0,3	0,0012	0,2
Personbil diesel	**3 057 443**	0,23	703,2	0,04	122,3	0,42	1 284,1	0,0235	71,8	0,0002	0,6
Personbil E85/Bensin	**0**	1,94	0,0	0,44	0,0	0,12	0,0	0,0024	0,0	0,0009	0,0
Personbil gas/bensin**	**160 020**	1,06	169,6	0,12	19,2	0,08	12,8	0,0024	0,4	0,0012	0,2
Personbil elhybrid			0,0		0,0		0,0		0,0		0,0
Landsvägs-buss***	**320 211**	1,44	461,1	0,19	60,8	5,33	1 706,7	0,0874	28,0	0,0009	0,3
Totalt:	**4 643 612**		**3 943,3**		**719,5**		**3 356,2**		**109,2**		**2,1**

* Här återfinns de privatbilar som används i tjänsten, då vi inte kan se vilket bränsle man kör på i dessa bilar.

** I dagsläget finns inga data för kallstartsutsläpp för bifuel bilar (gas/bensin) i HBEFA. Vid beräkning av emissionsfaktorer för dessa fordon har därför utsläpp från kallstarter uppskattats vara en lika stor del av de totala utsläppen som för bensinbilar.

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

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

Koldioxid, CO_2, beräknas separat eftersom vi där har kunnat ta hänsyn till bilparkens ålder i Jämtlands län respektive verksamhetens leasingbilar.
För samtliga parametrar har vi högre värden än föregående år då vi också kört längre i antal mil.

10.2.3 Köldmedia

Köldmedier används bl.a. i kylar, frysar, värmepumpar och luftkonditioneringsanläggningar. En del köldmedier innehåller ämnen som är skadliga mot ozonskiktet och bidrar till ökad växthuseffekt om de släpps ut i luften.
HCFC är ozonnedbrytande och påverkar dessutom klimatet genom att även vara växthusgaser, medan HFC (fluorkolväten) "bara" är växthusgaser. HCFC får bara användas i befintliga anläggningar, så de håller på att fasas ut.
Flera köldmedier är också kraftfulla växthusgaser, 1 kg HFC (i detta fall R134a) motsvarar 1 300 kg CO_2.

Köldmedia, kg	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	**2015**
HCFC installerat	-	3	3	3	3	3	0	**0**
HCFC påfyllt	-		0	0	0	0	0	**0**
HCFC omhändertaget	-		0	0	0	0	0	
HFC installerat	973,1	921,2	979,2	1233,7	1148	1139	1159	**1155,6**
HFC påfyllt	56,5	115,4	33,4	27,9	25,5	201	41,1	**4**
HFC omhändertaget	0	36	9,5	50,2	4	10,1	8,3	**4**

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

Under 2015 skedde inga utsläpp av köldmedia.

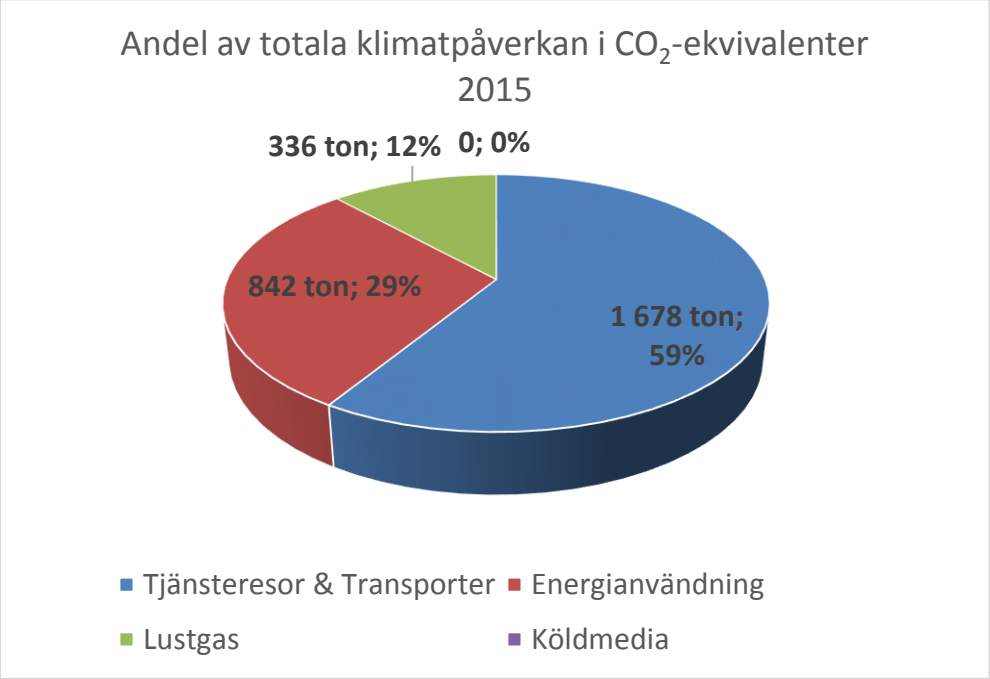
10.2.4 Klimatpåverkan – koldioxidekvivalenter –summering

Sammanfattande tabell av utsläpp till luft i ton koldioxidekvivalenter

Utsläppstyp	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
Energianvändning	1761,1	1752,9	1367,2	1407,7	1 678,8	767	954	807	654	842
Tjänsteresor & Transporter	1 811	1 719	1 731	1 591	1 553,6	1603	1394	1378	1439	1678
Lustgasanvändning	327	330	530	358	413,9	442,6	401	410	455	336
Köldmedia [3]					31,07	36	33,15	362	64	0
Summa (ton) CO_2/CO_2-ekv.):	3 899	3 802	3 628	3 601	3 938,6	2856	2782	2957	2613	2856

Region Jämtland Härjedalens (mer eller mindre) direkta utsläpp av växthusgaser är alltså motsvarande 2856 ton koldioxid, eller 2 855 818 kg vilket är bland de lägsta utsläppen vi haft, dock högre än 2014. Vi har minskat koldioxidutsläppen inom energiområdet och har där mer än halverat utsläppen jämfört med 2009. Efter en lång trend av minskande utsläpp från resor och transporter har vi dock 2014 och 2015 högre utsläpp än de senaste två åren.
Ett större läckage av köldmedia medförde att våra totala utsläpp för 2013 blev högre än de två föregående åren.

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



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

10.3 Vattenanvändning

Ägda fastigheter

	2008	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
Vatten-förbrukning, m^3	124 226	129 495	111 068	102 705	102 857	94 016	97 834	96 527

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

10.4 Förbrukningsvaror

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

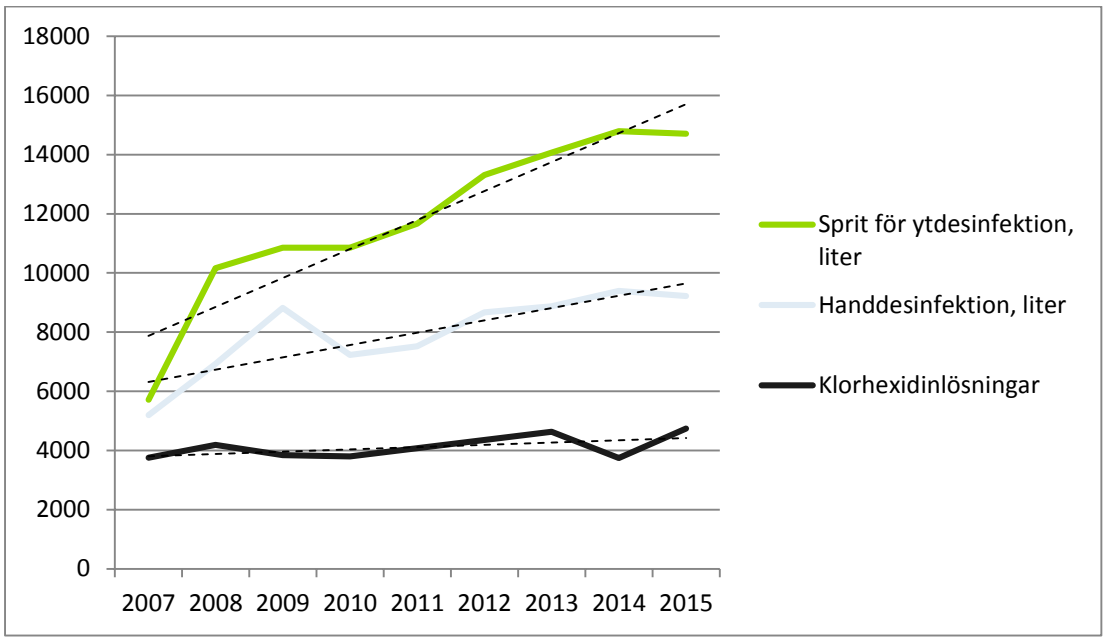
10.4.1 Förbrukning av vissa kemikalier m.m.

		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Röntgenfilm, m^2	Primärvården	75,1	0	0	0	0			
	Specialistvården	-	0	0	0	0			
Sprit för ytdesinfektion, liter	Primärvården	981	903	859	948	1202	1211	1383	1403
	Specialistvården	6748	8138	7493	7999	8867	9516	9748	9978
	Folktandvården	2436	1811	2501	2713	3245	3344	3662	3323
Totalt		**10165**	**10852**	**10853**	**11660**	**13314**	**14071**	**14793**	**14704**
Hand-desinfektion, liter	Primärvården	597	1005	660	750	1056	1027	1180	1086
	Specialistvården	5967	7262	6081	6282	6912	7229	7582	7542
	Folktandvården	365	554	484	485	701	615	628,2	592
Totalt		**6929**	**8821**	**7225**	**7517**	**8669**	**8871**	**9390**	**9220**
Klorhexidin-lösningar	Primärvården	196	126	127			199,5	156,3	248
	Specialistvården	3974	3713	3667			4415	3583	4479
	Folktandvården	20	8	9			20,73	8	14
Totalt		**4190**	**3847**	**3803**			**4635**	**3747**	**4741**

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

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

Sjukhuset och Remonthagen använde 9 978 liter ytdesinfektion för att rengöra britsar och andra hårdgjorda ytor efter patienter. Primärvården använde 1 403 liter ytdesinfektion. Folktandvården använde 3 323 liter.
Innehållet i ytdesinfektionsmedlen består av olika sorters alkoholer såsom etanol, isopropanol och n-propanol.



Vi kan konstatera att användningen av desinfektionsmedel ökar.

10.5 Upphandling och inköp

De varor som köps in varierar allt från sjukvårdsartiklar, medicinteknisk utrustning och läkemedel till byggnadsmaterial, kontorsmaterial och livsmedel.
Upphandlingsenheten (som återfinns i Ekonomiavdelningen) genomför upphandlingar och skriver avtal med olika leverantörer för större delen av de varor och tjänster landstinget har behov av. Alla varor och tjänster som köps måste upphandlas i konkurrens. De regler som gäller finns i Lagen om offentlig upphandling (LOU) och bygger på de krav som gäller inom hela EU.
Av gällande upphandlingspolicy framgår att, förutom att följa Lagen om offentlig upphandling, LOU, ska upphandling ske med hänsyn tagen till ekonomi, funktion, kvalitet, patient- och personalsäkerhet, miljö, sociala hänsyn och diskriminering.

Under 2015 fastställdes ”Regler för hållbara inköp” som gäller alla som avser att göra inköp inom Region Jämtland Härjedalen.

10.6 Intern utbildning

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

Under 2015 genomfördes en kort-variant av grundutbildning för miljöombud som tillkommit efter den mer omfattande grundutbildningen genomfördes. Det var 32 personer som deltog vid grundutbildningen 2015 varav de flesta var nya i ombudsrollen. Under 2015 har fem informationsfilmer tagits fram för att kunna visas t.ex. vid arbetsplatsträffar och har som syfte att höja kunskap och medvetande om miljöfrågor

som rör Region Jämtland Härjedalen. För att få fram ett bra studiematerial till filmerna samlade vi vid två tillfällen miljöombuden för att arbeta fram materialet. Vid de träffarna medverkade 63 miljöombud som samtidigt fick fortbildning genom att titta på filmerna och korta presentationer samt arbeta fram studiematerialet.

11 Hållbarhetsarbete inom Regional utveckling

Inom regionala utvecklingsförvaltningen arbetar man med hållbarhetsfrågor i ett utåtriktat perspektiv. Här nedan nämns några av de frågor som varit i fokus under 2015.

Inom miljöområdet pågår en rad olika projekt med målet om ett hållbart samhälle och ett fossilbränslefritt Jämtland Härjedalen.

11.1.1 Klimatråd Jämtlands län

Ett klimatråd har inrättats med bred samverkan mellan flera partners i länet för att kraftsamla kring klimatfrågan. Klimatrådet administreras av Region Jämtland Härjedalen och Länsstyrelsen. Klimatråd Jämtlands län är en plattform för samarbete, idé- och erfarenhetsutbyte mellan aktörer från bland annat näringsliv, offentlig förvaltning och intresseorganisationer.

Samverkansgruppens arbetsformer är möten, workshops och tillfälliga arbetsgrupper.

11.1.2 Undertecknande av ”Under 2 MOU”

Region Jämtland Härjedalen har skrivit under ”Subnational Global Climate Leadership Memorandum of Understanding”, även känd som " “Under 2 MOU”. ”Under 2MOU” härstammar från ett samarbete mellan Kalifornien och Baden-Württemberg med en önskan att föra samman ambitiösa stater och regioner som är villiga att göra ett antal viktiga åtaganden att minska utsläppen och bidra till att sporra åtgärder på klimatmötet i Paris.
Hittills har 57 regioner från 19 länder och fem kontinenter undertecknat eller godkänt Under två MOU, som tillsammans representerar mer än $ 17,5 biljoner BNP och 572 miljoner människor. Om undertecknarna representerade ett enda land, skulle det vara den största ekonomin i världen med BNP som överträffar USA. Undertecknarna åtar sig att begränsa utsläppen av växthusgaser under 2 ton per capita eller 80-95% jämfört med 1990 års nivåer till 2050.

11.1.3 Klimatmötet i Paris

Som en av 20 regioner i världen (och den första i Sverige) har en rapport tagits fram där vår miljöpåverkan och utsläpp av växthusgaser redovisas. Rapporten ingick som ett underlag för internationella förhandlingar inom klimatområdet. Under klimatmötet i Paris (COP21), det tjugoförsta partsmötet under FN:s klimatkonvention, i slutet av året redovisades regionens miljöarbete och miljömål av regionrådet Robert Uitto som särskilt inbjuden talare i den nordiska paviljongen.

11.1.4 Europaforum Norra Sverige

Inom Europa Forum Norra Sverige har en handlingsplan för området energi, klimat och miljö tagits fram där bevakningsområden mm gentemot kommissionen klargörs.

11.1.5 Mittnordenkommittén

Inom Mittnordenkommittén har ett tjänstemannaförslag kring ett tänkt gemensamt projekt kring bioekonomi/cirkulär ekonomi skisserats som kommer att presenteras vid vårmötet i Jakobstad.

11.1.6 Miljöministernätverket ENCORE

Inom det politiska miljöministernätverket ENCORE har arbetet med planering av den kommande regionala miljöministerkonferensen i Österrike i september 2016 varit i fokus. Parallellt med den kommer en ungdomskonferens att äga rum, vår region kommer att skicka 2 ungdomar urvalet påbörjat.

11.1.7 PVC-fria blodpåsar

PVCfreeBloodBag är ett samarbete mellan näringsliv och sjukvård med syfte att fasa ut farliga ämnen från vården. Projektet ska visa att det går att tillverka en PVC-fri påse som uppfyller en förankrad kravspecifikation inklusive CE-märkning. Vi ska dessutom samverka med europeisk sjukvård för att sprida kunskap och öka efterfrågan för att underlätta introduktionen av de nya påsarna. In-vitro tester av de PVC-fria påsar har påbörjats på Karolinska Universitetssjukhuset. Projektet har även blivit beviljat ett års förlängning. Nytt slutdatum är 31 mars 2017.

11.1.8 Giftfri vardag

Under 2014 påbörjades ett samarbete tillsammans med Länsstyrelsen Jämtlands län, med flera, för att informera om farliga ämnen i varor. Under 2015 fortsatte informationssatsningen under namnet ”Giftfri vardag – finns den?” Aktiviteterna syftar till att uppmärksamma hur vi varje dag utsätts för och undviker farliga ämnen som kan påverka vår hälsa och miljö. Föreläsningar och seminarier hölls 7 november under hållbarhetskonferensen Åre Sustainability Summit i Åre, 11 november på Jämtlands gymnasium för elever och lärare, 1 december på Storsjöteatern för allmänhet samt på inbjudan av Rädda barnen den 9 december på Östersunds bibliotek. Region Jämtland Härjedalen har på regional utvecklingsförvaltningen beslutat att ta ett samordningsansvar för att tillsammans med länets aktörer fasa ut farliga ämnen från offentliga miljöer. Miljöer där barn vistas är prioriterade eftersom barn och unga är särskilt känsliga för påverkan av farliga ämnen.

11.1.9 Energikontoret

Energikontorets huvudsakliga uppdrag är att samordna den kommunala energi- och klimatrådgivningen, att vara en regional aktör inom områdena energieffektivisering och

förnybar energi samt att initiera och medverka i internationella, nationella och regionala projekt om rådgivning, effektivisering och förnybar energi.
Den kommunala energi- och klimatrådgivningen är en service från din kommun där rådgivningen vänder sig till privatpersoner, företag och organisationer och är i huvudsak finansierad av Energimyndigheten.
Energikontoret har haft ett antal informationstillfällen i länet under året, bland annat om solenergi.
Energikontoret kan också bedriva projekt själva eller tillsammans med andra. I samverkan med Sveriges alla energikontor och Energimyndigheten har startats två projekt med mål att energieffektivisera små- och medelstora företag.
Genom flera olika projekt har mängden eldningsolja minskat i länet, företag har ökat sin kännedom gällande sin energianvändning och antalet installerade solcellsanläggningar har ökat. Nedan följer kort information om två projekt som bedrivits under 2015.

Projektet ”Energiklok bostadsrättsförening” som handlar om kunskapshöjande insatser för att uppnå energieffektivisering har avslutats under året. Målgruppen var bostadsrättsföreningar och fastighetsägare. Genom projektet vägleds målgruppen till att bli mer insatta om sin egen energianvändning och hitta lönsamma åtgärder som innebär minskad energianvändning i byggnader och/eller åtgärder som syftar till ökad användning av förnybar energi.

Projekt “Zerooil med biooil”:
Det primära syftet med ”Zerooil – med biooil” är att skapa en regional samverkan kring leveranser av bioolja i sådan omfattning att lönsamma leveransvolymer för såväl större som mindre potentiella användare kan uppnås.
Sekundärt är syftet med projektet att fortsätta arbetet från Zerooil genom att intresserade ska erbjudas enskild rådgivning avseende effektivisering och konvertering till förnybar energi även i annan form än bioolja. Vidare är syftet också att under 2016 uppdatera inventeringen avseende antalet, och användningen av dessa, oljepannor i Jämtlands län. Sammantaget ligger projektets syfte helt i enlighet med länets RUS, då det förväntas bidra till en mer säker, uthållig och hållbar energiförsörjning för länets, i huvudsak, företag

11.1.10 Utvecklingslab

Utvecklingslaboratoriet var en treårig satsning för att etablera ett kunskaps- och spridningscentra inom CleanTech-området. Utvecklingslabbets mål var att stödja entreprenörsdrivna företag i regionen med produktutveckling och verifiering inom kemi- och miljöteknikområdet. I utvecklingslaboratoriet fick företagen tillgång till laboratoriekompetens, vetenskaplig metodik och försöksplanering. Utvecklingslabbet övergick till Torsta AB december 2015.

11.1.11 Samordning biogas

Ett projekt om ” Samordning Biogas” har bedrivits under året med syfte att samordna biogasaktörer kring de nyckelfaktorer som har betydelse för att Jämtlands län på sikt ska kunna ersätta delar av sin förbrukning av fossila drivmedel med egenproducerad fordonsgas.

11.1.12 Utsläpp från allmänna kollektivtrafiken

Utsläppen av CO2 i den allmänna kollektivtrafiken sjunker och uppgick 2014 till 0,67 kg/km att jämföra med 2011 då motsvarande värde var 0,73 kg/km för länstrafiken och 0,62 kr/km för tätortstrafiken.

Man har också påbörjat en översyn om övergång till bränsle med lägre koldioxidutsläpp i Länstrafikens bussar.

12 Organisation 2015

12.1 Hälso- och sjukvård och tandvård

Den dominerande verksamheten inom Region Jämtland Härjedalen är hälso- och sjukvården som grovt kan delas upp i tre kategorier - specialistvård, primärvård och tandvård som organiseras i 6 centrum (inklusive diagnostik, teknik och service). Hälso- och sjukvård bedrivs (2015) vid sjukhuset i Östersund inklusive Remonthagen, 22 hälsocentraler (med distriktssköterskemottagningar på ytterligare orter), 11 ambulansstationer, 1 ambulanshelikopter, 1 ambuss, 20 allmänna folktandvårdskliniker och 1 specialisttandvårdsklinik samt genom 1177 – sjukvårdsrådgivningen.

12.1.1 Specialistvården

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

12.1.2 Primärvården

Inom länet finns även 27 valbara hälsocentraler runtom i länet varav 22 st. drivs av landstinget. Utöver det finns ett antal distriktssköterskemottagningar.

12.1.2.1 Hälsoval

Hälsoval Jämtlands län infördes den 1 januari 2010. Det innebär att alla medborgare i Jämtlands län från och med 1 april 2010 fick möjlighet att välja hälsocentral i länet. Hälsovalet har ökat medborgarnas valfrihet och inflytande över vården.
I Hälsoval Jämtlands län måste hälsocentralerna, även privata, bli godkända av Region Jämtland Härjedalen för att få bedriva vård. Det är viktigt för att garantera den grundläggande kvalitén och att alla hälsocentraler får samma villkor. För att bli godkänd ska hälsocentralen uppfylla de krav som ställs av regionen. De regiondrivna hälsocentralerna ingår i regionens certifiering medan de privata inte ingår.

12.1.3 Folktandvården

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

12.2 Centrum för diagnostik, teknik och service

Centrum för diagnostik, teknik och service ger genom sina ansvarsområden; laboratoriemedicin, röntgen, nukleärmedicin, fysiologavdelning, mammografi, medicinteknik, kost, registerservice, städ, fastighet, transport samt hjälpmedel- och förråd m.m., stöd och service till övriga verksamheter och kunder.
Fastighetsenheten ansvarar för regionens lokalförsörjning och tillhandahåller drift och service samt teknisk och ekonomisk förvaltning av fastighetsbeståndet. Man har också förvaltat det energieffektiviseringsstöd landstinget sökt och beviljats från Energimyndigheten och arbetar framgångsrikt med energieffektiviseringar.
Transportfunktionen på Enheten för hjälpmedels- och materialenheten ansvarar för distribution av post, prover, tvätt, hjälpmedel samt gods från regionens förråd till regionens verksamheter och kunder. Transport svarar även för att farligt avfall samt källsorterat avfall från länet körs till miljöstationen på Östersunds sjukhus.

12.3 Centrum för lednings- och verksamhetsstöd

Centrum för lednings- och verksamhetsstöd ansvarar för bland annat strategiskt stöd till verksamheterna och politiska nivån. I centrumet ingår 7 staber, Ekonomistaben, Hälso- och sjukvårdsstaben, Kommunikationsstaben, Personalstaben, Planerings- och beställarstaben, Samordningskansliet samt Staben för e-hälsa och IT.
Inom Samordningskansliet och Enheten för krisberedskap, säkerhet och miljö återfinns sakkunnigstöd för miljöarbetet genom tjänsterna miljöstrateg och miljöhandläggare.

12.4 Utbildning

Kliniskt forskningscentrum, Östersunds sjukhus (KFC-Z) omfattar både forskningsstöd (disputerade handledare, statistiker; fördelning av FoU-medel), mottagning för

forskningspatienter, medicinskt bibliotek och gemensam miljö med Umeå universitets lektorer inom den regionaliserade läkarutbildningen, studieort Östersund. Studierektorerna för AT- och ST-utbildning är också knutna till KFC-Z.
Inom regionala utvecklingsförvaltningen ingår området ”Kompetens och utbildning” där bland annat två folkhögskolor ingår – se nästa avsnitt.

12.5 Regionala utvecklingsförvaltningen

Inom förvaltningen finns fem områden - Näringsliv, Kompetens och utbildning, Infrastruktur, Attraktion och livsmiljö samt Länskulturen.

12.5.1 Näringsliv

Inom Näringsliv arbetar man med innovationsfrågor, projektstöd och företagsstöd.

12.5.2 Kompetens och utbildning

I Kompetens och utbildning ingår två folkhögskolor. Birka folkhögskola erbjuder utbildningar inom musik, behandlingspedagogik, fritidsledare m.m. och Bäckedals folkhögskola erbjuder utbildningar med fokus på hantverksutbildningar m.m. Kompetens och utbildning bedriver också verksamhet inom samordning och utvecklingsarbete inom området förskola, grundskola och gymnasieskola, integration samt LärCentrum m.m.

12.5.3 Infrastruktur

Infrastruktur har ansvaret för infrastrukturplaneringen i länet. Region Jämtland Härjedalen är också Regional kollektivtrafikmyndighet. Det innebär bland annat att ta fram ett regionalt trafikförsörjningsprogram som talar om vilken kollektivtrafik som behövs i länet samt att se till att denna trafik bedrivs genom att göra beställningar via Länstrafiken AB. Man har även bedrivit ett tvåårigt projekt i samverkan med tre kommuner för ”Samhällsplanering för hållbar näringslivsutveckling i Åre – Krokom – Östersund” där fas 1 har avslutats under 2015. Projektets syfte är att stärka den gemensamma arbetsmarknadsregionen genom att bland annat underlätta effektiv och hållbar arbetspendling mellan orterna i stråket. Infrastruktur arbetar även för att främja IT-infrastruktur och digitala tjänster i länet.

12.5.4 Länskulturen

Länskulturen har uppdrag att i samverkan med kommunerna och civilsamhället komplettera och bidra till ett dynamiskt utbud av kultur i hela länet. Nationella kulturpolitiska målen samt Regional Kulturplan för Jämtlands län 2012-2014 är styrande för verksamheten. Länskulturens egna verksamheter är Estrad Norr; scenkonst, Filmpool Jämtland, Designcentrum Jämtland, hemslöjdskonsulenter och konstkonsulent. Dessutom verkar området för att stärka ung kultur och hanterar bidrag och stöd till det regionala organisationslivet. Området samverkar med huvudmännen för de statsbidragsberättigade verksamheterna; Stiftelsen Jamtli, Föreningsarkivet J/H, Riksteatern J/H samt Jämtlands läns bibliotek.

12.5.5 Attraktion och livsmiljö

Attraktion och livsmiljö är ett brett område. Här ryms frågor om natur, klimat, miljö och energieffektiviseringar. Här ryms också folkhälsofrågor och frågor som rör vård, omsorg och social välfärd – viktiga förutsättningar för att länet ska må bra och kunna utvecklas. Den regionala utvecklingsstrategin är basen för arbetet med konkreta mål och aktiviteter inom prioriterade områden för utveckling och hållbar tillväxt i länet. Strategin länkar samman de myndigheter, organisationer och andra aktörer som driver och verkar för utvecklingsfrågor.
Energikontoret ingår i regionala utvecklingsförvaltningen och arbetar för minskade utsläpp av växthusgaser genom projekt och aktiviteter som syftar till effektivare energianvändning och ökad användning av förnybar energi. Arbetet sker på initiativ av Energimyndigheten och kommunerna i Jämtlands län.
Jegreliusinstitutet arbetar tillsammans med konsumenter, företag och offentlig sektor för att stimulera efterfrågan och produktion av giftfria produkter. Institutet som sådant upphörde juni 2015 med ett undantag – Jegreliusinstitutet för tillämpad Grön kemi är fortfarande värd för projektet PVCfreeBloodBag. Inom Attraktion och livsmiljö arbetar man även med mobilisering mot droger samt Social välvärd som omfattar samordning och intressebevakning av frågor inom socialtjänst, LSS och hälso- och sjukvård för länets kommuner.

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

.

Bo Carlbark
Ekonomidirektör
Tfn: 063-14 77 76
E-post: bo.carlbark@regionjh.se

2016-05-11

Dnr RS/486/2016

Revisorerna i Region Jämtland Härjedalen

Svar på granskning av regionstyrelsens kostnadskontroll

Revisionskontoret har på uppdrag av regionens revisorer genomfört en förstudie av regionstyrelsens kostnadskontroll som ett underlag för att avgöra om det finns anledning av göra en fördjupad granskning inom området.

I skrivelse REV 26/2015 önskar revisorerna få regionstyrelsens syn på nedanstående iakttagelser:

Iakttagelse 1
I intervjuer har framkommit att budgeten inte längre betraktas som ett styrdokument. Orsaken har sagts vara att budgeten betraktas som alltför orealistisk. Det man istället styr mot är föregående års utfall uppräknat med den procentsats budgetramen räknades upp med. Lite förenklat kan man säga att budgetkontrollen förefaller ha ersatts med kostnadskontroll. Underlaget i form av antalet intervjuer är för litet för att kunna bedöma om detta är en allmän inställning bland budgetansvariga, men redan att åsikten förekommer är oroande.

Styrelsens svar
Den styrmodell som regionen tillämpar utgår i huvudsak ifrån fördelning av anslag. Ekonomimodellens fokus är kostnadskontroll.

Att budgeten inte uppfattas som styrinstrument är inte korrekt. Den teknik som verksamheterna tidigare använde för att hantera obalansen mellan tilldelad budget och verkliga kostnader, gav dock en felaktig bild och skapade ett otydligt ansvar. Tekniken gick ut på att obalansen bokades upp på ett justeringskonto som kallades ”ohanterad obalans”. Att på det sättet fastställa en budget som medgav högre kostnader än vad som var möjligt att finansiera gav helt fel signaler. Indirekt medgavs ett överskridande, vilket således spred osäkerhet och otydlighet i organisationen. För en tydlig styrning om det ekonomiska läget är det viktigt att klart ange det ekonomiska utrymme som finns, där målet givetvis ska vara att när utfall enligt budget uppnås, ska detta också innebära ett balanserat resultat. Allt annat skapar oklarhet och osäkerhet i styrning av verksamheten Därför avskaffades den beskrivna tekniken i budget 2015.

På grund av den pågående medicintekniska utvecklingen och demografiska förändringar, med allt fler äldre som det är möjligt att göra allt mer för, är kostnadstrycket inom hälso-

och sjukvården ständigt högre än intäktsutvecklingen. En av Regionens erfarenheter är att bristande nettokostnadskontroll snabbt leder till att underskott uppstår eller ökar. Det senaste decenniet har landstingsskatten höjts tre gånger. Varje gång har det lett till att resultatet tillfälligt förbättrats, för att åren därefter åter försämras. Nyckeln till att nå budgetkontroll är därför att kunna kontrollera kostnadsutvecklingen. Som en följd av att intäkterna varje år ökar, har Regionen möjlighet att genom åtgärder som minskar vissa kostnader och bromsar ökningen av övriga kostnadsslag nå ett plusresultat på tre års sikt.

Vägen till en ekonomi i nivå med budget kan dock för vissa verksamheter vara väldigt lång och svår. För att få ett engagemang och driv i det interna arbetet kan olika angreppsätt användas. Det ska dock inte råda någon som helst tveksamhet om vad som är det ekonomiska uppdraget för varje verksamhet. För att undvika risk för olika tolkningar kommer därför budskapet än mer att tydliggöras.

Iakttagelse 2

I finansplanen för 2016-2018 finns en prioriteringsregel som anger att "anpassning till givna ramar är överordnat vid en eventuell målkonflikt med verksamhetens omfattning". Detta är, som vi uppfattat det, en ny regel och torde innebära en utmaning mot bakgrund av att rambudgeten inte byggs upp av kalkyler för de uppdrag verksamheterna har att utföra.

Styrelsens svar

Detta är en regel som framför allt syftar till att påtala de begränsningar som finns för att bygga ut eller införa ny kostnadsdrivande verksamhet. Om ett område vill utöka eller bygga ny verksamhet som inte ryms inom tilldelad budget, säger således regeln att verksamheten ska avstå från utökningen. Det har införts flera rutiner för att kontrollera detta. Exempelvis ska investeringar godkännas av ett investeringsråd, inrättande av nya tjänster måste godkännas av ett rekryteringsråd etc.

Iakttagelse 3

Att budgeten skall hållas torde ha gällt även tidigare. Vi bedömer att prioriteringsregeln medför ökade krav på att åtgärder snabbt kan beredas och beslutas politiskt om det handlar om t ex bortprioriteringar eller risk för konflikt med de lagar eller förordningar som styr verksamheten. Hur kommer styrningen att organiseras för att säkerställas att handlingsregeln effektueras?

Styrelsens svar

Sammanfattningsvis består Regionens kostnadskontroll av flera delar som alla hänger ihop och ska ses i ett sammanhang. För att kunna åstadkomma en mer kostnadseffektiv vård, arbetar verksamheterna både med strukturåtgärderna i *Långsiktig utvecklingsplan för god ekonomisk hushållning* och andra utvecklingsarbeten. Samtidigt arbetar investeringsråd, rekryteringsråd m fl för att bromsa kostnadsökningen. På grund av kraven i den nya patientlagen och övrig lagstiftning inom hälso- och sjukvården är *snabba* minskningar av kostnaderna svårare att göra. I Regionens verksamhet pågår dock en minskning av arbetade timmar genom effektiviseringar och sänkta ambitionsnivåer. De beslut styrelsen fattat efter information om prognostiserat årsresultat, nettokostnadsutveckling mm verkställs alltså nu.

Den ekonomiska styrningen är således organiserad för att säkerställa att handlingsregeln effektueras; tidsspannet kan breda ut sig alltifrån några veckor till några år.

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Ann-Marie Johansson
Regionstyrelsens ordförande

Björn Eriksson
Regiondirektör

.

Regionens revisorer

2016-02-15

Dnr: REV 26/2015

Ulf Rubensson
Certifierad kommunal revisor
Tfn: 063-14 75 29

Regionstyrelsen

Regionstyrelsens kostnadskontroll

På vårt uppdrag har revisionskontoret genomfört en förstudie av Regionstyrelsens kostnadskontroll som ett underlag om det finns anledning att göra en fördjupad granskning inom området. Vi överlämnar resultatet av förstudien till styrelsen för kännedom.

De främsta svagheterna i kostnadskontrollen som vi noterat handlar om ökningen av personal. Åtgärder har dock satts in under 2015. Det handlar också om införandet av Cosmic som infördes under 2015 och som medfört produktionsbortfall.

Det kommer alltid finnas möjligheter till förbättringar av kostnadskontrollen.
T ex bör krav på åtgärdsförslag och konsekvensbeskrivningar kunna ställas mer konsekvent. Det kanske inte alltid finns sådana, men det är i så fall en analys som också bör redovisas. Användande av KPP[1] bör ytterligare kunna utveckla kostnadskontrollen.

Nedanstående iakttagelser önskar vi dock få Regionstyrelsens syn på:

I intervjuer har framkommit att budgeten inte längre betraktas som ett styrdokument. Orsaken har sagts vara att budgeten betraktas som alltför orealistisk. Det man istället styr mot är föregående års utfall uppräknat med den procentsats budgetramen räknades upp med. Lite förenklat kan man säga att budgetkontrollen förefaller ha ersatts med kostnadskontroll. Underlaget i form av antalet intervjuer är för litet för att kunna bedöma om detta är en allmän inställning bland budgetansvariga, men redan att åsikten förekommer är oroande.

I finansplanen för 2016-2018 finns en prioriteringsregel som anger att *"anpassning till givna ramar är överordnat vid en eventuell målkonflikt med verksamhetens omfattning"*. Detta är, som vi uppfattat det, en ny regel och torde innebär en utmaning mot bakgrund av att rambudgeten inte byggs upp av kalkyler för de uppdrag verksamheterna har att utföra.

Att budgeten skall hållas torde ha gällt även tidigare. Vi bedömer att prioriterings-regeln medför ökade krav på att åtgärder snabbt kan beredas och beslutas politiskt om det handlar om t.ex. bortprioriteringar eller risk för konflikt med de lagar eller förordningar som styr verksamheten. Hur kommer styrningen att organiseras för att säkerställa att handlingsregeln effektueras?

Vi emotser Regionstyrelsens svar senast **den 27 maj 2016**.

[1] KPP: Mätning av kostnad per patient

För Region Jämtland Härjedalens revisorer

Annelie Bengtsson
Ordförande

Berndt Söderman
Vice ordförande

Bilaga
Revisionsrapport: Förstudie Styrelsens kostnadskontroll

Kopia till

Regiondirektören

Ekonomidirektör

Dnr: REV 26/2015

REGION
JÄMTLAND
HÄRJEDALEN
REVISIONSKONTORET

REVISIONSRAPPORT

Förstudie:

STYRELSENS KOSTNADSKONTROLL

Ansvarig: Ulf Rubensson

Innehåll

1 SAMMANFATTANDE BEDÖMNING 3
2 INLEDNING/BAKGRUND 4
3 SYFTE, REVISIONSFRÅGA OCH AVGRÄNSNING 4
3.1 SYFTE 4
3.2 AVGRÄNSNING 4
4 REVISIONSKRITERIER/REVISIONSFRÅGOR 4
4.1 REVISIONSFRÅGOR 4
5 METOD 5
6 RESULTAT 5
6.1 ALLMÄNT 5
6.2 KOSTNADSKONTROLL 6
6.2.1 Målet för kostnadskontrollen 6
6.2.2 Verksamheternas ekonomiska utrymme 8
6.2.3 Informationskanaler 9
6.2.4 Åtgärder 9
6.2.5 Ansvarsutkrävande 11
6.2.6 Kostnadsutveckling jämfört med andra regioner/landsting 12
7 SAMMANFATTANDE SVAR PÅ REVISIONSFRÅGORNA: 14
8 ANSVARIGA FÖR GRANSKNINGENS GENOMFÖRANDE 15
9 BILAGOR 16
9.1 EXEMPEL PÅ HUR STYRNINGEN/LEDNINGEN SETT UT OCH VILKA OTYDLIGHETER SOM FRAMTRÄDER: 16
9.3 BILAGA: ANALYSGRUPPENS SAMMANSTÄLLNING (DEC 2015) 19

1 SAMMANFATTANDE BEDÖMNING

Syftet med revisionsinsatsen har varit att översiktligt kartlägga hur regionstyrelsens kostnadskontroll organiserats och att ge regionens revisorer beslutsunderlag inför deras bedömning om en fördjupad granskning behöver göras inom något/några områden.

Mot bakgrund av att granskningen varit av översiktlig karaktär har antalet intervjuade varit begränsat och de utsagor vi fått i våra intervjuer ska inte ses som allmängiltiga. Som beskrivs nedan finns det dock svar som redan i låga frekvenser bör ses som varningssignaler.

Som vi uppfattat det kan kostnadskontrollen sägas vara integrerad i den styrprocess genom vilken Regionen kontrollerar kostnaderna för att genomföra sin verksamhet.

De främsta svagheterna i kostnadskontrollen som vi noterat handlar om ökningen av personal. Åtgärder har dock satts in under 2015. Det handlar också om införandet av Cosmic som infördes under 2015 och som medfört produktionsbortfall mm.

Det kommer alltid finnas möjligheter till förbättringar av kostnadskontrollen.
T ex bör krav på åtgärdsförslag och konsekvensbeskrivningar kunna ställas mer konsekvent. Det kanske inte alltid finns sådana, men det är i så fall en analys som också bör redovisas. Användande av KPP[1] bör ytterligare kunna utveckla kostnadskontrollen.

Att prioritera bort vårdverksamhet är, enligt uppgift, svårt att göra i någon större omfattning då stora delar av verksamheten styrs av regler och förordningar om hur verksamheten ska ske och dess innehåll. Verksamhetsansvariga chefer riskerar att hamna i kläm mellan den politiskt beslutade rambudgeten och det ansvar de i många fall har enligt lagar och förordningar. Att följa det sistnämnda har, enligt uppgift, gått före att följa budget.

Regionens obalans i budgeten medför risk för att en kultur utvecklas där följsamhet till beslutad budget minskar. Detta skulle också kunna påverka ambitionerna i kostnadskontrollen negativt. Vi anser att det är mycket oroande att flera av de intervjuade uppger att budgeten inte längre betraktas som ett styrinstrument.

En budget som inte harmoniserar med givna uppdrag gör att ansvarsåtagandet blir otydligt. Den medför även att utrymmet för ansvarsutkrävande begränsas.

Den regel i finansplanen 2016-2018 som anger att ***”anpassning till givna ramar är överordnat vid en eventuell målkonflikt med verksamhetens omfattning***” är en ny ansats och utmaning. Mot bakgrund av hur rambudgeten är uppbyggd kommer det att ställa stora krav på utveckling av ledningen och styrningen.

Målet för kostnadskontrollen i finansplanen 2016-2018 har satts till att nettokostnads-ökningen ska vara noll jämfört med föregående år. Mot bakgrund av hur utvecklingen sett ut finns det anledning att bevaka om det mål som angivits för nettokostnadsutvecklingen 2016-2018 ligger på en realistisk nivå.

---

[1] KPP: Mätning av kostnad per patient

Nettokostnadsutvecklingen (per invånare) i Region Jämtland Härjedalen har de senaste åren haft ungefär samma ökningstakt som riksgenomsnittet för andra regioner/landsting – fast på en högre nivå. Under 2014 hade dock Region Jämtland Härjedalen en något högre ökning.

2 INLEDNING/BAKGRUND

Regionens revisorer har mot bakgrund av sin risk- och väsentlighetsanalys bedömt det angeläget att genomföra en förstudie av hur regionstyrelsens kostnadskontroll organiserats.

3 SYFTE, REVISIONSFRÅGA OCH AVGRÄNSNING

3.1 Syfte

Det övergripande syftet har varit att översiktligt kartlägga hur regionstyrelsens kostnadskontroll organiserats. Målet med kartläggningen är att ge regionens revisorer beslutsunderlag inför deras bedömning om en fördjupad granskning behöver göras inom något/några områden.

3.2 Avgränsning

Granskningen är avgränsad till regionstyrelsen, Regiondirektören med stab, Centrumchefer samt Områdeschefer.

4 REVISIONSKRITERIER/REVISIONSFRÅGOR

Revisionskriterierna utgår från:

- Kommunallagens krav på bl a att
  - Ekonomin ska vara i balans
  - Styrelsen ska bl.a. leda, samordna och ha uppsikt.
  - Styrelsen ska uppmärksamt följa de frågor som kan inverka på kommunens eller landstingets utveckling och ekonomiska ställning.
  - Vidare ska styrelsen också göra de framställningar som behövs hos fullmäktige, övriga nämnder och andra myndigheter.
- Interna styrdokument såsom tex
  - Regionens budget
  - LUP (långsiktig utvecklingsplan)
  - Regionens styrmodell

4.1 Revisionsfrågor

Kartläggningen omfattar att översiktligt beskriva:

Hur har styrelsen utvecklat former/rutiner för kostnadskontrollen så att man i tid får relevanta signaler om avvikelser.

- Hur har den löpande rapporteringen till styrelsen organiserats?

- Har rapporter om negativa avvikelser åtföljts av förslag till åtgärder?
  - Har verksamheter med stark negativ avvikelse lämnat åtgärdsförslag?
  - Har åtgärdsförslagen haft tillräcklig potential?
  - Har styrelsen fattat beslut med anledning av ev. åtgärdsförslag från verksamheterna?
- Har styrelsen gjort de framställningar som behövs hos fullmäktige och övriga nämnder?

Har kostnadskontrollen resulterat i en kostnadsutveckling som ligger i paritet med andra regioner/landsting?

5 METOD

Granskningen utförs genom dokumentstudier och intervjuer.

Intervjuer har genomförts med regionstyrelsens ordförande, regiondirektör, ekonomidirektör, 2 centrumchefer och 3 områdeschefer.

Regiondirektör och ekonomidirektör har beretts möjlighet att faktagranska rapporten. Synpunkter har inkommit från ekonomidirektören och dessa synpunkter har beaktats.

6 RESULTAT

6.1 Allmänt

Kommunallagen anger att budgeten ska upprättas så att intäkter och kostnader balanserar. Regionens budget har inte varit i balans under flera år. Verksamheterna har haft krav på besparingar redan vid ingången till verksamhetsåret, eftersom tilldelningen av budget inte fullt ut stått i proportion till uppdragen. Kommunallagen förutsätter i princip att om budgeten inte går ihop och besparingar inte kan ske, så måste intäkterna ökas t.ex. genom ökade avgifter eller skatteuttag så att balans uppnås.

För att komma tillrätta med ekonomin har en långsiktig utvecklingsplan (LUP) tagits fram. Denna innehåller ett antal ”paket” med åtgärder som ska påverka bl.a. ekonomin i positiv riktning. Denna plan och dess ”paket” kan ses som en del i den kostnadskontroll som eftersträvas.

I det svar[2] som revisorerna erhöll från möte med regionstyrelsen i november 2015 sades bl.a. om möjligheterna att få kontroll på kostnaderna under 2015:

> *”Regionstyrelsens företrädare har samtalat med regiondirektörens ledningsgrupp och bett om omtag när det gäller besparingsförslag. Resultatet av detta är att underlag begärts in skriftligt från varje centrum till 30/10. Ledningsgruppen förstärkt med områdeschefer hade "brainstorming" 28/10 och den 11/11 är alla chefer och MLU inbjudan till heldag på OSD för att arbeta med det ekonomiska läget. Realistiska förväntning är dock att detta INTE löser 2015 års resultat - ansatsen för arbetet 11/11 är att söka efter åtgärder som kan börja ge effekt under 2016.*
>
> *Under 2015 har några åtgärder gjorts som regionstyrelsen vill lyfta fram:*

[2] Dnr RS/1833/2015 Svar på frågor från revisorerna

- en extern genomlysning för att se om ytterligare inspiration till åtgärder kan erhållas. Den genomlysningen har därefter värderats mot pågående/beslutade åtgärder och kompletteringar har gjorts av den långsiktiga utvecklingsplanen för god ekonomisk hushållning liksom uppmaningar till att fortsätta och intensifiera pågående arbeten. "
"Arbetet med samtliga åtgärder för att nå en ekonomi i balans kommer löpande rapporteras till regionstyrelsen och ekonomi- fastighets- och upphandlingsutskottet. En övergripande redovisning kommer fr o m delårsbokslut april även ingå i den samlade rapporten som lämnas till regionstyrelsen. En övergripande analysgrupp kommer också att tillsättas i syfte att snabbt etablera regiongemensamma beräkningsmetoder och uppföljningsmallar för att kontinuerligt värdera att vidtagna åtgärder ger önskad effekt och följer fastställd tidplan. Utöver detta har beloppsgränsen för investeringsbeslut sänkts vilket innebär att regiondirektören nu beslutar om alla investeringar över 250 000 kr."

6.2 Kostnadskontroll

Det har inte gått att hitta någon entydig definition av begreppet "kostnadskontroll". I denna rapport har vi valt att använda oss av den definition som anger att begreppet står för *Begränsning av, styrning av eller återhållsamhet med kostnader"*[3].

Ibland läggs det också in i begreppet att kostnaderna ska hålla sig inom givna ramar[4]. För att hålla isär begreppen benämner vi det sistnämnda för budgetkontroll. Denna rapport avsåg att ha fokus på kostnadskontroll, men vi har gjort iakttagelser som gjort att båda begreppen berörs i rapporten. Även om det är två olika begrepp, finns det ett samband mellan dem vad avser *styrning*.

6.2.1 Målet för kostnadskontrollen

I regionstyrelsens verksamhets- och uppföljningsplan för 2015 sägs:

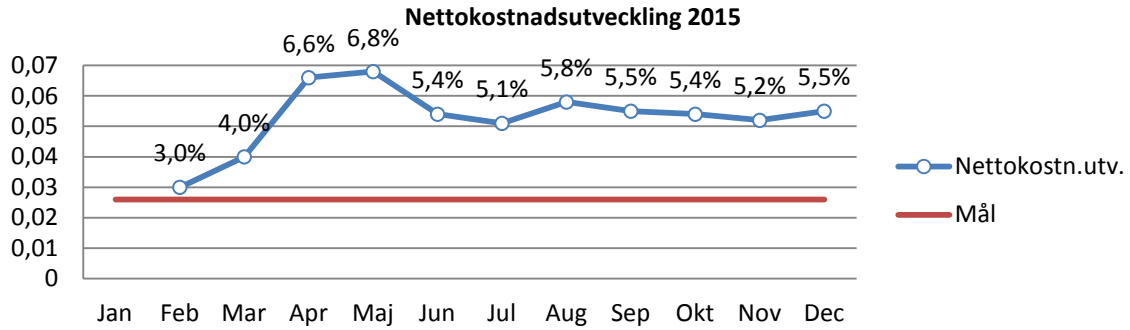
"God kostnadskontroll är viktigt för att kunna uppnå en god ekonomi. Därför bör mål sättas för hur stor nettokostnadsökningen maximalt får vara. Målvärdet sätts med utgångspunkt från föregående års resultat, resultatmålet samt prognostiserade skatter och generella statsbidrag."

Målet för Regionens kostnadskontroll 2015 sattes till 2,6%.

[3] The **MeSH®** (Medical Subject Headings) is the controlled vocabulary thesaurus of the **NLM (U.S. National Library of Medicine)**.

[4] SKL skrift: Resursfördelning, budgetering och kostnadskontroll inom hälso- och sjukvården:
"Kostnadskontroll är det arbete som görs i en organisation i syfte att upprätthålla kostnadskontrollen så att kostnaderna hålls inom givna ramar".

Den nettokostnadsutveckling[5] som rapporterats i månadsrapporter och delårsrapporter under 2015 ser ut enligt följande:



Målet om en nettokostnadsutveckling om högst 2,6% uppnåddes inte under 2015. Utfallet blev mer än det dubbla; 5,5%[6].
I finansplanen 2016-2018 anges att problemen med nettokostnadsutvecklingen har sin orsak i bl.a. en ökad efterfrågan på vård pga en ökad andel äldre medborgare, ökande kostnader för riks- och regionvård samt rekryteringssvårigheter som medfört ökande kostnader för inhyrd personal[7] samt att bemanningen med egen personal ökat.

I Regionens finansplan för 2016-2018 sägs:

> *”God kostnadskontroll är viktigt för att uppnå god ekonomi. Därför sätts mål för hur stor nettokostnadsökningen maximalt får vara. Målet för nettokostnadsutvecklingen är baserat på de resultatförbättrande åtgärder som planerats.”*

Mätetal	Budget 2016	Plan 2017	Plan 2018	Mål på längre sikt
Nettokostnadsutveckling jämfört föregående år	0 %	0 %	0 %	Ej högre än ökningen av skatter och generella statsbidrag

[5] SKL: Med **nettokostnad** avses den kostnad som landstinget ska finansiera med landstingsskatt, generella statsbidrag och finansnetto. Kostnader för privat vård och den vård som befolkningen konsumerar i annat landsting ingår. Kostnader för verksamhet som landstinget säljer till andra landsting ingår inte.
[6] Efter justering från 5,7 % till 5,5 % avseende Länstrafiken.
[7] Regionens finansplan 2016-2018

SKL[8] beräknar att landstingsprisindex (LPI) under motsvarande period kommer att utvecklas enligt nedanstående tabell. Sammantaget pekar detta mot en kostnadsökning under 2016-2018 med 9,7% inkl läkemedel och 11,5% exkl läkemedel.

Tabell 5. Prognos för Landstingsprisindex, LPI

Årlig procentuell förändring

	2015	2016	2017	2018
Landstingsprisindex inkl. läkemedel	2,2	2,6	2,8	4,0
– Timlön	3,0	3,3	3,6	3,8
– Socialavgifter	3,0	3,6	4,5	9,9
Landstingsprisindex exkl. läkemedel	**2,7**	**2,9**	**3,4**	**4,8**

6.2.2 Verksamheternas ekonomiska utrymme

Region Jämtland Härjedalen har en budgetmodell med ekonomiska ramar för de olika verksamheterna. Ramarna anger vad det maximalt får kosta.

Ramarna bygger på historik, rekommendationer från SKL och på politiska bedömningar av vilka taxor och skatteuttag som är möjliga. I finansplanen 2015-2016 sägs att *"de ekonomiska ramarna utgår från en skattesats som är 11,20 kr. 2016-2018 års ekonomiska ramar har, förutom när det gäller läkemedelskostnader i primärvården räknats upp med 2,4 % vilket motsvarar Landstingsprisindex (LPIK inkl läkemedel) i SKL:s aprilprognos 2015*". Dvs. ramarna bygger inte på kalkylerade belopp om vad det kommer att kosta att bedriva verksamheten.

I regionens finansplan 2016-2018 anges vidare att ***"Anpassning till givna ramar är överordnat vid en eventuell målkonflikt med verksamhetens omfattning"***.

Den totala budgeten har under en rad år inte varit i balans. Dvs. intäkterna har inte täckt kostnaden för verksamheten. I budgeten för 2015 gjordes en ramfördelning som baserat på beräknade skatteintäkter och övrig finansiering skulle ge ett ekonomiskt underskott på 96 miljoner kronor[9]. Underfinansieringen var dock betydligt större än så vilket såväl prognoser som preliminära siffror för bokslutet 2015 visar.

I det svar som revisorerna erhöll från möte med regionstyrelsen i november 2015 sades bl.a.:

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

Respektive centrum har haft en egen ramtilldelning. Centrumen har, under granskningens gång, upphört som organisatorisk nivå och en återgång till områden har skett.

Områdescheferna vi intervjuat bedömde att deras underställda kostnadsställeansvariga haft goda beräkningar av de kostnader som verksamheten kommer att medföra och även relativt god kontroll på de kostnader som sedan uppstått. Man uppger även att man i de flesta fall har kunskap om vilka kostnader som ökat resp. minskat och varför.

---

[8] SKL: Eknomominytt Nummer 16/2015

[9] Regionstyrelsen § 259

Det har även framkommit att man under verksamhetsåret haft vissa ofinansierade kostnadsökningar pga. centralt fattade beslut. T ex införandet av Cosmic och ”rätt till heltid”.

Flera av de intervjuade upplever tilldelad budget som orealistisk, då den avviker allt för mycket från den kalkylerade kostnaden för det uppdrag man har att utföra.

På frågan om hur områdescheferna ser på budgeten som styrinstrument har vi fått svaret att man inte längre betraktar den som något sådant instrument. Det man styr mot är föregående års utfall *(bokförda kostnader resp. intäkter)* plus den procentuella uppräkning som gjordes i budgeten.

6.2.3 Informationskanaler

Revisionsfråga:
Hur har styrelsen utvecklat former/rutiner för kostnadskontrollen så att man i tid får relevanta signaler om avvikelser?

Hur har den löpande rapporteringen till styrelsen organiserats?

Kostnadskontrollens ”organisation” följer i stort sett Regionens styrmodell.

Det innebär t ex att styrelsen:

- får löpande rapporter från regiondirektören samt
- får månadsrapporter, inkl ek helårsbedömning
- får delårsrapporter april+aug, inkl ekonomisk helårsbedömning
- får information om Regionens övriga organ, företag mm genom utövandet av sin uppsiktsplikt.
- upprättar och avlämnar delårsbokslut per april och augusti samt årsbokslut för Regionen, inkl ek helårsbedömning
- följer upp sina verksamheter enligt den uppföljningsplan som finns i dess verksamhetsplan

Information om nettokostnadsutvecklingen kan ingå i ovanstående punkter. I månads-, delårs- och bokslut har information om nettokostnadsutvecklingen varit stående inslag.

De centrumchefer vi har intervjuat har haft regelbundna träffar med sina områdeschefer minst en gång per månad.

Områdescheferna har i sin tur haft träffar med sina kostnadsställeansvariga dock med lite varierande frekvens, men minst en gång varje månad.

Varje centrum har avlämnat månadsrapporter samt delårsrapporter. Samtliga rapporter har innehållit en prognos över årsutfallet. De har även lämnat en årsrapport.

Utöver detta har ekonomichefen varje månad hållit möten med centrumen där områdescheferna, enl uppgift, haft möjlighet att närvara. Varannan månad har regiondirektören deltagit vid dessa möten. Dessa möten är av samrådsart och har, enl uppg, hållits utan att det förts minnesanteckningar.

Ekonomidirektören har knutit till sig en särskild analysgrupp som, enligt uppgift, består av bl.a. ekonomer och personal- och vårdadministratörer.

6.2.4 Åtgärder

Revisionsfrågor:
Har rapporter om negativa avvikelser åtföljts av förslag till åtgärder?

- Har verksamheter med stark negativ avvikelse lämnat åtgärdsförslag?
- Har åtgärdsförslagen haft tillräcklig potential?
- Har styrelsen fattat beslut med anledning av ev. åtgärdsförslag från verksamheterna?

Har styrelsen gjort de framställningar som behövs hos fullmäktige och övriga nämnder?

Centrumcheferna vi intervjuat uppger att de väsentligaste åtgärderna som de ansett behövs och som de inte själva haft resurser att genomföra eller befogenhet att besluta om, redovisats i månadsrapporter/delårsrapporter. På frågan om alla sådana förslag nått styrelsen har vi fått svar om att så är fallet.

Regiondirektören ger dock en bild av att så inte alltid är fallet. Enligt Regiondirektörens beskrivning sker först en bedömning/gallring i tjänstemannaledningen. Därefter diskuteras och gallras ev. förslag vid ett arbetsmöte med majoritetsföreträdarna i något som betecknas som ”rådsberedningen” innan de föreläggs styrelsen. Vad som avförts dokumenteras inte.

Ett stort bekymmer som beskrivs i delårsrapport och månadsrapporter är att antalet anställda ökat i hög omfattning. I finansplanen beskrivs detta som en av orsakerna till den höga kostnadsutvecklingen. Styrelsen har dock själv begärt en analys av orsaker till den höga ökningstakten. En särskild grupp ”Projektgruppen Vem gör vad i vården” har fått ett utökat uppdrag som innebär att samtliga personalökningar skall diskuteras med denna grupp och att personalökningen ska minska men 50 % jämfört med 2014.

Uppföljningar/rapporter leder ofta till krav på direktören att utreda eller vidta åtgärder, men så vitt vi kunnat se, har styrelsen inte *(på något dokumenterat sätt)* hanterat budgetavvikelser i de fall där det inte gått att komma tillrätta med sådana obalanser som rådde redan vid ingången av verksamhetsåret.

Det har varit svårt att utläsa i protokoll om styrelsen fått konkreta förslag till åtgärder från centrumen vid ekonomiska problem, men även att utläsa vad styrelsen givit verksamheterna i återkoppling då tydliga signaler om problem redovisats. Se Bilaga 9.1

Däremot kan vi notera att styrelsen bl.a:

- begärt förslag på åtgärder för kostnadsminskningar,
- sett över investeringsverksamheten,
- beslutat om att de åtgärdsförslag (7 utvecklingspaket) som blev resultatet av en genomlysning av hälso- och sjukvården ska verkställas. Genomlysningen har värderats mot pågående/beslutade åtgärder och kompletteringar har gjorts av den långsiktiga utvecklingsplanen för god ekonomisk hushållning liksom uppmaningar till att fortsätta och intensifiera pågående arbeten
- antagit en långsiktig utvecklingsplan för minskade sjukskrivningar
- hållit sig informerad om arbetsläget med de sk paketen i den långsiktiga utvecklingsplanen (LUP)
- omförhandlat chefsavtal
- ser över sjukreseverksamheten
- inlett diskussioner med Landstinget Västernorrland om samverkan

När områdescheferna rapporterat om ekonomiska problem upplever de ibland att reaktioner uteblivit.

Vi har ställt frågor om man själv alltid lämnar åtgärdsförslag eller avkrävs sådana. Här varierar svaren något på områdesnivån[10] från ibland till nästan aldrig. I detta sammanhang har vi bl a fått kommentaren att det inte finns något mer som man kan föreslå att bortprioriteras.

Vid styrelsens sammanträde i mars 2015 redovisade ekonomidirektören ett åtgärdsförslag om att ” Projektgruppen Vem gör vad i vården” erhåller utökat mandat och samtliga personalutökningar skall diskuteras med denna grupp. Projektgruppen har i uppdrag att minska 2014 års personalökning med minst 50 % ”(§ 67 Regiondirektörens rapport) Styrelsen fattade inte beslut om det enskilda förslaget men uttalade i vart fall att man godkände ”inriktningen på det arbete som påbörjats”, vilket vi tolkat som ett godkännande av förslaget.

Vid styrelsens möte i december redovisade ekonomidirektören en sammanställning av centrumens resultatförbättrande åtgärder. *Se bilaga 9.3.* Av redovisningen framgår att centrumens resultatförbättrande åtgärder under 2015 beräknats till att få effekt med sammanlagt ca 13,1 Mkr under 2015 och 35,5 Mkr under 2016.

6.2.5 Ansvarsutkrävande

Regionstyrelsen sade i sitt svar på revisorernas frågor i nov 2015 bl.a.:

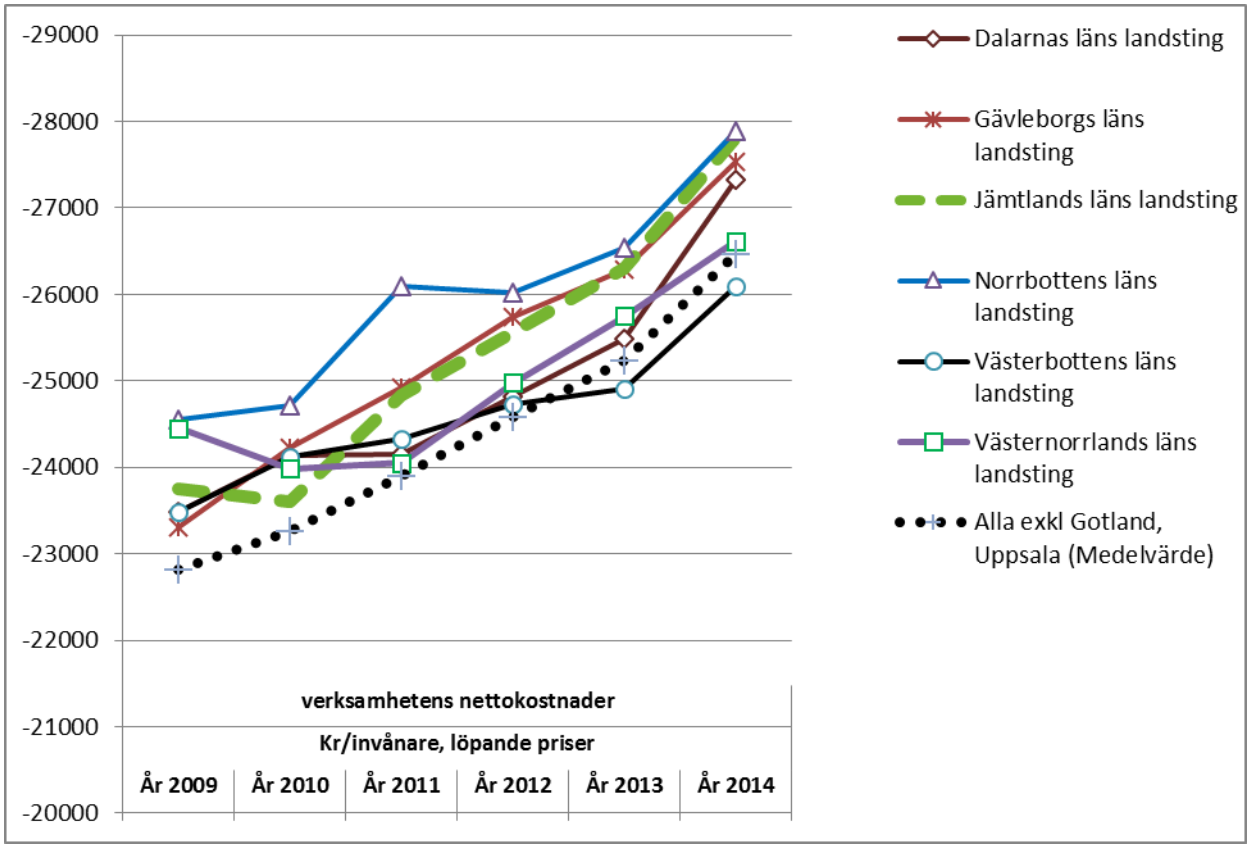
> *I det ekonomiska läge som regionen befinner sig i är det inte möjligt att utkräva ansvar utifrån budget. Däremot utkrävs ansvar för chefers resultat av förbättringsarbete och i engagemang kring att lägga fram förslag till kostnadsminskningar samt ett ledarskap som främjar god arbetsmiljö och hög patientsäkerhet.*
>
> *Ett utvecklat arbetssätt med verksamhetsuppföljningar och budgetdialoger har införts under 2015.*

Enligt regiondirektören är det viktigt med mod i ledarskapet och att kunna visa resultat. Enligt uppgift har han flera gånger utkrävt ansvar i de fall han ansett att det brustit i ledarskapet. Förmågan att hantera ekonomin har varit en del bland andra i bedömningen.

[10] intervjuer gjorda innan centrumen avvecklades

6.2.6 Kostnadsutveckling jämfört med andra regioner/landsting

Revisionfråga:
Har kostnadskontrollen resulterat i en kostnadsutveckling som ligger i paritet med andra regioner/landsting?



SCB:"Verksamhetens nettokostnader är summan av verksamhetens intäkter minskat med kostnader för avskrivningar och verksamhetskostnader". "Nettokostnaden visar hur stor del av verksamheten som kommunen ska finansiera med skattemedel, generella statsbidrag och utjämning samt räntenetto"

Ovanstående graf visar nettokostnadsutvecklingen i kr/invånare åren 2009 till 2014 för landstingen i Norrland. (Källa: SCB[11]). *Gotland och Uppsala läns landsting har ej medtagits i medelvärdet för riket pga jämförelsestörande poster.*

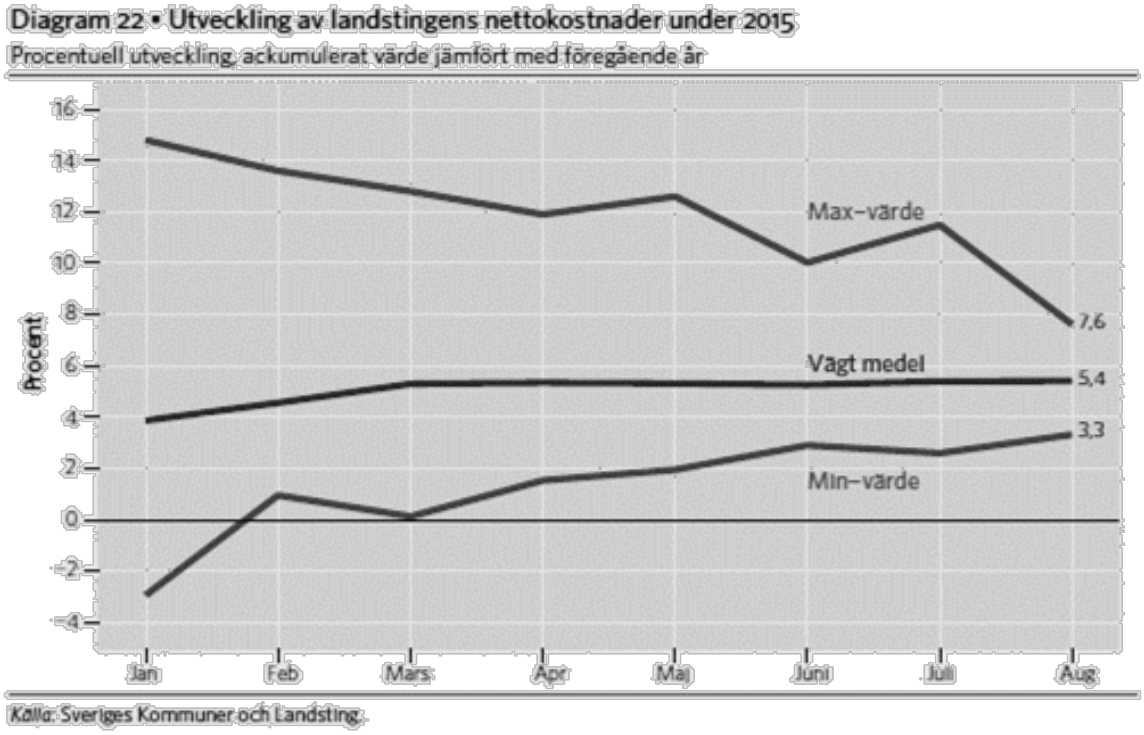
Av grafen framgår att Jämtlands läns landstings nettokostnadsutveckling per invånare har legat över riksgenomsnittet liksom de flesta andra "norrlandslandsting". Jämtlands läns landstings nettokostnader per innevånare ökade med 5,7% under 2014, enligt uppgifter från SCB. Att jämföras med riksgenomsnittet som låg på 4,8% (exkl Gotland och Uppsala läns landsting).

Enligt uppgift från regionens ekonomidirektör ökade nettokostnaderna med 4,7% under 2014 för Jämtlands läns landsting efter justeringar. Det vill säga i nivå med riksgenomsnittet.

[11] http://www.statistikdatabasen.scb.se

För 2015 blev, enligt uppgift, den slutliga nettokostnadsökningen 5,5% (efter justering för länstrafiken).

Från en rapport från SKL[12] i oktober 2015 har nedanstående diagram hämtats för en jämförelse med andra regioner och landsting:



[12] SKL: Ekonomirapporten. Om kommunernas och landstingens ekonomi – Oktober 2015

7 SAMMANFATTANDE SVAR PÅ REVISIONSFRÅGORNA:

Kartläggningen omfattar att översiktligt beskriva:

Revisionsfråga	**Sammanfattande svar**
Hur har styrelsen utvecklat former/rutiner för kostnadskontrollen så att man i tid får relevanta signaler om avvikelser.	Kostnadskontrollen är en integrerad process i styrmodellen och sammantaget bedömer vi att styrelsen har förutsättningar att få signaler om avvikelser i tid.
Hur har den löpande rapporteringen till styrelsen organiserats?	Rapporteringsvägarna följer styrmodellen, därtill sker samråd med ekonomidirektör och regiondirektör
Har rapporter om negativa avvikelser åtföljts av förslag till åtgärder?	Förslag på åtgärder från verksamheterna uppges finnas, men det är i få fall som vi kunnat notera i protokoll att de har nått styrelsen.
Har verksamheter med stark negativ avvikelse lämnat åtgärdsförslag?	Stickprov har gjorts. Se bilaga 9.1. Information om problem finns men det saknas tydliga åtgärdsförslag
Har åtgärdsförslagen haft tillräcklig potential?	Det har varit svårt att hitta konkreta åtgärdsförslag från centrumen som behandlats av styrelsen.
Har styrelsen fattat beslut med anledning av ev. åtgärdsförslag från verksamheterna?	Se ovanstående
Har styrelsen gjort de framställningar som behövs hos fullmäktige och övriga nämnder?	Nej. Styrelsen la fram ett ärende om godkännande av att överskrida budget, men vi har inte hittat beslut om bortprioriteringar som är av sådan storlek att de haft väsentlig betydelse.
Har kostnadskontrollen resulterat i en kostnadsutveckling som ligger i paritet med andra regioner/landsting?	Ja år 2015. Nettokostnadsnivån per innevånare ligger dock högt i förhållande till andra landsting/regioner.

8 ANSVARIGA FÖR GRANSKNINGENS GENOMFÖRANDE

Projektledare[13]:

Ulf Rubensson
Certifierad kommunal revisor

Kvalitetssäkring[14]:

Leif Gabrielsson
Revisionsdirektör

[13] 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.
En prövning av den sakkunniges oberoende har gjorts i enlighet med SKYREVs rekommendation (R2) har gjorts inför granskningen, varvid inga hot mot oberoendet framkommit.

[14] 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.

9 BILAGOR

9.1 Exempel på hur styrningen/ledningen sett ut och vilka otydligheter som framträder:

Centrum opererande specialiteter (COS)

”Signal”:

I **verksamhetsplanen** för COS för 2015 finns bl a följande information:

”Utgångspunkten i arbetet med budget inför 2015 har varit oförändrad ram med tillägg för beslutade och föreslagna inprioriteringar. 2014 års ekonomiska ram uppräknas med LPIK (landstingsprisindex) enligt SKL:s planeringsförutsättningar april 2014 = 2,1 %. ”

”Centrumets nettokostnad 2014 väntas bli 65 miljoner kronor högre än tilldelad budgetram (prognos oktober 2014). 2015 utökas budgeten med 20,3 miljoner kronor (exkl inprio 2015). För att centrumet ska kunna hålla budgeten 2015 krävs en nettokostnadssänkning i storleksordningen 4,5 procent.”

Månadsrapport COS febr 2015:
”Centrumet har efter februari ett resultat på minus 9,4 mkr. Nettokostnadsutvecklingen ligger på 2 %. Prognosen för 2015 beräknas till minus 92 mkr, vilket motsvarar en nettokostnadsutveckling på 3,7 %.”

” Centrumet klarar inte att nå budget i balans, det kräver ett annat uppdrag och bortprioritering av verksamhet.”

Förslag: ?

Beslutad åtgärd: ?

Centrum medicinska specialiteter (CMS)

”Signal”:

I CMS delårsbokslut för april 2015 finns bl a följande information:

”Centrumets resultat efter fyra månader är -33,7 miljoner kronor, vilket är 8,5 miljoner kr sämre än för motsvarande period föregående år.

Nettokostnadsökning är 3,9 procent. Läkemedelskostnader har ökat med 13,1 procent. Ökningen gäller smittskydds-läkemedel.

Besparingsåtgärder: arbete pågår med översyn av vårdplatsstrukturen. Förskjutning av arbetsuppgifter mellan yrkeskategorier pågår. Flera förbättringsarbeten pågår med effekt i form av t.ex. behov av färre läkarbesök, lägre läkemedelskostnader, färre återinskrivningar.

Helårsprognosen är oförändrad jämfört med föregående månad, -93 miljoner kronor.”

Förslag: ?

Beslutad åtgärd: ?

Regionstyrelsen

”Signal”:

Mars 2015. § 67 Regiondirektörens rapport (RS/7/2015):

Regiondirektören redovisade bl a:

• Åtgärdsförslag med anledning av kostnadsutvecklingen (Bo Carlbark) Projektgruppen ”Vem gör vad i vården” erhåller utökat mandat och samtliga personalutökningar skall diskuteras med denna grupp. Projektgruppen har i uppdrag att minska 2014 års personalökning med minst 50%. En extern genomlysning ska göras i de centrum som har underskott. Sondering ska påbörjas med andra landsting och regioner om områden som kan samordnas.

Regionstyrelsens beslut innehöll bl.a.:

”Regionstyrelsen ser ytterst allvarligt på det ekonomiska läget och **godkänner inriktningen på det arbete som påbörjats**.”

”Styrelsen **betonar vikten av att följa** kostnadsutvecklingen för standardiserade vårdförlopp vid cancervården och om det behövs agera tillsammans med Norrlandstingens Regionförbund för ytterligare statlig finansiering.

Styrelsen **ser ett problem** med regionens höga nivåer vad det gäller timvikarier, övertidsuttag sam de ersättningar som utbetalas på grund av sen rekrytering av frånvaroersättare. **Målsättningen** måste vara att vi skapar en organisation där **planeringsbarheten ökar samt att vi minskar behovet av snabba och dyra korttidsfrånvarovikarier**.

Styrelsen anser att direktörens arbete med att tydliggöra chefers ansvar och befogenheter när det gäller personal-, verksamhets- och ekonomiskt ansvar **återförts till respektive chefsnivå**. Detta leder till att det i verksamheten kan behövas kompetenshöjande åtgärder. Särskilt inom arbetsmarknadslagstiftning och personalekonomi. Regionstyrelsen **uppdrar till Personalpolitiska utskottet att kartlägga kunskapsnivåerna samt säkerställa att regionens olika chefsnivåer har adekvat och aktuell kunskap inom dessa områden**”

Förslag: *(Rapport om åtgärd – ej förslag)*

Beslutad åtgärd: Godkännande av inriktningen av regiondirektörens åtgärder.
Uttalanden gjordes om hur styrelsen ser på läget (t ex. ”betonar vikten”, ”ser ett problem”), men i övrigt inga konkreta beslut.

Regionstyrelsen

”Signal”:

Ekonomi-, fastighets- och upphandlingsutskottet 2015-02-19, § 15, om fördjupad analys av årsbokslut 2014

”Regiondirektören fick vid ekonomi-, fastighets- och upphandlingsutskottets möte den 29 januari 2015 i uppdrag att till utskottets möte i februari 2015 redovisa en fördjupad analys avseende de största avvikelserna i det ekonomiska resultatet 2014. Utöver detta skulle även en analys göras av vilka delar av det slutliga resultatet som inte funnits med i prognoserna som gjorts under 2014. Regiondirektören fick därutöver i uppdrag att lämna förslag till ytterligare områden till den långsiktiga utvecklingsplanen (LUP) för god ekonomisk hushållning.

En analys har nu genomförts som redovisar varför de ekonomiska årsprognoserna i början på 2014 var alltför optimistiska i förhållande till det slutliga underskottet på – 162 mkr. Den fördjupade analysen av det ekonomiska underskottet 2014 innefattar områdena egen personal, inhyrd personal samt riks- och regionvård. Analysen visar inom vilka centrum och inom vilka personalkategorier ökningen skett av antalet anställda. Den visar också vilka centrum som använt inhyrd personal i högre utsträckning än tidigare. När det gäller riks- och regionvården framgår var och i vilka delar kostnaden ökat jämfört med föregående år

Förslag till ytterligare områden i långsiktig utvecklingsplan för god ekonomisk hushållning kommer att behandlas senare i särskild ordning.

EKONOMI-, FASTIGHETS- OCH UPPHANDLINGSUTSKOTTETS BESLUT

1. Regiondirektören får i uppdrag att se över nuvarande prognosrutiner avseende årsresultat och redovisa förbättringsåtgärder till ekonomi-, fastighets- och upphandlingsutskottets möte i april.

2. Ekonomi-, fastighets- och upphandlingsutskottet föreslår regionstyrelsen

Analys av ekonomiskt underskott 2014 samt orsaker till avvikelser mellan lämnade årsprognoser och slutligt utfall för 2014 godkänns.”

Beslutad åtgärd: Regionstyrelsens beslut (§72)

Analys av ekonomiskt underskott 2014 samt orsaker till avvikelser mellan lämnade årsprognoser och slutligt utfall för 2014 godkänns.

9.3 Bilaga: Analysgruppens sammanställning (dec 2015)

Analysgruppens sammanställning av centrumens redovisning resultatförbättrande åtgärder

Centrum	Besparingseffekt i tkr andra halvåret 2015	Verksamhetens totalkostnad	Andel av total kostnad	Besparings effekt i tkr helår 2016	Andel av nettokostnad
Centrum diagnostik, teknik och service	3 000	626 900	0,5%	6 000	1,0%
Centrum medicinska specialiteter	2 077	718 900	0,3%	8 450	1,2%
Centrum opererande specialiteter	1 503	848 300	0,2%	8 428	1,0%
Centrum för barn, kvinna och psykiatri	2 732	559 400	0,5%	2 065	0,4%
Centrum lednings- och verksamhetsstöd	1 425	250 900	0,6%	10 350	4,1%
Primärvården	2 320	659 800	0,4%	200	0,0%
SUMMA	**13 057**	**3 664 200**	**0,4%**	**35 493**	**1,0%**
Varav ej i prognos 2015	0				

Större resultatförbättrande åtgärder 2015

Centrum	Beskrivning av åtgärd samt när eventuellt beslut är taget	Planerad/Pågående	Ingår i innevarande års årsprognos (ja/nej)	Besparing i tkr 2015 (effekt andra halvåret)
CDTS	- Effektivisering mm fastighetsenheten	Pågående	ja	2 000
CMS	**Vårdplatsneddragning plan 8.** Sammanslagning av två mindre avdelningar till en större.	Planerad	ja	1 900
CLV	Minskade resekostnader	Pågående	ja	1 000
PV	Reducerad stafettbemanning, Frösön, Odensala, Brunflo	Pågågene/planerad	ja	750
CBKP	Stängning av avd 3a, Psykiatri. Lägre personalkostnader	Pågående	ja	700
CBKP	Partiella vakanser , BUM. Lägre kostnader för flygteam på Neonatalavd.	Planerat	ja	700
COS	Minskad kostnad arvodesläkare	Planerad	ja	500
PV	Reducering av stafettveckor, bemanningsläkare, Minskade köp av stafett veckor	planerad	ja	500
CDTS	- Kostnadsminskn hjälpmedel och materialenheten	Pågående	ja	450
COS	Fortsatt stängning duva (uppvaktningsplats på IVA)	pågående	ja	403
CBKP	Stängning av avd 3a, Psykiatri. Lägre kostnader för kost	Pågående	ja	400
CDTS	- Kostnadsminskning städenheten	Pågående	ja	400
PV	Vakanshålla Läkartjänster, Lugnvik, Zäta	Plan/pågående	ja	400
SUMMA STÖRRE ÅTGÄRDER				**10 103**
Övriga mindre åtgärder				2 954
TOTALT				**13 057**

Större resultatförbättrande åtgärder 2016

Centrum	Beskrivning av åtgärd samt när eventuellt beslut är taget	Planerad/Pågående	Besparing i tkr 2016 (effekt helår 2016)
CMS	**Vårdplatsneddragning plan 8.** Sammanslagning av två mindre avdelningar till en större.	Planerad	8 000
CDTS	Åtgärder för att kunna sänka prisnivån 2016	Pågående	6 000
CLV	Minskning av administration genom naturlig avgång	Pågående	5 000
COS	Anställning i ambulansens resursenhet, Anställningar för att minska övertidsarbete	Pågående	3 000
COS	Minskat antal arbetade timmar kopplat till COSMIC-införandet ca 7000 timmar färre/4 åa förutsatt att inte mer utbildningsinsatser krävs 2016 för ex läkemedelsmodul (gäller hela centrum opererande)	Pågående	2 000
CLV	Arbets- och miljömedicin	Planerad	1 600
COS	Ej ersätta pensionsavgångar på överläkare	Planerad	1 500
CLV	Avtal med kiropraktorer avslutas	Planerad	1 350
CLV	Ortopedavtal om ryggar löper ut	Planerad	1 200
COS	Minskad kostnad arvodesläkare	Planerad	1 000
CBKP	Minskning av barnskötare 1,5 tj	Pågående	750
CBKP	Restriktivare samfinansiering med kommunen för behandlingshemskostnader	Pågående	500
CBKP	Minskning av specialpedagog	Planerad	450
COS	Fortsatt stängning duva (uppvaktningsplats på IVA)	Pågående	403
SUMMA STÖRRE ÅTGÄRDER			**32 753**
Övriga mindre åtgärder			2740
TOTALT			**35 493**

Analysgruppens sammanfattning

- Fortfarande vissa kvalitetsbrister i underlagen
- Redovisade besparingar kommer inte att realiseras fullt ut
- I årsprognosen har tagits hänsyn taget till att åtgärder eventuellt inte ger full effekt
- Analysgruppens kommande åtgärder för att förbättra kvalitén av underlag

Info till och feedback från ekonomer
Revidering av mall
Förtydliga chefernas, ekonomernas, personalkonsulternas och analysgruppens roll i arbetet
Fastställa tidplan och innehåll i 2016 års rapporteringar från verksamheten
Tidplan för redovisning i utskott/styrelse

Uppföljning av 2015 i samband med årsbokslut

Region Jämtlands Härjedalen
Carsten Dencker
Chef hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen
Landstingsöverläkare

20160415

Revisorerna i Region Jämtland Härjedalen

Svar på Revisionsrapport: Granskning av Kunskapsstyrning (RS/609/2016)

Revisorerna för Region Jämtland Härjedalen har genom sitt revisionskontor genomfört en granskning av kunskapsstyrning. Granskningens övergripande syfte är att översiktligt granska om styrelsen för Region Jämtland Härjedalen har en tillfredsställande styrning och kontroll över kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvårdsverksamheten.

Granskningen utförs genom fem djupintervjuer och dokumentanalys och har haft 5 revisionsfrågor.

Regionstyrelsens svar på varje enskild fråga lämnas nedan punkt för punkt efter revisorernas bedömning.

Revisionsfråga

Finns tillfredsställande rutiner och organisation för att bevaka och inhämta kunskap om nya metoder för diagnostik, vård och behandling?

Revisorernas bedömning

- Det finns inget som framkommit i granskningen som tyder på att det saknas tillfredsställande rutiner och organisation för bevakning och inhämtande av kunskap.

Regionstyrelsens svar -

Revisionsfråga

Finns tillfredsställande rutiner och organisation för att implementera nya metoder för diagnostik, vård och behandling?

Revisorernas bedömning

- Det finns rutiner och organisation för implementering av nationella riktlinjer. Dock framkommer kritik när det gäller implementeringen av några riktlinjer som berör specialiserad vård och primärvård.

- Det saknas en finansieringsmodell för införandet av nya kostnadsdrivande behandlingsmetoder då modellen med inprioriteringar inte längre används.

Regionstyrelsens svar

Implementeringen av nya nationella riktlinjer inom såväl specialiserad som primärvård bygger på att det efter beslut om införande utarbetas ändamålsenliga rutiner inom berörd verksamhet. I senaste versionen av dokumentet Beredning av nationella riktlinjer (http://centuri/ViewItem.aspx?regno=23181) har kravet på utarbetande av rutiner tillkommit.

En stor del av de nationella riktlinjerna berör såväl specialiserad som primärvård och här är det av stor vikt att se hela vårdkedjan. Utarbetande av lämpliga rutiner bygger delvis på att det finns medicinskt ledningsansvariga läkare som kan delta i arbetet. Det har inom PV varit svårt att få till denna funktion men med Hälso- och sjukvårdsförvaltningens tillkomst har en ny och tydlig roll som medicinsk ledningsansvarig MLA införts vilket borde ge bättre förutsättningar för en bra implementering

En väsentlig del av åtgärderna i Nationella riktlinjer innebär en kvalitets- och ambitionshöjning. I en del fall kan denna ske genom effektivisering inom befintlig ram men det är oftare tal om att det behövs ett resurstillskott för att kunna genomföra åtgärderna. Region Jämtland Härjedalen har inte särskilde medel avsatta för detta utan ekonomifrågan måste tas i vanlig budgetdialog. På grund av bristande möjlighet till finansiering har ett antal åtgärder fått skjutas på framtiden

Revisionsfråga

Finns tillfredsställande rutiner för att identifiera och utmönstra inaktuella metoder för diagnostik, vård och behandling?

Revisorernas bedömning

- Vi anser att rådande rutin kan ses som tillfredsställande med förbehållet om att det finns en kontroll av efterlevnaden av rutinen.

Regionstyrelsens svar

Ansvaret för att och utmönstra inaktuella metoder för diagnostik, vård och behandling är en del av verksamhetschefens ansvar för vårdkvalité samt effektivt resursutnyttjande. och förväntas diskuteras i samband med uppföljningsmöten inom HS-förvaltningen. Det pågår ständigt anpassning till nya metoder och utmönstring av gamla. Det sker bland annat genom skriftliga uppdrag till verksamheten som sedan följs upp på pulsmöten och möten i ledningsgruppen inom HS-förvaltningen. Beslut i dessa fora protokollförs

Revisionsfråga

Finns tillfredsställande rutiner för att kontrollera följsamheten till aktuella metoder för diagnostik, vård och behandling?

Revisorernas bedömning

- Vi anser att rutiner för att kontrollera följsamheten till aktuella metoder för diagnostik, vård och behandling inte är heltäckande.

Regionstyrelsens svar

Ansvaret för att kontrollera följsamheten till aktuella metoder för diagnostik, vård och behandling är en del av verksamhetschefens ansvar för att vården lever upp till kravet på att evidensbaserade metoder används. Uppföljningen sker på samma sätt som vid föregående punkt.
Man ska vara uppmärksam på att det inte går att kontrollera varenda ändrad rutin i diagnostik, vård och behandling. Att se att resultat går i rätt riktning är också ett sorts kvitto på följsamhet, vilket också följs i HS-förvaltningen.

Revisionsfråga

Finns tillfredsställande rutiner för att informera styrelsen om kunskapsutvecklingen inom hälso- och sjukvården och hur regionen förhåller sig till andra regioner och landsting avseende detta?

Revisorernas bedömning

- Det finns rutiner för att informera styrelsen om kunskapsutvecklingen inom hälso- och sjukvården. Dock anser vi att detta område i högre grad borde vara beslutsärenden i de fall ställningstagande till finansiering och införande behöver ske.

Regionstyrelsens svar

Där finansiering av nya metoder sker inom ram eller genom omfördelning inom är det att betrakta som en verksamhetsfråga.
I de fall där det saknas finansiering för att kunna implementera beslut kring införande av nya metoder och behandlingar lyfts behovet i den årliga kartläggningen av Ofinansierade behov. I denna kartläggning görs en prioritering av behoven i prioritet 1-3.
Listan över ofinansierade behov är en del av finansplanen och analyseras och kommenteras av regionråden som i vissa fall lyfter ut enstaka åtgärder ut för särskild finansiering.

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Anne-Marie Johansson
Regionstyrelsens ordförande

Björn Eriksson
Regiondirektör

.

Regionens revisorer

2016-03-21

Dnr: REV/31/2015

Jan-Olov Undvall
Tfn: 063- 147524

Regionstyrelsen

Granskning av Kunskapsstyrning

Revisorerna för Region J/H har genom sitt revisionskontor genomfört en granskning av kunskapsstyrning. Granskningens övergripande syfte är att översiktligt granska om styrelsen för Region J/H har en tillfredsställande styrning och kontroll över kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvårdsverksamheten.

Resultatet av granskningen redovisas i bifogad granskningsrapport.

Några av granskningen iakttagelser och bedömningar sammanfattas i det följande:

- De finns inget som framkommit i granskningen som tyder på att det saknas tillfredsställande rutiner och organisation för bevakning och inhämtande av kunskap. Däremot innebär bristen på fast läkarbemanning och brist på MLU, framförallt inom primärvården, sämre förutsättningar för kunskapsinhämtning, vilket i sig är otillfredsställande.

- Det finns rutiner och organisation för implementering av nationella riktlinjer. Dock framkommer kritik när det gäller implementeringen av några nationella riktlinjer som berör både specialiserad vård och primärvård. Kritiken handlar om att man har fastnat i organisatoriska avvägningar i stället för att se till vad som är bäst för hela vårdkedjan. Det är viktigt att sådana frågor kan klaras ut på central nivå.
- Det saknas en finansieringsmodell för införandet av nya kostnadsdrivande behandlingsmetoder då modellen med inprioriteringar inte längre används. Med en i praktiken obalanserad budget innebär att kostnadsdrivande satsningar ibland finanserias genom att dessa ökar underskottet, vilket inte är en hållbar modell.
- Prioriteringar av behandlingsmetoder utifrån nationella riktlinjer har ett allmänintresse. Det är därför viktigt att dokumentation som hör samman med införande av nationella riktlinjer finns sökbar och tillgänglig.

- Enligt hälso- och sjukvårdslagen har regionen en skyldighet att erbjuda en vård av god kvalitet. Det är styrelsens ansvar att tillse att kvaliteten är god. Kvalitetsfrågor bör därför föras upp som beslutsärenden i de fall ställningstaganden kring finansiering och införande behöver ske. De nationella riktlinjerna utgör norm för vad god kvalitet är och därför bör inte genomförda riktlinjer, pga. bristande finansiering, vara ett styrelsebeslut.

Vi emotser senast den 2:a maj 2016 en redovisning av vilka åtgärder som regionstyrelsen vidtar eller avser vidta med anledning av granskningsresultatet.

För revisorerna i Region Jämtland Härjedalen

Annelie Bengtsson
Ordförande

Leif Gabrielsson
Revisionsdirektör

Bilaga
Rapporten Granskning av kunskapsstyrning

Kopia till
Fullmäktiges presidium
Regiondirektören
Hälso- och sjukvårdsdirektören
Regionöverläkare
Områdeschef för Kvinnosjukvård
Områdeschef för Primärvård

Dnr: REV 31/2015

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

REVISIONSKONTORET

REVISIONSRAPPORT

GRANSKNING AV Kunskapsstyrning

Jan-Olov Undvall

Innehållsförteckning

1 SAMMANFATTNING ... 3
2 INLEDNING/BAKGRUND ... 4
SYFTE, REVISIONSFRÅGA OCH AVGRÄNSNING ... 4
REVISIONSKRITERIER ... 5
METOD ... 5
3 RESULTAT ... 6
BEVAKA OCH INHÄMTA KUNSKAP ... 6
IMPLEMENTERA NYA METODER ... 7
IDENTIFIERA OCH UTMÖNSTRA INAKTUELLA METODER ... 10
KONTROLLERA FÖLJSAMHETEN TILL AKTUELLA METODER ... 10
INFORMERA STYRELSEN OM KUNSKAPSUTVECKLINGEN INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN ... 11
SVAR PÅ REVISIONSFRÅGORNA ... 12
4 ANSVARIGA FÖR GRANSKNINGENS GENOMFÖRANDE ... 13
5 LITTERATURFÖRTECKNING ... 14

1 SAMMANFATTNING

Revisorerna för Region J/H har genom sitt revisionskontor genomfört en granskning av kunskapsstyrning. Granskningens övergripande syfte är att översiktligt granska om styrelsen för Region J/H har en tillfredsställande styrning och kontroll över kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvårdsverksamheten.

Några av granskningen iakttagelser och bedömningar sammanfattas i det följande:

- De finns inget som framkommit i granskningen som tyder på att det saknas tillfredsställande rutiner och organisation för bevakning och inhämtande av kunskap. Däremot innebär bristen på fast läkarbemanning och brist på MLU, framförallt inom primärvården, sämre förutsättningar för kunskapsinhämtning, vilket i sig är otillfredsställande.

- Det finns rutiner och organisation för implementering av nationella riktlinjer. Dock framkommer kritik när det gäller implementeringen av några nationella riktlinjer som berör både specialiserad vård och primärvård. Kritiken handlar om att man har fastnat i organisatoriska avvägningar i stället för att se till vad som är bäst för hela vårdkedjan. Det är viktigt att sådana frågor kan klaras ut på central nivå.
- Det saknas en finansieringsmodell för införandet av nya kostnadsdrivande behandlingsmetoder då modellen med inprioriteringar inte längre används. Med en i praktiken obalanserad budget innebär att kostnadsdrivande satsningar ibland finanseria genom att dessa ökar underskottet, vilket inte är en hållbar modell.
- Prioriteringar av behandlingsmetoder utifrån nationella riktlinjer har ett allmänintresse. Det är därför viktigt att dokumentation som hör samman med införande av nationella riktlinjer finns sökbar och tillgänglig.
- Det finns en rutin att i samband med att nya nationella riktlinjer och liknade införs göra en genomgång av förekomsten av inaktuella metoder. Vi anser att rådande rutin kan ses som tillfredsställande med förbehållet om att det finns en kontroll av efterlevnaden av rutinen.

- Vi anser att rutiner för att kontrollera följsamheten till aktuella metoder för diagnostik, vård och behandling inte är heltäckande. Enligt regionens regler ska bristande följsamhet till vårdprogram enbart rapporteras i de fall en vårdskada inträffat, till skillnad mot Socialstyrelsens föreskrift. Tidigare granskningar har dock visat att det finns en stor underrapportering av vårdskador, vilket medför att uppföljningen av följsamheten inte blir heltäckande genom detta tillvägagångssätt.

- Enligt hälso- och sjukvårdslagen har regionen en skyldighet att erbjuda en vård av god kvalitet. Det är styrelsens ansvar att tillse att kvaliteten är god. Kvalitetsfrågor bör därför föras upp som beslutsärenden i de fall ställningstaganden kring finansiering och införande behöver ske. De nationella riktlinjerna utgör norm för vad god kvalitet är och därför bör inte genomförda riktlinjer, pga. bristande finansiering, vara ett styrelsebeslut.

2 INLEDNING/BAKGRUND

Kunskapsstyrning ingår som en väsentlig del i det systematiska kvalitetsarbetet. I begreppet kunskapsstyrning ingår bl.a. att bevaka och inhämta ny kunskap, att implementera nya behandlingsmetoder samt att utmönstra gamla behandlingsmetoder.

Om inte kunskapsstyrning fungerar på ett tillfredsställande sätt innebär det en risk för att regionen halkar efter i kunskapsutvecklingen och på sikt inte kan tillhandahålla en likvärdig vård i jämförelse med övriga landet.

Regionen har under ett flertal år haft svaga behandlingsresultat i jämförelse med övriga landet enligt Öppna Jämförelser (Ö J). Vi har dock noterat i den senaste Ö J (2014) en förbättring av behandlingsresultaten inom vissa områden. Årsvisa förändringar i resultaten från Ö J bör emellertid tolkas med viss försiktighet, då slumpvisa variationer mellan åren får relativ stor påverkan på resultatet för en liten region som Jämtland/Härjedalen.

SYFTE, REVISIONSFRÅGA OCH AVGRÄNSNING

Syfte

Granskningens övergripande syfte är att översiktligt granska om styrelsen för Region J/H har en tillfredsställande styrning och kontroll över kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvårdsverksamheten.

Revisionsfrågor

Granskningen har följande revisionsfrågor:

- Finns tillfredsställande rutiner och organisation för att bevaka och inhämta kunskap om nya metoder för diagnostik, vård och behandling?
- Finns tillfredsställande rutiner och organisation för att implementera nya metoder för diagnostik, vård och behandling?
- Finns tillfredsställande rutiner för att identifiera och utmönstra inaktuella metoder för diagnostik, vård och behandling?
- Finns tillfredsställande rutiner för att kontrollera följsamheten till aktuella metoder för diagnostik, vård och behandling?
- Finns tillfredsställande rutiner för att informera styrelsen om kunskapsutvecklingen inom hälso- och sjukvården och hur regionen förhåller sig till andra regioner och landsting avseende detta?

Avgränsning

Granskningen avgränsas till Regionstaben och områdena Kvinnosjukvård och Primärvård.

REVISIONSKRITERIER

- Hälso- och sjukvårdslagen
- Patientsäkerhetslagen
- Socialstyrelsens föreskrift om ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9
- Internkontrollreglemente LS/1477/2014
- Regionplan 2016-2018

METOD

Granskningen utförs genom fem djupintervjuer och dokumentanalys.

3 RESULTAT

BEVAKA OCH INHÄMTA KUNSKAP

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen skall vård ges utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. Detta innebär att vården skall ges utifrån bästa tillgängliga vetenskapliga faktaunderlag, klinisk erfarenhet och patienternas preferenser (1). Enligt Patientsäkerhetslagen har all vårdpersonal en skyldighet att hålla sig informerad om vad som gäller avseende detta (2).

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen är verksamhetschefen inom sitt område ytterst ansvarig för att tillse att det finns rutiner och vårdprocesser som utgår från aktuell kunskap (1).

Ansvarsfördelning har förtydligats

Det finns inga områdesövergripande rutiner för kunskapsinhämtning, förutom när det gäller införandet av nationella riktlinjer.

Landstingsöverläkaren anser att tydlig ansvarsfördelning är viktigare än rutiner avseende kunskapsinhämtning och nämner att uppdraget för MLU (medicinskt ledningsuppdrag) har förtydligats avseende kunskapsstyrning. (3). En ny befattning som MLA (medicinsk ledningsansvarig) har beslutats i organisationen och är under införande, vilken också har betydelse för kunskapsinhämtning, enligt landstingsöverläkaren.

Nationella riktlinjer

Enligt de intervjuade sker en stor del av kunskapsinhämtningen genom nationella riktlinjer som Socialstyrelsen tar fram. Enligt uppgift är nationella riktlinjer både faktabaserade och väl utprovade och anses ha en hög status inom professionen. Omfattningen av nationella riktlinjer uppges öka.

Landstingsöverläkaren och vårdstrategen inom den sjukvårdspolitiska enheten har i uppdrag att bevaka nyheter kring nationella riktlinjer och är regionens officiella mottagare av dessa.

SBU (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering)

SBU uppges också vara en viktig källa för kunskapsinhämtning. SBU gör vetenskapliga och hälsoekonomiska utvärderingar av medicinsk teknik och metodik och ger ut rapporter som riktar sig både till professionen och politiker, enligt intervjuer.

Landstingsöverläkaren deltar i möten arrangerade av (SBU) 4-5 ggr/år.

Kvinnokliniken

Inom område Kvinna finns processansvariga som har motsvarande uppdrag som MLU avseende kunskapsinhämtning, enligt verksamhetschefen. MLA har sedan tidigare funnits inom området.

Inom område Kvinna sker kunskapsinhämtningen framförallt via specialistläkarföreningen SFOG (Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi). Kvinnokliniken uppger att man har fem-sex representanter i denna förening som träffas en gång per termin. SFOG tar fram rapporter med råd och behandlingsriktlinjer. Kvinnokliniken har också en representant i kvalitetsregistret Gyn-op.

En brist när det gäller kunskapsinhämtning är, enligt verksamhetschefen, att området till vissa delar saknar fast läkarbemanning. Efter omständigheterna har området dock en tillfredställande kunskapsinhämtning, enligt verksamhetschefen och MLA.

Primärvården

Primärvårdens fortbildningsdagar (Primärvårdsdagarna) tillsammans med läkarnas egenbevakning via läkartidningen, SBU- rapporter och läkarträffar vid hälsocentralen utgör basen i kunskapsinhämtning, enligt den medicinska samordnaren för primärvården.

Inom stora delar av primärvården saknas fast läkarbemanning och på vissa hälsocentraler saknas MLU. Saknas MLU blir kvalitén sämre vid läkarträffarna, enligt den medicinska samordnaren. De hälsocentraler som helt saknar fast läkarbemanning och/eller saknar MLU har en sämre kunskapsinhämtning, enligt den medicinska samordnaren.

Den medicinska samordnarens uppdrag avseende kunskapsstyrning motsvarar den medicinsk ledningsansvarige (MLA) och är områdeschefen behjälplig i dessa frågor.

Bedömning

- De finns inget som framkommit i granskningen som tyder på att det saknas tillfredsställande rutiner och organisation för bevakning och inhämtande av kunskap. Däremot innebär bristen på fast läkarbemanning och brist på MLU, framförallt inom primärvården, sämre förutsättningar för kunskapsinhämtning, vilket i sig är otillfredsställande. Uppenbarligen är befattningen svår att tillsätta då den inom vissa hälsocentraler varit obesatt under ett flertal år. Det är därför viktigt att hitta andra arrangemang för att upprätthålla funktionen.

IMPLEMENTERA NYA METODER

Nationella vårdprogram

När det gäller implementering av nationella riktlinjer finns en särskild utarbetad rutin och organisation för detta (4).

Det är landstingsöverläkaren och vårdstrategen som skall se till att det inom regionen sker en beredning av de nationella riktlinjerna.

Beredningen påbörjas med att en programgrupp tillsätts med uppgift att göra en analys mellan nuvarande nivå och den nivå som följer av riktlinjerna, en s.k. GAP- analys. Beredningen handlar också om att se över vad som inte längre ska göras. GAP- analys skall återfinnas i Centuri, enligt hälso- och sjukvårdsdirektören.

Enligt hälso- och sjukvårdsdirektören fokuserar programgruppen på vad som är högst prioriterat i riktlinjerna och vad som inte längre behöver göras.

Efter att programgruppens arbete är klart skrivs en rapport där åtgärderna kostnadsberäknats. Rapporten fastställs av hälso- och sjukvårdsdirektören. Det upprättas dock inget diariefört ärende i samband med att beredningen påbörjas.

Inprioriteringar har upphört

Riktlinjer som inte medför väsentligt utökade kostnader och enbart berör ett område kan införas direkt utan beslut av hälso- och sjukvårdsdirektören. I andra fall förs ärendet vidare till regiondirektören och ibland även till regionstyrelsen för beslut (4).

Enligt uppgift har ökade kostnader, till följd av införandet av nya behandlingsmetoder, tidigare skett genom en s.k. inprioritering. Inprioriteringar förutsatte att det gjordes utprioriteringar som frigjorde ekonomiskt utrymme. Utprioriteringar var sådant som var lägst prioriterat och som landstinget inte var skyldig att utföra utifrån Hälso- och sjukvårdslagen. Enligt de intervjuade har alla sådana utprioriteringar redan gjorts och detta sätt att frigöra ekonomiskt utrymme för satsningar är inte längre möjlig.

Det ovan nämnda, tillsammans med regionens svåra ekonomiska situation, innebär att nationella riktlinjer måste finansieras genom att kostnader inom området istället omfördelas, eller att det sker en omfördelning mellan områdena. Enligt landstingsöverläkaren är det dock inte alltid som en sådan omfördelning kan ske.

Prioriteringsgrupp

Det finns en prioriteringsgrupp som har till uppgift att prioritera olika nya metoder och behandlingar mot varandra, s.k. horisontell prioritering. Det handlar om både nationella riktlinjer och rekommendationer i övrigt, som rekommendationer från specialistläkarföreningar.

Denna grupp består av samtliga områdeschefer, landstingsöverläkare och hälso- och sjukvårdsdirektören och har sina möten i mars, enligt landstingsöverläkaren. Gruppen finns dock inte beskriven i dokumentet ”Arenor och grupper för ledning och styrning” (5).

Prioriteringsgruppens arbete utmynnar i en lista över åtgärder som ska-, bör- eller kan införas. Listan uppges föras vidare till regiondirektören för beslut och i vissa fall vidare till regionstyrelsen. Enligt hälso- och sjukvårdsdirektören m.fl. är det inte självklart att även åtgärder som prioriterats högst också införs pga. avsaknad av finansiering.

De åtgärder som inte kan genomföras pga. brist på finansiering återfinns i en lista över ofinansierade behov (bil. 1). Denna lista finns dock inte registrerad eller diarieförd. Enligt landstingsöverläkaren informeras regionstyrelsen om denna lista.

Nationella riktlinjer resulterar i vårdprogram

Efter beslut om att nationella riktlinjer ska införas sker antingen en revidering av befintligt vårdprogram eller att det tas fram ett helt nytt vårdprogram. Vårdprogram läggs in i Centuri och har en tidpunkt när det måste förnyas/godkännas för att det fortsättningsvis skall vara giltigt. Det har framkommit kritik mot Centuri som upplevs allt för tidskrävande.

Implementering inom primärvården

Enligt den medicinska samordnaren för primärvården berörs primärvården ofta av nationella riktlinjer, men det är sällan som nationella riktlinjer enbart riktar sig till primärvården.

Implementering av nya vårdprogram inom primärvården sker via en distriktsläkarkonferens. Läkarna har där möjlighet att lämna synpunkter innan vårdprogrammet fastställs och läggs in i Centuri.

Enligt den medicinska samordnaren finns det problem med att söka dokument i Centuri. För stafettläkare finns därför en särskild pärm med vårdprogram, rutiner och riktlinjer.

Enligt den medicinska samordnaren saknas i de nationella riktlinjerna en beskrivning hur ansvarsfördelningen mellan primärvård och specialiserad vård skall se ut. Detta blir något för vårdgivaren att ta ställningen till.

Den medicinska samordnaren anser att i vissa fall ser man inte till hela vårdkedjan utan fastnar i organisatoriska delar och nämner som exempel riktlinjer för behandling av utmattningsdepression och riktlinjer för att förebygga urkalkning av skelettet (osteoporos).

När det gäller behandling av utmattningsdepression anger nya riktlinjer att det bör ske en psykiatrisk bedömning om det även kan finnas någon annan underliggande diagnos, t.ex. bipolär sjukdom typ 2[1], enligt den medicinska samordnaren. Som följd av nuvarande organisatoriska uppdelning mellan psykiatri och primärvård sker inte detta idag.

[1] Bipolär II (bipolär typ 2) består av korta inslag av manier med återkommande depressioner.

Införandet av en frakturssköterska ingår som del i nationella riktlinjer om att förebygga osteoporos, men funktionen har inte införts pga. avsaknad av finansiering inom område ortopedi. Enligt den medicinska samordnaren är regionen ett av fåtal regioner och landsting där riktlinjerna inte är införda. Riktlinjerna skulle medföra en minskat lidande och en kostnadsminskning på sikt då det blir färre frakturer att behandla.

Zamsyn- dokument

För att få till en effektivare vårdprocess mellan primärvård och specialiserad vård har Zamsyn- dokument tagits fram. Dessa dokument uppges vara en del av kunskapsstyrningen. Enligt flera av de intervjuade är det önskvärt med fler Zamsyn- dokument. Men pga. brist på fast läkarbemanning inom primärvården har dokumenten inte kunnat tas fram i den utsträckning som varit önskvärd.

Implementering – område Kvinna

Det finns ännu inga nationella riktlinjer framtagna för kvinnosjukvården. Deras motsvarighet till nationella riktlinjer är det som deras specialistläkarförening rekommenderar.

Implementering av nya metoder sker framförallt vid läkarmöten. Information om nya metoder läggs in i en egen konferens. Nya vårdprogram fastställs av både verksamhetschefen och MLA.

Om införandet av en ny metod medför väsentlig utökade kostnader, ett utökat uppdrag eller etiska ställningstagande förs ärendet vidare till regionledningen. Man nämner som exempel införandet av infertilitetsutredning och fosterdiagnostik, båda dessa ärenden fördes vidare till regionstyrelsen.

Ibland fattas beslut om att införa nya metoder som innebär utökade kostnader, men där dessa inte prioriterats av regionledningen, t.ex. införandet av nya cancerläkemedel. I dessa fall får området själv ta kostnaden, och införandet blir en del av områdets underskott.

Styrgrupp läkemedel

För varje nytt läkemedel fattar styrgruppen en rekommendation till hälso- och sjukvårdsdirektören. Gruppens minnesanteckningar skall publiceras på Insidan. Beslut som tas av hälso- och sjukvårdschefen skall återfinnas i regionens beslutsprotokoll (6).

Bedömning

- Enligt regionens regler (7) diarieförs ett ärende när beredningen av ärendet påbörjas, vilket för nationella riktlinjer är när programgruppen tillsätts. De dokument som hör till ett ärende bör registreras som GAP- analys, beslut av regiondirektören etc. Rutinen för implementering av nationella riktlinjer bör därför kompletteras med en instruktion för detta.
- Det finns rutiner och organisation för implementering av nationella riktlinjer. Dock framkommer kritik när det gäller implementeringen av några riktlinjer som berör specialiserad vård och primärvård. Kritiken handlar om att man har fastnat i organisatoriska avvägningar i stället för att se till vad som är bäst för hela vårdkedjan. Det är viktigt att sådana frågor kan klaras ut på central nivå.
- Prioriteringar av behandlingsmetoder utifrån nationella riktlinjer har ett allmänintresse. Det är därför viktigt att information avseende prioriteringar finns sökbar och tillgänglig. Frågor om kvalitet är regionstyrelsens ansvar och går inte att delegera. Kvalitetsfrågor bör därför föras upp som beslutsärenden i de fall ställningstaganden kring finansiering och införande behöver ske.
- Det saknas en finansieringsmodell för införandet av nya kostnadsdrivande behandlingsmetoder då modellen med inprioriteringar inte längre används. Med en i

praktiken obalanserad budget innebär att kostnadsdrivande satsningar ibland finanserias genom att dessa ökar underskottet, vilket inte är en hållbar modell.

- Vi anser att den kritik mot Centuri som framkommer i denna granskning bör tas på allvar och åtgärder vidtas. Liknande kritik har framkommit vid ett flertal granskningar. Vi anser att systemet skall utformas så att det skall vara enkelt att göra rätt och svårt att göra fel. Om Centuri anses allt för tidskrävande finns en risk för att parallella strukturer för dokumenthantering uppkommer vilket är både ineffektivt och patientosäkert.

IDENTIFIERA OCH UTMÖNSTRA INAKTUELLA METODER

I kunskapsutveckling ingår, enligt de intervjuade, även att utmönstra inaktuella metoder för diagnostik, vård och behandling. I samband med införandet av nationella behandlingsriktlinjer uppges att inaktuella metoder utmönstras. På förekommen anledning brukar landstingsöverläkaren kontrollera att inte gamla metoder lever kvar. Det sker dock ingen sådan rutinmässig kontroll.

Primärvård

Enligt den medicinska samordnaren för primärvården sker identifiering av inaktuella metoder i samband med genomgång av SBU- rapporter och översyn av vårdprogram. Som exempel på inaktuella metoder nämns ljusterapi och allmänna hälsokontroller.

Enligt den medicinska samordnaren för primärvården kan det finnas behov av att ensa i vissa snarlika vårdprogram och nämner som exempel behandling av anafylaxi (allergisk chock). det Av den typen av vårdprogram bör det enbart finnas ett, enligt den medicinska samordnaren.

Kvinnokliniken

Inom område kvinna sker en utmönstring av inaktuella metoder i samband med att nya metoder införs. I Centuri tas då den inaktuella metoden bort.

Bedömning

- Det finns en rutin att i samband med att nya nationella riktlinjer och liknade införs göra en genomgång av förekomsten av inaktuella metoder. Där vårdprogram inte så ofta förnyas uteblir följaktligen dessa kontroller. Vad som framkommit från intervjuerna saknas dock inte ytterligare rutiner. Vi anser därför att rådande rutin kan ses som tillfredsställande med förbehållet om att det finns en kontroll av efterlevnaden av rutinen.

KONTROLLERA FÖLJSAMHETEN TILL AKTUELLA METODER

Enligt Socialstyrelsens föreskrift för ett systematiskt kvalitetsarbete uppstår en avvikelse om personalen inte arbetar i enlighet med de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet (8). Inom regionens regler för avvikelserapportering definieras inte en sådan situation som en avvikelse.

För att en avvikelse skall rapporteras i regionens avvikelserapporteringssystem skall en händelse som innebär att en vårdskada inträffat eller riskerat att inträffa. Bristande följsamhet till aktuella metoder kan dock vara en bakomliggande orsak till att en vårdskada uppkommit och då framkommer denna brist i den efterföljande utredningen, enligt de intervjuade.

En uppföljning av nationella riktlinjer planeras ske efter 1-2 år efter det att riktlinjerna införts. Uppföljning resulterar i en slutrapport där det ska framgå hur väl riktlinjerna fungerar och tillämpas. Det är den hälso- och sjukvårdspolitiska enheten som ska initiera verksamheten att göra denna uppföljning. Slutrapporten ska efter färdigställande diarieföras.

Primärvården

Enligt den medicinska samordnaren för primärvården kan ett avsteg från fastställda riktlinjer vara befogad ibland och därför vore det fel att rutinmässigt avvikelserapportera sådana avsteg.

Kvinnokliniken.

Om avsteg görs till gällande rutin skall detta registreras och motiveras i journalen. Det sker ingen systematisk uppföljning av journaler avseende detta.

Bedömning

- Enligt regionens regler ska bristande följsamhet till vårdprogram enbart rapporteras i de fall en vårdskada inträffat, till skillnad mot Socialstyrelsens föreskrift. Tidigare granskningar har dock visat att det finns en stor underrapportering av vårdskador, vilket medför att uppföljningen av följsamheten till aktuella metoder inte blir heltäckande genom detta tillvägagångssätt.
- En uppföljning av tillämpningen av riktlinjerna planeras efter 1-2 år. För att kunna följa upp hur väl riktlinjerna tillämpats i verksamheten måste det finnas någon form av rutin för att systematiskt följa upp följsamheten till riktlinjerna. Det oklart hur denna uppföljning kommer att se ut.

INFORMERA STYRELSEN OM KUNSKAPSUTVECKLINGEN INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

Regionstyrelsen är ytterst ansvarig för att kvalitén i vården är god, enligt hälso- och sjukvårdslagen.

Det sker årligen en redovisning av Öppna Jämförelser inför styrelsen, enligt de intervjuade.

Enligt hälso- och sjukvårdsdirektören och landstingsöverläkaren blir styrelsen informerad om listan över de högst prioriterade delarna av nationella riktlinjer som inte införts. Enligt landstingsöverläkaren m.fl. är det viktigt att styrelsen blir informerad om angelägna behov som inte kan genomföras pga. bristande ekonomi.

Bedömning

- Det finns rutiner för att informera styrelsen om kunskapsutvecklingen inom hälso- och sjukvården. Dock anser vi att detta område i högre grad borde vara beslutsärenden. Enligt hälso- och sjukvårdslagen har regionen en skyldighet att erbjuda en vård av god kvalitet. Det är styrelsens ansvar att tillse att kvaliteten är god. De nationella riktlinjerna utgör norm för vad god kvalitet är och därför bör inte genomförda riktlinjer, pga. bristande finansiering, vara ett styrelsebeslut.

SVAR PÅ REVISIONSFRÅGORNA

Revisionsfråga	Svar
Finns tillfredsställande rutiner och organisation för att bevaka och inhämta kunskap om nya metoder för diagnostik, vård och behandling?	De finns inget som framkommit i granskningen som tyder på att det saknas tillfredsställande rutiner och organisation för bevakning och inhämtande av kunskap.
Finns tillfredsställande rutiner och organisation för att implementera nya metoder för diagnostik, vård och behandling?	Det finns rutiner och organisation för implementering av nationella riktlinjer. Dock framkommer kritik när det gäller implementeringen av några riktlinjer som berör specialiserad vård och primärvård. Det saknas en finansieringsmodell för införandet av nya kostnadsdrivande behandlingsmetoder då modellen med inprioriteringar inte längre används.
Finns tillfredsställande rutiner för att identifiera och utmönstra inaktuella metoder för diagnostik, vård och behandling?	Vi anser att rådande rutin kan ses som tillfredsställande med förbehållet om att det finns en kontroll av efterlevnaden av rutinen.
Finns tillfredsställande rutiner för att kontrollera följsamheten till aktuella metoder för diagnostik, vård och behandling?	Vi anser att rutiner för att kontrollera följsamheten till aktuella metoder för diagnostik, vård och behandling inte är heltäckande.
Finns tillfredsställande rutiner för att informera styrelsen om kunskapsutvecklingen inom hälso- och sjukvården och hur regionen förhåller sig till andra regioner och landsting avseende detta?	Det finns rutiner för att informera styrelsen om kunskapsutvecklingen inom hälso- och sjukvården. Dock anser vi att detta område i högre grad borde vara beslutsärenden i de fall ställningstagande till finansiering och införande behöver ske.

4 ANSVARIGA FÖR GRANSKNINGENS GENOMFÖRANDE

Projektledare[2]:

Jan-Olov Undvall
Certifierad kommunal revisor

Kvalitetssäkring[3]:

Leif Gabrielsson
Revisionsdirektör

5 LITTERATURFÖRTECKNING

1. **Lars-Åke Johnsson, Jan-Sahlin.** *Hälso- och sjukvårdslagen med kommentarer - åttonde upplagen.* 2010. ISBN:978-91-39-11122-1.

2. **Ulf H Fröberg, Timothy Hallgren.** *Patientsäkerhetslagen - en lag till skydd mot vårdskada - Författningstexter med kommentarer.* Lidingö : Institutet för Medicinsk Rätt AB, 2011. ISBN: 978-91-7864-216-8.

3. **Region Jämtland Härjedalen.** *Beslut om organisation inom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen.* 2016. Dnr:RS/1379/2015.

4. —. *Beredning av nationella riktlinjer.* 2015. Reg.nr. Centuri:23181-4.

5. —. *Arenor och grupper för ledning och styrning Version:6.* 2016. Dnr:LS/76/2012.

6. —. *Beslutsprotokoll 2015.* Dnr:RS/195/2015.

7. —. *Regler för ärendehantering - version 2.* 2015. Dnr:LS/394/2013.

8. **Socialstyrelsen.** *Ledningssystem för ett systematiskt kvalitetsarbete - handbok för tillämpning av föreskrifter och allmänna råd.* 22012. ISBN:978-91-87169-50-2.

REGERINGSKANSLIET

Remiss

2016-03-14

Ju2016/01712/L2

REGION
JÄMTLAND HÄRJEDALEN

2016 -03- 16

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

Justitiedepartementet

Enheten för familjerätt och allmän förmögenhetsrätt
Linnéa Brossner
Telefon 08-405 25 94

Slutbetänkandet Olika vägar till föräldraskap (SOU 2016:11)

Remissinstanser:

1. Riksdagens ombudsmän
2. Svea hovrätt
3. Hovrätten över Skåne och Blekinge
4. Stockholms tingsrätt
5. Helsingborgs tingsrätt
6. Göteborgs tingsrätt
7. Kammarrätten i Jönköping
8. Förvaltningsrätten i Malmö
9. Förvaltningsrätten i Karlstad
10. Justitiekanslern
11. Domstolsverket
12. Migrationsverket
13. Försäkringskassan
14. Socialstyrelsen
15. Inspektionen för vård och omsorg
16. Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd
17. Statens medicinsk-etiska råd
18. Barnombudsmannen
19. Länsstyrelsen i Västra Götalands län
20. Länsstyrelsen i Västerbottens län
21. Skatteverket
22. Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor
23. Juridiska fakultetsnämnden vid Stockholms universitet
24. Juridiska fakultetsnämnden vid Uppsala universitet
25. Barnrättsakademin vid Örebro universitet
26. Tema barn vid Linköpings universitet
27. Sahlgrenska Akademin vid Göteborgs universitet
28. Diskrimineringsombudsmannen
29. Nämnden för statligt stöd till trossamfund

Postadress 103 33 Stockholm
Besöksadress Jakobsgatan 24
Telefonväxel 08-405 10 00
Telefax 08-20 27 34
E-post: ju.registrator@regeringskansliet.se

30. Blekinge läns landsting
31. Dalarnas läns landsting
32. Gävleborgs läns landsting
33. Jämtlands läns landsting
34. Jönköpings läns landsting
35. Skåne läns landsting
36. Stockholms läns landsting
37. Uppsala läns landsting
38. Västerbottens läns landsting
39. Västra Götalands läns landsting
40. Örebro läns landsting
41. Östergötlands läns landsting
42. Dorotea kommun
43. Göteborgs kommun
44. Helsingborgs kommun
45. Hudiksvalls kommun
46. Höganäs kommun
47. Kalmar kommun
48. Karlstads kommun
49. Kungälvs kommun
50. Lidingö kommun
51. Lomma kommun
52. Malmö kommun
53. Mörbylånga kommun
54. Pajala kommun
55. Partille kommun
56. Stockholms kommun
57. Sundsvalls kommun
58. Säters kommun
59. Tranås kommun
60. Täby kommun
61. Umeå kommun
62. Vadstena kommun
63. Varbergs kommun
64. Vellinge kommun
65. Västerås kommun
66. Åmåls kommun
67. Akademiska sjukhuset i Uppsala
68. Karolinska universitetssjukhuset i Stockholm
69. Sahlgrenska universitetssjukhuset i Göteborg
70. Norrlands universitetssjukhus i Umeå
71. Skånes universitetssjukhus i Malmö
72. Universitetssjukhuset i Linköping
73. IVF-kliniken Cura Öresund
74. Barnets rätt i samhället (Bris)
75. Familjerättssocionomernas Riksförening
76. Föreningen Barnlängtan
77. Föreningen Femmis

78. Humanisterna
79. Intersexuella i Sverige
80. Judiska Centralrådet i Sverige
81. Nätverket för surrogatmoderskap
82. Kvinnliga läkares förening
83. Riksförbundet för homosexuellas, bisexuellas, transpersoners och queeras rättigheter
84. Riksförbundet för sexuell upplysning
85. Rädda barnen
86. Svenska Barnmorskeförbundet
87. Svenska Läkaresällskapet
88. Svensk förening för obstetrik och gynekologi
89. Sveriges advokatsamfund
90. Sveriges Kommuner och Landsting
91. Sveriges Kristna råd
92. Sveriges Kvinnolobby
93. Sveriges Läkarförbund
94. Sveriges muslimska råd
95. Sveriges Psykologförbund
96. Transföreningen FPES
97. Unicef

Remissvaren ska ha kommit in till Justitiedepartementet senast **torsdagen den 23 juni 2016**. Svaren bör lämnas både på papper och per e-post(ju.L2@regeringskansliet.se).

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

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

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

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

Tobias Eriksson
Departementsråd

Kopia till
Wolters Kluwers kundservice, 106 47 Stockholm

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

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

2016-04-26

RS/579/2016

Sammanfattning av remiss Olika vägar till föräldraskap SOU 2016:11

Länk till hela remissen

Uppdraget

Vårt övergripande uppdrag har varit att överväga olika sätt att utöka möjligheterna för ofrivilligt barnlösa att kunna bli föräldrar. I uppdraget har ingått att

- lämna förslag som ger ensamstående en möjlighet till assisterad befruktning i motsvarande utsträckning som gifta par och sambor,
- ta ställning till om det ska krävas en genetisk koppling mellan barnet och den eller de tilltänkta föräldrarna vid assisterad befruktning,
- ta ställning till om surrogatmoderskap ska tillåtas i Sverige, med utgångspunkten att detta i sådant fall ska vara altruistiskt,
- ta ställning till om det behövs särskilda regler för de barn som har tillkommit genom surrogatmoderskap utomlands,
- ta ställning till om det avskaffade steriliseringskravet och förbudet mot bibehållen fortplantningsförmåga vid ändrad könstillhörighet kan medföra problem vid tillämpningen av bl.a. den föräldraskapsrättsliga lagstiftningen, samt
- föreslå de följdändringar i den föräldraskapsrättsliga regleringen och i annan lagstiftning som behövs.

Den del av uppdraget som avsett ensamståendes möjlighet till assisterad befruktning och nödvändiga följdändringar i den delen har redovisats den 16 maj 2014 i delbetänkandet *Assisterad befruktning för ensamstående kvinnor* (SOU 2014:29). I detta slutbetänkande redovisar vi övriga delar av uppdraget.

Etiska utgångspunkter

Vi ska inledningsvis säga något om de etiska och andra utgångspunkter som bör gälla vid ställningstaganden i frågor som rör tillåtande av nya former av assisterad befruktning inom svensk hälso-och sjukvård, och som kommer att aktualiseras i våra överväganden om avskaffande av kravet på genetisk koppling och tillåtande av surrogatmoderskap. Våra utgångspunkter i övriga delar redovisas i anslutning till respektive del.

Etiska ställningstaganden i frågor som rör assisterad befruktning måste alltid grundas i den humanistiska synen på människan som en fri och ansvarig varelse med mänsklig värdighet. Den humanistiska synen på människan innebär att människan ska betraktas som något annat och vida mer än sitt biologiska eller ekonomiska värde. Man brukar i detta sammanhang tala om människovärdet, vilket leder oss till

människovärdesprincipen. Denna princip, som är central på området, innebär bl.a. att alla människor har lika värde och samma rätt att få sina rättigheter tillgodosedda. Den innebär också att ingen människa får betraktas eller behandlas som enbart ett medel. Principen kan däremot inte anses innebära att det är en mänsklig rättighet att till varje pris få föda ett eget barn eller att på annat sätt bli förälder till ett barn.

Vid ställningstaganden i frågor som rör assisterad befruktning måste man också beakta utgångspunkterna rättvisa (eller lika vård på lika villkor), icke-diskriminering, integritet och självbestämmande (eller autonomi). Utgångspunkterna rättvisa och icke-diskriminering innebär bl.a. att lika fall ska behandlas lika och att det är omoraliskt att särbehandla en viss grupp om det inte finns etiskt relevanta skillnader mellan denna grupp och andra grupper. Utgångspunkterna integritet och självbestämmande innebär att alla människor har en rätt att få sina värderingar, åsikter och önskningar respekterade. Den som inte själv förmår att försvara sin värdighet genom att utöva sin rätt till självbestämmande måste få värdigheten säkerställd av någon annan, t.ex. samhället.

Rätten till självbestämmande har betydelse för en annan utgångspunkt, nämligen det informerade samtycket. Den senare utgångspunkten innebär i huvudsak att en person måste få tillräcklig information och förstå informationen innan han eller hon lämnar sitt samtycke till t.ex. en assisterad befruktning.

Den mest centrala utgångspunkten vid ställningstaganden på detta område är dock principen om barnets bästa. Nya former av assisterad befruktning bör nämligen inte tillåtas med mindre än att de anses förenliga med denna princip. Utgångspunkten bör även fortsättningsvis vara att de barn som tillkommer genom en assisterad befruktning inte bör utsättas för större risker än andra barn. Om det finns kunskapsluckor i ett visst avseende, har samhället ett särskilt ansvar för att bevaka och tillvarata barnens intressen. Ett tillåtande av förfarandet bör i sådana fall förutsätta att man genom rättsliga regleringar, eller vidtagandet av andra åtgärder, ändå kan anse att förfarandet är förenligt med principen om barnets bästa. Om så inte är fallet, bör försiktighetsprincipen tillämpas och innebära att förfarandet inte tillåts.

Det är avslutningsvis viktigt att man vid ställningstaganden på detta område också beaktar riskerna för en selektion av individer, en objektifiering av könsceller, en kommersialisering av barnalstringen och en alltför teknifierad människosyn.

Behandlingar med enbart donerade könsceller
Inledning
Den nuvarande regleringen i lagen (2006:351) om genetisk integritet m.m. innebär att en assisterad befruktning får utföras med ett pars egna könsceller, eller med antingen ett donerat ägg eller donerade spermier. Det är däremot inte tillåtet att utföra en assisterad befruktning med enbart donerade könsceller, dvs. med både ett donerat ägg och donerade spermier eller med ett donerat befruktat ägg. Ordningen, som har motiverats med att det alltid ska finnas en genetisk koppling mellan det blivande barnet och minst en av de tilltänkta föräldrarna, innebär att en del par inte kan erbjudas behandling vid ofrivillig barnlöshet.

Från och med den 1 april 2016 blir det möjligt för ensamstående kvinnor att genomgå en insemination eller befruktning utanför kroppen (IVF-behandling) inom svensk hälso- och sjukvård. Det som i föregående stycke har angetts om en del par kommer då också att gälla för en del ensamstående kvinnor. För att underlätta läsningen kommer vi fortsättningsvis utgå från att reglerna om ensamstående kvinnor redan har trätt i kraft.

I vårt uppdrag ingår att ta ställning till om det vid assisterade befruktningar även fortsättningsvis ska gälla ett krav på genetisk koppling mellan det blivande barnet och minst en tilltänkt förälder, och således ett förbud mot behandlingar med enbart donerade könsceller. Om vi kommer fram till att så bör vara fallet, ska vi också ta ställning till om äggdonation inom ett äktenskap eller samboskap mellan två kvinnor kan tillåtas.

Analys och slutsatser

Vår uppfattning är att man bör avskaffa kravet på genetisk koppling och tillåta behandlingar med enbart donerade könsceller inom svensk hälso- och sjukvård om det finns ett behov av behandlingarna, riskerna för involverade aktörer, och särskilt för barnen, kan anses godtagbara, och det inte i övrigt finns tillräckliga argument mot ett tillåtande av behandlingarna. Vi inleder med att ta ställning till behovet.

Det finns par i vilka båda personerna har en infertilitetsproblematik och som skulle kunna övervinna sin barnlöshet genom en behandling med enbart donerade könsceller. Det finns också ensamstående kvinnor som skulle kunna göra det. Det finns dessutom par och ensamstående kvinnor som i dag genomgår denna typ av behandlingar i utlandet. Att det finns ett behov av behandlingarna inom svensk hälso- och sjukvård är således klarlagt. Behovet blir ännu större om man beaktar att antalet barn för adoption har minskat under senare år och att många länder inte tillåter adoption till samkönade par eller ensamstående personer. Vi övergår därför till att överväga om riskerna för involverade aktörer, och särskilt för barnen, kan anses godtagbara.

Det kan konstateras att forskningen om de familjer som har skapats genom aktuella behandlingar är mycket begränsad. Att forskningen är begränsad har till stor del sin förklaring i att behandlingarna är en relativt ny företeelse i många länder. Det finns därför inte så många personer som har tillkommit genom en sådan behandling och som dessutom har uppnått vuxen ålder. Luckorna i kunskapsunderlaget minskar samtidigt avsevärt om man också beaktar den forskning som finns om två närliggande vägar till föräldraskap, nämligen andra behandlingar med donerade könsceller och adoption.

Den senare forskningen visar i huvudsak följande. Det verkar generellt sett gå bra för de familjer som har skapats genom en behandling med donerade könsceller eller genom en adoption. Det viktiga ur ett barnperspektiv verkar vara att de sociala och rättsliga föräldrarna är öppna och ärliga mot barnet, att de successivt ger barnet den information som det behöver för att utveckla en trygg och stabil identitet samt att barnet senare ges möjligheter att efterforska sitt genetiska ursprung. Den omständigheten att det saknas en genetisk koppling mellan barnet och dess sociala och rättsliga föräldrar verkar under sådana förhållanden ha en mycket liten betydelse för barnets psykosociala utveckling och mående. Det bör också tilläggas följande.

Det finns inget i forskningen om andra behandlingar med donerade könsceller som talar för att kunskap om genetiska föräldrar och genetiska hel- eller halvsyskon på en annan plats skulle innebära risker för barnen eller andra involverade aktörer. Det finns inte heller något i forskningen om tidigt adopterade barn som talar för att så skulle vara fallet. Sådan kunskap bedöms därför inte heller innebära några risker för de barn som skapas genom en behandling med enbart donerade könsceller.

Resultaten av den befintliga forskningen ger således inget stöd för att riskerna vid en behandling med enbart donerade könsceller skulle vara högre än riskerna vid andra behandlingar med donerade könsceller, t.ex. behandlingar med ett donerat ägg. Riskerna måste därför anses godtagbara. Vi övergår nu till att överväga den tredje punkten ovan, dvs. om det finns andra tillräckliga argument mot ett tillåtande av aktuella behandlingar.

Ett argument som har framförts är att ett tillåtande av aktuella behandlingar skulle ge uttryck för en alltför teknifierad människosyn. Argumentet innebär att behandlingar med enbart donerade könsceller måste betraktas som något så främmande för det svenska samhället att de även fortsättningsvis bör vara förbjudna. Man kan samtidigt konstatera att det finns stora likheter mellan dessa behandlingar och vissa redan tillåtna vägar till föräldraskap, bl.a. behandlingar med ett donerat ägg och adoptioner. Den väsentliga skillnaden består i att man vid aktuella behandlingar skapar ett barn som inte har någon genetisk koppling till sina sociala och rättsliga föräldrar. Denna skillnad kan visserligen betraktas som främmande i det svenska samhället. Med tanke på den kunskapsutveckling som ägt rum under senare år, och de förändringar som denna har föranlett, kan behandlingarna dock inte betraktas som så främmande eller teknifierade att de av denna anledning bör vara förbjudna. Vi anser därför inte heller att ett tillåtande av behandlingarna skulle ge uttryck för en alltför teknifierad människosyn.

Andra argument som har framförts är att ett tillåtande av behandlingar med enbart donerade könsceller kan innebära en objektifiering av könsceller, en förändrad syn på föräldraskap, en ökad risk för intima relationer mellan genetiska helsyskon och en risk för att vi framöver kan komma att godta sådana förfaranden inom svensk hälso- och sjukvård som i dag måste betraktas som oacceptabla. Inget av dessa argument utgör ensamt ett tillräckligt skäl mot ett tillåtande av behandlingarna. De kan inte heller tillsammans, eller i förening med andra argument, anses utgöra ett sådant skäl.

Vår uppfattning är således att kravet på genetisk koppling bör avskaffas och att man bör tillåta behandlingar med enbart donerade könsceller inom svensk hälso- och sjukvård. Behandlingarna bör kunna utföras med ett donerat ägg och donerade spermier, eller med ett donerat befruktat ägg. Vid dessa bedömningar finns det inte skäl att särskilt överväga frågan om äggdonation inom ett kvinnligt samkönat par.

Regleringens utformning

Reglerna om behandlingar med enbart donerade könsceller bör i allt väsentligt överensstämma med de regler som nu gäller för befruktningar utanför kroppen. Detta innebär i huvudsak följande.

Behandlingarna bör kunna genomgås av par och ensamstående kvinnor. I fråga om par bör det krävas att personerna i paret är gifta, registrerade partner eller sambo. Det bör också krävas att den andra personen i paret, dvs. den person som inte ska bära och föda barnet, lämnar ett skriftligt samtycke till att ett befruktat ägg förs in i den tilltänkta moderns kropp. Det bör också krävas att det är medicinskt motiverat att utföra behandlingen.

Behandlingarna bör bara få utföras vid de s.k. universitetssjukhusen, och de bör, på samma sätt som behandlingar med ett donerat ägg eller donerade spermier, föregås av information och en särskild prövning. När en behandling ska utföras med ett donerat befruktat ägg, bör de tilltänkta föräldrarna särskilt informeras om det förhållandet att det blivande barnet kan få genetiska föräldrar och helsyskon i andra familjer. Den särskilda prövningen bör anpassas till omständigheterna i det enskilda fallet. Den bör dock alltid innefatta samtal med sådan personal som har beteendevetenskaplig utbildning och som har goda kunskaper på området.

Inför en behandling med enbart donerade könsceller är det särskilt viktigt att bedöma de tilltänkta föräldrarnas förmåga att hantera det förhållandet att det inte finns någon genetisk koppling mellan dem och det blivande barnet. När en behandling ska utföras med ett donerat befruktat ägg, är det också viktigt att bedöma deras förmåga att hantera det som angetts ovan, dvs. att det blivande barnet kan få genetiska föräldrar och helsyskon i andra familjer.

Om en behandling vägras, bör paret eller den ensamstående kvinnan kunna begära Socialstyrelsens prövning av frågan. Socialstyrelsens beslut bör i sin tur kunna bli föremål för prövning i de allmänna förvaltningsdomstolarna.

En behandling med enbart donerade könsceller bör som sagt kunna utföras med ett donerat ägg och donerade spermier, eller med ett donerat befruktat ägg. Reglerna om donation av könsceller till den första typen av behandlingar bör i möjligaste mån överensstämma med de regler som nu gäller om donation till befruktningar utanför kroppen. Enligt dessa regler är det dock inte möjligt för en donator att återkalla sitt samtycke till donation efter den tidpunkt då ett donerat ägg har befruktats eller donerade spermier har använts för befruktning. Vi föreslår att denna regel ändras och att en donator ska kunna återkalla sitt samtycke till dess att det befruktade ägg som skapats av ett donerat ägg eller donerade spermier har förts in i en kvinnas kropp.

Förutsättningarna för en donation av befruktade ägg bör i stort sett vara desamma som de vid en donation av ägg eller spermier. Vid en donation av befruktade ägg bör tänkbara donatorer dock även få information om bl.a. att deras egna barn kan få genetiska helsyskon i andra familjer. En donation av sådana ägg bör också förutsätta att de befruktade äggen har skapats av det donerande parets egna ägg eller spermier, eller av den donerande kvinnans egna ägg, och att paret eller kvinnan är förälder till minst ett barn. Om alla förutsättningar för en donation av befruktade ägg är uppfyllda, bör donatorerna eller donatorn lämna ett skriftligt samtycke till att äggen får föras in i en kvinnas kropp. Samtycket bör kunna återkallas fram till dess att så har skett. När befruktade ägg har donerats av ett par, bör det vara tillräckligt att en av personerna

i paret återkallar sitt samtycke för att äggen inte längre ska få användas. Det bör även i dessa fall vara den ansvariga läkaren som väljer vilka donerade könsceller, eller vilket donerat befruktat ägg, som ska användas vid en befruktning utanför kroppen. Det bör också vara den läkaren som ser till att könscellerna eller det befruktade ägget har donerats av en eller två lämpliga donatorer och att donatorerna fortfarande lever när behandlingen utförs. Om ett donerat befruktat ägg har skapats av donerade ägg eller spermier, ska även donatorn av könsceller vara i livet när behandlingen utförs.

Det är i dag en allmän uppfattning att donatorer inte bör ge upphov till barn i mer än sex familjer. Vår uppfattning är att detta också bör gälla vid behandlingar med donerade befruktade ägg. Vid behandlingar med ett donerat ägg och donerade spermier behöver regeln i stället vara följande. Om en donators könsceller har använts vid en sådan behandling, bör han eller hon inte få ge upphov till barn i mer än tre andra familjer. Resultatet blir då nämligen att det blivande barnet kan få genetiska hel- eller halvsyskon i högst sex andra familjer.

Enligt nuvarande regler ska uppgifterna om en ägg- eller spermiedonator antecknas i en särskild journal, och journalen ska bevaras i minst 70 år. Det som nu angetts bör också gälla för en sådan donator av ett befruktat ägg som själv har bidragit med könsceller vid skapandet av det ägget.

Det är som sagt viktigt att de personer som blir föräldrar genom en assisterad befruktning med donerade könsceller tidigt börjar berätta för barnet om dess tillkomst. Kunskap i detta avseende är ofta en förutsättning för att barnet senare ska kunna inhämta information om sitt genetiska ursprung. Vi föreslår dessutom följande.
En person som har tillkommit genom en behandling med enbart donerade könsceller, och som har uppnått tillräcklig mognad, bör kunna lämna ett skriftligt samtycke till att uppgifter om honom eller henne vid förfrågan lämnas ut till andra personer som har tillkommit med könsceller från samma donator eller donatorer. Samtycket och uppgifterna bör i så fall tas in i den särskilda journal som innehåller uppgifter om en donator. Personen bör också kunna ta del av de uppgifter som finns antecknade i en sådan journal och som avser andra personer som tillkommit med könsceller från samma donator. Om en person inte vet, men har anledning att anta, att han eller hon har tillkommit genom en behandling med enbart donerade könsceller, bör socialnämnden vara skyldig att på begäran hjälpa honom eller henne att ta reda på om det finns några uppgifter antecknade i en särskild journal. Det som angetts i detta stycke bör också gälla när en person har tillkommit genom en behandling med antingen ett donerat ägg eller donerade spermier, eller när en person har anledning att anta att så är fallet.

Våra överväganden föranleder vissa ändringar i 7 kap. lagen om genetisk integritet m.m. Vi föreslår dessutom att man i det kapitlet ersätter ordet givare med donator, att man i kapitlets inledande lagrum inför en definition av uttrycket befruktning utanför kroppen och att man sedan använder detta uttryck i alla de lagrum där man inte måste tala om det första eller andra steget i en traditionell IVFbehandling (dvs. befruktning av ett ägg utanför en kvinnas kropp respektive införande av ett befruktat ägg i en kvinnas kropp).

Vi föreslår vidare att det genomförs vissa följdändringar i 5 och 6 kap. samma lag. En sådan består i att frysförvaringstiden för befruktade ägg förlängs från fem till tio år.

Övervägandena föranleder också vissa följdändringar och redaktionella ändringar i 1 kap. föräldrabalken (FB). Som exempel på följdändringar kan nämnas tillägget i 5 § som innebär följande. Faderskap bör inte kunna fastställas genom dom för en man som enligt 7 kap. lagen om genetisk integritet m.m. har bidragit med spermier till skapandet av ett donerat befruktat ägg.

Surrogatmoderskap i Sverige

Inledning

Surrogatmoderskap innebär att en kvinna upplåter sin kropp och blir gravid med den uttalade avsikten att efter barnets födelse överlämna barnet till ett par eller en person som inte själv kan eller vill bära fram ett barn. Ett surrogatmoderskap kan vara partiellt eller fullständigt samt altruistiskt eller kommersiellt. Vid ett partiellt surrogatmoderskap befruktas surrogatmoderns egna ägg med en tilltänkt fars spermier eller med donerade spermier. Surrogatmodern får i dessa fall både en genetisk och biologisk koppling till barnet. Ett fullständigt surrogatmoderskap kännetecknas av att man vid behandlingen av surrogatmodern inte använder hennes egna ägg. Det befruktade ägg som förs in i surrogatmoderns livmoder har i dessa fall således skapats av de tilltänkta föräldrarnas könsceller eller av donerade könsceller. Vid ett fullständigt surrogatmoderskap får surrogatmodern bara en biologisk koppling till barnet.

Vid ett altruistiskt surrogatmoderskap får surrogatmodern inte någon särskild ersättning för att hon är surrogatmor. Hon kan däremot få ersättning för kostnader av olika slag, bl.a. kostnader för läkarbesök. Vid ett kommersiellt surrogatmoderskap får surrogatmodern en särskild ersättning för att hon är surrogatmor. Det är i dag inte tillåtet att genomföra ett surrogatarrangemang inom svensk hälso- och sjukvård. Vårt uppdrag är att ta ställning till om det framöver ska bli tillåtet att genomföra det, och med utgångspunkten att surrogatmoderskapet i sådant fall ska vara altruistiskt. Om vi kommer fram till att surrogatmoderskap ska tillåtas inom svensk hälso- och sjukvård, ska vi också föreslå hur en heltäckande reglering av surrogatmoderskap bör utformas.

Överväganden

Vår uppfattning är att kommersiellt surrogatmoderskap inte bör tillåtas inom svensk hälso- och sjukvård, och att samhället dessutom bör motverka denna typ av surrogatmoderskap. Skälen för detta är i huvudsak följande.

Det råder både internationellt och i Sverige en utbredd samsyn om att människokroppen och dess delar inte får ge upphov till vinning. Detta kommer bl.a. till uttryck i förbud mot handel med organ och könsceller. Det skulle framstå som inkonsekvent att införa en reglering som tillåter kommersiellt surrogatmoderskap och samtidigt upprätthålla sådana förbud.

Ett tillåtande av kommersiellt surrogatmoderskap skulle också vara svårförenligt med utvecklingen inom EU och dess medlemsstater. Det finns nämligen inget EU-land som uttryckligen tillåter sådant surrogatmoderskap. Flera EU-länder har i stället uttryckliga förbud mot denna typ av surrogatmoderskap.

Till ovanstående kommer att kommersiellt surrogatmoderskap är svårförenligt med de förbud som finns mot handel med kvinnor och barn samt med andra regler som syftar till att tillgodose kvinnors och barns rättigheter på ett bra sätt.

Vi anser inte heller att altruistiskt surrogatmoderskap bör tillåtas inom svensk hälso- och sjukvård. Det finns visserligen en del fördelar med att tillåta förfarandet. Den viktigaste av dessa är att fler ofrivilligt barnlösa skulle kunna bli föräldrar. Ett förfarande inom svensk hälso- och sjukvård skulle också kunna erbjuda större trygghet och bättre garantier än vad som är fallet i många av de länder där det är eller hittills har varit möjligt att genomgå surrogatarrangemang.

Ett tillåtande av förfarandet inom svensk hälso- och sjukvård skulle dessutom innebära att det blivande barnet kan garanteras en rätt till information om sitt ursprung, och att man undviker de rättsliga problem som kan uppkomma vid ett gränsöverskridande surrogatarrangemang. Fördelarna med ett tillåtande kan dock inte anses uppväga nackdelarna. Vi ska i det följande beskriva de nackdelar som vi främst lagt vikt vid i denna del.

Den första nackdelen avser de allvarliga kunskapsluckor som finns när det gäller konsekvenserna för barn som har fötts efter ett surrogatarrangemang. De få studier som finns ger visserligen inte något direkt stöd för farhågorna att barnen far illa eller att de har negativa uppfattningar om sitt tillkomstssätt. Studierna avser emellertid ett fåtal ganska små grupper barn och familjer. Alla studier utom en härrör också från en och samma forskargrupp. Det saknas dessutom långtidsstudier som sträcker sig till när barnen har uppnått vuxen ålder. Vi vet därför inte hur vuxna hanterar det faktum att de har tillkommit genom ett surrogatarrangemang och vad det kan betyda för t.ex. identitetsutveckling och långsiktiga familjerelationer.

Det saknas vidare studier om hur det går för barnen i de fall där surrogatarrangemanget inte fullföljs på det sätt som varit tänkt, t.ex. på grund av att någon av de inblandade ångrar sig. Vidare saknas det viktig kunskap om hur surrogatmödrarnas egna barn påverkas.

Vi anser att det på grund av bristerna i kunskapsunderlaget inte är klarlagt vilka risker som på kort och lång sikt eventuellt kan finnas för bl.a. de genom surrogatarrangemang födda barnen. Det är därför inte möjligt att dra några säkra slutsatser i fråga om förfarandets förenlighet med principen om barnets bästa. Under sådana förhållanden talar försiktighetsprincipen mot ett tillåtande av surrogatmoderskap inom svensk hälso- och sjukvård.

En annan nackdel avser risken för påtryckningar och kommersialisering. Enligt vår mening finns det en uppenbar risk för att en del kvinnor skulle kunna utsättas för påtryckningar att vara surrogatmor om förfarandet tilläts i svensk hälso- och sjukvård. Kvinnor skulle också kunna uppleva en underförstådd press att hjälpa en närstående. Risken för påtryckningar skulle möjligen minska om man inte tillåter surrogatarrangemang mellan närstående. En sådan ordning skulle samtidigt öka risken för dold kommersialisering. När det gäller surrogatmoderskap, måste det också sägas att det rent allmänt är svårt att i förväg sätta sig in i vad det innebär att bära ett barn och

sedan lämna bort barnet till de tilltänkta föräldrarna. Även vid en noggrann prövning, och med krav bl.a. på att en blivande surrogatmor har fött egna barn, är det inte möjligt att försäkra sig om att kvinnans samtycke inte har föranletts av påtryckningar, känslor av inre tvång eller dolda ekonomiska motiv. Med hänsyn till de allvarliga risker som ett surrogatmoderskap innebär för surrogatmodern är det nu angivna ett tungt vägande argument mot ett tillåtande av surrogatmoderskap inom svensk hälso- och sjukvård.

En tredje nackdel handlar om mater est-regeln och surrogatmoderns möjligheter att ångra sig när barnet är fött. Vår uppfattning är att en eventuell reglering på detta område måste vara förenlig med mater est-regeln, och således innebära att surrogatmodern per automatik anses som det blivande barnets mor. Respekten för en surrogatmors autonomi och rätt till självbestämmande kräver också att hon måste kunna ändra sig när barnet är fött. Surrogatmodern måste alltså, under en rimlig tid efter förlossningen, kunna välja att behålla barnet. En reglering med nu angivet innehåll kan samtidigt medföra allvarliga problem. Om surrogatmodern ångrar sig, kan det uppstå svåra konflikter som går ut över barnet. Det kan också vara negativt för barnet att veta att surrogatmodern har behållit honom eller henne i strid med de tilltänkta och kanske genetiska föräldrarnas vilja. För de tilltänkta föräldrarna skulle en sådan utveckling sannolikt vara en tragedi.

Till ovanstående kommer bl.a. att en surrogatmor även i andra avseenden skulle kunna ha svårt att utöva sin rätt till självbestämmande, t.ex. i fråga om hennes rätt till abort, samt de svårigheter som finns när det gäller att utforma en godtagbar reglering om kostnadsansvaret vid ett surrogatarrangemang. Vår uppfattning är således att nackdelarna överväger fördelarna och att surrogatmoderskap inte bör tillåtas inom svensk hälso- och sjukvård. Det behövs inga författningsändringar för att åstadkomma det.

Surrogatarrangemang i utlandet

Inledning

Vårt uppdrag i denna del är att undersöka och analysera gällande regelverk och tillämpningen av det i de fall där ett barn har tillkommit genom ett surrogatarrangemang i utlandet. Vi ska också särskilt belysa de internationellt privat- och processrättsliga aspekterna samt ta ställning till om det ska införas särskilda regler för de barn som har tillkommit på nämnda sätt.

Om vi kommer fram till att det bör införas särskilda regler, ska vi också överväga tänkbara lösningar, t.ex. att utvidga möjligheterna att fastställa föräldraskapet genom bekräftelse eller dom, att möjliggöra överföring av föräldraskapet, att ändra reglerna om erkännande av utländska faderskapsavgöranden eller att möjliggöra ett erkännande av utländska moderskapsavgöranden. Våra överväganden i nu aktuella avseenden ska ta sin utgångspunkt i ställningstagandet om surrogatmoderskap ska tillåtas inom svensk hälso- och sjukvård, och under vilka förutsättningar det i så fall ska kunna ske.

Enligt direktiven ska en reglering syfta till att undanröja den nuvarande osäkerheten om rättsläget och samtidigt motverka ett kringgående av förbud mot eller begränsningar av surrogatmoderskap i Sverige. Om vi kommer fram till att det inte behöver införas några särskilda regler på området, ska vi i stället överväga om det bör införas särskilda

övergångsregler. De senare reglerna ska avse fall där ett barn redan befinner sig i Sverige, eller är på väg hit, och där det inte är möjligt, eller förenat med svårigheter, att fastställa någon annan än surrogatmodern som rättslig förälder eller vårdnadshavare till barnet.

Vi ska också – oavsett vad vi kommer fram till i ovanstående frågor – ta ställning till vilka informationsinsatser som behöver genomföras för att myndigheter och allmänheten ska få kunskap om innebörden av den svenska lagstiftningen samt föreslå vem eller vilka som ska ansvara för dessa informationsinsatser.

Från och med den 1 april 2016 blir det möjligt för ensamstående kvinnor att genomgå en insemination eller befruktning utanför kroppen inom svensk hälso- och sjukvård. För att underlätta läsningen kommer vi även i detta avsnitt utgå från att reglerna om ensamstående kvinnor redan har trätt i kraft.

En analys av det svenska regelverket och dess tillämpning

Nästan alla hittillsvarande surrogatarrangemang i utlandet som innefattat personer med hemvist i Sverige har genomförts med en tilltänkt fars spermier. Vi kommer därför först att behandla de regler som gäller i ett sådant fall och sedan behandla de regler som gäller i övriga fall. Innan vi behandlar dessa regler ska vi dock säga något om det som gäller när man vid tillämpningen av internationellt privaträttsliga regler kommer fram till att svensk lag ska tillämpas i fråga om föräldraskapet.

En tillämpning av svensk lag innebär i dessa fall att surrogatmodern ska anses som barnets rättsliga mor och att hennes make ska anses som barnets rättsliga far. Om man vid surrogatarrangemanget har använt en tilltänkt fars spermier, kan den mannen under vissa förutsättningar fastställas som barnets rättsliga far. Det krävs dock att faderskapet för surrogatmoderns make först hävs eller att det vid barnets födelse inte fanns någon man som per automatik skulle anses som barnets rättsliga far. Andra tilltänkta föräldrar kan däremot inte fastställas som barnets mor, far eller förälder efter ett surrogatarrangemang i utlandet. Föräldraskap för dessa tilltänkta föräldrar förutsätter således en adoption.

När ett surrogatarrangemang i utlandet har genomförts med en tilltänkt fars spermier, uppkommer ofta frågan om det finns en utländsk fastställelse av faderskapet för honom som är giltig enligt lagen (1985:367) om internationella faderskapsfrågor (IFL), och som således kan erkännas i Sverige. Vid bedömningen av den frågan kan man behöva ta ställning till vad som enligt nämnda lag är att betrakta som en giltig bekräftelse. Man kan också behöva ta ställning till om det finns en s.k. vägransgrund i det enskilda fallet. En utländsk fastställelse av faderskap ska t.ex. inte erkännas om det skulle vara uppenbart oförenligt med grunderna för den svenska rättsordningen att göra det (s.k. ordre public).

Frågan om en utländsk fastställelse gäller i Sverige ska normalt prövas av den myndighet där frågan aktualiseras, t.ex. Skatteverket. Om den utländska fastställelsen har skett genom dom, kan frågan också prövas av allmän domstol. Svea hovrätt har relativt nyligen prövat om det kan anses strida mot ordre public att erkänna en amerikansk dom om fastställelse av faderskap i vilken den genetiska fadern och den sociala fadern har fastställts som barnets rättsliga fäder. Hovrätten kom i ärendena fram till att så inte var

fallet och att den amerikanska fastställelsen således skulle gälla i Sverige. Inget av besluten överklagades och Högsta domstolen har därför inte prövat frågan.

Om en utländsk fastställelse av faderskap är giltig enligt IFL och den fastställda fadern är svensk medborgare, anses barnet ha förvärvat svenskt medborgarskap vid födelsen. Barnet kan då få ett svenskt pass och resa till Sverige med den rättsliga fadern och hans eventuella partner. Efter ankomsten till Sverige kan fadern ansöka om ensam vårdnad om barnet och faderns partner ansöka om s.k. närståendeadoption.

När det inte finns en giltig utländsk fastställelse av faderskap, uppkommer frågan om faderskapet kan fastställas vid en svensk socialnämnd eller i en svensk domstol. Om barnet är kvar i födelselandet, och fastställelsen i Sverige således ska ske på distans, torde det som regel inte finns förutsättningar att fastställa faderskapet vid en svensk socialnämnd. Det kan däremot, under vissa förutsättningar, vara möjligt att fastställa faderskapet i en svensk domstol.

Om fastställelsen i stället ska äga rum efter barnets ankomst till Sverige, uppkommer frågan hur barnet ska kunna resa in i Sverige. Eftersom barnet inte är svensk medborgare måste det ha ett pass eller andra nödvändiga resehandlingar. Det måste också ha ett permanent uppehållstillstånd i Sverige. Varken Migrationsverket eller migrationsdomstolarna har prövat frågor om uppehållstillstånd efter ett surrogatarrangemang i utlandet. Rättsläget på detta område måste därför betraktas som oklart.

Vi övergår nu till att beskriva vad som gäller när man vid ett surrogatarrangemang i stället har använt en annan mans spermier, t.ex. en donators spermier. Det gemensamma för dessa fall är att det enligt föräldrabalken inte går att fastställa de tilltänkta föräldrarna som barnets rättsliga föräldrar. Det kan därför också anses oklart hur man ska tillämpa reglerna om erkännande av utländska fastställelser i IFL. Hade Svea hovrätt i sina avgöranden ovan kommit till samma utgång om ingen av männen haft en genetisk koppling till barnet? Vilka bedömningar hade domstolen gjort om den utländska domen i stället avsett fastställande av moderskap eller föräldraskap för två kvinnor? I avsaknad av vägledande avgöranden är det inte möjligt att ge något tydligt svar på dessa frågor.

Om det inte går att få till stånd en i Sverige giltig fastställelse av föräldraskapet, krävs det en adoption för att de tilltänkta föräldrarna ska bli barnets rättsliga föräldrar. Utrymmet för att erkänna ett utländskt avgörande om adoption efter ett surrogatarrangemang i utlandet verkar vara begränsat. Detsamma gäller för en svensk domstols möjligheter att pröva en ansökan om adoption innan barnet kommer till Sverige. Om barnet har kommit hit, finns det däremot inga hinder mot att en svensk domstol prövar frågan om adoption. Domstolen ska i ett sådant fall tillämpa svensk lag. När det gäller förutsättningarna för att ett barn ska kunna resa till Sverige, och bosätta sig här, hänvisar vi till det som har angetts ovan. Det bör tilläggas att det, såvitt känt, inte finns några vägledande avgöranden i frågor som rör adoption efter ett surrogatarrangemang i utlandet. Även på detta område måste rättsläget därför betraktas som oklart.

Utgångspunkter

Internationella surrogatarrangemang kan innebära problem av olika slag och omfattning. Till de mer allvarliga problemen hör haltande föräldraskap och statslöshet för barnet. Problemen är många gånger ett resultat av att länder har olika uppfattningar och regler om surrogatarrangemang samt av att tilltänkta föräldrar och surrogatvänliga länder inte respekterar dessa olikheter. Det måste samtidigt tilläggas att Sverige hittills har varit förskonat från mer allvarliga problem i dessa sammanhang. De problem som uppkommit här har framför allt avsett myndigheternas handläggning efter barnets ankomst till Sverige.

Det finns samtidigt förespråkare som menar att vi med hänsyn till principen om barnets bästa ändå behöver genomföra omfattande förändringar på området. De menar bl.a. att vi i Sverige – oavsett om vi här tillåter surrogatmoderskap eller inte – måste fokusera på det nyfödda barnet och vidta alla tänkbara åtgärder för att de tilltänkta föräldrarna ska kunna ta med sig barnet hit. En sådan ordning är dock svårförenlig med de ställningstaganden som vi har gjort tidigare och som innebär dels att surrogatmoderskap inte bör tillåtas inom svensk hälso- och sjukvård, dels att kommersiella surrogatarrangemang i utlandet bör motverkas på olika sätt. Vi kan knappast anses motverka förekomsten av kommersiella surrogatarrangemang om vi samtidigt alltid godtar konsekvenserna av sådana arrangemang.

Vi har därför kommit fram till följande.
Principen om barnets bästa kan inte anses kräva att vi i Sverige genomför omfattande författningsändringar på området eller att vi vidtar andra ingripande åtgärder för att lösa alla problem som kan uppkomma när personer från Sverige får barn genom ett surrogatarrangemang i utlandet. Principen får däremot anses kräva att vi i Sverige har en bra reglering för de barn som finns här, och för de barn i utlandet som är svenska medborgare. Vidare måste principen naturligtvis beaktas i olika sammanhang som rör ett barn, t.ex. vid författningsändringar.

Vår uppfattning är således att det kan behöva införas särskilda regler för att åtgärda de problem som har uppkommit i Sverige efter ett surrogatarrangemang i utlandet. Det kan också behöva införas sådana regler för att motverka uppkomsten av andra problem. Det måste samtidigt tilläggas följande. I direktiven anges det att övervägandena i denna del ska ta sin utgångspunkt i ställningstagandet om surrogatmoderskap ska tillåtas i Sverige, och att en reglering ska syfta till att motverka ett kringgående av förbud mot eller begränsningar av surrogatmoderskap i Sverige.

Vi har som sagt kommit fram till att surrogatmoderskap inte ska tillåtas inom svensk hälso- och sjukvård och att kommersiella surrogatarrangemang i utlandet bör motverkas på olika sätt. I denna del handlar det därför till stor del om att å ena sidan försöka lösa de problem som måste lösas, och att å andra sidan motverka att personer i Sverige genomgår surrogatarrangemang – oftast kommersiella sådana – i utlandet. Vi kommer således inte att föreslå att det införs regler om överförande av föräldraskap efter ett surrogatarrangemang i utlandet eller regler om erkännande av sådana överföringar. Regler av detta slag kan nämligen inte anses behövliga för att lösa uppmärksammade problem utan innebär bara att fler personer kan genomgå surrogatarrangemang i utlandet. Vi kommer inte heller att föreslå några ändringar i de materiella reglerna om

moderskap, faderskap eller föräldraskap enligt 1 kap. 9 § FB, eller i reglerna om svenskt medborgarskap och krav för inresa i Sverige. Det bör tilläggas att de senare reglerna fyller viktiga funktioner i samhället. En sådan är att motverka handel med barn och annan gränsöverskridande brottslighet.

Det förhållandet att vi inte föreslår några ändringar i de svenska materiella reglerna om föräldraskapet för ett barn innebär att det i aktuella fall bara kommer att finnas en grupp av tilltänkta föräldrar i Sverige som kan fastställas som barnets rättsliga föräldrar, och det är de genetiska fäderna. Vi måste som regel nämligen godta att ett barns genetiska far kan fastställas som barnets rättsliga far. Det förhållandet att vi måste godta detta innebär i sin tur att förfarandet för detta bör vara så enkelt och effektivt som möjligt. En annan ordning kan innebära negativa konsekvenser för involverade aktörer, och särskilt för barnet.

Föräldraskap för andra tilltänkta föräldrar än de genetiska fäderna bör i aktuella fall även fortsättningsvis förutsätta en närståendeadoption eller en vanlig adoption. Det finns inte skäl att nu göra ändringar i reglerna om adoption efter ett surrogatarrangemang i utlandet. Det finns däremot skäl att genomföra informationsinsatser på området. Vi återkommer till detta och övriga överväganden i nästa avsnitt.

Förslag och bedömningar

Utgångspunkten bör enligt vår mening vara att vi i Sverige erkänner sådana utländska fastställelser av föräldraskapet genom dom eller bekräftelse som har grundats på en omständighet som kan utgöra grund för en motsvarande fastställelse enligt svensk rätt. En annan utgångspunkt bör vara att vi som regel inte erkänner andra fastställelser. Det nu anförda innebär följande.

En utländsk fastställelse av moderskap bör kunna godtas i Sverige om den grundas på att den fastställda modern har burit och fött barnet. En utländsk fastställelse av faderskap bör godtas om den grundas på en faderskapspresumtion eller en genetisk koppling mellan barnet och den fastställda fadern. En utländsk fastställelse av faderskap bör också, på samma sätt som en utländsk fastställelse av föräldraskap, godtas om den grundas på att den fastställda personen har samtyckt till att personens make, registrerade partner eller sambo genomgår en assisterad befruktning.

Svea hovrätt har, som tidigare nämnts, meddelat två avgöranden som avviker från det som nu angetts. Domstolen har i dessa avgöranden nämligen godtagit en utländsk fastställelse av faderskapet för en man som enligt svensk lag inte hade kunnat fastställas som barnets rättsliga far. Förekomsten av dessa avgöranden föranleder införandet av en ny vägransgrund i IFL. Enligt den nya vägransgrunden ska en utländsk fastställelse av faderskapet inte gälla i Sverige om barnet har tillkommit genom en insemination eller befruktning utanför kroppen, behandlingen har utförts på en annan person än den fastställda faderns make eller sambo, och behandlingen har utförts med en annan mans spermier. Om en utländsk fastställelse av faderskap avser två män och en av dem också är barnets genetiska far, ska det som anges i vägransgrunden bara gälla för den andra mannen. Den del av fastställelsen som avser barnets genetiska far behöver alltså inte vara ogiltig.

Vi har tidigare kommit fram till att vi som regel måste godta att ett barns genetiska far kan fastställas som barnets rättsliga far, och att förfarandet för detta bör vara så enkelt och effektivt som möjligt. Vi föreslår därför att man utökar svenska socialnämnders och domstolars behörighet att fastställa faderskap efter ett surrogatarrangemang i utlandet. Förslaget innebär att faderskap ska kunna fastställas vid en svensk socialnämnd eller domstol, och enligt svensk lag, om barnet har hemvist i ett annat land, fastställelsen avser en man med hemvist i Sverige, grunden för faderskapet är att barnet har tillkommit med mannens spermier, och barnet i hemvistlandet inte har några andra rättsliga föräldrar än mannen och hans make, registrerade partner eller sambo.

Förslagen i denna del föranleder vissa ändringar i IFL och en del följdändringar i samma lag. Vi kan däremot inte se att det behöver göras andra författningsändringar för att komma till rätta med uppmärksammade problem. Vi kan inte heller se att det behöver införas några sådana särskilda övergångsregler som anges i direktiven. Det behöver däremot genomföras informationsinsatser om surrogatarrangemang i utlandet. Vår uppfattning är att regeringen bör ge Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd i uppdrag att, i samverkan med andra berörda myndigheter och organisationer, genomföra dessa informationsinsatser.

Föräldraskapet vid assisterad befruktning i egen regi eller i utlandet
Inledning
Den nuvarande regleringen i föräldrabalken innebär att samtycke kan utgöra grund för faderskap eller föräldraskap enligt 1 kap. 9 § FB vid en assisterad befruktning inom svensk hälso- och sjukvård. I fråga om olikkönade par gäller samma regel när paret har genomfört en s.k. heminsemination eller när de har genomgått en behandling i utlandet. Faderskap kan alltså även i sådana fall grundas på ett samtycke. Vårt uppdrag är att ta ställning till om de senare reglerna också bör gälla för kvinnliga samkönade par.

Från och med den 1 april 2016 blir det möjligt för ensamstående kvinnor att genomgå en insemination eller befruktning utanför kroppen inom svensk hälso- och sjukvård. Denna förändring innebär att våra överväganden i denna del också innefattar ensamstående kvinnor.

Överväganden
En viktig utgångspunkt för att samtycke ska kunna utgöra grund för faderskap eller föräldraskap enligt 1 kap. 9 § FB bör vara att det blivande barnet har en rätt till information om sitt genetiska ursprung. Regleringen bör därför vara handlingsdirigerande och uppmuntra potentiella föräldrar att välja de assisterade befruktningar som ger barnet en sådan rätt. En annan viktig utgångspunkt för att samtycke ska kunna utgöra grund för faderskap eller föräldraskap bör vara att det finns rimliga möjligheter till insyn och kontroll från samhällets sida. Den tredje och sista utgångspunkten är att olikkönade och samkönade par i dessa fall bör behandlas lika så långt det är möjligt. Mot bakgrund av de nu angivna utgångspunkterna finns det skäl att låta övervägandena omfatta både olikkönade och samkönade par. Det finns även skäl att föreslå en reglering som innebär följande.

Samtycke bör inte längre kunna utgöra grund för faderskap vid en heminsemination. Det bör inte heller kunna utgöra grund för föräldraskap vid en sådan insemination.

Rättsligt föräldraskap för en person som inte har burit och fött barnet bör i dessa fall alltså förutsätta en närståendeadoption.

Samtycke bör även fortsättningsvis kunna utgöra grund för faderskap vid assisterade befruktningar inom utländsk hälso- och sjukvård. Det bör samtidigt krävas att behandlingen har utförts vid en behörig sjukvårdsinrättning i utlandet, och att den person som tillkommit genom behandlingen har en rätt till information om donatorns identitet. Detsamma bör gälla i fråga om föräldraskap enligt 1 kap. 9 § FB. Regleringen blir således även här densamma för olikkönade par och kvinnliga samkönade par.

Den regel i 1 kap. 3 § andra stycket FB som träder i kraft den 1 april 2016, och som innebär att faderskap eller föräldraskap inte ska fastställas när en ensamstående kvinna har genomgått en assisterad befruktning inom svensk hälso- och sjukvård, bör inte gälla vid heminseminationer. I dessa fall bör det alltså även fortsättningsvis fastställas ett faderskap eller föräldraskap för barnet. Det bör däremot vara möjligt för en ensamstående kvinna att bli ensam förälder genom en assisterad befruktning inom utländsk hälso- och sjukvård. Det krävs dock att behandlingen har utförts vid en behörig sjukvårdsinrättning i utlandet, och att den person som tillkommit genom behandlingen har en rätt till information om donatorns identitet. Våra överväganden föranleder vissa ändringar i 1 kap. FB. De föranleder däremot inga ändringar i andra författningar.

Föräldraskapet vid ändrad könstillhörighet

Inledning

Tidigare krävdes det att personer som ändrade könstillhörighet från man till kvinna (MtK), eller från kvinna till man (KtM), var steriliserade eller att de av annan orsak saknade fortplantningsförmåga. Detta s.k. steriliseringskrav avskaffades den 1 juli 2013, och i dag är det t.ex. möjligt för en KtM att föda barn. Det är också möjligt för en MtK att bidra med spermier till skapandet av ett barn. Vid avskaffandet av steriliseringskravet angav regeringen att den föräldraskapsrättsliga regleringen kan tillämpas analogt i sådana fall där en person har ändrat könstillhörighet. Detsamma skulle enligt regeringen gälla för andra relevanta författningar. Regeringen fram höll samtidigt vikten av att man noga följer rättstillämpningen på området.

Vårt uppdrag är att ta ställning till om det avskaffade steriliseringskravet och förbudet mot bibehållen fortplantningsförmåga vid ändrad könstillhörighet kan medföra problem vid tillämpningen av den föräldraskapsrättsliga lagstiftningen. Vi ska också ta ställning till om det finns behov av ändringar i nu nämnda lagstiftning eller i annan lagstiftning.

Överväganden

Våra undersökningar, vilka bl.a. innefattat kontakter med Riksförbundet för homosexuellas, bisexuellas, transpersoners och queeras rättigheter (RFSL) samt Skatteverket, har visat att det slopade steriliseringskravet har gett upphov till vissa tillämpningsproblem i folkbokföringsverksamheten. Som exempel på tillämpningsproblem kan nämnas att Skatteverket har registrerat en födande KtM som barnets mor. Det finns därför skäl att överväga ändringar i den föräldraskapsrättsliga regleringen.

Vår bedömning är att föräldraskapet i dessa fall bör betecknas och registreras på ett sätt som avspeglar en förälders rättsliga könstillhörighet. En KtM som föder barn bör således betecknas och registreras som barnets rättsliga far. Vidare bör föräldrar som har ändrat könstillhörighet ha samma rättigheter, förmåner och skyldigheter som de hade haft om de inte hade ändrat könstillhörighet. En KtM som föder barn bör ha samma rättigheter, förmåner och skyldigheter som en rättslig mor. Om en KtM är ogift vid barnets födelse, bör han således ha ensam vårdnad om barnet (jfr 6 kap. 3 § FB). Mot denna bakgrund föreslår vi att det i 1 kap. FB införs en reglering som innebär följande. En KtM som föder ett barn ska per automatik anses som barnets far. Personen ska samtidigt omfattas av det som i andra kapitel balken och i andra författningar anges om en mor eller moderskap. Det förhållandet att faderskapet i dessa fall ska följa per automatik innebär att det inte behöver fastställas genom bekräftelse eller dom. Föräldraskapet för den person som inte har fött barnet ska däremot fastställas på vanligt sätt. Undantag gäller i de fall där en KtM har genomgått en assisterad befruktning som ensamstående och enligt reglerna i 3 § andra eller tredje stycket. I ett sådant fall ska en KtM nämligen kunna bli barnets enda rättsliga förälder. Den förälder som inte har fött barnet bör i dessa fall alltid anses som far, om han är en KtM eller en man som inte har ändrat könstillhörighet, eller som mor, om det är fråga om en MtK eller en kvinna som inte har ändrat könstillhörighet. Föräldraskapet ska som ovan nämnts fastställas genom bekräftelse eller dom. Regleringen om föräldraskapet för den som inte har fött barnet bör således innebära följande.

En KtM som har samtyckt till att hans make, registrerade partner eller sambo genomgår en assisterad befruktning enligt 9 § ska anses som barnets far. Om barnet har fötts av en KtM, gäller detsamma för en sådan man som inte har ändrat könstillhörighet och som uppfyller villkoren för att fastställas som far enligt 5 § eller anses som far enligt 8 §. Mannen ska med andra ord ha bidragit med spermier till skapandet av barnet enligt 5 § första stycket eller lämnat ett samtycke till att hans make eller sambo genomgår en assisterad befruktning enligt 8 §.

En MtK som uppfyller villkoren för att fastställas som far enligt 5 § eller anses som far enligt 8 § (jfr det som nyss angetts) ska anses som barnets mor. Om barnet har fötts av en KtM, gäller detsamma för en sådan kvinna som inte har ändrat könstillhörighet och som har samtyckt till att hennes make, registrerade partner eller sambo genomgår en assisterad befruktning enligt 9 §. En person som anses som mor enligt detta stycke ska samtidigt omfattas av det som i andra kapitel balken och i andra författningar anges om en far eller faderskap. Det senare innebär bl.a. att reglerna i 2 kap. FB blir tillämpliga vid utredningen om moderskap i dessa fall.

Det förhållandet att en KtM i dessa fall ska omfattas av reglerna om mor och moderskap, och att det motsatta ska gälla för en MtK, innebär att den ändrade könstillhörigheten kan behöva avslöjas i sådana fall där personen vill göra gällande en viss rättighet, förmån eller skyldighet. Enligt vår mening måste det vara den enskilda individen som bestämmer om den ändrade könstillhörigheten ska avslöjas eller inte, och vem eller vilka den i så fall ska avslöjas för. En KtM som har fött ett barn och som vill göra gällande en mors rättigheter måste alltså själv avslöja för den berörda myndigheten eller aktören att han ändrat könstillhörighet. Övervägandena i denna del föranleder inga följdändringar i föräldrabalken eller i andra författningar.

Det har också förekommit vissa problem inom hälso- och sjukvården och som bl.a. beror på att man inte känt till att en gravid KtM har samma rättigheter som en gravid kvinna. Vi anser att det handlar om kunskapsproblem, som inte föranleder några författningsändringar. Det kan däremot behöva genomföras informationsinsatser för att komma till rätta med problemen.

Ekonomiska konsekvenser

Våra överväganden bedöms innebära vissa kostnadsökningar för hälso- och sjukvården, läkemedelsförmånerna och Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd. Kostnadsökningarna är framför allt ett resultat av förslaget om att tillåta behandlingar med enbart donerade könsceller inom svensk hälso- och sjukvård och förslaget om att genomföra informationsinsatser om surrogatarrangemang i utlandet.

Kostnadsökningarna för hälso- och sjukvården uppskattas till sammanlagt 7–8 miljoner kronor. Det måste, på samma sätt som vid tidigare förändringar på området, bli upp till varje landsting att, utifrån de riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården som riksdagen har ställt sig bakom, bedöma hur tillgängliga resurser ska fördelas. Det måste med andra ord bli upp till varje landsting att bestämma om möjligheten att få assisterad befruktning kan ske inom den befintliga verksamheten eller om denna typ av behandlingar ska avgiftsbeläggas för patienterna. Förslagen bedöms därför varken ensamma eller tillsammans påverka det kommunala självstyret, eller aktualisera en tillämpning av finansieringsprincipen.

Kostnadsökningen för läkemedelsförmånerna, vilken uppskattas till ca 1 miljon kronor, bedöms kunna hanteras inom ramen för utgiftsområdet, och kostnadsökningen för Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd, vilken uppskattas till ca 2 miljoner kronor, bör kunna finansieras inom befintliga anslagsramar för de områden som berörs av uppdraget.

Övervägandena bedöms bara få begränsade konsekvenser för socialtjänsten. De bedöms därför inte påverka det kommunala självstyret eller aktualisera en tillämpning av finansieringsprincipen. Det som angetts om konsekvenserna för socialtjänsten gäller också för konsekvenserna för Socialstyrelsen, Skatteverket, andra berörda myndigheter och domstolarna. Eventuella kostnadsökningar bör således kunna hanteras inom befintliga ramar.

.

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Samordningskansliet
Ingela Jönsson
Tfn: 063-14 77 62
E-post: ingela.jonsson@regionjh.se

2016-05-09

RS/442/2016
S2016/00212/FS

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

Svar på remiss SOU 2016:2 Effektiv vård

Inledningsvis vill vi tacka för en enligt vår mening väl genomförd, synnerligen innehållsrik och intressant utredning. Utredningens utgångspunkter; att värdet för patienten uppstår i mötet med vården och att betrakta vården som ett system ser vi som mycket viktiga. Utredningens sammanfattning av de huvudsakliga orsakerna till effektivitetsproblemen stämmer också väl med vår erfarenhet och uppfattning. Vi delar alltså utredningens övergripande slutsatser och har i det följande lämnat kommentarer till de bedömningar, rekommendationer och förslag som redovisas. Nedanstående kommentarer hänvisar i rubriken till kapitlen i utredningens Del B Förslag och rekommendationer

7. Nya styrande principer för hälso- och sjukvård.

Utredningen bedömer att de styrande principer för hälso- och sjukvårdens organisering som anges i 5§ i hälso- och sjukvårdslagen är föråldrade och bidrar till ett alltför sjukhuscentrerat hälso- och sjukvårdssystem. De nuvarande principerna bör därför ersättas av nya principer som anger närheten till patienten som en inriktning för hälso- och sjukvårdens organisation.

Region Jämtland Härjedalen delar utredningens uppfattning att Sverige har ett sjukhustungt system som inte är kostnadseffektivt och försvårar möjligheterna att upprätthålla en jämlik vård. Förutom de tänkbara orsaker som utredningen nämner måste en svårighet i sammanhanget anses vara den historiska utvecklingen där flera generationer medborgare har förlagt sin trygghet till sjukhusen. Det försvårar framför allt de politiska beslut som krävs för att balansera om systemet. I det sammanhanget får det anses som olyckligt om lagstiftningen är oklar varför vi är positiva till utredningens förslag.

Utredningen föreslår att det i hälso- och sjukvårdslagen införs en bestämmelse om inriktningen för landstingens organisering av hälso- och sjukvård. Innebörden är att landstingen ska ordna sin hälso- och sjukvård nära befolkningen, om det inte är motiverat att koncentrera servicen geografiskt av kvalitets- eller effektivitetsskäl.

Region Jämtland Härjedalen delar utredningens förslag att vården ska ordnas så att den finns nära befolkningen. Det är dock en särskild utmaning i vårt glest befolkade område men utredningen nämner ju också alternativa sätt att förmedla vården som är en nödvändighet för oss. Det gläder oss därför att den glesbygdsmedicinska inriktningen i norra Sverige fått särskild uppmärksamhet i utredningen. Det kanske till och med är så att även i mindre glest befolkade områden är andra lösningar bättre och mer uppskattade än de traditionella. Vår erfarenhet är att det är fullt möjligt att hitta dessa nya lösningar och visa att det fungerar men att svårigheten ofta ligger i att genomföra det på bred front. Här ligger utmaningen snarare hos landstingen än hos medborgarna.

Utredningen föreslår att vård som inte kan tillgodoses i öppen vård ska ges som sluten vård.
Vi menar att detta är ett bra förslag som bättre stämmer med dagens situation och vad vi vill uppnå för att möta behoven i framtiden.

Utredningen föreslår att sluten vård kan ges på vårdinrättning eller på annan plats.
Vi delar utredningens uppfattning och ser att utvecklingen av hälso- och sjukvården behöver flexibla lösningar för att lösa patienternas behov. Då är det olyckligt om lagstiftningen i stället förhindrar det som är önskvärt. Ett exempel är författningen om sjukhusens läkemedelsförsörjning som måste förändras till ett mer modernt synsätt. t ex dialyspatienter, palliativvård eller andra infusioner skulle kunna ges närmare patienten än vad nuvarande lagstiftning gör det möjligt.

8. Primärvårdens uppdrag och organisation.
Utredningen bedömer att den nuvarande strukturen för de totala resursernas fördelning inom hälso- och sjukvårdssystemet inte är optimal ur perspektivet effektivt nyttjade resurser. Med hänsyn tagen till den kommande demografiska utvecklingen finns anledning att nu ta första stegen till att reellt bygga ut primärvården.
Utredningen föreslår att det i 5§ hälso- och sjukvårdslagen införs en ny definition av primärvårdens uppdrag. Primärvården ska som en del av den öppna vården

1. *vara befolkningens första kontakt med vården,*
2. *vara lätt tillgänglig för befolkningen under dygnets alla timmar,*
3. *ansvara för förebyggande arbete, diagnostik, behandling och rehabilitering för de allra flesta vårdbehov,*
4. *ansvara för akut hälso- och sjukvård som inte kräver vård på sjukhus,*
5. *remittera till annan vård vid behov, samt koordinera och integrera den vård som erbjuds patienten, och*
6. *se till patientens samlade förutsättningar och behov.*

Vi tycker att utredningen på ett riktigt sätt har beskrivit primärvårdens betydelse för en effektiv och jämlik hälso- och sjukvård. Vidare delare vi också bedömningen att det behövs en ny syn på vad primärvård är och behöver vara. Det är naturligtvis i mångt och mycket en fråga om synsätt och attityder men måste också vara fast förankrat i lagstiftningen.

Utredningen föreslår att primärvården ges ett ansvar för akut hälso- och sjukvård som inte kräver vård på akutsjukhus. För akut hälso- och sjukvård på sjukhus krävs remiss om det inte finns särskilda skäl.
Utifrån ett strikt medicinskt perspektiv menar många allmänmedicinska företrädare att inget tillstånd inom allmänmedicinens ansvarsområde är så allvarligt att det inte kan vänta till dagen därpå. Om det inte kan vänta så är det per definition någon sjukhusspecialitets ansvar. Med den utgångspunkten menar man att behovet av dygnet runt verksamhet inte finns. Ändå är det precis som utredningen beskriver att såväl befintliga primärvårdsjourer som sjukhusens akutmottagningar har många besökare som skulle ha kunnat hanteras under dagtid i primärvård. Analyser av besök på akutmottagningar har däremot visat att det är ett fåtal besökare med behov möjliga att lösa i primärvård som söker under sen kväll och natt. Ett alternativ till dygnet runt jour i primärvård skulle kunna vara ett utökat öppethållande för ordinarie primärvård t.ex. 07.00 – 19.00. Vi delar uppfattningen att primärvården bör ges ett större ansvar men menar att det måste finnas möjlighet att lösa det på olika sätt. Särskilt viktigt att skapa

system som ger flexibilitet för glesbygdens behov. Får någon en sårskada som behöver sys, en fraktur som behöver gipsas eller allvarlig infektion som behöver antibiotika kan man inte vänta ett dygn – men kanske från sen kväll till nästa morgon. Förslaget med krav på remiss ser vi som positivt men delar också uppfattningen att ”sunt förnuft” måste få råda.

Utredningen föreslår att primärvården ska organiseras i form av allmän och riktad primärvård. Den riktade primärvården ska fullgöra primärvårdens uppdrag för äldre med omfattande behov.
Vi delar helt utredningens beskrivning av problemen med vården av äldre med sammansatt sjuklighet. Dessutom ser också vi att denna behovsgrupp kommer att öka. Förslaget med en riktad primärvård tycker vi därför är intressant fram för allt i städer. Vi har redan i dag exempel på vårdcentraler som gått samman och lagt hemsjukvård och särskilda boenden på en läkare som arbetar heltid med detta. Erfarenheterna är mycket positiva från såväl patienter, läkare som kommun. Detta exempel uppfattar vi ligger väldigt nära förslaget om riktad primärvård. Vi har också diskuterat möjligheten att utöka verksamheten och ge dessa läkare möjlighet att självständigt disponera vårdplatser utanför den traditionella akutsjukvården. Så fungerar i praktiken våra vårdplatser i primärvård i glesbygd. Man kan tänka sig att utöka detta uppdrag till att också innefatta målgruppen ”multisjuka” som inte har hemsjukvård eller bor på särskilt boende. Precis som utredaren beskriver så är dock den gruppen inte så lätt att definiera ens i efterhand. Riktigt användbart blir det förstås först när man kan hitta prediktiva indikatorer. Här krävs forskning!
Däremot ser vi svårigheter att tillämpa begreppet riktad primärvård på landsbygd och i glesbygd. Där är ofta antalet listade mindre, kännedomen om befolkningen större och behovet av en uppdelning av uppdraget mindre. Tvärtom riskerar en uppdelning i detta sammanhang endast att bli en administrativ påbyggnad.

9. Sammanhållen hälso- och sjukvård och socialtjänst.
Utredningen bedömer att en väsentlig del i det samlade resursutnyttjandet inom vård och omsorg handlar om hur landsting och kommuner gemensamt förmår att ta omhand behov hos vårdens storkonsumenter. Insatser från olika huvudmän och verksamheter är idag inte tillräckligt integrerade med varandra eller utgår från en förmedlingslogik som inte möter patienternas samlade behov. Detta leder till undvikbara vårdbehov och ineffektivitet. Staten behöver ändra sina styrande principer och sätt att reglera samverkan mellan huvudmännen.
Vi delar utredningens bedömning att för den behovsgrupp som här beskrivs behöver vården och omsorgen betraktas ur ett systemperspektiv. Vår erfarenhet är också att bristerna tenderar att bli större ju fler parter som är inblandade och ju större organisationerna är som samverkar. Allt för mycket energi tycks åtgår till att upprätthålla gränser i stället för att lösa uppgiften.

Utredningen föreslår att det i socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen införs tre likalydande bestämmelser som innebär att en kommun och landsting ska organisera den riktade primärvården, kommunernas hälso- och sjukvård och socialtjänsten för äldre med omfattande behov så att den utförs gemensamt. Den gemensamma verksamheten ska syfta till att ge individen en sammanhållen hälso- och sjukvård och socialtjänst.
Utredningen föreslår att det i kommunallagen införs en bestämmelse som innebär att kommuner och landsting ska fastställa en gemensam plan. Av planen ska framgå mål, riktlinjer och gemensam

resursplanering för den gemensamma verksamheten. Eftersom den gemensamma verksamheten får en särskild planeringsbestämmelse föreslår utredningen att kraven på avtal om läkarmedverkan enligt 26 d§ hälso- och sjukvårdslagen ändras så att kraven på avtal inte ska omfatta de patienter som omfattas av den riktade primärvården.
Trots goda intentioner så har försöken till ökad integrering mellan landstingens hälso- och sjukvård och kommunernas hälso- och sjukvård samt socialtjänst inte fungerat. Det beskrivna förslaget med en lagstiftat krav att verksamheten ska utföras gemensamt har inte provats tidigare. Att något måste göras är uppenbart och de argument som framförs för just denna lösning låter rimliga. Vi är i grunden positiva till förslaget men ser, precis som utredningen, behovet av att det genomförs under kontrollerade former dvs. utifrån lokala förutsättningar och i ett realistiskt tempo.

Utredningen föreslår att den riktade primärvården enligt den föreslagna 5 b § hälso- och sjukvårdslagen ska undantas från skyldigheten att organisera primärvården i form av vårdvalssystem. Landsting och kommun får organisera den gemensamma verksamheten så att den enskilde kan välja utförare av sammanhållen hälso- och sjukvård och socialtjänst.
Utredningen argumenterar enligt vår uppfattning och erfarenhet väl för att undanta de mest sjuka äldre från primärvårdens fria vårdval. Samtidigt lämnar man öppet för Kommuner och Landsting att erbjuda vårdval för det samlade teamet, den sammanhållna vården och hemsjukvården vilket är positivt.

Utredningen avstår från att föreslå en skyldighet för huvudmännen att utföra verksamhet gemensamt för andra grupper än äldre med omfattande behov.
Även om det intuitivt kan uppfattas som riktigt att även andra verksamheter skulle omfattas förefaller det klokt att först begränsa gruppen till äldre och sedan utvärdera detta innan man går vidare.

Utredningen föreslår att om kommun och landsting är överens får kommunen överta skyldigheten att erbjuda läkarvård i samband med hälso- och sjukvård som ges till personer som bor i särskilt boende eller har hemsjukvård.
Vi har inget att erinra mot detta förslag.

Utredningen rekommenderar att regeringen genomför en översyn av befintliga regler för planering på individnivå i syfte att förenkla och skapa överblickbarhet för såväl personal som patienter och brukare.
Vi välkomnar förslaget om översyn av bestämmelserna angående olika former av planeringsdokument på individnivå. Inte minst mot bakgrund av den omfattande administration det medför i dag.

10. Gemensamt beslutsfattande mellan landstingen.
Utredningen föreslår att det i hälso- och sjukvårdslagen införs en skyldighet för samtliga landsting att när det är motiverat av kvalitets- eller effektivitetsskäl gemensamt planera och utföra uppgifter.
Utredningen rekommenderar att landstingen bör finna former för att kontinuerligt överväga vilka uppgifter inom sitt ansvarsområde som också kan och bör lösas gemensamt.
Utredningen bedömer att om lagstiftningen om skyldigheten att samarbeta inte har gett resultat två år efter införandet bör regeringen överväga ytterligare åtgärder för att säkerställa bättre samarbete och därmed bättre resursutnyttjande mellan landstingen. Utredningen anser att regeringen i en sådan eventuell prövning bör överväga följande åtgärder:

1. *Genom lagstiftning skärpa skyldigheten att agera gemensamt genom att närmare definiera vid vilka situationer skyldigheten uppkommer.*
2. *Lagstiftning som innebär att landstingen ska fullgöra skyldigheten att gemensamt planera och utföra uppgifter genom att bilda ett kommunalförbund enligt 3 kap. 20-28 §§ kommunallagen (1991:900)*
3. *Lagstiftning som innebär att regeringen bemyndigas att fatta beslut om att viss uppgift som ska omfattas av landstingens skyldighet att lösa gemensamt.*

Precis som utredningen skriver är det uppenbart att det finns ett antal områden där landstingen behöver fatta gemensamma beslut. Ibland finns det olika uppfattningar i sakfrågor som försvårar beslutsfattandet men minst lika ofta handlar det om vilka frågor som prioriteras i respektive landsting. Antalet landsting och dess inbördes avsevärt olika storlek ökar också komplexiteten i beslutsfattandet. Förslaget att på ett principiellt plan lagstifta om skyldigheter att samarbeta är lovvärt. Av erfarenhet har dock lagstiftning om skyldigheter att samarbeta visat sig vara svårt att omsätta i praktiken, åtminstone med så många parter. Utredaren har uppenbarligen samma farhågor och resonerar därför om eventuellt ytterligare skärpningar. Vår uppfattning är att det ändå är klokt att börja med en lagstiftad skyldighet precis som utredningen föreslår. Att redan i detta skede besluta om samarbete i mer strukturerad form, t.ex. ett gemensamt kommunalförbund kan det knappast finnas några hinder för. Ett sådant kommunalförbund med generell inriktning borde avsevärt kunna underlätta administration och överblick av de gemensamma frågorna och dessutom göra SKL´s roll tydligare. De föreslagna samverkansområdena är enligt vår mening en bra sammanställning av nuvarande behov av samarbete.

Utredningen föreslår att en nationell konsultationsordning för sjukvården införs som består av fasta möten på politisk toppnivå mellan regeringen och samtliga landsting/regioner.
Vi anser att förslaget om en nationell konsultationsordning är bra. Vi tror att det är rätt att det blir en tydligare direktkontakt mellan landsting och regering. Det skulle också på ett önskvärt sätt ytterligare tydliggöra rollen för SKL. Det är dock viktigt att även kommunerna deltar och hur det ska ske bör utredas ytterligare.

11. Minskad detaljstyrning.
Utredningens rekommendationer är att huvudmännens styrning av vården genom villkoren för ersättning till vårdgivare behöver omprövas. Utvecklingen mot allt mer detaljerade ersättningsystem bör brytas. Huvudmännen behöver ompröva och rensa i styrningen genom strategier, handlingsplaner, policydokument och liknande. Staten behöver använda specialdestinerade eller prestationsbaserad bidrag till huvudmännen med större försiktighet. Staten behöver minska den juridiska detaljstyrningen av hälso- och sjukvården. Staten och huvudmännen behöver i högre grad gemensamt analysera och prioritera de viktigaste utmaningarna för hälso- och sjukvården och hur styrningen mot de frågorna kan bli tydligare samtidigt som vårdens verksamheter ges bättre förutsättningar att själva skapa lösningar på problemen.
Den ökade detaljstyrningen av hälso- och sjukvården på senare år har initierats från olika nivåer. Inte minst statens villkorade bidrag har i vissa avseenden varit extremt detaljerade. Vår erfarenhet stämmer också väl med utredningens slutsatser att en allt för detaljerad styrning innebär en uppenbar risk att ge oförutsedda eller till och med oönskade effekter. Däremot tycker vi inte att beställningen och ersättningen i vårdvalet har uppfattats som allt för detaljerad i vår region.

Utredningen föreslår att landstingens skyldighet att erbjuda vårdgaranti ska ändras på så sätt att den enskilde inom viss tid får en medicinsk bedömning inom primärvården. Tidsfristen ska anges till tre dagar, om en bedömning inte kan göras när den enskilde söker kontakt med primärvården.
Vi välkomnar utredningens förslag att göra vårdgarantin professionsneutral vilket öppnar för nya lösningar som kan vara både effektivare och i några fall till och med bättre. Att tidsfristen ska anges till tre dagar kan uppfattas som väl kort men måste tolkas som att en bedömning inte nödvändigtvis handlar om ett fysiskt besök.

Utredningen föreslår att regeringen skyndsamt ska utreda hur den lagstiftning som innebär krav på läkarintyg kan ändras i syfte att intygshanteringen ska vara professionsneutral. Beslut om vem som ska utfärda intyg ska tas på verksamhetsnivå utifrån överväganden om vilken information om patienten som efterfrågas och att den som utfärdar intyget ska ha tillräcklig kompentens och erfarenhet för uppgiften med hänsyn till ändamålet med intyget.
Utredningen för här ett rimligt resonemang om en bättre fördelning av utfärdande av intyg. Vi delar utredningens förslag. I Region Jämtland Härjedalen pågår just nu ett intressant försök i samverkan med Försäkringskassan. Det finns i nuläget inget reglerat i lagar eller föreskrifter vem som ska skriva intyg för andra sjukskrivningsveckan, utom att Försäkringskassan kräver att läkare gör det för arbetslösa och de som har föräldrapenning. På en hälsocentral i Region Jämtland Härjedalen utfärdar både distriktssköterskor och sjukgymnaster sjukintyg för vissa diagnoser andra sjukveckan.

Utredningen bedömer att de formella möjligheterna att delegera arbetsuppgifter som avser läkemedelshantering till undersköterskor inom sluten vård behöver utvidgas. Socialstyrelsens föreskrifter om läkemedelshantering bör därför ändras.
Vi delar utredningens bedömning.

Utredningen förslår att regeringen ska ge Socialstyrelsen i uppdrag att i samverkan med huvudmännen och andra aktörer intensifiera informations- och vägledningsinsatser när det gäller möjligheterna till ändamålsenlig fördelning av arbetsuppgifter.
Det är ett bra förslag att Socialstyrelsen får i uppgift att tydligare förklara och informera om förutsättningarna för att fördela arbetsuppgifter i vården. Här ligger också naturligtvis det största ansvaret på arbetsgivaren att systematiskt realisera potentialen i detta.

Utredningen rekommenderar att staten bör genomföra förslaget att avskaffa kravet på signering som lämnats i SOU 2014:23.
Landstinget delar såväl denna utredares som utredaren av rätt information i vård och omsorgs förslag att signeringstvånget avskaffas.

12. Arbetssätten.
Utredningens bedömning är att befintlig lagstiftning är tillräcklig avseende ändrade arbetssätt.
Utredningen rekommenderar att samtliga hälso- och sjukvårdens verksamheter bör analysera och vid behov ändra arbetssätten med ledning av följande principer.

1. *Utgå från vad som kan göras för att öka nyttan för patienten och se patienten som medskapare.*
2. *Utgå från vad som kan göras för att öka den personliga kontinuiteten.*
3. *Inför produktions- och kapacitetsplanering och utveckla samlad schemaläggning.*
4. *Sök ständigt rätt fördelning av arbetsuppgifter.*

5. *Planera hur ökad effektivitet ska nyttogöras.*

Principerna bör vara vägledande för all hälso- och sjukvård och riktar sig till huvudmän, vårdgivare, verksamhetschefer och medarbetare.

I takt med ökad komplexitet och behovet av att tänka i system har hälso- och sjukvården också börjat leta efter mer generella principer för utveckling av verksamheten. De koncept som fångats upp t.ex., TQM, Lean etc. har kunnat tillämpas till viss del men inte i alla sammanhang. Dessutom har dessa koncept nackdelen av att hos en del förknippas med andra typer av verksamheter och att generaliserbarheten därmed ifrågasätts. Vi menar att de principer som här föreslås fyller en viktig uppgift och att de med vissa tillägg mycket väl kan presenteras som en verksamhetsstrategi. Vi ser också en fördel med att principerna fastställs på politisk nivå så att det inte råder något tvivel om att hela organisationen står bakom.
Från organisatorisk nivå så torde det vara mer framgångsrikt att kommunicera, stödja och följa upp hur denna strategi efterlevs än att detaljstyra verksamheten. Stödet blir här en viktig uppgift för staber på olika nivåer kan tona ner en del av sin kontrollfunktion.

Utredningen rekommenderar att huvudmännen i ökad utsträckning bör planera utifrån en genomsnittlig beläggningsgrad på 85-90% på klinik-/enhetsnivå avseende akutsjukvård.
Vi delar uppfattningen att den genomsnittliga beläggningsgraden bör ligga på den föreslagna nivån. De exempel på åtgärder som redovisas är inte okända men kan säkert tillämpas än mer systematiskt och konsekvent. 85% är en låg beläggningsnivå, men bra om det är så. För att uppnå det behövs ytterligare poliklinisering, vilket är helt i linje med den önska vi har om att flytta mer vård till hemmen.

Utredningen bedömer att statens roll i förhållande till andra aktörer när det gäller kunskapsstöd i hälso- och sjukvården bör utredas. Förutsättningarna att samordna kunskapsstöd från de statliga myndigheterna, Sveriges Kommuner och Landsting, landstingen, specialistföreningar och andra professionsföreningar bör utredas. I ett samlat kunskapsstöd bör tillgången till kunskap om förbättringsarbete och implementering övervägas. Det behövs ett enhetligt fackspråk när det gäller begreppen för att beskriva vårdens resursanvändning.
Vi välkomnar en utredning av hur kunskapsstöden i framtiden ska utformas. En möjlighet kan vara att myndigheterna inte tar rollen som kunskapsproducenter utan i stället har uppgiften att ackreditera eller ”kvalitetsstämpla” underlag som andra aktörer tagit fram. Myndigheterna kan också med fördel ha rollen som bevakare av ”vita fält” där kunskap saknas och initiativ behöver tas. Vår uppfattning är också att det, precis som utredningen föreslår, behöver utredas hur den nationella samordningen av förbättringsarbete, implementering liksom definitioner av resursbegrepp ska organiseras. Sannolikt behöver dessa funktioner förstärkas betydligt både på lokal och nationell nivå.

Utredningen bedömer att staten snarast bör initiera en studie på klinik-/enhetsnivå av planering, bemanning, schemaläggning, arbetstidssystem, lönemodeller, fördelning av arbetsuppgifter, patientflöden m.m. i vården i syfte att ge ett kunskapsunderlag avseende bl. a. resursåtgång, bemanningsstuktur och arbetstidsförläggning.
Den föreslagna studien låter både intressant och angelägen. Vi skulle gärna se att denna studie genomfördes men ställer oss samtidigt lite undrande till vilken grad av generaliserbarhet som man kan uppnå, och hur staten skulle kunna initiera en studie i annan huvudmans verksamhet när det handlar om schemaläggning och bemanning. Viktigt blir då att studien utförs på ett så korrekt sätt som bara är möjligt.

13. Särskilt om kontinuitet.

Utredningen rekommenderar att kontinuiteten som bärande princip behöver genomsyra styrning, organisation och arbetssätt.

Precis som utredningen säger kan man till att börja med konstatera att kontinuitet är viktig men inte alltid nödvändig.

Vi delar uppfattningen att vården måste bli bättre på att segmentera sina behovsgrupper och att utforma insatserna efter det. I annat fall riskerar man att hamna i ett motsatsförhållande där t.ex. omfördelning av arbetsuppgifter från läkare till andra kompetenser kan tolkas som försämrad kontinuitet. Att hitta sätt att mäta kontinuitet till teamet för rätt behovsgrupper förefaller vara rätt väg att gå även om det kan kräva viss utveckling av uppföljningen.

Utredningens bedömning är att en av de viktigaste faktorerna för att hälso- och sjukvårdens resurser ska användas mer effektivt är att öka graden av kontinuitet i möten mellan professionell och patient. Utredningen menar att graden av personell kontinuitet är avhängigt sätten att organisera vården och att detta inte kan lagstiftas fram. Utredningen avstår därmed från att föreslå ändrad lagstiftning på detta område.

Vi förstår och accepterar utredningens bedömning. Dock anser vi det vara riktigt att kontinuitet, under förutsättning att det finns en fast bemanning, i huvudsak är en fråga om arbetssätt och planering. En lagändring gör därför ingen säker skillnad.

14. Verksamhetsstöden.

Utredningens bedömning är att för att nå ökad patientsäkerhet och effektivitet när det gäller informationshantering och verksamhetsstöd inom hälso- och sjukvården behövs samlade insatser från staten och huvudmännen. Regeringen och huvudmännen behöver formulera en vision för utvecklingsarbetet och gemensamt satsa på utveckling av verksamhetsstöden. Huvudmännen behöver fatta gemensamma beslut om utveckling av verksamhetsstöden. Staten behöver ta ett övergripande ansvar för informationshanteringen sett som en infrastruktur för vården.

Utredningens bedömning är att regeringen och huvudmännen bör formulera en nationell vision för verksamhetsstöden.

Vi delar uppfattningen att detta är nödvändigt och visionen naturligtvis ska utformas från medborgarperspektivet.

Utredningen bedömer att regeringen och huvudmännen i samverkan bör göra en bred satsning på verksamhetsstöden i hälso- och sjukvården. De övergripande målen med satsningen bör vara att stärka patientsäkerheten och öka effektiviteten.

Vår uppfattning är att det är helt nödvändigt att regeringen tar initiativ i denna fråga och i förhandling med huvudmännen om hur investeringarna ska fördelas. Om detta ska bli genomförbart krävs en tydlig prioritering från statens sida för att även huvudmännen ska kunna göra motsvarande satsning.

Utredningen bedömer att landstingen gemensamt bör fatta beslut om investeringar i verksamhetsstöd som möjliggör utbyte av information över huvudmannagränser.

Vi anser att de helt nödvändiga gemensamma beslut som krävs avseende verksamhetsstöd är ett mycket bra exempel på behovet av att i hälso- och sjukvårdslagen införa skyldighet för huvudmännen att gemensamt planera och utföra uppgifter.

Utredningen bedömer att förslagen till en ny hälso- och sjukvårdsdatalag och socialtjänstdatalag som lämnats i betänkandet SOU 2014:23 bör genomföras skyndsamt. Regeringen bör också utreda vidare hur gränsöverskridande informationshantering mellan landsting kan möjliggöras.
Vi har ingen annan uppfattning än utredaren att medborgarnas krav och rättigheter att söka och få vård i hela landet nödvändiggör att informationen måste följa med för att kunna upprätthålla en god patientsäkerhet.

Utredningen bedömer att förslagen i E-hälsokommitténs slutbetänkande(SOU 2015:32) att besluta en förordning om krav på interoperabilitet och ett instruktionsenligt ansvar för E-hälsomyndigheten att fatta beslut om krav på interoperabilitet bör genomföras skyndsamt.
Utredningen bedömer att det är angeläget att Socialstyrelsen ges ett långsiktigt uppdrag att utveckla och förvalta den nationella informationsstrukturen inom vård och omsorg. E-hälsokommitténs förslag om detta i SOU 2015:32 bör genomföras.
Vår uppfattning är att bägge dessa förslag är viktiga för att kunna åstadkomma en nationellt hållbar och effektiv infrastruktur för information i vården. Vi hänvisar också till våra remissvar avseende SOU 2015:32 Nästa fas i e-hälsoarbetet, där vi framför tveksamheter kring en ny och tämligen komplex samverkansorganisation för utvecklingsarbete inom e-hälsoområdet. Landsting/regioners inflytande skulle i det förslaget enbart bli indirekt via SKLs representant. Landsting/regioner måste ges möjligheter att påverka och säkerställa att kraven är realiserbara.

Utredningen föreslår att socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:14) om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården ska ändras så att det i föreskrifterna ställs krav på att huvudmännen anger övergripande principer för dokumentation av vården och ansvaret för att det ska ske. Socialstyrelsen ska förstärka det stödjande och vägledande arbetet avseende dokumentation i hälso- och sjukvården. Det av utredningen föreslagna centret för informationsstruktur och informatik ska tillhandahålla metodstöd i arbetet.
Utredningen föreslår vidare att ett nationellt center för informationsstruktur och informatik ska bildas. I uppdraget ska ingå:

- *Metod- och modellstöd vid tillämpningen av nationell informationsstruktur samt vid utvecklingsarbete med informatik och strukturerad information i hälso- och sjukvårdens informationssystem.*
- *Projektstöd för professionsdriven utveckling av strukturerad dokumentation, bl.a. journalmallar, och*
- *modellstöd för arbete på verksamhetsnivå med effektiv och patientsäker dokumentation.*

Centret ska organisera med en nationell bas men med ett regionalt nätverk av experter och i alla delar med involvering av professionerna.
Vi finner det närmast genant att vi som huvudmän inte sett behoven av att hantera den framväxande dubbeldokumentationen. Möjligen beror det på att det har uppfattats som en fråga enbart för den professionella domänen i samspel med berörda myndigheter. Vi delar uppfattningen att huvudmannens ansvar ska förtydligas och att ett systematiskt arbete behöver göras. Centralt stöd är ett bra förslag.

Utredningen föreslår att regeringen i samarbete med huvudmännen ska finansiera ett nationellt hälsobibliotek. Hälsobiblioteket ska erbjuda vårdens professioner att snabbt kunna hitta, sovra och använda evidensbaserat och kliniskt kunskapsunderlag, som är enkelt tillgängligt, överblickbart och samlat sökbart på ett enda ställe. Utredningens bedömer att regeringen bör besluta om en

genomförandeorganisation med uppdraget att besluta den närmare hemvisten för hälsobiblioteket samt en organisation för att besluta vad som ska ingå i biblioteket och hur det ska upphandlas när det är relevant.
Vi är positiva till förslaget om ett nationellt hälsobibliotek även om vår kunskap om hur väl detta fungerar i Norge är mycket begränsad. Vi vill också framhålla vikten av att redan från början vid uppbyggnaden ha med behovet av att integrera beslutsstöd, journal och kvalitetsregister med varandra. Vi föreställer oss att dessa arbeten i stor utsträckning måste bedrivas parallellt.

15. Åtgärder för att minska den administrativa bördan.
Utredningens förslag är att det i betänkanden från kommittéer och särskilda utredare som beslutas av regeringen ska redovisas administrativa konsekvenser av förslagen.
Vi tycker att detta är ett mycket angeläget område att komma till rätta med och ser mycket positivt på förslaget. Den föreslagna metoden förefaller vara ett bra sätt att hantera frågan.

Utredningen rekommenderar vidare att huvudmännen vid beslut som rör verksamheten bör analysera de administrativa konsekvenserna. Huvudmännen bör i sin uppföljning av hälso- och sjukvårdsverksamheter se till att de administrativa konsekvenserna av uppgiftsinsamlingen begränsas.
Vi ser det som självklart att huvudmännen hanterar frågan om den administrativa bördan på samma sätt som staten förväntas göra. Det vore önskvärt, som utredningen påpekar, att den metod som tas fram även går att använda av huvudmännen.

Utredningen föreslår att regeringen i regleringsbreven för de myndigheter som begär intyg av hälso- och sjukvården ska ställa krav på att myndigheterna samordnar och begränsar kraven på intyg. Samordningen ska innebära att myndigheterna omprövar vilken information som behövs, att man ensar den information som är gemensam för flera myndigheter och att man skapar förutsättningar för att hantera intygen på en gemensam teknisk plattform.
Vi välkomnar detta utmärkta förslag och anser att det skulle skicka en mycket viktig signal till hälso- och sjukvårdens medarbetare att myndigheterna förstår vårdens arbetsvillkor och kommer att göra allt för att undanröja onödiga hinder för att skapa värde för patienterna.

16. Kompetensförsörjning.
Utredningen föreslår att Regeringen ska besluta om en stående kommitté för samverkan mellan staten och huvudmännen i frågor om kompetensförsörjning och hur den befintliga kompetensen kan användas mer effektivt.
Som utredningen påpekar så har Regeringen redan gett ett uppdrag till Socialstyrelsen att utreda hur det nationella planeringsstöden (NPS) kan utvecklas. Det utredningen föreslår är att denna funktion ska läggas i en fristående kommitté. Vi anser att utredningen framför goda skäl till detta förslag.

Utredningen föreslår vidare att Regeringen snarast ska besluta om en utredning för att ta ställning till utformningen av framtidens sjuksköterskeutbildning.
Vår erfarenhet som arbetsgivare är att dagens nyutexaminerade sjuksköterskor inte fått en utbildning som i alla stycken ger dom rätt förutsättningar att komma in i arbetslivet. Vi välkomnar därför utredningens förslag att med hög prioritet utreda såväl grund- som vidareutbildningen.

Utredningen föreslår att Regeringen, i avsikt att stärka det framtida samarbetet mellan primärvård och sjukhusvård, ska ge Socialstyrelsen i uppdrag att utreda om tjänstgöring inom primärvården borde ingå i målbeskrivningarna för läkares ST-utbildning i specialiteter som regelmässigt behöver samverka med primärvården.
Eftersom dagens sjukvård i allt större omfattning är ett lagarbete där patienterna är beroende av kontakter med flera vårdnivåer så ökar behovet av att läkarna vet hur systemet ser ut och fungerar. Vi tycker därför detta är ett utmärkt förslag som bör genomföras så snart som möjligt.

Utredningen föreslår slutligen att regeringen ska ge Socialstyrelsen i uppdrag att fastställa nationella kompetenskrav för undersköterskor och vårdadministratörer.
Vi menar att detta är ett viktigt förslag och som förutom utredningens argument förmodligen också skulle öka statusen för dessa yrkesgrupper och lättare möjliggöra karriärutveckling.

17. Ett förtydligat ansvar för forskning.
Utredningens bedömning är att Hälso- och sjukvårdslagen bör förtydligas så att ansvar för forskning- och utvecklingsfrågor förs ihop till en paragraf som tydliggör kopplingen mellan begreppen. Utredningen lägger alltså inte fram ett förslag men anser att frågan bör diskuteras vidare.
Vi delar utredarens uppfattning att detta är en central fråga för hälso- och sjukvården och att ett förtydligande vore önskvärt.

Utredningen föreslår att regeringen ska lämna ekonomiska bidrag för att stimulera utvecklingen av akademiskt präglad kommunal hälso- och sjukvård.
Vi tycker att förslaget ligger helt i linje med utredningens övriga förslag och kan bli ett värdefullt tillskott till den fortsatta kunskapsutvecklingen.

Ekonomi
Många av förslagen ger ökad skyldighet att planera och utföra uppgifter gemensamt och ett ökat samarbete kring gemensamma lösningar med syfte att använda resurserna mer effektivt. Omställningen är stor och riktade stöd för att underlätta arbetet med exempelvis förändrade arbetssätt, kompetensväxling och införande av nya verksamhetsstöd anser Region Jämtland Härjedalen är angelägna.

Avslutningsvis vill vi kommentera att det inte framgår av direktiv eller av utredningen i sig att det skulle vara någon begränsning av vilken vård som avses med förslagen. Ändå är i stort sett alla exempel uteslutande från somatisk vård och hela kontexten får en stark anknytning till kroppsvård. Vi har förståelse för detta och önskar egentligen bara att det skulle genomföras ett liknande arbete med fokus på effektiviteten i psykiatrisk vård.

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Ann-Marie Johansson
Regionstyrelsens ordförande

Björn Eriksson
Regiondirektör

.

REGERINGSKANSLIET

Remiss

2016-02-19

S2016/00212/FS

Socialdepartementet

Enheten för folkhälsa och sjukvård

REGION
JÄMTLAND HÄRJEDALEN
2016 -02- 25
Dnr...../...../20.....

SOU 2016:2 Effektiv vård

Remissinstanser:

1. Riksdagens ombudsmän (JO)
2. Riksrevisionen
3. Justitiekanslern (JK)
4. Förvaltningsrätten i Umeå
5. Datainspektionen
6. Kommerskollegium
7. Försäkringskassan
8. Socialstyrelsen
9. Inspektionen för vård och omsorg (IVO)
10. Läkemedelsverket
11. Folkhälsomyndigheten
12. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys
13. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU)
14. Statens institutionsstyrelse (SiS)
15. Myndigheten för delaktighet
16. Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte)
17. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV)
18. Inspektionen för socialförsäkringen (ISF)
19. E-hälsomyndigheten
20. Statens medicinsk-etiska råd (SMER)
21. Ekonomistyrningsverket (ESV)
22. Statskontoret
23. Universitetskanslersämbetet
24. Universitets- och högskolerådet
25. Uppsala universitet
26. Lunds universitet
27. Göteborgs universitet
28. Umeå universitet
29. Linköpings universitet
30. Karolinska institutet
31. Karlstads universitet

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

2

32. Linnéuniversitet
33. Mittuniversitetet
34. Högskolan Dalarna
35. Mälardalens högskola
36. Verket för innovationssystem (Vinnova)
37. Regelrådet
38. Riksarkivet
39. Arbetsmiljöverket
40. Medlingsinstitutet
41. Arvika kommun
42. Botkyrka kommun
43. Fagersta kommun
44. Falkenberg kommun
45. Gotlands kommun
46. Gullspångs kommun
47. Göteborgs kommun
48. Halmstads kommun
49. Hudiksvall kommun
50. Karlskrona kommun
51. Lidköpings kommun
52. Malmö kommun
53. Mariestads kommun
54. Munkedal kommun
55. Munkfors kommun
56. Norrköpings kommun
57. Norrtälje kommun
58. Robertsfors kommun
59. Skellefteå kommun
60. Stockholms kommun
61. Strömstads kommun
62. Sundsvalls kommun
63. Söderhamns kommun
64. Trelleborgs kommun
65. Töreboda kommun
66. Uppsala kommun
67. Vänersborg kommun
68. Växjö kommun
69. Åtvidaberg kommun
70. Örebro kommun
71. Örnsköldsviks kommun
72. Stockholms läns landsting
73. Uppsala läns landsting
74. Södermanlands läns landsting
75. Östergötlands läns landsting
76. Jönköpings läns landsting
77. Kronobergs läns landsting
78. Kalmar läns landsting
79. Blekinge läns landsting

80. Skåne läns landsting
81. Hallands läns landsting
82. Västra Götalands läns landsting
83. Värmlands läns landsting
84. Örebro läns landsting
85. Västmanlands läns landsting
86. Dalarnas läns landsting
87. Gävleborgs läns landsting
88. Västernorrlands läns landsting
89. Jämtlands läns landsting
90. Västerbottens läns landsting
91. Norrbottens läns landsting
92. Sveriges läkarförbund
93. Svenska Läkaresällskapet
94. Svensk förening för allmänmedicin (SFAM)
95. Sjukhusläkarna
96. Distriktssköterskeföreningen
97. Svensk Sjuksköterskeförening (SSF)
98. Vårdförbundet
99. VISION
100. Kommunal
101. Sveriges Psykologförbund
102. Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter
103. Fysioterapeuterna
104. Sveriges Farmaceuter
105. Apotekarsocieteten (APS)
106. Tjänstetandläkarna
107. Privattandläkarna
108. Föreningen Sveriges Socialchefer
109. Akademikerförbundet SSR
110. Pensionärernas Riksorganisation (PRO)
111. Handikappförbunden
112. Lika unika
113. Riksförbundet för Rättigheter, Frigörelse, Hälsa och Likabehandling (RFHL)
114. Aleris
115. Capio
116. FAMNA
117. Inera AB
118. IT & Telekomföretagen
119. Praktikertjänst
120. Sveriges Apoteksförening
121. Sveriges Företagshälsor
122. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)
123. SPF Seniorerna
124. Vårdföretagarna

Remissvaren ska ha kommit in till Socialdepartementet senast **fredagen den 27 maj 2016**. 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 S2016/00212/FS anges.

Remissen innebär att regeringen vill ha synpunkter på förslagen eller materialet i betänkandet.

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

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

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
Wolters Kluwer, 106 47 Stockholm

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

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

2016-04-28

RS/442/2016

Sammanfattning av remiss Effektiv vård SOU 2016:2

Länk till hela remissen

Bakgrund
Utredningens direktiv (dir. 2013:104) är vida och anger bl.a. att utredningen bör belysa viktiga effektivitetsproblem och utvecklingsområden och dessutom få en samlad bild av redan pågående arbete. Dessutom ska utredningen ha fokus på hur professionernas resurser kan användas på ett mer ändamålsenligt och effektivt sätt.

I uppdraget betonas analys och samarbete med berörda aktörer och att i dialog med dessa aktörer lämna förslag till åtgärder som kan vidtas på nationell, regional och lokal nivå. Utredningen har bedrivit ett brett utåtriktat arbete. Utredningen har haft kontakter och möten med hundratals aktörer, bl.a. företrädare för patientorganisationer, fackliga organisationer, landsting och regioner, vårdverksamheter på olika nivåer, olika kommunala verksamheter, privata vårdgivare, andra intresseorganisationer, myndigheter, politiska organisationer, tankesmedjor, konsulter, privatpersoner och andra offentliga utredningar. Utredningen presenterade i januari 2015 en diskussions-PM med en sammanfattande analys och hypoteser om lösningar. Utredningen arrangerade därefter under mars–april 2015 regionala hearingar där denna diskussions-PM med våra preliminära analyser och hypoteser diskuterades. Professor Anders Anell har på utredningens uppdrag gjort en litteraturöversikt avseende primärvårdens funktion, organisation och ekonomi (bilaga 3).

Utredningens vida direktiv har inneburit att vi kunnat analysera i princip allt som påverkar effektiviteten i vården. Vi har dock i praktiken av olika skäl valt att avgränsa oss. Vi har exempelvis inte behandlat läkemedel, rehabilitering och koncentration av verksamheter. I flera fall därför att andra utreder eller nyligen har utrett dessa ämnen. I andra fall därför att utredningens begränsade resurser inte medgett sådana insatser.

Övergripande utgångspunkter och slutsatser
Utredningen utgångspunkt har varit att värdet av hälso- och sjukvården uppstår i mötet eller interaktionen mellan patienten och vården. Vårdens effektivitet avgörs därmed i mötet. En viktig övergripande slutsats är att en förutsättning för hög effektivitet är att patienten involveras och görs delaktig i processen kring den egna vården i högre utsträckning än i dag. Att hela tiden utgå från hur patientnytta skapas i det individuella mötet har en avgörande betydelse för effektiviteten.

Utredningen anser att det finns fog för uppfattningen att svensk hälso- och sjukvård fungerar relativt väl i dag. Vid en internationell jämförelse har vi goda resultat relativt de resurser vi lägger på hälso- och sjukvård. En avgörande fråga för oss har därmed varit att bedöma hur väl rustat Sverige är för att behålla denna internationella tätposition i framtiden. Hur är det svenska sjukvårdssystemets anpassningsförmåga till nya förutsättningar, förändrade behov, förväntningar och krav och förmåga att leverera samma eller högre medicinska resultat?

Medicinteknisk utveckling och digitalisering skapar ständigt nya förutsättningar för både vården och patienterna. Allt mer av vården kommer i framtiden utföras utanför sjukhusen, inte sällan i patientens hem och med patienten som medskapare. Samtidigt är befolkningens behov av vård under ständig förändring och beroende av faktorer bortom sjukvårdens kontroll. Det handlar exempelvis om demografi, samhällstrender som urbanisering, förändringar i befolkningssammansättning och hälsan hos män, kvinnor, flickor och pojkar. Kostnadsökningstakten för både vård och omsorg innebär särskilda krav medan de fortfarande stora regionala skillnaderna i resultat och kostnader visar att det finns en stark potential till effektivisering. Därtill ska läggas vårdens förmåga att attrahera och behålla personal med rätt kompetens och en ständigt växande kunskapsmassa.

Utredningens samlade bedömning är att Sverige på vissa sätt har ett mindre gynnsamt utgångsläge än många andra länder att skapa optimala förutsättningar för att sjukvården ska kunna anpassas till framtida behov och bedrivas resurseffektivt. Vi har under lång tid negligerat strukturella problem som är avgörande för hela systemets effektivitet, kanske i tron att ”det löser sig av sig själv”. Utredningens bedömning är att erfarenheterna starkt talar emot att dessa problem kommer att lösa sig av sig själva. Det behövs en lång rad strategiska åtgärder för att möta de stora strukturella problemen och det är åt detta som utredningen ägnat huvuddelen av sitt arbete. Om vården ska bedrivas effektivt måste hälso- och sjukvårdssystemet såväl i organisatoriskt och kompetensmässigt som kulturellt hänseende ständigt anpassas. Det är viktigt att klargöra att utredningens förslag handlar om vad som behöver göras i närtid för att underlätta en utveckling där Sverige kan behålla sin tätposition vad gäller resultat och effektivitet.

De huvudsakliga orsakerna till effektivitetsproblemen

Utredningens syn på effektivitet kan sammanfattas som det mesta och bästa till patienten utifrån befintliga resurser, dvs. att alla resurser inom vården ska användas på bästa sätt, både för befolkningens hälsa och för varje enskild patient. Vi anser att utgångspunkten för alla verksamma i vården måste vara att sträva efter ökad effektivitet för att åstadkomma en långsiktigt hållbar hälso- och sjukvård, som förmår hantera kommande utmaningar. En sådan strävan bör också vara en självklar del av det offentliga åtagandet gentemot befolkningen – att inte förbruka mer resurser (kompetens, tid eller annat) än vad som är nödvändigt för en patientcentrerad och jämlik vård av hög kvalitet. Utredningens utgångspunkt är att ett effektivare resursutnyttjande i hälso- och sjukvården handlar om att undanröja hinder för effektivitet och att åtgärda ineffektivitet.

Styrningen skapar ineffektivitet

Styrningen är mångfaldig och splittrad i vården. Det svenska hälso-och sjukvårdssystemet präglas av sin decentraliserade struktur där 21 landsting (och regioner) och 290 kommuner har ansvar för hälso- och sjukvården. Dessutom har staten ett övergripande systemansvar, och ansvarar bl.a. för normering och styrning genom t.ex. tillsyn, kunskapsstöd och ekonomiska bidrag. Ur både styrnings- och ansvarsperspektiv skapar denna massa av aktörer en komplex situation, särskilt som aktörernas roller många gånger är oklara. Det saknas väsentligen samordning av styrningen och vanligen också en sammanhållen analys av de konsekvenser som styrningen får. Det saknas också en sammanhållen idé och strategi om vilka utmaningar som är viktigast, t.ex. vårdens storkonsumenter, och hur hälso- och sjukvården (och omsorgen) strategiskt ska ta sig an detta. Mångfalden och splittringen av styrningen får sannolikt effekten att ”ingen styrning fungerar” och att förändringar uteblir. Det leder till ytterligare styrningsförsök, inte sällan kortsiktiga och detaljerade. Den detaljerade styrningen, framför allt med användning av ekonomiska styrmedel, utmanar den professionella autonomin och kan orsaka administrativt merarbete. Utredningens analys av statens styrning av hälso- och sjukvården visar att statens styrmedel i alltför hög grad riktat åtgärder direkt mot de professionella och patienter dvs. individnivå, samt åtgärder på verksamhetsnivå. Karaktären av den juridiska styrningen har i stor utsträckning handlat om administrations- och handläggningsbestämmelser. Det innebär inte att åtgärderna varit olämpliga i sig, men sett till mängden måste ifrågasättas om denna typ av styrning är ändamålsenlig. Alltför mycket fokus har ägnats åt ”små eller avgränsade” problem medan de stora strukturella problemen kvarstår.

Strukturen skapar ineffektivitet

Den svenska hälso- och sjukvården skiljer sig från många i övrigt jämförbara länder genom sin sjukhustunga struktur. Under utredningens gång har det blivit alltmer tydligt att primärvården har svårt att klara uppdraget som ”första linjens vård” och Sverige får anses vara sämre rustat än många andra länder att möta demografiska utmaningar i form av en ökad multisjuklighet i takt med en åldrande befolkning. Många patienter söker sig till sjukhusakuten i stället för primärvården med följd att patienter inte sällan befinner sig på fel vårdnivå. Sjukhusens akutvård är väsentligt dyrare än motsvarande vård inom primärvården.

Utredningen bedömer att den nuvarande strukturen och uppdragsfördelningen vad gäller primärvård och sjukhusanknuten vård är en viktig bidragande orsak till ineffektivitet i hela hälso- och sjukvårdssystemet. Primärvården i Sverige är alltför svag med en alltför begränsad funktion vad gäller att koordinera vården, att ha översikt över de insatser som patienten får och att bidra till att knyta samman de samlade insatserna från landstingens hälso- och sjukvård samt kommunernas sjukvård och socialtjänst.

Den andra sidan av ovan nämnda struktur för hälso- och sjukvården i Sverige är att vårdens stora kostnader är bundna till sjukhusen. Det finns tecken som tyder på att produktiviteten är sämre vid svenska sjukhus än i övriga Norden. Till bilden av bristande effektivitet ska dessutom läggas problemen med överbeläggningar på många akutsjukhus. Under utredningens gång har kostnadsökningstakten stigit markant för landstingen/regionerna och prognoserna för 2015 tyder på 6–7 procents

kostnadsökning, vilket givetvis är en ohållbar nivå. En grov och översiktlig analys visar att kostnadsökningarna framför allt hänför sig till den sjukhusbundna vården.

En utmaning för det nuvarande sjukhustunga systemet är att få de resurser som är knutna till sjukhuset att i större utsträckning verka utanför ”sjukhusets väggar” tillsammans med primärvård och kommunernas omsorg, t.ex. genom verksamhet på vårdcentral, i patientens hem eller på särskilt boende. För många av vårdens storkonsumenter är förmågan till samverkan och samarbete mellan kommunernas vård och omsorg, landstingens primärvård och sjukhusen avgörande både för resultatet för den enskilde patienten och för hur effektivt samhällets resurser används. Vårdvalet har försvårat samlade lösningar för de patienter som har behov av samordnade insatser, bl.a. därför att det är svårt att upprätthålla en verklig samverkan med många aktörer samtidigt.

Organisation och arbetssätt leder till ineffektivitet
En industriell logik präglar vården i dag på så sätt att organisation och flöden normalt är likadana oavsett patientens egenskaper och behov. Oftast organiseras vården utifrån en ”värdekedja”, oavsett patientens behov. Varje mottagning och sjukhusenhet hanterar sina egna resurser och strävar mot att uppfylla sina egna mål. Patienten rör sig i en sekvens (dock sällan linjär) mellan dessa enheter och ingen person tar ansvar för hela vårdförloppet eller de ledtider som uppstår mellan varje sekvens. En följd av detta ”stuprörssystem” är att det är svårt att skapa samordnade horisontella vårdsprocesser för patienten. I stor utsträckning präglas vården av att organisera sig kring akuta sjukdomstillstånd.

Olika patienter med olika diagnoser och i olika sjukdomsfaser har behov av olika insatser som behöver koordineras och integreras genom olika typer av organisering. Olika logiker behöver prägla organisation och arbetssätt i vården beroende på vilken patient det handlar om.

Bristande kontinuitet är en väsentlig källa till ineffektivitet i vården och detta har sin förklaring i hur vården organiseras. De mest uppenbara effektivitetsvinsterna i ökad kontinuitet handlar om minskad inläsningstid, minskat överrapporteringsbehov minskat kommunikationsbehov för att skapa kontakt och tillit med en patient som man inte träffat tidigare. Den personliga kontinuiteten kan dessutom minska risken för att grundläggande information om patienten dokumenteras flera gånger och bidrar sannolikt till ett minskat användande av laboratorieundersökningar. Det är med stor sannolikhet också en viktig faktor för patientsäkerheten. Utöver effektivitetsvinsterna är kontinuitet också en central kvalitetsfaktor för patienterna, inte minst vårdens storkonsumenter.

Bemanningen (schemaläggningen) inom hälso- och sjukvården i dag utgår inte från en planering av vad som ska göras, hur det ska göras och vem som ska göra det. Inte heller utgår bemanningen från överväganden om att möjliggöra kontinuitet. Den vanliga beskrivningen av schemaläggning inom hälso- och sjukvården i dag är att den utgår från tillgänglig personal och baserat på individuella önskemål. Det innebär att schemaläggningen kommer först, sedan ser man hur behoven kan mötas utifrån schemat – tillgängliga resurser styr vilken vård som tillhandahålls.

Vårdplatser och överbeläggningar
Regelmässiga överbeläggningar skapar ineffektivitet och framstår som ett nationellt problem. Bl.a. tvingas man ta fram specialrutiner, och inrättar t.ex. ofta särskilda vårdplatskoordinatorer. Trots olika lovvärda insatser tvingas dock berörda verksamheter lägga ner mycket kraft och tid på att hitta vårdplatser. Logistiken går i baklås. Ofta blir t.ex. patienter kvar på akuten i väntan på en vårdplats. Kvaliteten påverkas vilket kan leda till att undvikbara vårdbehov uppstår. Kanske allvarligast är arbetsmiljöfrågan. Utöver den rent fysiska stressen får personalen hantera svåra etiska dilemman och trivs helt enkelt inte vilket leder till ökad personalomsättning och verksamheten hamnar i en ond spiral. Det är viktigt framhålla att även om det oftast är ett fåtal verksamheter som har problem så påverkas hela sjukhuset. Om internmedicinska patienter samlas på akuten påverkas verksamheten på akutmottagningen. Blir det för många utlokaliserade patienter påverkas verksamheten på mottagande klinik och en kirurgisk verksamhet kanske tvinga ställa in planerade operationer, vilket i förlängningen riskerar ge köer. En väsentlig bakomliggande orsak är den höga genomsnittsbeläggningen inom en del verksamheter.

Kulturen skapar ineffektivitet
Regler, organisationsscheman, ekonomisk styrning, kunskapsstyrning och andra styrmedel kan och ska inte föreskriva ageranden och beteenden i detalj. Detta är särskilt viktigt i kunskapsintensiv verksamhet som hälso- och sjukvård, där det är naturligt och nödvändigt att de professionella i vården har tillräcklig autonomi för att kunna bedriva arbetet utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet och där patientens individuella behov ges utrymme att påverka arbetet. Avsaknaden av mer formella styrmöjligheter förutsätter därmed att andra faktorer än traditionella styrmedel fungerar för att arbetet ska bedrivas effektivt.

En sådan avgörande faktor som inte ”syns” är arbetsplatsens kultur. Vi har i detta sammanhang valt att definiera kultur som värderingar och förhållningssätt som skapar synliga arbetssätt och beteenden eller sätt att tänka – dvs. inte det faktiska handlandet i sig utan de värderingar som ligger bakom agerandet såväl på individ- som organisationsnivå. Vi har mött åtskilliga exempel på att arbetsplatskulturen är ett starkare styrmedel än styrmedel som ”kommer uppifrån”. Det gör att kulturfrågorna är centrala för förståelsen av och utformningen av styrningen av vården. Val av styrfilosofi, styrmedel och styrteknik behöver grundas i en förståelse för hur styrningen tas emot i den kulturella kontexten.

Framgångsrika verksamheter har en stark och sund ”vi-anda” där olika professioner och patienter samarbetar på ett prestigelöst sätt. En sådan kultur bäddar för att aktörerna i vardagen identifierar möjliga förbättringar och att dessa innovationer kan genomföras. Första linjens chefer har en viktig uppgift som kulturbärare av dessa ”mjuka” värden. En effekt av en sund och icke-hierarkisk ”vi-anda” är att det påverkar synen på patientens roll i vården: patienten blir en del av teamet och inte ett objekt som ska ”sättas i centrum”.

Kompetensförsörjningen skapar ineffektivitet

Personalsammansättningen har stor betydelse för effektiviteten i vården. Dagens vårdarbete utförs i nära samverkan mellan ett stort antal yrken/professioner och patienten. För kvaliteten är det viktigt att den som är bäst lämpad utför arbetsuppgiften. Det finns också en kostnadsaspekt. Grovt sett gäller principen ju högre formell kompetens desto högre kostnad. Det borde därför vara en självklar strategi att styra arbetsuppgifter mot den yrkeskategori som kan utföra den till lägst sammantagen kostnad med bibehållen eller ökad kvalitet. Detta brukar benämnas principen för lägsta/bästa effektiva omhändertagandenivå (BEON/LEON). Men denna mekanism tycks inte vara självklar i den landstingsfinansierade vården. Där har den kommunalt finansierade vården generellt sett lyckats bättre.

En jämförelse över tid visar på ett antal tydliga trender. Antalet sjuksköterskor ökar samtidigt som undersköterskorna minskar i den landstingsdrivna hälso- och sjukvården. Denna trend följer andra trender i samhället och brukar gå under beteckningen akademisering. Utvecklingen inom omvårdnaden har också tydliggjort sjuksköterskans självständiga roll som ledare för omvårdnadsarbetet. Frågan är dock om detta motiverar den stora förskjutning i personalsammansättning mellan sjuksköterskor och undersköterskor som ägt rum. Minskningen av antalet undersköterskor har medfört att sjuksköterskor i ökande omfattning får utföra basala omvårdnadsinsatser. Utredningen har intrycket att minskningen av antalet undersköterskor även medfört ökande belastning på läkarkåren. En annan tydlig trend är minskning av antalet vårdnära administratörer. Antalet administratörer i vården har varit tämligen konstant sedan många år kring 15–20 procent. Det har emellertid skett en tydlig förskjutning. Antalet vårdnära administratörer har minskat samtidigt som antalet centrala administratörer (controllers, planerare, utvecklare) har ökat. Den administrativa servicen till vårdpersonalen har minskat.

Inom läkarkåren ökar antalet specialister i allmän medicin, dock inte lika påtagligt som totalantalet läkare. Det innebär att övriga specialister, traditionellt mer sjukhusbundna, ökar snabbare än allmänläkarkåren. Läkarbrist i primärvården har varit framträdande sedan lång tid och behovet att utbilda fler läkare har konsekvent utgått från resonemanget att Sverige behöver säkra läkarförsörjningen i primärvården. Kanske är det dags att tydligt uttala att den traditionella strategin för att öka antalet specialister i primärvården via ökad läkarutbildning och ökad import av läkare är en delvis misslyckad strategi. Överhuvudtaget finns det skäl att anta att anställning av läkare inte skett på rationella grunder. Det ligger nära till hands att dra slutsatsen att anställning av läkare bestäms av tillgången och inte per automatik det faktiska behovet.

Även om kompetensmixen är en fråga för den lokala operativa nivån så är tillgången till kompetens ytterst en nationell fråga. Utredningen menar att det nationellt sett finns ett strukturellt problem i kompetensmixen i sjukvården. Utredningen har intrycket att trender, förändringar och förskjutningar över tid när det gäller tillgång till olika yrkesgrupper inte sker som led i ett strategiskt medvetet tänkande. Exempelvis har antalet läkare skjutit i höjden utan att antalet allmänläkare ökat i motsvarande grad och antalet specialistutbildade sjuksköterskor har minskat under lång tid utan att man nationellt tagit ställning till om det är en önskvärd utveckling. Det saknas ett

övergripande strategisk tänkande, säkerligen delvis beroende på att ansvarsfördelningen är oklar och att många intressenter är involverade, t.ex. flera departement, myndigheter, universitet och andra utbildningsanstalter, huvudmän och professioner.

Verksamhetsstöden ger inte förutsättningar för effektiva arbetssätt
Verksamhetsstödet till hälso- och sjukvårdens personal är otillräckligt. Det handlar till stor del om brister i de olika informationssystemen men också om en avsaknad av kunskapsstöd. För patienten innebär det stora risker. En stor andel av vårdskadorna är i grunden relaterade till brister i information och kommunikation. I detta ligger också feldiagnostik, försenad diagnos och åtgärder som inte bygger på aktuell kunskap. Många system bygger på en föråldrad logik som utgår från ”pappersjournalen” där de möjligheter som skulle ges av en elektronisk lösning inte används. Standardiserade journaler förekommer sällan (t.ex. journalmallar) och möjligheterna att skriva fritext är alltför stora. Det saknas tydlighet kring grundläggande frågor om varför man ska dokumentera, vad som ska dokumenteras och vem som ska göra det. En konsekvens av detta är bl.a. en omfattande dubbeldokumentation.

Den administrativa bördan är ett uttryck för ineffektivitet
Utredningen konstaterar att det finns skäl för slutsatsen att den administrativa bördan har ökat i hälso- och sjukvården. Om den är orimlig är en annan fråga. I den allmänna debatten utmålas ”administration” ofta som något onödigt och byråkratiskt. Men om man granskar syften och motiv för vart och ett av de administrativa kraven oftast ett berättigat syfte i sin egen särskilda kontext. Olika delar och aktörer i sjukvårdssystemet ställer administrativa krav på varandra och sannolikt anser ingen kravställare att deras krav är orimliga för mottagaren. Sett ur ett större perspektiv är denna styrningstrend i vården del av en samhällstrend som innebär en strävan efter kontroll och riskminimering. En liknande debatt förefaller förekomma även inom skola, socialtjänst och andra kunskapsintensiva verksamheter. Utredningen anser att debatten kring administration och ”New Public Management” fört det goda med sig att medvetandegraden ökat vad gäller skadeverkningarna av alltför många administrativa krav. Vidare verkar medvetandet höjas om att administration inte kan hanteras som en sorts ”fri nyttighet” som kan belastas utan gräns.

Vid en samlad bedömning anser utredningen att den frustration över den administrativa bördan som framskymtar i debatten beror på en rad interagerande orsaker. Frustrationen beror i stor utsträckning på andra saker än att enbart administrativa *krav* ökat.

Exempelvis är de IT-baserade verksamhetssystemen föråldrade och hanterar inte automatiskt nödvändig uppföljningsadministration som då måste utföras manuellt. På vissa håll i Sverige finns mycket detaljstyrande ersättningssystem som förutom att inkräkta på den professionella autonomin också påverkar de professionellas upplevelse av att vara kontrollerade och ifrågasatta. Bristerna i stöd och styrning skapar i dessa fall inte bara ”pappersarbete” utan påverkar arbetsklimat och möjligheten till tillitsfulla relationer mellan beställare och utförare.

En stor del av administrationen beror på arbetssätten i vården. Dubbeldokumentation uppstår ofta för att man inom enheterna inte klargjort vem som ska göra vad avseende

dokumentation och vad som behöver dokumenteras. Bristande kontinuitet gör att dokumentation och överlämning av information tar mycket av personalens tid.

När det gäller *statens* styrning som renderar administrativt arbete har utredningen särskilt analyserat de lagbundna kraven och funnit att statens normering de senaste tio åren har stora inslag av normgivning av administrativ karaktär.

Annat av betydelse för ineffektivitet
En extensiv tolkning av effektivitet i hälso- och sjukvården kan innebära att i stort sett allt kan påverka förutsättningarna för effektivt resursutnyttjande. Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för befolkningen. Samtidigt är hälso- och sjukvårdens möjligheter att påverka hälsan i befolkningen begränsad då människors hälsa beror på många andra faktorer som ligger utanför vårdens möjligheter att påverka. Att bedöma hälso- och sjukvårdens bidrag till hälsa i befolkningen liksom betydelsen för effektivitet i hälso- och sjukvården är vanskligt. Klart är dock att både att förebygga ohälsa och att främja hälsa kan ha stor betydelse för kostnaderna för hälso- och sjukvården och hur resurserna används.

Förslag och rekommendationer
Utredningens övergripande slutsats är att det finns en stor samlad effektiviseringspotential och att resursbrist mer sällan är problemet när det gäller att förbättra effektiviteten. Vi anser att den största effektiviseringspotentialen ligger i att komma till rätta med följande utmaningar.

- En förändrad organisering av vården för kroniskt sjuka och andra patienter med omfattande behov, som kräver insatser från många aktörer. Detta kommer att kräva att huvudmännen och verksamheter ökar sin förmåga att planera utifrån målgruppers behov snarare än enskilda diagnoser och medicinska specialiteter. Huvudmän och verksamheter behöver stärka sin förmåga att hantera komplexitet och att samarbeta horisontellt.
- Ändamålsenliga stödsystem som utgår från de professionellas behov, förenklar arbetet och minskar ”spilltid” för administration. Det kommer att krävas investeringar från både stat och sjukvårdshuvudmän i nära samarbete.
- Förändrade arbetssätt och förändrad arbetsorganisation i vårdens vardag som innebär att rätt kompetens gör rätt uppgifter. I detta ligger också att patienten ska ses som en del i teamet och ska stödjas i att utföra sin egen vård. Digitala och andra tekniska lösningar är en viktig förutsättning för att detta ska kunna realiseras.

Hälso- och sjukvården är ett komplext system, vilket starkt bidrar till svårigheterna att implementera förändringar med avsikt att höja effektiviteten. Vår samlade bedömning är att lösningarna är lika sammansatta och komplicerade som de identifierade effektivitetsproblemet i hälso- och sjukvårdssystemet. Det behövs åtgärder på alla nivåer mot att åstadkomma styrning, struktur, samarbete, organisering och arbetssätt som bättre möter patientens behov och möjligheter att bidra med sina egna insatser. Inget av detta går att lösa med en ansats av ”alexanderhugg”. I stället måste utvecklingen, enligt utredningens uppfattning, ha karaktären av ”små” åtgärder men som sammantaget leder åt rätt håll och där de olika åtgärderna får en positiv påverkan på varandra.

Starkare styrning av hälso- och sjukvårdens struktur

För att åstadkomma förändringar behövs en starkare och mer enhetlig styrning på strukturnivå i hälso- och sjukvården. Huvudmännen behöver i högre grad ta ett gemensamt ansvar för den hälso- och sjukvård som i allt större utsträckning behöver ske gränsöverskridande. Det behövs också en omfattande strukturreform där primärvården blir den verkliga basen och första linjen i hälso- och sjukvården. Utredningen föreslår därför följande.

En nationell konsultationsordning

Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet behöver en mer koordinerad styrning. Inte minst för att minska skillnader i utbud och hälsoutfall över landet. Vi föreslår en nationell konsultationsordning, som ska bestå av fasta möten på politisk toppnivå mellan regeringen och landsting/regioner. I konsultationsordningen ska diskuteras hälso- och sjukvårdsfrågor som är gemensamma för hela systemet med målet att uppnå större enighet avseende gemensamma utmaningar.

Landstingen åläggs en principiell skyldighet att gemensamt utföra uppgifter när det är motiverat av kvalitets- eller effektivitetsskäl.

Landstingen som kollektiv har i dagsläget ingen skyldighet att samarbeta med varandra. Utredningen konstaterar, liksom flera tidigare utredningar, att allt fler uppgifter inom hälso- och sjukvården behöver få mer enhetliga lösningar över landet. Ett effektivt resursutnyttjande förutsätter att landstingen i högre grad samlas kring gemensamma lösningar samt allokerar resurser för detta. Utredningen föreslår därför att landstingen ska vara skyldiga att gemensamt planera och utföra en uppgift när det är motiverat av kvalitets eller effektivitetsskäl. Landstingen behöver utveckla former för att säkerställa att sådana gemensamma uppgifter kan lösas gemensamt och att dessa blir långsiktigt hållbara.

Utredningen bedömer att om denna nya principiella skyldighet inte får avsedd effekt inom två år bör regeringen överväga ytterligare åtgärder. Sådana åtgärder skulle kunna vara en mer detaljerad lagstiftning om vilka uppgifter landstingen måste lösa gemensamt, att skyldigheten ska fullgöras i ett gemensamt kommunalförbund eller att regeringen bemyndigas att besluta om att viss uppgift ska lösas gemensamt.

Förändring av grundläggande styrprinciper för vårdens organisering

I dag utgår de styrande principerna för hälso- och sjukvårdens organisering i stor utsträckning från sluten vård vid sjukhus. Vi föreslår att lagstiftningen utgår från att vården ska organiseras nära befolkningen om det inte av kvalitets- eller effektivitetsskäl är motiverat att koncentrera vården. Huvudprincipen är öppen vård men där öppenvård inte är möjlig ska vården ges som sluten vård. Sluten vård kan ske på vårdinrättning, i patientens hem eller annan plats där kraven på god vård upprätthålls.

Ny lagstiftning om primärvårdens uppdrag

Mot bakgrund av kommande demografiska utmaningar behöver det svenska systemet ställa om så att mer resurser ges till de delar i systemet som har bäst förmåga att hantera både närhet till patienten och komplexitet i sjukdomstillstånd. Det är inte en utbyggd sjukhusvård som, generellt sett, ger bäst förutsättningar för att möta dessa utmaningar utan en stärkt primärvård. Utredningen bedömer dessutom att en förstärkning av

primärvården sannolikt är den enskilt viktigaste åtgärden som hälso- och sjukvården kan vidta för att minska ojämlikhet i hälsa bland befolkningen. Vi föreslår därför lagstiftning med ett nationellt utformat uppdrag för primärvården. Det innebär att primärvården ska vara befolkningens första kontakt med vården, ansvara för förebyggande arbete, diagnostik, behandling och rehabilitering för de allra flesta vårdbehov, ansvara för akut hälso- och sjukvård som inte kräver vård på sjukhus, remittera till annan vård vid behov samt koordinera och integrera den vård som erbjuds patienten, och se till patientens samlade förutsättningar och behov.

Primärvården får ett tydligt akutuppdrag
Vi föreslår lagstiftning som innebär att primärvården får ett tydligare akutuppdrag. Primärvården ska vara lätt tillgänglig för befolkningen under dygnets alla timmar. Vi bedömer också att det behövs lagstiftning för att komma till rätta med problemet att patienter söker vård på sjukhusens akutmottagningar för åkommor som kan hanteras på annan vårdnivå. Vi föreslår att det i lagen ska införas ett remisskrav för akut hälso- och sjukvård vid sjukhus. Remisskravet innebär inte någon särskild formalia, utan handlar om att patienten ska ha bedömts behöva sjukhusens akutsjukvård av primärvård, telefonrådgivning, 112 eller annan sjukvårdsaktör med kompetens att bedöma detta.

Nya krav på primärvårdens organisering
Vi föreslår att primärvården delas upp i två organisatoriska delar, den allmänna primärvården och den riktade primärvården. Allmän primärvård kommer organisatoriskt att motsvara den nuvarande primärvården, bl.a. när det gäller regleringen av vårdvalssystem. Den riktade primärvården undantas från det obligatoriska vårdvalet. Den riktade primärvården fullgör primärvårdsuppdraget för äldre med omfattande behov.

Den riktade primärvården och kommunernas hälso- och sjukvård och socialtjänst ska utföras gemensamt för äldre med omfattande behov
Integreringen av olika insatser från olika verksamheter och huvudmän är inte tillräckligt långt gången för att möta behoven hos multisjuka sköra äldre. Tidigare styrningsförsök från statens sida har inte förmått åtgärda problemen. Utredningen föreslår ny lagstiftning som ställer krav på att kommun och landsting ska *utföra* verksamhet gemensamt för äldre med omfattande behov så att den enskilde får en sammanhållen vård och socialtjänst. Förslaget ska betraktas som ett led i att skapa en juridisk ram för verksamhet som måste hänga ihop och som utgör en ”hängränna mellan stuprör”. Förslaget innebär att valfrihetsbestämmelserna om den gemensamma verksamheten förändras så att kommun och landsting, om de vill erbjuda valfrihetssystem, måste vara överens om villkoren för detta. Den enskilde ska i sådant fall kunna välja utförare som ”tar hand om hela mig”. Utredningen föreslår att kommuner och landsting ska vara skyldiga att fastställa en gemensam plan. Av planen ska det framgå mål, riktlinjer och gemensam resursplanering för den gemensamma verksamheten.

Resursomfördelning från sjukhusvård till primärvård nödvändig
Förslagen innebär att landstingen behöver omfördela resurser inom sina respektive organisationer. Utredningen presenterar en rad åtgärder som landstingen kan behöva vidta för att åstadkomma detta.

Minskad detaljstyrning

Detaljstyrningen i form av lagstiftning som binder upp vissa professioner till vissa arbetsuppgifter behöver så långt möjligt ändras för att möjliggöra en utveckling av de mest rationella arbetssätten.

Utredningen föreslår därför att vårdgarantin görs professionsneutral genom att garantin att få besöka *läkare* inom 7 dagar i primärvården ändras till en garanti att få en medicinsk bedömning inom 3 dagar. Utredningen bedömer att även andra författningar behöver göras professionsneutrala, särskilt de som tar sikte på att läkarintyg ska lämnas. En förändring som tidigare föreslagits beträffande signeringskravet bör genomföras.

Utredningen föreslår vidare att staten ska ge mer aktiv vägledning till vårdens verksamheter avseende vem som får göra vad. Detta mot bakgrund av att utredningen bedömer att stödet till hälso- och sjukvården beträffande arbetet med att styra och fördela arbetsuppgifter alltför ofta utgår från traditioner och missuppfattningar om vilken yrkeskategori som får göra vad.

Utöver att utredningen lämnar förslag till åtgärder som kan vidtas av staten lämnar utredningen rekommendationer som riktar sig till landstingen. I korthet rör det som om rekommendationer som syftar till att öka långsiktigheten i styrningen och att minska detaljstyrningen exempelvis genom att förenkla ersättningssystem och stimulera till omfördelning mellan yrkesgrupper.

Utredningen föreslår att om kommun och landsting är överens så kan huvudmännen avtala om att överlåta ansvaret för läkarvård i samband med annan kommunal hälso- och sjukvård från landstinget till kommunerna. Dagens begränsning där kommunerna inte får ansvara för läkarvård är en detaljreglering som utredningen menar är onödig.

Ändrade arbetssätt

Utredningen lämnar rekommendationer om generella principer som ska vara vägledande för ändrade arbetssätt i hälso- och sjukvården. I korthet innebär dessa att samtliga hälso- och sjukvårdsverksamheter bör analysera och vid behov ändra arbetssätten med ledning av följande principer:

1. Utgå från vad som kan göras för att öka nyttan för patienten och se patienten som medskapare.
2. Utgå från vad som kan göras för att öka den personliga kontinuiteten.
3. Inför produktions- och kapacitetsplanering och utveckla samlad schemaläggning.
4. Sök ständigt rätt fördelning av arbetsuppgifter.
5. Planera hur ökad effektivitet ska nyttiggöras.

Utredningen ger i anslutning till principerna rekommendationer om ett flertal åtgärder som huvudmännen, verksamheterna och medarbetarna behöver vidta för att principerna ska få genomslag. Utöver detta lämnar vi rekommendationer till staten om att se över det samlade kunskapsstödet från olika aktörer och där tillgången till kunskap om förbättringsarbete och implementering bör övervägas. Staten rekommenderas också att ta initiativ till en studie av de faktorer som påverkar effektiviteten på sjukhusen.

Kontinuitet som effektiviseringsstrategi
Utredningen konstaterar att kontinuitet är viktig för effektiviteten. Det finns redan lagkrav på kontinuitet i vården, utredningen avstår därför från att ytterligare lagreglera detta centrala värde. Däremot rekommenderas landstingen att i ökad utsträckning använda kontinuitet, och särskilt teamkontinuitet, som ett viktigt värde och utgångspunkt i sin styrning.

Verksamhetsstöd
Verksamhetsstöden behöver samlade insatser från både staten och huvudmännen för att ge den funktionalitet och användbarhet som innebär att de blir ett verkligt stöd i det praktiska arbetet och bidrar till att både spara tid och stärka kvalitet och patientsäkerhet. Regeringen och huvudmännen behöver formulera en vision för utvecklingsarbetet som utgår från medborgarperspektivet och gemensamt satsa på utveckling av verksamhetsstöden. Huvudmännen rekommenderas att fatta gemensamma beslut om utveckling av verksamhetsstöden.

Staten behöver ta ett övergripande ansvar för informationshanteringen sett som en infrastruktur för vården. Utredningen föreslår att vissa förslag som andra utredningar lagt ska genomföras för att åstadkomma detta. Det gäller särskilt det liggande förslaget till en ny lagstiftning för informationshantering i hälso- och sjukvård och socialtjänst och förslaget om statlig styrning av standarder för interoperabilitet mellan verksamhetsstöden. Utredningen föreslår att ett center för informationsstruktur och informatik inrättas. Detta ska utformas som ett regionalt nätverk. Vidare föreslås att huvudmän och staten ger stöd till utveckling av strukturerad information, t.ex. journalmallar.

Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården föreslås ändras så att det i föreskrifterna ställs krav på att huvudmännen anger övergripande principer för dokumentation vården och ansvaret för att det ska ske. Socialstyrelsen föreslås förstärka det stödjande och vägledande arbetet avseende dokumentation i hälso- och sjukvården. Det av utredningen föreslagna centret för informationsstruktur och informatik ska tillhandahålla metodstöd i arbetet.

Regeringen föreslås att i samarbete med huvudmännen finansiera ett nationellt hälsobibliotek. Hälsobiblioteket ska erbjuda vårdens professioner en elektronisk lösning för att snabbt kunna hitta, sovra och använda evidensbaserat och kliniskt kunskapsunderlag, som är enkelt tillgängligt, överblickbart och samlat sökbart på ett enda ställe.

Övriga åtgärder för att minska den administrativa bördan
Många av utredningens förslag i betänkandet i övrigt innebär en minskad administrativ börda. Utredningen rekommenderar att staten och huvudmännen på alla nivåer ska verka för att belysa och begränsa de administrativa konsekvenserna för hälso- och sjukvården i samband med beslut eller andra åtgärder. För regeringens del föreslår utredningen förordningsändringar som innebär skyldigheter att göra detta. Utredningen föreslår att de myndigheter som begär intyg av hälso- och sjukvården ska samordna och begränsa kraven på intyg.

Kompetensförsörjning

Utredningen menar att Sverige har ett strukturellt problem avseende kompetensmixen i vården. Dessa olika utvecklingslinjer har fått fortgå under lång tid utan att ”någon” tagit tag i det samlade problemet. Det förklaras sannolikt av att många aktörer har ansvar för olika delar av frågan.

En stående kommitté för nationell samverkan om kompetensförsörjning i vården

Vi anser att det är viktigt för effektiviteten inom vården att vissa utbildningsfrågor blir föremål för en betydligt tätare och mer formaliserad samverkan mellan staten, huvudmännen (landsting/regioner och kommunerna) och företrädare för vårdens professioner. Utredningen föreslår att denna samverkansorganisation skapas som en stående kommitté med SMER som förebild. På den statliga sidan krävs samverkan/representation från såväl Utbildningsdepartementet som Socialdepartementet. Utredningen ser i första hand följande områden som bör hanteras inom en samverkansorganisation.

- Grundutbildningarnas dimensionering, dvs. antal studenter
- Grundutbildningarnas innehåll, dvs. fortlöpande ta ställning till behov av förändring utifrån vårdens och samhällets utveckling
- Vidareutbildningarnas dimensionering och utformning
- Principiella övergripande kompetenskrav för vårdens professioner
- Drivkrafterna för utvecklingen av nya arbetssätt, fördelning av arbetsuppgifter m.m.

Utred framtidens sjuksköterskeutbildning

Vi föreslår att regeringen utreder utformningen av framtidens sjuksköterskeutbildning. Utredningens uppdrag bör omfatta såväl grundutbildningen som vidareutbildningen. Utredningsuppdraget avseende vissa centrala frågeställningar i vidareutbildningen bör prioriteras med hänvisning till frågans närmast akuta karaktär. Detta avser i första hand utbildningens principiella utformning, dvs. avvägningen mellan praktisk tjänstgöring och teoretisk utbildning samt anställningsförhållanden under utbildningstiden.

Utred tjänstgöring inom primärvården i ST-utbildningen för organspecialister

Vi föreslår att Socialstyrelsen får uppdraget att utreda om tjänstgöring inom primärvården borde ingå i målbeskrivningarna för läkares ST-utbildning i specialiteter som regelmässigt behöver samverka med primärvården. Avsikten är att stärka det framtida samarbetet mellan primärvård och sjukhusvård.

Nationella kompetenskrav för undersköterskor och vårdadministratörer

Utredningen anser att det finns en avsevärd effektiviseringspotential på enhets-/teamnivå i förändrad mix mellan vårdens yrkesgrupper. Detta arbete försvåras i dag av att yrkesutbildningarna till undersköterska och sekreterare/vårdadministratör varierar kraftigt i utformning mellan olika skolor. Socialstyrelsen föreslås få uppdraget att fastställa nationella kompetenskrav för undersköterskor och vårdadministratörer.

Forskning

I dag finns i lagstiftningen en skyldighet att *medverka i forskning* och en skyldighet att *utveckla verksamheten* fortlöpande. Lagen gör dock ingen koppling mellan forskningen och skyldigheten att utveckla. Utredningen menar att förhållandet mellan forskning och

utveckling vara sömlöst i ett akademiskt präglat sjukvårdssystem. Övergången är flytande. Ytterligare ett problem är att formuleringen kring forskning är passiv. Det finns en uppenbar risk att skyldigheten tolkas som medverkan i en verksamhet där någon annan har initiativet, vilket är olyckligt. Hälso- och sjukvården bör i allra hösta grad ta egna initiativ inom forskningen. Utredningen bedömer att frågan bör utredas vidare.

Utredningen föreslår att regeringen ska lämna ekonomiska bidrag för att stimulera utvecklingen av akademiskt präglad kommunal hälso- och sjukvård.

REGIONALA CANCERCENTRUM I SAMVERKAN

REKOMMENDATION

Vårt dnr:
11/3031

2016-02-09

Till landstingsstyrelser/regionstyrelser och samtliga chefer för Regionala cancercentrum
För kännedom:
Nätverket Landstingsdirektörer
Nätverket Hälso-och sjukvårdsdirektörer

Rekommendation rörande nationell och regional nivåstrukturering för sex åtgärder inom cancerområdet

Regionala cancercentrums samverkansgrupp beslöt vid sitt möte 8 februari 2016 att avge bifogad rekommendation till landsting/regioner. Rekommendationen sänds efter önskemål från SKLs sjukvårdsdelegation till landstingsstyrelser/regionstyrelser samt chefen för respektive Regionalt cancercentrum för hantering i landstingen/regionerna på det sätt som beslutas av respektive region. Rekommendationen sänds också till nätverken landstingsdirektörer och hälso- och sjukvårdsdirektörer för kännedom. Rekommendationen avser att godkänna och tillämpa nationell nivåstrukturering för sex områden i cancervården i enlighet med bifogat underlag. Dessutom beslöt samverkansgruppen att avge rekommendation avseende regional nivåstrukturering i enlighet med bifogat underlag.

Kopia på tagna beslut om att godkänna och tillämpa rekommendationerna sänds senast 1 juni 2016 till:
SKL
att: RCC i samverkan/ Gunilla Gunnarsson
Avd för vård och omsorg
118 82 Stockholm

Gunilla Gunnarsson
Ordförande Regionala cancercentrums samverkansgrupp

Regionala cancercentrum i samverkan
Sveriges Kommuner och Landsting
Post: 118 82 Stockholm, *Besök:* Hornsgatan 20
Tfn: växel 08-452 70 00, *Fax:* 08-452 70 50

REGIONALA CANCERCENTRUM I SAMVERKAN

SKLs diarienummer 11/3031
2016-02-09
Till landstingsstyrelser/regionstyrelser
RCC-chefer
För kännedom: Nätverken Landstingsdirektörer och Hälso- och sjukvårdsdirektörer

Rekommendation rörande nationell och regional nivåstrukturering för sex områden i cancervården

Mot bakgrund av vad nedan angivits rekommenderar Regionala cancercentrum i samverkan landsting/regioner:

Att godkänna och tillämpa nedanstående rekommendationer avseende nationell nivåstrukturering för sex områden i cancervården.

Regionala cancercentrum i samverkans beslut
Regionala cancercentrum i samverkan beslöt vid sitt sammanträde 16 december 2015 enhälligt att för sex områden inom cancervården rekommendera landsting/regioner att besluta om nationell nivåstrukturering enligt följande:

1+2. Kirurgi vid matstrups- och magsäckscancer
att kurativt syftande kirurgi för matstrupscancer vid definierade, ovanligare och komplicerade tillstånd ska utföras vid 2 nationella vårdenheter
att uppdrag som nationella vårdenheter lämnas till Karolinska Universitetssjukhuset och Skånes Universitetssjukhus.
Dessutom beslöt samverkansgruppen inom området regional nivåstrukturering rekommendera landsting/regioner
att kurativt syftande kirurgi vid matstrups- och magsäckscancer ska utföras vid högst 6 sjukhus i landet, ett sjukhus i varje sjukvårdsregion.

3. Behandling av analcancer
att kurativt syftande radiokemoterapi vid analcancer ska utföras vid 4 nationella vårdenheter
att uppdrag som nationella vårdenheter lämnas till Akademiska Sjukhuset, Norrlands Universitetssjukhus, Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Skånes Universitetssjukhus.

att kirurgi vid analcancer (salvage surgery) ska utföras vid 2 nationella vårdenheter
att uppdrag som nationella vårdenheter lämnas till Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Skånes Universitetssjukhus.

4. Behandling av vulvacancer
att kurativt syftande behandling av vulvacancer ska utföras vid 4 nationella vårdenheter
att uppdrag som nationella vårdenheter lämnas till Karolinska Universitetssjukhuset, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Skånes Universitetssjukhus och Universitetssjukhuset Linköping.

5. Isolerad hyperterm perfusion
att isolerad hyperterm perfusion ska utföras vid 1 nationell vårdenhet
att uppdrag som nationell vårdenhet lämnas till Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

REGIONALA CANCERCENTRUM I SAMVERKAN

SKLs diarienummer 11/3031
2016-02-09
Till landstingsstyrelser/regionstyrelser
RCC-chefer
För kännedom: Nätverken Landstingsdirektörer och Hälso- och sjukvårdsdirektörer

6. Cytoreduktiv kirurgi med intraperitoneal kemoterapi för behandling av cancer i bukhinnan, CRS/HIPEC
att behandling med CRS/HIPEC ska utföras vid 4 nationella vårdenheter
att uppdrag som nationella vårdenheter lämnas till Akademiska sjukhuset, Karolinska Universitetssjukhuset, Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Skånes Universitetssjukhus.

För samtliga sex områden rekommenderas:

att koncentrationen av åtgärden införs från och med 1 januari 2017.

Rekommendationerna har förankrats i nätverken för hälso- och sjukvårdsdirektörer och landstingsdirektörer (2016-01-15). SKLs sjukvårdsdelegation har uttalat sitt stöd för RCCs arbete med nivåstrukturering(2016-01-21).

Uppföljning
Regionala cancercentrum i samverkan kommer att följa upp landstingens/regionernas tillämpning av denna rekommendation.

Som en första del i uppföljningen önskar samverkansgruppen att landsting/regioner inkommer med tagna beslut om att godkänna och tillämpa dessa rekommendationer senast 1 juni 2016 till *SKL att: RCC i samverkan Gunilla Gunnarsson, Avd för vård och omsorg, 118 82 Stockholm.*

RCC i samverkan avser även att två år efter driftstart följa upp de nationella vårdenheternas arbete och resultat samt även följa upp hur den regionala rekommendationen har hanterats i sjukvårdsregionerna.

REGIONALA CANCERCENTRUM I SAMVERKAN

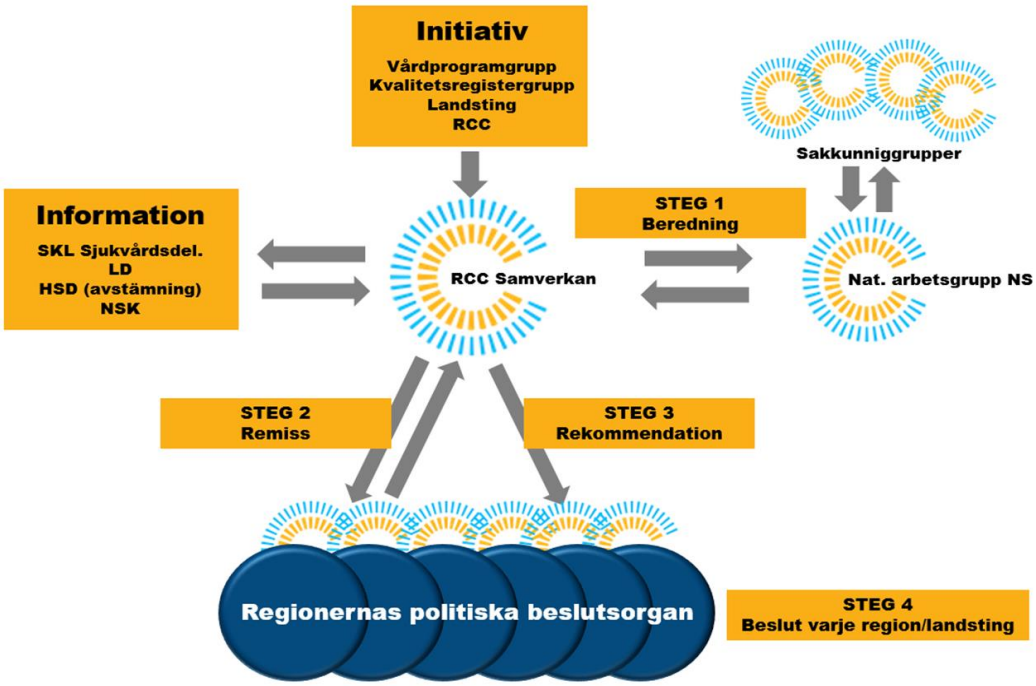
Bakgrund

I överenskommelsen mellan SKL och staten har RCC i samverkan uppdraget att arbeta med nivåstrukturering på nationell nivå. De första årens arbete har redovisats i rapporten: *Nivåstrukturerad cancervård för patientens bästa,* SKL 2013. I rapporten fastslås bland annat:

”Utvecklingen inom cancervården präglas av en uttalad kunskapsutveckling. Introduktion av nya komplexa teknologier för diagnostik och behandling ställer krav på samverkan i team med företrädare för flera specialiteter. Etablering av sådana behandlingsteam är en stor investering som bör vara tillgänglig för ett så stort patientunderlag som möjligt. Den vidare utvecklingen av vården förutsätter fortlöpande utbildning av behandlingsteamen och en stark klinisk forskning. Detta gynnas av en vårdstruktur som innebär att färre vårdgivare utför denna vård åt fler patienter. Flera studier har också visat ett samband mellan volym och kvalitet. En annan tydlig utveckling är patienternas ökande krav på delaktighet.”

Under de första årens arbete genomfördes en inventering av tänkbara områden för nivåstrukturering. Pilotprocesser genomfördes med sakkunniguppdrag inom tre områden och en arbetsordning för det fortsatta arbetet med nationell nivåstrukturering föreslogs.

Handläggningsgång



Som modellen ovan beskriver inleds den nationella beredningsprocessen för att nivåstrukturera viss cancervård med att en medicinsk sakkunniggrupp med representanter, utsedda av respektive RCC och förstärkt med patientföreträdare, bedömer vad som är god kvalitet och vad som bör utföras på vilken vårdnivå vid en given vårdinsats.

Sakkunniggruppen bedömer vid hur många vårdenheter en given vårdinsats bör utföras med utgångspunkt från god kvalitet för patienten. Sakkunniggruppens underlag bereds sedan av en nationell arbetsgrupp, beslut tas i samverkansgruppen för RCC, stäms av med landstingens tjänstemannaledningar och sjukvårdsdelegationen på SKL och skickas sedan på remiss till regionerna/landstingen.

Samtidigt som remissen går ut får landstingen frågan om vilka som anser sig kunna utföra den aktuella vårdinsatsen med de krav och kriterier som är uppställda. Mot bakgrund av remissvaren utformar RCC i samverkan sedan en beslutsrekommendation som sjukvårdshuvudmännen får ta ställning till. Varje landsting/region avgör om beslut ska tas av tjänstemannaledning eller politisk ledning samt om beslutet ska tas i varje landsting eller på sjukvårdsregionsnivå.

En nationell nivåstrukturering av kurativt syftande kirurgi vid peniscancer har genomförts och två nationella vårdenheter har uppdraget sedan 1 januari 2015, Skånes Universitetssjukhus, Malmö samt Universitetssjukhuset, Örebro.

Under våren 2015 sakkunnigbedömdes sju områden som under hösten 2015 remissbehandlades av huvudmännen.

Inkomna remissvar och ansökningar om nationella vårdenheter har bedömts av arbetsgruppen för nationell nivåstrukturering. Bedömningen har enbart grundats på vad som framkommer i ansökan. Medlemmarna i den nationella arbetsgruppen har individuellt bedömt samtliga ansökningar. Bedömningen har utgått från den mall för ansökan som RCC i samverkan fastslagit där varje huvudpunkt liksom slutligen helheten bedömts utifrån begreppen: ”stark, acceptabel, svag”. Stor vikt har lagts vid beskrivningen av ***hela*** vårdprocessen ur ett patientperspektiv där mallen anger de detaljer som särskilt ska uppmärksammas i den del av vårdprocessen som utgör det nationella uppdraget. Av betydelse för bedömningen av helheten i en sammanhållen vårdprocess har också varit att samtliga delar av vårdprocessen belysts på ett likartat sätt, såväl avseende kirurgiska som icke kirurgiska delar. Nationella arbetsgruppen har fört en ingående gemensam diskussion där styrkor och svagheter i varje ansökan i detalj diskuterats. Grundat på helhetsbedömningen har arbetsgruppen rangordnat ansökningarna.

Baserat på inkomna remissvar och ansökningar och den nationella arbetsgruppens beredning har RCC i samverkan utformat denna beslutsrekommendation.

I samtliga remissvar och ansökningar om nationell vårdenhet för matstrupscancer har den nära kopplingen mellan kirurgisk behandling av matstrups- och magsäckscancer poängterats. Under hösten 2016 har kirurgi vid magsäckscancer sakkunnigbedömts. Sakkunnigutlåtandet avseende magsäckscancer har även poängterat den nära kopplingen mellan cancer i matstrupe och magsäck. RCC i samverkan har därför inkluderat magsäckscancer i denna beslutsrekommendation för matstrupscancer, där sakkunnigutlåtandet avseende magsäckscancer finns bilagd, **bilaga 1**.

REGIONALA CANCERCENTRUM I SAMVERKAN

Beslutsrekommendationerna, som avser kurativt syftande behandling, omfattar cancer i matstrupe och magsäck, analcancer, vulvacancer, isolerad hyperterm perfusion och cytoreduktiv kirurgi med intraperitoneal kemoterapi för behandling av cancer i bukhinnan.

En sammanfattande beskrivning av handläggningsgång, volymer, nuläge, remissförslag och beslutsrekommendationer finns i **bilaga 2**, bildspel/ppt-fil.

Samtliga remissvar samt ansökningar om nationella vårdenheter finns publicerade här:
http://www.cancercentrum.se/samverkan/vara-uppdrag/nivastrukturering/
Här finns också en sammanfattande beskrivning av hur RCC arbetar med nivåstrukturering.

RCC i samverkan har för närvarande bordlagt frågan om rekommendation avseende sarkom i avvaktan på ytterligare förtydliganden avseende verksamhetsinnehåll för regionala respektive nationella vårdenheter.

Bilagor:

1. Sakkunnigutlåtande magsäckscancer
2. Nationell nivåstrukturering: underlag, beslut, remiss. ppt

Nivåstrukturering av ventrikelcancer

Utlåtande från sakkunniggrupp oktober 2015

Uppdraget från RCC Samverkan

Att utgöra sakkunniggrupp och bereda frågan om någon del av ventrikelcancerprocessen anses vara aktuell för nationell nivåstrukturering

Sakkunnig gruppen

Michael Hermansson, kirurg, RCC Syd, ordförande
Didrik von Porat, patientrepresentant
Ulrika Smedh, kirurg, RCC Väst
Maria Albertsson, onkolog, RCC Syd-Öst
Magnus Nilsson, kirurg, RCC Stockholm-Gotland
Bengt Wallner, kirurg, RCC Norr
Jakob Hedberg, kirurg, RCC Uppsala-Örebro

MH, US, MN, BW och JH sitter i styrgruppen för vårdprogrammet och kvalitetsregistret.

Arbetet med uppdraget

Gruppen har haft ett fysiskt möte under kirurgveckan i Örebro. Då beslutades om de stora linjerna i svaret och uppdrag delades ut till deltagarna i gruppen att skriva utkast till olika kapitel. Texterna har sedan sparats i en gemensam drop-box mapp så att alla har haft möjlighet att läsa och kommentera alla texter och vi har haft diskussioner via mail.
Utlåtandets struktur följer den mall som bifogats uppdragsbeskrivningen från RCC Samverkan. Utlåtandet avslutas med kommentar från patientrepresentant.

Sammanfattning av utlåtande

Ventrikelcancer drabbar cirka 500 svenskar årligen och incidensen är sjunkande sedan 70-talet. Av dessa blev under tiden 2011-14 i medeltal 140 patienter per år föremål för kurativt syftande kirurgi enligt nationellt kvalitetsregister för esofagus och ventrikelcancer (NREV).

- Gruppen är *enig* om att ingen annan del av ventrikelcancer processen än kurativt syftande kirurgi bör diskuteras för nationell nivåstrukturering.
- Arbetsgruppen är *oenig* i frågan om kurativt syftande kirurgi bör utföras på färre än sex enheter i landet och i denna del lämnas därför två separata svar. Dessa

separata svar inkluderar även diskussion kring konsekvenser av nivåstrukturering för vårdgivare, patienter och närstående samt effekter på FoU och kompetensförsörjning.
Övriga delar av svaret är gemensamt.

- Gruppen är *enig* om att kurativt syftande kirurgi för ventrikelcancer inte ska utföras på fler än en enhet per RCC region.
- *Patientrepresentanten* anser att diskussionen under vårt möte präglades av en begränsad öppenhet för nytt tänkande och en hög grad av försvar av särintressen och etablerade strukturer. Han upplevde att gruppens medlemmar fokuserat på att försvara sin regions etablerade vårdlösningar utan att på allvar analysera alternativ. Han anser att ventrikelcancerkirurgi bör nivåstruktureras, i första hand regionalt och därefter vidare diskussion kring behov av ytterligare nivåstrukturering.

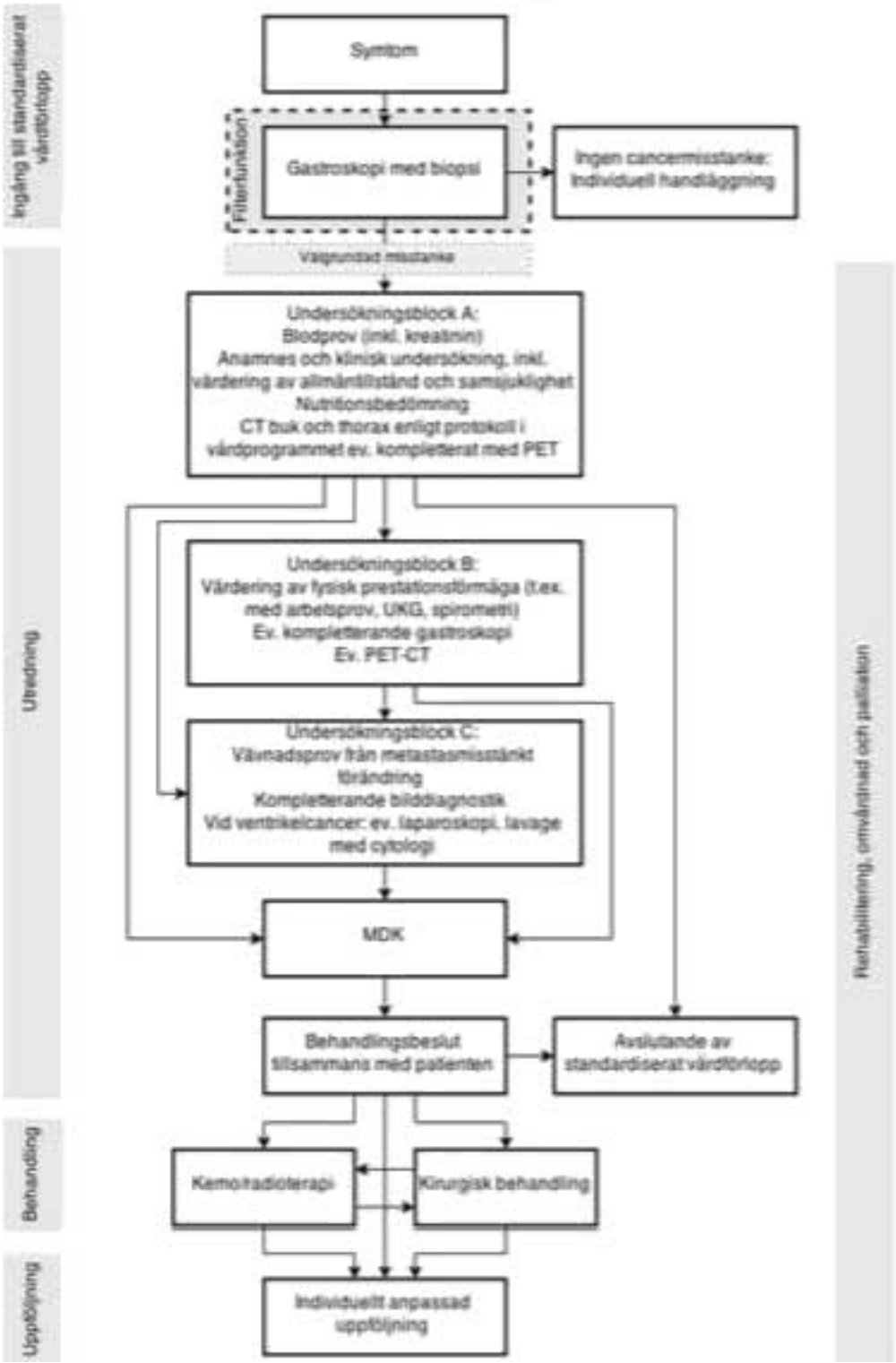
Vårdprocessbeskrivning

För ventrikelcancer har tagits fram ett standardiserat vårdförlopp (SVF) som godkänts av, så vitt vi vet, alla landsting i landet. Här beskrivs patientens resa från symtom till terapistart (se figur nedan). Här finns även angivet optimala ledtider, kommunikationsbehov, omvårdnadsbehov och rehabiliteringsbehov i varje steg av processen. Kontaktasjuksköterska och koordinator har viktiga funktioner i att hålla ihop processen och stå för kontinuitet för patienten och säkra överlämningar när patienten byter ansvarig klinik.

Uppföljning efter behandling är inte beskriven i SVF. I det nationella vårdprogrammet för esofagus-ventrikelcancer finns en relativt löst hållen rekommendation för hur detta bör se ut. Under kommande år kommer vår nationella registergrupp att organisera en temadag kring uppföljning och rehabilitering som ska mynna ut i nya rekommendationer i vårdprogrammet. Vår bedömning är att detta kommer att leda till en mer multidisciplinär och individanpassad uppföljningen än tidigare där nya nätverk mellan olika specialiteter kommer att behöva byggas. Det kommer även att ställa högre krav på samverkan mellan slutenvård och primärvård samt mellan landsting och kommun.

Rekommendationer kring palliativ vård finns beskriven i nationellt vårdprogram. Omfattningen av palliativ vård har ett stort spann som spänner från *best supportive care* till avancerad onkologisk och/eller kirurgisk behandling. Utvecklingen går mot mer aktiv behandling även av palliativa patienter vilket ställer stora krav på en hög kompetent multi-disciplinär beslutsprocess.
Även här är samarbetet mellan slutenvård och primärvård samt mellan landsting och kommun viktigt för att patienten ska bli bra omhändertagen. Kvalitén på denna vård varierar sannolikt i landet bland annat beroende av hur man lokalt utvecklat dessa nätverk.

1.7 Flödesschema för vårdförloppet



Nivåstrukturering

Regionalt genomförd nivåstrukturering

Nivåstrukturering i RCC Syd

Den regionala process ledaren i RCC Syd har under ett par års tid drivit frågan om att nivåstrukturera den kirurgiska behandlingen av ventrikelcancer regionalt. Man har haft möten med alla klinikchefer och lokala processledare i regionen och frågan har diskuterats på regionala processmöten. En rapport om förutsättningarna för nivåstrukturering har lämnats till RCC Syd.
Sjukhus som opererar ventrikelcancer (exklusive cardia) och årliga volymer är följande i Rcc Syd enligt NREV:
Lund (15)
Kristianstad (3)
Karlskrona (5)
Växjö (3)

Sammanfattningsvis kan man konstatera att inget landsting i regionen har för avsikt att sluta operera ventrikelcancer, en uppfattning som är förankrad lokalt både i profession och i linjeorganisationer. Kirurger på länssjukhusen är även mycket tveksamma till att delta i en regional MDK eftersom man är rädd att det i förlängningen ska leda till att man blir av med ventrikelcancerkirurgin.
Förutsättningar för att genomföra regional nivåstrukturering av ventrikelcancerkirurgin inom RCC Syd bedöms som dåliga. Någon regionövergripande struktur som kan besluta om och genomdriva en nivåstrukturering finns inte.

Nivåstrukturering i RCC Stockholm-Gotland

I Stockholm läns landsting genomfördes 2005, dvs för ganska precis 10 år sedan, en regional nivåstrukturering av merparten av den högspecialiserade övre abdominella cancerkirurgin. Vid det tillfället bestämde landstingsledningen att all kurativt syftande kirurgi för tumörer i lever, bukspottskörtel och matstrupe endast skulle utföras på Karolinska Universitetssjukhuset. Ett omdiskuterat undantag från den då genomförda centraliseringen var kurativt syftande kirurgi vid magsäckscancer, som fortfarande bedrivs på fyra sjukhus i Stockholms län. Således delas den årliga volymen i regionen om ca 40-50 operationer med botande intention för magsäckscancer mellan Karolinska Universitetssjukhuset (ca 20 operationer per år), Danderyds sjukhus (ca 10 operationer per år), Södersjukhuset (ca 10 operationer per år) och Capio St. Görans sjukhus (ca 5 operationer per år). Sammantaget saknas alltså regional nivåstrukturering för ventrikelcancerkirurgi i Stockholm-Gotlandsregionen.

Nivåstrukturering i RCC norr

I "Nivåstruktureringsplanen för cancervården i norra regionen 2013" beslutade Norrlandstingens Regionförbund att all kurativt syftande kirurgi av esofagus- och ventrikelcancer ska utföras vid NUS. Detta är i princip implementerat, men en viss eftersläpning har förkommit.

Nivåstrukturering i RCC Uppsala-Örebro

Uppsala-Örebroregionen har cirka 2 miljoner invånare. Den RCC struktur som är uppbyggt avspeglas endast till del i den kliniska rutinen. En nivåstrukturering över tid är tydlig och pågående. Av de ventrikelcancer ingrepp som utfördes i regionen 2014 gjordes 13 i Uppsala (stigande från cirka 10 per år senaste femårsperioden), nio i Örebro(stigande från cirka sex fall per år senaste femårsperioden). Ytterligare två sjukhus i regionen gjorde fem respektive tre operationer (tabell nedan från den regionala NREV- rapporten Uppsala/Örebro 2014 http://www.cancercentrum.se/globalassets/cancerdiagnoser/matstrupe-och-magsack/kvalitetsregister/nationell-kvalitetsregisterrapport-matstrups-magsackscancer-2014.pdf).

	2010-2014			2014		
	Esofagus	Ventrikel	Totalt	Esofagus	Ventrikel	Totalt
Sjukhus						
Akademiska sjukhuset	72	49	121	17	13	30
Central sjukhuset i Karlstad	5	40	45	0	5	5
Centrallasarettet i Västerås	5	20	25	1	3	4
Falu lasarett	0	11	11	0	0	0
Gävle sjukhus	8	6	14	0	0	0
Hudiksvall Sjukhuset	0	4	4	0	0	0
Karlskoga lasarett	0	1	1	0	0	0
Lindesbergs lasarett	0	1	1	0	0	0
Mora lasarett	0	4	4	0	0	0
Mälarsjukhuset, Eskilstuna	0	8	8	0	0	0
Nyköpings lasarett	0	1	1	0	0	0
Sjukhus utanför regionen	36	12	48	9	3	12
Sjukhuset i Arvika	0	2	2	0	1	1
Örebro Universitetssjukhus	46	32	78	5	9	14
Totalt	172	191	363	32	34	66

Avseende den MDK-logistik som ligger till grund för patientomhändertagandet i regionen har vårdprogramgruppen på RCC arbetat för att göra detta mer regionövergripande.

Örebro län har ett välfungerande samarbete med Karolinska sjukhuset utanför regionen och handlägger fallen i samråd med detta center med video-MDK.

Således finns förutsättningar för ytterligare regional nivåstrukturering om linjeorganisationer och den politiska styrningen så önskar.

Nivåstrukturering i RCC Väst

I Västra regionen är Regional nivåstrukturering för kirurgisk behandling av ventrikelcancer genomförd.

All elektiv ventrikelcancerkirurgi är helt koncentrerad till SU-Sahlgrenska sedan den 1 januari 2015. Även all kurativt syftande ventrikelcancerkirurgi från Halland opereras sedan ett år tillbaka på SU-Sahlgrenska. Sedan flera år är all esofaguscancerkirurgi och pankreascancerkirurgi redan koncentrerad till SU-Sahlgrenska. SU-Sahlgrenska har också s.k. ”sista utposten”-uppdrag för regionen inom esofagus- och ventrikelcancerkirurgi och full beredskap för detta.

Under 2014 skedde en process för regional omstrukturering av all cancerkirurgi. Då ventrikelcancerkirurgi bedrevs i mycket liten utsträckning (0-6 ingrepp per år och sjukhus i regionen, cirka 15-20 ingrepp per år på SU) bedömdes detta inte vara tillräckligt för att vare sig upprätthålla medicinsk kvalitet, kompetens eller skapa ny kompetens på de enskilda regionala sjukhusen. Ventrikelcancerkirugin förlades till SU-Sahlgrenska eftersom även esofagus-och cardiacancerkirurgi är regionalt koncentrerad dit.

Patienterna utreds enligt standardiserat vårdförlopp, utredande enhet är läns- och länsdelssjukhus. Utredningen koordineras via en lokal koordinator. Ansvarig kirurg remitterar sedan patienten till MDK som äger rum på SU-Sahlgrenska och alla enheter i regionen deltar via videolänk. Deltar gör kirurger, onkologer, kontaktsjuksköterskor och radiolog. Efter MDK informeras patienten av ansvarig kirurg på hemorten och patienter som skall erbjudas få kurativt syftande behandling har dagen efter MDK informationsbesök hos ansvarig kirurg, SU-Sahlgrenska för behandlingsbeslut. Onkologisk medicinsk behandling ges på hemortssjukhuset då detta innebär mervärde för patienten som besparas resor. Strålbehandling ges huvudsakligen på SU-Sahlgrenska. Uppföljning efter operation sker vid ett första återbesök på SU-Sahlgrenska för PAD besked, därefter fortsatt vid hemkliniken. Palliativa patienter handläggs av hemsjukhuset.

Erfarenheter av regional koncentration av elektiv cancerkirurgi:

Möjliga konsekvenser av att koncentrera den kirurgiska verksamheten diskuterades inom professionen innan förändringen genomfördes. Den positiva och övervägande konsekvens som lyftes fram var förbättrad cancervård som man redan konstaterat i samband med att regional koncentration av pancreascancerkirurgi och esofaguscancerkirurgi genomförts några år tidigare. Den främsta farhågan var att man regionalt skulle riskera tappa kirurgisk kompetens framförallt inom akut kirurgisk verksamhet (ulcuskirurgi, trauma).

För att motverka kompetensförlust har ett program för specialister inom kirurgi startats. Kirurg som handlägger patientgruppen vid regional enhet som så önskar kan under 3-6 månader tjänstgöra på Övre gastrosektionen, SU och delta i all verksamhet avseende cancer i övre magtarmkanalen samt traumakirurgi i viss mån. Hittills har 2 specialister genomgått det mycket framgångsrika programmet som i praktiken innebär 2-3 stora ingrepp i veckan varje vecka under 3-6 månader, samt deltagande i alla beslutskonferenser, handläggning, peri- och postoperativt omhändertagande samt i traumakirurgisk jourverksamhet. Detta har medfört en ökad kirurgisk kompetens hos deltagande kollegor, förbättrat regionalt samarbete och samsyn kring handläggning. Regionalt baserad kirurg som så önskar är även välkommen att medverka vid operationen av dennes patient på SU.
En bas för en fungerande regional omstrukturering har i Västra Regionen även varit en regiongemensam multidisciplinär konferens dit alla patienter med cancerdiagnosen anmäls. Följande sjukhus deltar på videolänk: Halmstad, Varberg, Alingsås, Kungälv, NÄL, Östra sjukhuset, Borås, SU-Sahlgrenska. Den regionala videolänkade MDK är en viktig fortbildningsfaktor, och har inneburit en förbättrad bedömning av patienterna (Färre patienter med spridd sjukdom går till explorationskirurgi).
Regional kompetens har också bibehållits genom att patienterna utreds regionalt på sitt hemsjukhus och vårdas där under den senare postoperativa perioden, genom ett aktivt regionalt professionellt nätverk, och genom regionala övre gastro-kirurgiska konferenser som hålls varje år. Konsekvenser av den regionala koncentrationen av ventrikelcancerkirurgi har därmed snarast blivit förbättrade möjligheter till effektiv fortbildning för övre gastro-inriktad kirurg regionalt. Ur kvalitetshänseende innebär förändringen även att fler patienter kommer att kunna ingå i kliniska studier och en förbättrad cancerkirurgisk kvalitet för patienten.

<u>Nivåstrukturering i RCC Sydöst</u>

Alla patienter diskuteras på MDK konferenser och 64% av operationerna sker i Linköping/Norrköping.
Övriga opererade enheter:
Jönköping/Eksjö/Värnamo 3 fall
Västervik 1 fall
Kalmar 9 fall
(registerdata från 2014)

Det finns en samsyn från hela regionen förutom Kalmar att centralisera alla fall till Linköping och att mera aktivt driva kliniska studier, forsknings och utvecklingsarbete. Patienterna utreds enligt ett standardiserat vårdförlopp. Ansvarig kirurg remitterar patienten till MDK som äger rum i Linköping. Alla enheter i regionen deltar via videolänk. Deltar gör kirurger, onkologer, kontaktsjuksköterskor och radiolog. Patient informeras av ansvarig kirurg på hemorten och remittering sker till Kir Klin i Linköping. Onkologisk rutinbehandling ges på hemorten. Patienter som ingår i Onkologiska eller kirurgiska Utvecklingsprojekt alt kliniska studier remitteras och behandlas i Linköping. Stråbehandlingskapacitet finns i Linköping (intern o extern RT, bracyterapi), Kalmar (extern RT), Jönköping (extern RT).

Palliativa patienter handläggs av hemsjukhuset.

Nationell nivåstrukturering

Genomförd

Det finns ingen nationell nivåstrukturring genomförd inom detta område. Gruppen är *enig* om att ingen annan del av ventrikelcancer processen än kurativt syftande kirurgi bör diskuteras för nationell nivåstrukturering.

Arbetsgruppen är *oenig* i frågan om kurativt syftande kirurgi bör utföras på färre än sex enheter i landet och i denna del lämnas därför *två separata* svar, ett från *RCC Uppsala-Örebro, RCC Norr och RCC Syd-Öst* och ett från *Region Syd, Region Väst och Region Stockholm-Gotland.*
De fakta som presenteras i respektive svar står för dessa författare och inte för sakkunnig gruppen i sin helhet

Föreslagen nationell nivåstrukturering från RCC Uppsala-Örebro, RCC Norr och RCC Syd-Öst

Av flera skäl anser vi att ventrikelcancer inte bör vara föremål för nationell nivåstrukturering.

För det första anser vi att det är konstlat att utvärdera ventrikelcancer för sig och esofaguscancer för sig, då dessa cancerformer har mycket gemensamt, både beträffande utredning och behandling, och då dessa cancerformer oftast handläggs av samma team. Redan i samband med arbetet med Nationell nivåstrukturering av esofaguscancer framfördes kritik angående detta.

För det andra upplever vi inte att det framförts några tungt vägande skäl till varför en nationell nivåstrukturering har ansetts nödvändig.

Det vanligaste skälet som framförts har varit en hänvisning till den i litteraturen befintliga evidensen. Att den kirurgiska volymen är av stor vikt har ingen ifrågasatt, och inte heller att en nivåstrukturering kan behövas. Inom många regioner i Sverige är denna kirurgi dock ännu inte centraliserad regionalt, och någon klar evidens för att det existerar en volymsbrytpunkt som skulle kräva att nivåstruktureringen behöver genomföras på nationell nivå, har ej kunnat presenteras. Eftersom både kort- och långsiktig mortalitet efter kirurgi kan antas ha ett samband med den träningsmängd enskilda kirurger får är frågan belyst i många vetenskapliga publikationer. I en sammanställning av 19 av dessa studier fann man ett volym-utfallssamband i tio. Olika metodologi och antal ingående patienter (mellan 405 och 23690 patienter per studie) kan tydliga slutsatser vara svåra att dra från denna sammanställning[1]. Olika sätt att

kvantifiera volym gjordes och ”högvolym” definierades som allt från ”högsta kvintil” till ”>21 ingrepp per år”. Det innebär i princip att en regional nivåstrukturering skulle göra alla Sveriges opererande centra till högvolymscentra i jämförelse med denna tillgängliga litteratur. I vårt nationella register ser vi en tydlig trend mot att kirurgi för ventrikelcancer håller på att centraliseras. Dock finns det fortfarande 15 sjukhus som gör färre än 5 resektioner per år och fem kliniker gjorde bara en resektion för ventrikelcancer 2013-2014. Man bör därför satsa på regional nivåstrukturering inom den befintliga RCC strukturen. Detta för att uppnå optimering av patientflöden och omhändertagande, fortsatt nationellt och internationellt samarbete kring forskning och utveckling liksom optimering av kunskapsutbyte och resursutnyttjande nationellt via de befintliga nätverk som byggts upp.

Mortaliteten i Bares sammanställning som nämnts ovan varierade mellan 0,8 % och 24,5%. Sverige har en mortalitet på cirka 5 % efter ventrikelcancerkirurgi och i endast två av 19 studier återfanns lägre siffror[1]. De svenska siffrorna kan vi lätt följa i vårt nationella register. I en jämförelse mellan Sverige, Danmark, Nederländerna och Holland hade Sverige längst postoperativ mortalitet: "Sweden had lower postoperative mortality rates than the other countries, even after adjustment for case mix, without performing surgery in high-volume institutions. High-quality healthcare with nationwide quality assurance programmes might have contributed to the these results".
[2]

Antalet ventrikelresektioner har sjunkit med 22 % senaste decenniet[3]. Dock görs cirka 5/100 000 invånare totalt sett i landet. I en region med 1 miljon invånare blir det alltså cirka 50 resektioner varav några för cancer, och några av andra skäl[4]. Att lyfta ur organkompetensen ur dessa regioner skulle ha långtgående effekter. Den pågående centraliseringen har gått olika långt i olika regioner, men man kan inte se några regionala skillnader avseende postoperativ dödlighet i registret.

I Sverige finns en struktur med universitetssjukhus som kunskapsnav i en region. Överlagrat denna struktur har man med riktat resurstillskott byggt upp en RCC-organisation med vårdprogramgrupper för bland annat magsäckscancer. De MDK som diskuterar patienter med magsäckscancer administreras från universitetssjukhus där kompetens för kurativ kombinationsbehandling finns. Att bryta upp denna infrastruktur vore resursslöseri. Ett nationellt nätverk för kunskapsspridning mellan dessa vårdprogramgrupper finns i och med den nationella styrgruppen. Med cirka 140 operationer per år kommer alla dessa RCC-regioner att komma väl över 20 resektioner av magsäckscancer (inklusive cancer i övre magmunnen) om den regionala nivåstruktureringen går vidare. Kompetensen som idag utvecklats i samverkan med RCC är ett kontinuerligt långsiktigt utvecklingsarbete förvärvat under decennier och bygger på personliga engagemang. Risken att raserar ett långsiktigt kompetensbyggande genom strukturella organisationsförändringar måste beaktas.

I och med att det trots flera år av minskande antal enheter som bedriver denna kirurgi, är en fullt genomförd regional nivåstrukturering en omfattande förändring som i sig blir en stor utmaning att vinna gehör för hos profession och huvudmän. Detta är ett arbete som pågår. Att nivåstrukturera över dessa sex centra skulle innebära en ytterst radikal nyorganisation av remissvägar, MDK-logistik, vårdprogramgrupper och RCC-struktur och risk för förlorad organkompetens i vissa regioner. Allt detta för en vinst som man

inte kan vara säker på att kunna få. Låt oss istället kraftsamla på den regionala nivåstruktureringen och utvärdera resultatet av denna.

Med en optimal regional nivåstrukturering kan alla patienter snabbt komma till diagnos och behandling, som lever upp till standard of care. Detta utan att tappa de utbyggda kanaler ut i regionerna som byggts upp, bland annat med hjälp från RCC.

Kompetensutveckling och kompetensförsörjning

Avseende utbildning är det en bred fråga. Region- och universitetssjukhusen har en central roll i utbildning av läkare, sjuksköterskor, dietister och andra professioner som har stor betydelse för omhändertagandet av de som drabbas av magsäckscancer. Detta är en hörnsten för långsiktig kompetensförsörjning för flera led i omhändertagandet av cancerpatienter. Vid ett beslut att nivåstrukturera kirurgin av dessas tumörformer nationellt, är risken stor att de medarbetare som har esofagus- och ventrikelcancerkirurgi som sitt specialområde kommer att fly de regioner som blir av med verksamheten, vilket således skulle få till följd att dessa regioner förlorar sin organkompetens inom dessa områden. Möjligheten att bygga upp ny kompetens blir i princip inte möjlig, då den kirurgi som ger basen för kompentensen är borta. Kirurger med kompetens inom esofagus- och ventrikelområdet är redan idag en bristvara i Sverige, så även att lösa problemet med stafetter kommer sannolikt av vara problematiskt. Avseende de kirurger som arbetar med ventrikelcancer bör en intern nivåstrukturering genomföras så att detta hamnar på få händer per centra, men minst fyra individer för att undvika sårbarhet. Även detta är en organisatorisk utmaning men har sannolikt en betydande effekt för kvaliteten på vården. För att optimera kunskapsöverföring och en öppen attityd i riket är det också centralt att man är överens om att kvaliteten på denna vård ska finnas i hela landet så att fruktbara samarbeten och utbyten kan fungera.

Klinisk forskning

Det är centralt att de centra som handlägger denna ovanliga sjukdom är forskningsaktiva. Det sker lämpligen med en kombination av lokala, nationella och internationella projekt. Dessa nätverk behöver stärkas och faciliteras och här kan RCC spela en roll för att underlätta.

En stor utmaning vid forskning på ovanliga tumörformer är att nå ut med kunskap om pågående studier i hela landet så att inklusionstakten i studier inte blir för låg. Dagens Kliniska Prövningsverksamhet förutsätter Kliniska Prövningscentra som idag finns på Onkologklinikerna. För att alla patienter i riket ska kunna nås av spetsforskning är det viktigt att slå vakt om denna struktur som byggts upp med stort engagemang under lång tid.

Konsekvensbeskrivning för vårdgivare, patienter och anhöriga

I maj 2011 beslöt regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting att påbörja ett arbete med nivåstrukturering på nationell nivå för sällsynta och särskilt svårbemästrade

cancersjukdomar. En medicinsk sakkunniggrupp gav förslag på 3 pilotprojekt; peniscancer, mjukdelstumörer bakom bukhålan, så kallade retroperitoneala sarkom, och matstrups- och övre magmunscancer.
Behandlingen av både peniscancer och retroperitoneala sarkom kan ses som relativt isolerade företeelser, som inte i stora mått påverkar sjukvården i övrigt, och kan därför lämpa sig för en diskussion ett sådant pilotprojekt innebär. Handläggningen av esofaguscancer och ventrikelcancer är däremot intimt förknippat med sjukvården i övrigt, både den elektiva och den akuta, och kan därför svårligen särskiljas från denna. Förändringar avseende handläggningen av dessa cancerformer kan därför inte bara ses som något som berör den nationella cancerstrategin, utan riskerar även att få stora konsekvenser för vården i övrigt. Att man valt att särskilja esofagus- och cardiatumörer från rena ventrikeltumörer är problematiskt, då många moment beträffande kirurgin är mer eller mindre identiska. Den utvidgade lymfkörtelutrymningen i övre bukhålan (DII-resektion), som ofta är tekniskt utmanande, och som införts i Sverige under det senaste decenniet efter japansk förebild, ingår i bägge dessa ingrepp. Förutom dessa tekniska aspekter, har det sedan många år tillbaka skett en förändring av incidensen av dessa tumörformer i hela västvärlden, där esofagus- och cardiacancer ökar, medan ventrikelcancer minskar. Att sluta operera esofagus- och cardiatumörer kommer därför med största sannolikhet även att innebära att man på sikt blir tvungen att sluta operera ventrikeltumörer.

De benigna rutiningrepp som utförs på esofagus och ventrikel handlar främst om obesitaskirurgi och antirefluxkirurgi. Denna kirurgi utförs på ett stort antal sjukhus i samtliga regioner. Dessa ingrepp är dock mycket standardiserade och ger inte samma breda organkompetens som den onkologiska kirurgin. Om komplikationer till den benigna kirurgin uppstår, är det de centra som utför den maligna kirurgin som är den naturliga kontakten för remittering.
Det samma gäller även vid vissa akuta ingrepp. Exempel på patientgrupper som riskerar att få en sämre vård innefattar komplikationer till annan kirurgi, trauma som involverar övre bukhålan, blödande magsår, brustna magsår, Boerhaave (spontan esofagusperforation), samt inklämda bråck på övre magmunnen.

De medarbetare som har esofagus- och ventrikelcancerkirurgi som sitt specialområde, är ofta även de medarbetare som har den största endoskopiska kompetensen inom området. Detta gäller både diagnostik, och palliativa åtgärder, som exempelvis stentbehandling. En förlorad organkompetens kommer således inte bara att drabba behandlingen av olika benigna sjukdomar, utan det finns även en risk att både diagnostik och palliation av esofagus- och ventrikelcancer kommer att påverkas negativt.

Den onkologkirurgiska kompetensen i de regioner som förlorar esofagus- och ventrikelcancerkirurgin kommer av förklarliga skäl att drabbas menligt. Kirurgin och onkologin ingår som delar i det team som handlägger och behandlar dessa patienter. Behandlingen kan behöva justeras pga olika omständigheter, och ett nära samarbete mellan onkologer och kirurger är därför av yttersta vikt för att slutresultatet ska bli optimalt. Flyttas kirurgin finns stor risk att denna dialog kommer att försvåras.

Det finns idag väl fungerande vårdkedjor inom regionerna, med fungerande informationskanaler. Dessutom har nätverk av kontaktssjuksköterskor, dietister och

andra professioner byggts upp med hjälp av RCC. Vidare finns en infrastruktur för resor och anhörigboende som är välfungerande i regioner med långa avstånd. Ur ett patientperspektiv kan man således sannolikt finna fördelar med att ha kvar kirurgin i samtliga regioner, då detta möjliggör en mera sammanhållen vårdkedja genom dessa redan upparbetade samarbetsrutiner.

Syftet med en centralisering av esofagus- och ventrikelcancerkirurgin är att höja kvaliteten på cancervården, även om någon klar evidens för detta inte har kunnat förevisas. Som vi ovan redogjort för riskerar dock denna åtgärd att medföra försämringar både för cancerpatienter och för stora grupper av andra patientgrupper. Det finns således en risk att en åtgärd som görs för att höja kvaliteten på cancervården, i stället riskerar att försämra delar av den samma.

Sammanfattningsvis anser vi således att esofaguscancer och ventrikelcancer bör bedömas gemensamt, och att denna kirurgi bör utföras i varje sjukvårdsregion. Med ett sådant beslut finns förutsättningar till en mer sammanhållen vårdkedja genom redan upparbetade samarbetsrutiner och riskerna med att bryta upp välfungerande vård-kedjor minskar. Samarbete och samsyn mellan enheter, förekomst av fungerande MDK, register och teamarbete utgör grunden för god kvalitet. Svensk sjukvård håller god internationell klass avseende kirurgi av esofagus-ventrikelcancer och data från NREV (Nationella kvalitetsregistret för esofagus- och ventrikelcancer) visar inte på någon säker kvalitetsskillnad mellan de sju universitetssjukhusen.

1. Bare M, Cabrol J, Real J, Navarro G, Campo R, Pericay C, Sarria A. In-hospital mortality after stomach cancer surgery in Spain and relationship with hospital volume of interventions. *BMC Public Health* 2009;**9**: 312.
2. Dikken JL, van Sandick JW, Allum WH, Johansson J, Jensen LS, Putter H, Coupland VH, Wouters MW, Lemmens VE, van de Velde CJ, van der Geest LG, Larsson HJ, Cats A, Verheij M. Differences in outcomes of oesophageal and gastric cancer surgery across Europe. *Br J Surg* 2013;**100**(1): 83-94.
3. Sundbom M, Hedberg J. Trends in Use of Upper Abdominal Procedures in Sweden 1998-2011: A Population-Based Study. *World J Surg* 2013.
4. Sundbom M, Hedberg J. Geographical differences in upper abdominal resectional surgery and high-volume procedures in Sweden during 2009-2011. *Scandinavian Journal of Gastroenterology* 2014;**49**(2): 246-252.

Föreslagen nationell nivåstrukturering från Region Syd, Region Väst och Region Stockholm-Gotland

Hela denna sakkunniggrupp är enig om att ventrikelcancer kirurgi bör nivåstruktureras ytterligare jämfört med dagens nivå men vi är oense om hur många enheter vårt land kan hysa med tanke på patientvolymen.

Vi anser att kurativt syftande ventrikelcancer kirurgi bör nivåstruktureras till inte fler än fyra centra i Sverige. Idag utförs denna kirurgi på 31 olika enheter i landet där endast tre enheter gör fler än 15 ingrepp/år (Årsrapport NREV 2014).

Bakgrunden till vår ståndpunkt är följande:

Vårdkvalitet

Det är idag mycket svårt att göra några egentliga jämförelser av vårdkvalitet och utfall baserat på enskilda centers verksamhet eftersom att operationsvolymerna per enhet är så små. Det är därför tyvärr svårt att idag identifiera de faktorer som behöver förbättras vilket är till nackdel för patienten. De små kirurgiska volymerna på respektive enhet gör det också svårt att införa modernare teknologi och nya kirurgiska behandlingsmetoder på ett så säkert sätt som möjligt.

Samband mellan volym och utfall

Den vetenskapliga litteraturen kring nyttan av höga volymer inom kirurgisk verksamhet i förhållande till kort och långsiktigt utfall av kirurgin är entydig. Högre volymer ger bättre utfall.
Att systematiskt återge kunskapsläget skulle bli allt för omfattande för detta remissvar utan vi hänvisar till de statliga utredningar som är gjorda i form av SBU:s rapport 2014 om samband mellan sjukhus/kirurg volym och kvalitet samt utredningen om högspecialiserad vård som leds av Måns Rosén. I SBU:s rapport visade samtliga systematiska översikter utan undantag ett positivt samband mellan volym och utfall (Rosén et al. Läkartidningen. 2015;112:DDYI). Det finns mycket lite publicerat explicit för ventrikelcancer men rimligen bör frågan om volym kontra utfall inom kirurgin vara allmängiltig.

Sakkunniggruppen är ense om att det finns ett samband mellan volym och utfall men vi är oense om var brytpunkten är, det vill säga hur många fall man ska göra föra att det inte ska bli ytterligare kvalitetsförbättring om man fortsätter att öka volymen per enhet. Vi anser att denna brytpunkt är betydligt högre än vad man tidigare trott. Anledningen till att studier där man undersökt samband mellan volym och utfall för denna och andra ovanliga cancer operationer, ger låga brytpunkter är att inga av de enheter som studerades hade höga volymer. Detta gör att man inte kan påvisa hur utfallet skulle

blivit med högre volymer och det har lett till att man diskuterar ganska låga brytpunkter på ca 15- 20 operationer per enhet. Studier för andra typer av operationer där man kan titta på betydligt högre volymer visar att utfallet förbättras med högre volym även i dessa intervall (Rosén et al. Läkartidningen. 2015;112:DDYI).

Kompetensförsörjning

För att säkra kompetensutveckling för alla professioner som är nödvändiga för optimal handläggning av denna patientgrupp krävs högre volymer än vad som idag är fallet på majoriteten av de enheter som opererar ventrikelcancer. För att kunna bedriva en verksamhet som med rimlig marginal säkrar tillgång på kompetenta kirurger på en enhet så bör finnas minst tre till fyra kirurger som kan utföra ett specifikt ingrepp. Då klarar man frånfall av en kirurg och på kort sikt även av två. För att dessa individer ska få adekvat träning anser vi att landet inte kan härbärgera fler än 4 enheter med tanke på nuvarande volymer.

Resursutnyttjande

Att bygga en enhet för avancerad cancerkirurgi kräver att man bygger upp specialkompetenser inom flera olika professioner. Det kräver även att komplexa nätverk och flöden etableras inom slutenvård och mellan slutenvård och öppenvård. Med små volymer blir dessa nätverk sköra eftersom de ofta bygger på enstaka individer. Det kan räcka med att en person flyttar för att verksamheten ska hotas och därmed stora investeringar gå om intet.

Forskning och utveckling

Ventrikelcancer tillhör gruppen ovanlig cancer enligt definition i grupperingen ”Rare cancer Europe”. Denna grupp rapporterar att överlevnad i gruppen ovanlig cancer är sämre än för andra cancerformer och som orsak anger man bland annat att för få kliniska studier utförs. I Sverige är det framförallt den patientnära forskningen som tappat mark, detta finns beskrivet både i Vetenskapsrådets rapport ”den kliniska forskningens kris och pris” och i en senare statlig utredning ledd av Olle Engkvist. Idag finns möjlighet till registerbaserade studier för patientgruppen med ventrikelcancer, men kliniskt patientnära forskning är inte möjlig att genomföra på så väldigt små material som opereras per center idag (Fig. 19). Särskilt eftersatt är nödvändig patientnära klinisk forskning på ventrikelcancer som bedöms botbar.
Att bedriva multicentrisk forskning är komplicerat och har också begränsningar. Det är därför vår bedömning att ökade volymer per enhet skulle leda till fler studier med högre kvalitet.
Utveckling och utvärdering av nya metoder är mycket svårt på enheter där man opererar färre än ett ingrepp per månad vilket är fallet på 90 % av enheter som idag opererar ventrikelcancer i Sverige.

Utbildning och fortbildning

Som en del i ett nationellt uppdrag bör nationella enheter tillhandahålla utbildnings- och fortbildningsplaner för ST läkare och specialister i sitt upptagningsområde. Eftersom ett nationellt center kan erbjuda stora volymer så kommer läkare som tillfälligt kommer dit för utbildning att under kort tid få se mycket. Detta anser vi ger bättre förutsättningar för lärande än om dessa fall kommer med glesa intervall på hemsjukhuset.

Konsekvenser för vårdgivare av nivåstrukturering

Den mest påtagliga potentiellt negativa effekten är *påverkan på jourverksamheten.* När kirurgin av cancersjukdomar nivåstruktureras riskerar man tappa kompetens som lokalt kan handlägga akuta åkommor inom respektive område. Vi anser att en nationell enhet som en del i sitt åtagande ska tillhanda hålla en *sista utposten-funktion* inom sitt område 24/7/365. Akuta sjukdomar inom detta område som kräver subspecialist-kompetens akut är relativt ovanliga och en *sista utposten-funktion* anser vi skulle säkra god vård även för dessa akuta patienter. Det är också viktigt att nationell enhet axlar ansvar vad gäller fortbildning för specialister för framförallt bakjourskompetens. För detta behöver fortbildningsprogram och riktad kursverksamhet inrättas.

Svårigheter att nyrekrytera pga att man blir mindre attraktiv som arbetsgivare för kirurger anges ofta som en risk. Detta tror vi är en i diskussionen överdriven och på sin höjd tillfällig konsekvens. Dels är volymerna i de allra flesta fall redan nu mycket låga. Dels måste ju enheter som inte längre utför denna kirurgi planera sin verksamhet därefter och rekrytera personal som vill syssla med den verksamhet som motsvarar enhetens uppdrag. När det gäller benign kirurgi inom detta område anser vi att även denna bör bli föremål för nationell centrumbildning eftersom volymerna, i likhet med cancerkirurgin, är små.

Påverkan på forskning och utbildning inom ventrikelcancerområdet på enheten. Redan idag är volymerna allt för små för att någon internationellt sett konkurrenskraftig patientnära forskning skall kunna bedrivas förutom möjligen på de tre största enheterna och då i multicenterform. Nivåstrukturering innebär att konkurrenskraftig patientnära forskning kommer att möjliggöras. Dessutom kan positiva effekter på fortbildning och utbildning samt FoU av nivåstrukturering som beskrivs ovan, förväntas ske.

Möjliga konsekvenser för vårdgivare som tar emot ökade volymer av ventrikelcancerkirurgi

Nyrekryteringsbehov och ökning av fysiskt utrymme är en tänkbar följd. För de största enheterna i landet blir den procentuella volymsökningen vid nationell nivåstrukturering i den nu föreslagna storleksordningen inte större än att man bör kunna hantera detta utan problem. Om man skulle besluta om endast 1-2 enheter i landet så skulle sannolikt signifikanta tillskott av både fysiskt utrymme och personella resurser krävas.

Undanträngningseffekter. Samma resonemang som ovan, dvs detta är framförallt en risk i ett scenario med endast 1-2 enheter i landet. Sjukhuset kan då behöva lämna ifrån sig andra diagnosgrupper för att klara sitt nationella uppdrag.

Möjliga konsekvenser för patienter och närstående

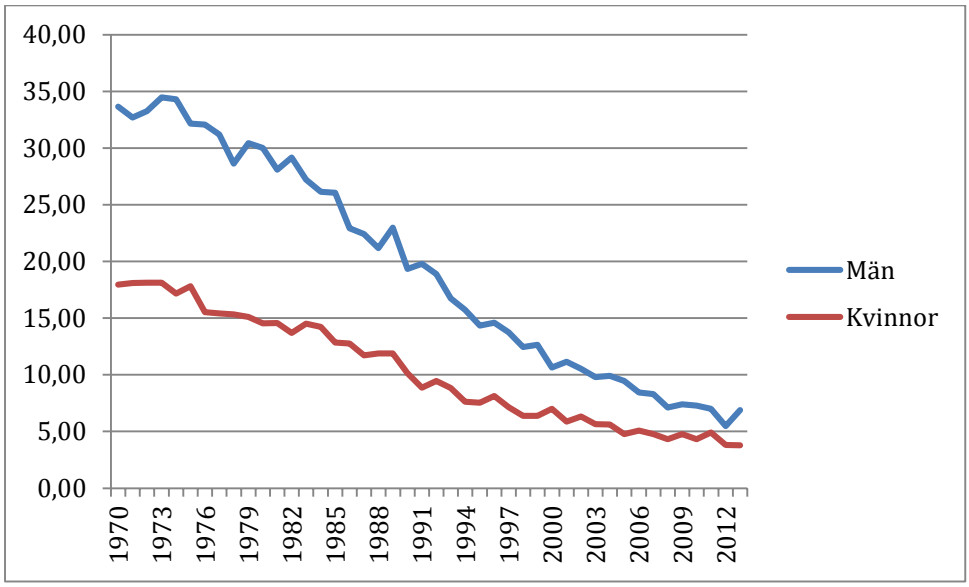
Patienten kan komma att få sin operation utförd längre bort från hemmet än i nuläget. Patientföreträdare har tydligt deklarerat att man vill få sin canceroperation utförd på enhet där detta kan ske med maximal kvalitet. Avståndet till opererande sjukhus anses vara av underordnad betydelse eftersom det rör sig om en engångsföreteelse.

Om en nivåstrukturering inte genomförs riskerar ventrikelcancerpatienterna att inte få bästa möjliga kvalitet på den kirurgiska vården.

Vårdvolymer

Vårdvolymer- hela vårdprocessen

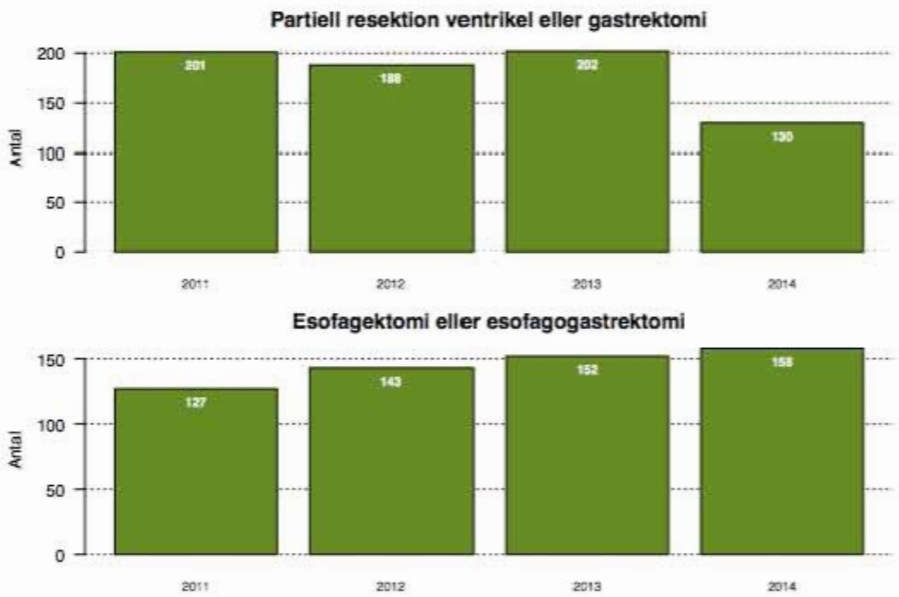
Om man räknar bort kardiacancer drabbades i Sverige 514 personer år 2013 av mer distal ventrikelcancer varav 308 var män och 206 kvinnor (*Cancer Statistics Sweden 1958-2009.* The National Board of Health and Welfare, 2011).
Figur 3 visar en tydligt sjunkande incidens (mätt som antal fall per 100 000 personår, åldersstandardiserat för befolkningen i Sverige år 2000) för ventrikelcancer (borträknat kardia) i Sverige mellan 1970 och 2013. Det föreligger ingen signifikant incidens skillnad mellan regionerna.



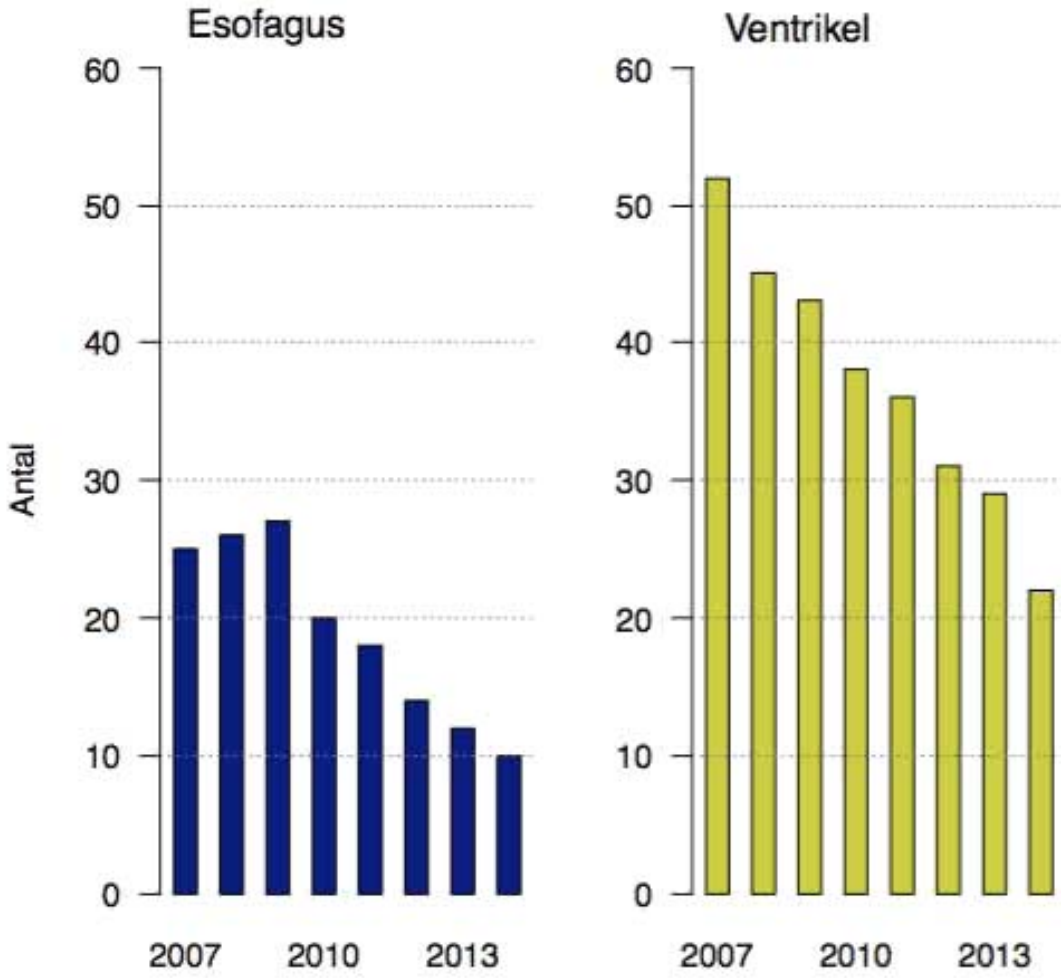
Figur 3. Incidens för adenocarcinom i ventrikeln (borträknat kardia) i Sverige 1970-2013, åldersstandardiserad för befolkningen år 2000.
*Data hämtat från Socialstyrelsens hemsida (*http://192.137.163.49/sdb/can/val.aspx*)*

Vårdvolymer- föreslagen nivåstrukturerad insats

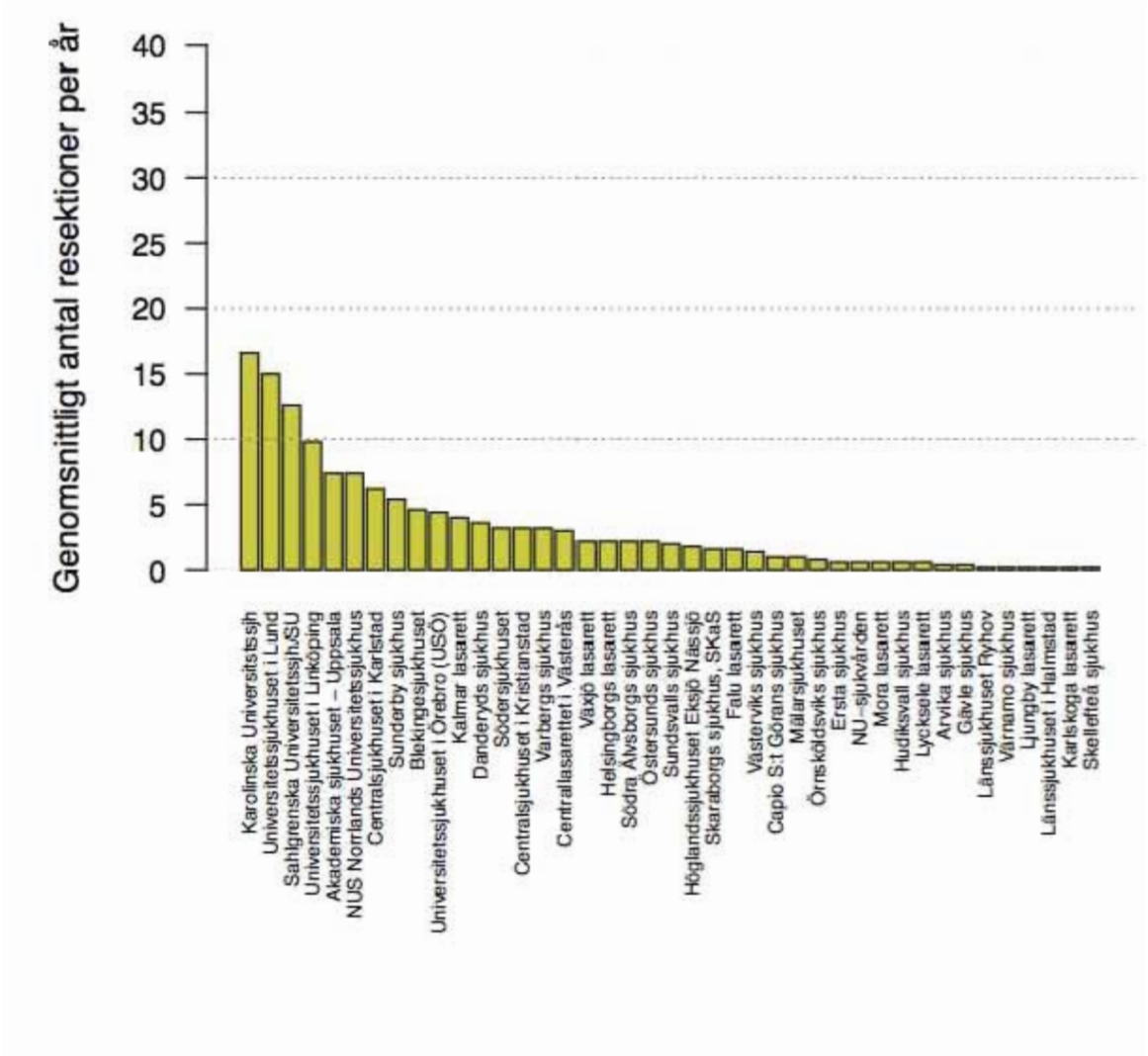
Under tiden 2011-14 utfördes enligt vårt nationella register i medeltal 140 ventrikelresektioner per år (cardia ej inräknat) i Sverige. Dessa utfördes på 41 olika sjukhus (fig 19). Antalet centra har minskat under perioden (fig 21) men observera att värdet från 2014 är underskattat på grund av eftersläpning i inrapportering. Antalet operationer per år i Sverige har varit stabilt för ventrikelcancer (fig 16). Observera att variabeln ”partiell resektion ventrikeln eller gastrektomi” inkluderar även cardiacancer.



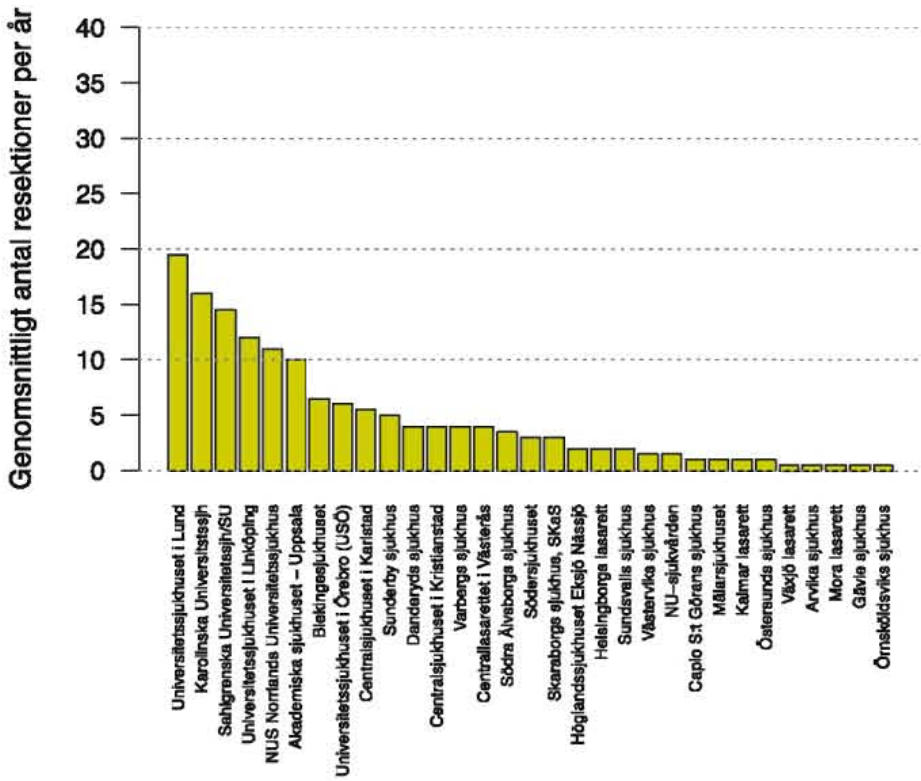
Figur 16. Antal endoskopiska resektioner, partiella resektioner ventrikel eller gastrektomier respektive esofagektomier eller esofagogastrektomier för operationsår 2011-2014. Antalet operationer 2014 kan vara underskattad på grund av eftersläpning i registreringen.



Figur 21. Antal kliniker som utför resektion uppdelat på operationsår.



Figur 19. Genomsnittligt antal registrerade ventrikelresektioner per operationsår för perioden 2011 - 2014.



Figur 20. Genomsnittligt antal registrerade ventrikelresektioner uppdelat på klinik för 2013 - 2014. Endoskopiska resektioner typ EMR och ESD ingår ej.

Best practice för kurativ syftande kirurgisk behandling vid ventrikelcancer

För behandling av tidig ventrikelcancer, det vill säga tumörer begränsade till slemhinnan, är endoskopisk resektion av slemhinnan, sk mukosektomi förstahandsbehandling. Vid fortfarande botbar, men mer avancerad ventrikelcancer, är huvudbehandlingen resektion av hela eller distala magsäcken samt omfattande utrymning av definierade lymfkörtelstationer. Det finns idag övertygande bevis för att cytostatikabehandling före och efter denna typ av kirurgi ytterligare förbättrar möjligheten till bot.

Målsättningen med kirurgin vid ventrikelcancer är att ta bort all tumörvävnad med säker marginal, med minsta möjliga skadliga inverkan på patienten. I praktiken innebär detta att borttagande av primärtumören med god marginal, samt utrymning av definierade näraliggande lymfkörtelstationer med risk för metastaser, alltid eftersträvas.

Mönstren för spridning till regionala lymfkörtelstationer är väl kartlagda i ett flertal vetenskapliga artiklar från Japan. Man kan utifrån dessa data förutsäga risken för metastaser i enskilda lymfkörtelstationer utifrån primärtumörens läge och utbredning. Utifrån dessa kunskaper har man definierat olika grader av lymfkörtelutrymning beroende på risken för spridning till lymfkörtlarna vid olika primärtumörstadier. Utrymning av enbart de mest tumörnära lymfkörtlarna, där det alltså är störst risk för metastaser, kallas för D1 och praktiseras vid tumörer i slemhinnan där endoskopisk resektion av olika skäl inte varit lämpligt. Resektion av såväl de närliggande D1-körtlarna samt de något mer avlägsna körtlarna längs de stora artärstammarna runt magsäcken kallas för D2 och är numera den typ av lymfkörtelutrymning som rekommenderas såväl I Sverige som i de flesta andra länder vid de vanligast förekommande stadierna av botbar magsäckscancer. Resektion av magsäcken med D2-lymfkörtelutryming är ett mycket komplext ingrepp som kräver omfattande utbildning och träning och har i många vetenskapliga publikationer visats medföra hög risk för komplikationer och död efter kirurgin. Dock finns idag tydliga belägg för att D2-utrymning kan göras med acceptabel komplikationsrisk och med bättre långtidsprognos än vid mindre omfattande körtelutrymning.

Under de senaste åren har allt fler centra runt om i världen övergått till minimalinvasiv teknik, sk laparoskopisk resektion. Med denna teknik kan samma onkologiskt effektiva operation genomföras med mindre trauma för patienten, vilket i praktiken innebär färre komplikationer och snabbare återgång till god livskvalitet med bibehållen möjlighet till långsiktig tumörfrihet. Även i Sverige har en del centra övergått till huvudsakligen laparoskopisk ventrikelcancerkirurgi.

För mer detaljerad information om *best practice* vid ventrikelcancerkirurgi hänvisas till det nationella vårdprogrammet.

Redovisade nationella kvalitetsdata

Den stora majoriteten av patienter som diagnosticeras med ventrikelcancer i Sverige registreras i det nationella kvalitetsregistret för esofagus och ventrikelcancer (NREV). Data i detta register har en hög validitet och täckningsgrad, men det finns för närvarande en eftersläpning som gör att analyserna sker med viss fördröjning.[1]

NREV publicerar årligen rapporter med information om incidens, behandlingspanorama och utfall bland annat i form av väntetider, komplikationer och överlevnad (http://www.cancercentrum.se/samverkan/cancerdiagnoser/matstrupe-och-magsack/kvalitetsregister/). Nedan följer några valda delar ur denna i punktform:

- Täckningsgraden är över 90% i riket
- Andel av patienter som dras på MDK varierar mellan regionerna (15%-61%)
- Tid från diagnos till behandlingsbeslut är i median cirka 17 dagar, inga regionala variationer ses.
- Andelen patienter som opereras med borttagande av hela, eller del av magsäcken är cirka 40%
- 2013 gjordes dessa operationer på 29 sjukhus i landet
- En tydlig trend mot minskat antal sjukhus som gör denna kirurgi ses
- Mellan fyra och sju sjukhus per region genomför denna kirurgi 2013
- Andelen patienter som opereras ”radikalt” det vill säga med tumörfria gränser är cirka 80 % i landet utan synliga skillnader mellan regioner
- Andelen lymfkörtlar undersökta av patolog skiljer något mellan regionerna.
- Vårdtiden efter operation är i genomsnitt 11 dagar utan större variationer mellan regionerna
- Andel döda inom 90 dagar är cirka 5 % utan synliga regionala mönster
- 5-årsöverlevnaden vid ventrikelcancer som opereras är knappt 40% utan skillnad mellan regionerna eller mellan kön.

1. Linder G. The Swedish National Registry for Esophageal and Gastric cancer-NREV, completeness timeliness and validity. *Manuscript* 2015.

Kvalitetsdata i verksamhetsförbättring och uppföljning av mål

RCC Syd
Definition av mål och uppföljning av dessa sker i samarbete med RCC Syd och beskrivs av den regionale processledaren i deras rapporter.
Kvalitetsdata används för verksamhetsförbättring genom arbete i den regionala- och de lokala processgrupperna.

RCC Uppsala-Örebro
Den regionala rapporten från Uppsala/Örebroregionen finns på http://www.cancercentrum.se/globalassets/cancerdiagnoser/matstrupe-och-magsack/kvalitetsregister/nationell-kvalitetsregisterrapport-matstrups-magsackscancer-2014.pdf

Denna uppdateras årligen och diskuteras vid årliga möten med representanter från alla landsting i vårdprogramgruppen. Vi ser då tydligt hur våra ledtider ser ut och var kraftsamling behövs. Vi har också diskuterat vidare regionalt samarbete mellan patologer för att minska risken för onödigt långa ledtider här på grund av lokal patologbrist.
Den regionala årsrapporten används av vårdprogramgruppen för esofagus- och ventrikelcancer i Uppsala-Örebroregionen som bas för förbättringsarbeten. Detta har resulterat i högre antal undersökta lymfkörtlar på vissa ställen och en ytterligare regional nivåstrukturering.

RCC Stockholm-Gotland
Den regionala vårdprogramgruppen träffas fyra gånger årligen och följer då upp täckninggraden i NREV. Vid det vårdprogramgruppsmöte som infaller närmast efter publikationen av NREVs årsrapport diskuteras regionens resultat jämfört med övriga landet. Särskilt fokus har under det senaste året legat på uppföljning av ledtider inför införandet av det standardiserade vårdförloppet.

RCC Norr
Årligen anordnas ett Regionmöte i Norra regionen då resultat från NREV redovisas, och diskussion förs kring konsekvenser av dessa. Vidare sker ett utbyte av information om nya tekniker etc. Vid dessa möten förs även dialog mellan de olika vårdgivarna i Norra regionen med avsikt att förbättra kvaliteten och logistiken avseende dessa patienter. Dessa möten hålls vart annat år i Umeå, och cirkulerar vart annat år mellan de andra sjukhusen i regionen.

RCC Syd-Öst
Vi har regelbunden genomgång av våra resultat inom ramen för kvalitetsarbete för ST läkare. 2014 års data esofagus och ventrikelcancer genomgås nu av ST-läkare. Fram till 2013 publicerat (Esofaguscancer; Oxaliplatin lika bra som cisplatin men tolereras bättre. A Papakonstantinou, M Albertsson; Onkologi i Sverige 5, 44 – 50, 2013).
Vi har sedan tre månader en INCA rapportör anställd på kliniken vilket innebär att vi kommer att kunna kvalitetsuppfölja ett ännu bättre sätt.

RCC Väst

Det pågår ett aktivt och kontinuerligt arbete för att upprätthålla hög regional täckningsgrad i NREV. Kvalitetsdata används för verksamhetsförbättring såväl lokalt som regionalt. Avrapportering sker genom ett årligt regionmöte mellan Regional processägare, kvalitetsregisteransvarig och stödteamet från RCC Väst (statistiker, INCA administratör för NREV samt Regional utvecklingsledare) och vårdprocessgrupperna från varje regional enhet. Rapportering sker även i samband med att regional processägare och stödteam från RCC besöker varje regional enhet minst en gång per år i dialogmöten. Kvalitetsdata har också utgjort underlag i processen för regional koncentration av ventrikelcancerkirurgi i Region väst. I dagsläget pågår även ett arbete för framtagande av verktyg för översyn av ledtidsuppföljning i realtid där även patienten kan vara delaktig.

Kompetenskrav för olika delar av processen

Här berörs enbart de kompetenser som är aktuella för den del av processen som diskuteras för nivåstrukturering, det vill säga kurativt syftande kirurgi och den perioperativa delen av denna delprocess.

I det nationella vårdprogrammet för esofagus/ventrikelcancer framgår att ”gastrektomi ska göras på centra med minst 15 sådana ingrepp per år”. I övrigt definieras inte vilka specifika kompetenser som ska finnas på en opererande enhet. Här följer en lista över professioner som bör finnas för att det ska finnas förutsättningar för god kvalitet i processen.

- Övre-gastro specialiserade kirurger med stor vana av ventrikelcancerkirurgi som vid behov även kan operera i bröstkorgen. Det ska även finnas kompetens att handlägga kirurgiska komplikationer av olika svårighetsgrad både endoskopiskt och kirurgiskt.
- Kontaktsjuksköterskor med stor vana av att hantera de specifika problem som denna patientgrupp möter.
- Anestesi- och operationspersonal med stor vana av att hantera stora kirurgiska ingrepp på sköra patienter. Man behöver även ha kompetens att stänga av ena lungan i de fall ingreppet måste utvidgas till bröstkorgen.
- Sjukgymnast, avdelningspersonal och dietist med god vana av att hantera patienter som genomgått avancerade kirurgiska ingrepp och som är väl utbildade i de specifika problem som denna patientgrupp kan presentera.
- Interventionell radiologi som kan hjälpa i hantering av postoperativa komplikationer
- Patolog med specialintresse av cancer inom mag-tarm kanalen.
- Kurator

Angående krav på tillgänglighet så ska man kunna uppfylla kraven enligt standardiserat vårdförlopp för ventrikelcancer. Övre-gastro specialiserade kirurger enligt ovan ska finnas tillgängliga på telefon 24/7/365 och bör kunna infinna sig på enheten inom några timmar vid akut behov.
Samma krav gäller självfallet anestesi och operationspersonal.
Sjukgymnast eller motsvarande kompetens bör finnas även på helger för att säkerställa adekvat mobilisering under hela det postoperativa förloppet

Kompetensutveckling och kompetensförsörjning

Detta beskrivs i de två separata svaren

Teknisk utrustning

Detta är inte relevant för denna diagnos

Nationell multidisciplinär konferens

Kompetenserna bör vara samma som för den MDK som beskrivs i SVF. Lämpliga fall för nationell konferens är speciellt komplexa fall.
Redan idag finns en nationell konferens för bland annat esofagus-ventrikel cancer som hittills organiserats via Huddinge. I dag deltar delar av landet men den kan vidareutvecklas till att fungera som en fullödig nationell konferens. Formerna för Nationell konferens och ansvarsfrågan behöver definieras tydligare.

Klinisk forskning

Detta beskrivs i de två separata svaren

Konsekvensbeskrivning för vårdgivare respektive för patient/närstående

Detta beskrivs i de två separata svaren

Patientföreträdares kommentar

Nivåstrukturering Ventrikelcancer - ett patientperspektiv

Som patientföreträdare i RCCs arbetsgrupp ”Nivåstrukturering Ventrikelcancer” har jag blivit ombedd att ge min syn på förslagen presenterade av professionen i arbetsgruppen.

Generellt tvingas jag konstatera att diskussionen präglats av en begränsad öppenhet för nytt tänkande och en hög grad av försvar av särintressen och etablerade strukturer. Som lekman hade jag hoppats på att gruppen skulle ta tillfället i akt att tänka ”out of the box” i en strävan att göra svensk cancervård ännu bättre. I stället upplever jag att gruppens medlemmar fokuserat på att försvara sin regions etablerade vårdlösningar utan att på allvar analysera alternativ.

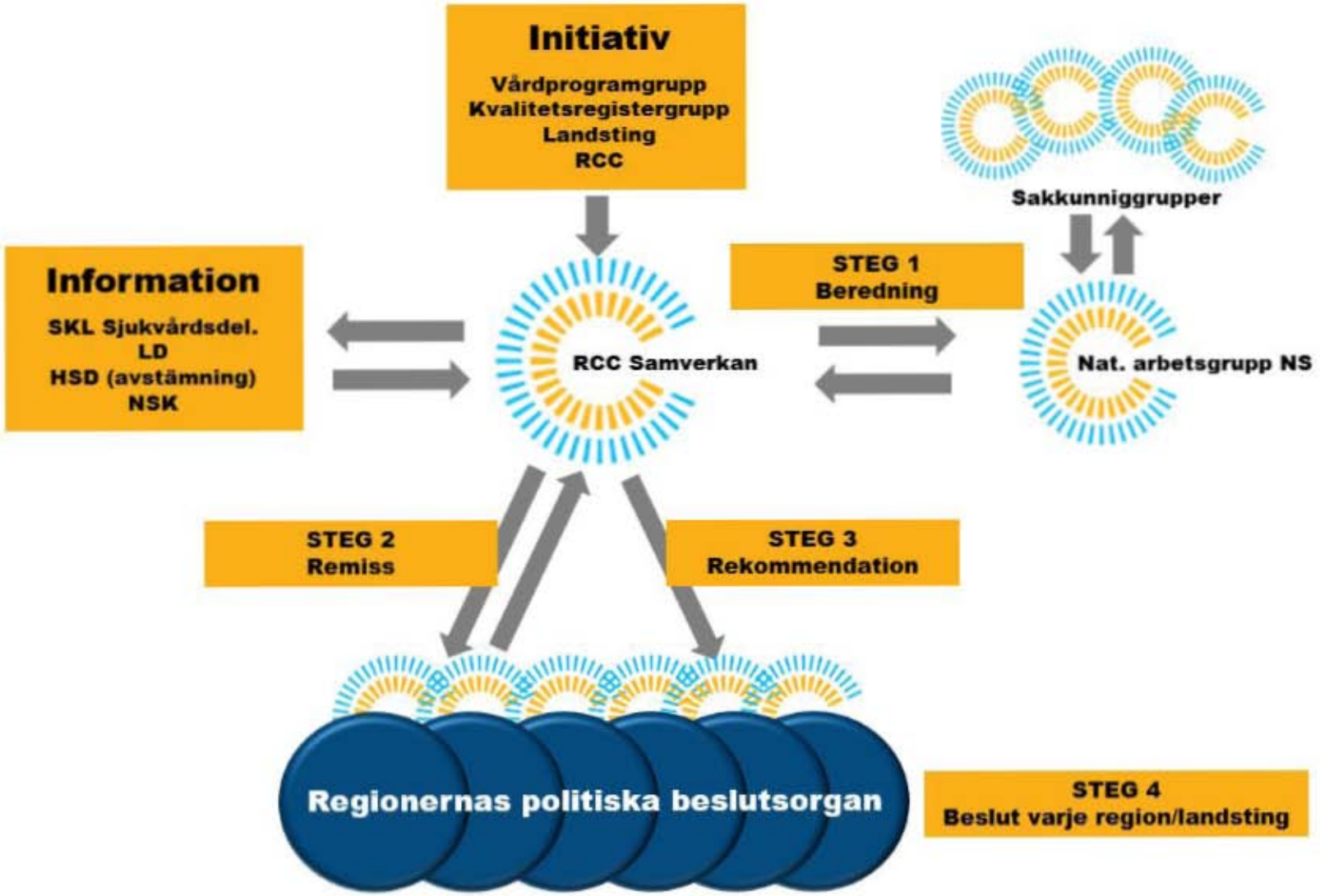
Utan att försöka göra mig till talesman för alla patienter tror jag att jag vågar påstå att man som cancerpatient upplever dödsångest och är mycket rädd för att:

1. inte få behandling tillräckligt snabbt
2. inte få en fullgod och högkvalificerad vård
3. inte få stöd och hjälp i val av behandlingsform

Den uppfattning jag fått är att svensk cancersjukvårds nuvarande struktur fokuserar på närhet och lokal förankring. Detta bör tillgodose behovet av att behandling kan sättas in snabbt liksom stöd och hjälp men svarar inte med automatik på behovet av högkvalificerad vård.
Högkvalificerad kirurgi generellt bygger, enligt mitt synsätt, på krav på hög kompetens, rätta vårdresurser samt god praktisk erfarenhet av ingreppet. Som lekman kan jag inte i detalj värdera olika vetenskapliga studiers relevans vad gäller kopplingen mellan kirurgers/kirurgteams operationserfarenhet/operationsfrekvens, kompetens och patientens överlevnad/tillfrisknande. Generellt är jag dock övertygad om att hög erfarenhet/frekvens leder till bättre operationsresultat. Varför ska kirurgi skilja sig från all annan typ av arbete?
Jag är också övertygad om att svensk sjukhusvård av majoriteten av patienter uppfattas som statligt styrd utan lokala avgränsningar vad gäller vårdtillgänglighet vilket i realiteten kanske inte är fallet. De historiska landstingsgränserna får inte utgöra hinder för tillgång till bästa specialistvård, och ansvaret vilar tungt på SKL och andra centrala instanser för att överbrygga detta.

Slutsats:
Baserat på ovanstående förespråkar jag en centralisering av ventrikelcancerkirurgi liksom av annan kvalificerad lågfrekvent kirurgi.
Jag saknar kompetens att bedöma om detta bäst sker genom en lösning med ett centra per region (enl modell Västra Regionen) eller till bara ett par centra totalt för Sverige. Viktigt är dock att patientens krav på bästa möjliga vård inte blockeras av historiska organisationsstrukturer som inte matchar dagens krav.
Jag förespråkar därför att RCC/SKL i ett första steg snarast tar initiativ till att all ventrikelcancerkirurgi koncentreras till ett centrum per region, inom en tidsrymd av ett till max två år, samt att därefter en ny diskussion initieras för att se över om en ytterligare centralisering kan förbättra vården ytterligare.

Nationell nivåstrukturering – rekommendation om beslut


Initiativ
Vårdprogramgrupp
Kvalitetsregistergrupp
Landsting
RCC
Sakkunniggrupper
Information
SKL Sjukvårdsdel.
LD
HSD (avstämning)
NSK
STEG 1
Beredning
RCC Samverkan
Nat. arbetsgrupp NS
STEG 2
Remiss
STEG 3
Rekommendation
Regionernas politiska beslutsorgan
STEG 4
Beslut varje region/landsting

Handläggningsgång

7 jan	Information från SKL till nätverken och Sjukvårdsdelegationen. Information från RCC-chefer till RCCs styrgrupper.
11 jan	Förslag om åtgärder och antal blir offentliga. Nyhet på RCCs webb.
14 jan	NSK – ger stöd för nivåstrukturering generellt, önskar framtagande och beslut av uppföljning.
15 jan	Presentation för HSD, ID och LD. Muntlig info om förslag på nationella vårdenheter.
21 jan	Presentation för Sjukvårdsdelegationen på SKL.
21 jan kl 16	Första tidpunkt för offentlighet om föreslagna vårdenheter.
	Nyhet RCCs webb och SKL.

Remissvar och ansökningar

- Samtliga sex sjukvårdsregioner har avlämnat gemensamma remissvar
- Därutöver har särskilda yttranden inkommit från några regioner/landsting
- Sydöstra sjukvårdsregionen har lämnat generella synpunkter
- Konsensus inom nationella arbetsgruppen och RCC i samverkan för presenterade rekommendationer
- Rekommendation om fullständig regional nivåstrukturering
  - Prioriterar att i ett första steg koncentrera den nuvarande, spridda, lågfrekventa verksamheten
  - Ska utvärderas efter 2 år
  - Kan innebära ett första steg till nationell nivåstrukturering efter utvärdering

Analcancer

- **Volym:** Totalt ca 140 patienter/år
- **Nuläge:** Radiokemoterapi , ca 100/år, ges vid 10 kliniker
  Salvage kirurgi vid lokalrecidiv, ca 20/år, utförs vid minst 10 kliniker
- **Remiss:** Radiokemoterapi ges vid 4 nationella vårdenheter
  Salvagekirurgi utförs vid 2 nationella vårdenheter
  Nationell MDK införs vid definierade situationer

Analcancer radiokemoterapi och kirurgi – Rekommendation

- **Sökande:** **Akademiska sjukhuset Uppsala, Karolinska Universitetssjukhuset, Norrlands Universitetssjukhus (enbart radiokemoterapi), Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Skånes Universitetssjukhus, Universitetssjukhuset Linköping**

- ***Rekommendation:***

  Radiokemoterapi utförs vid 4 nationella vårdenheter.

  Uppdraget lämnas till Akademiska sjukhuset Uppsala, Norrlands Universitetssjukhus, Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Skånes Universitetssjukhus.

  Kirurgisk behandling (salvage surgery) utförs vid 2 nationella vårdenheter.

  Uppdraget lämnas till Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Skånes Universitetssjukhus.

Vulvacancer

- **Volym:** **Totalt ca 150 – 190 patienter/år**
- **Nuläge:** **Behandling, kirurgisk och onkologisk sker vid de sju universitetssjukhusen samt vid länssjukhus i Karlstad och Karlskrona**
- **Remiss:** **Behandling ges vid minst 3 men högst 4 nationella vårdenheter**
  Nationell MDK införs vid definierade situationer

Vulvacancer – Rekommendation

- **Sökande:** **Akademiska sjukhuset Uppsala, Karolinska Universitetssjukhuset, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Skånes Universitetssjukhus, Universitetssjukhuset Linköping**

- ***Rekommendation:***

  Behandling av vulvacancer ges vid 4 nationella vårdenheter.

  Uppdraget lämnas till Karolinska Universitetssjukhuset, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Skånes Universitetssjukhus och Universitetssjukhuset Linköping

Isolerad hyperterm perfusion

- **Volym:** Totalt ca 40 patienter/år
- **Nuläge:** All behandling koncentrerad till Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg
- **Remiss:** Behandling ges vid en nationell vårdenhet
  Verksamheten ska etablera samverkan med någon eller några av övriga nordiska enheter
  Nationell MDK ska övervägas vid definierade situationer

Isolerad hyperterm perfusion – Rekommendation

- **Sökande:** **Sahlgrenska Universitetssjukhuset**

- ***Rekommendation:***

  Behandling med isolerad hyperterm perfusion ska ges vid 1 nationell vårdenhet

  Uppdraget lämnas till Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Cytoreduktiv kirurgi med intraperitoneal kemoterapi för behandling av cancer i bukhinnan, CRS/HIPEC

- **Volym:** Totalt ca 150 operationer/år
  Bedöms öka till ca 200/år
- **Nuläge:** All behandling koncentrerad till 4 vårdenheter
  Nationell MDK är införd för svårbedömda fall, utländsk expertis deltar.
- **Remiss:** CRS/HIPEC behandling ges vid 2 – 4 nationella vårdenheter
  Det slutliga antalet fastställs efter bedömning av inkomna ansökningar
  Nationell MDK ska finnas

CRS/HIPEC – Rekommendation

- **Sökande:** **Akademiska sjukhuset Uppsala, Karolinska Universitetssjukhuset, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Skånes Universitetssjukhus**

- ***Rekommendation:***

  Behandling med cytoreduktiv kirurgi med intraperitoneal kemoterapi för behandling av cancer i bukhinnan ges vid 4 nationella vårdenheter

  Uppdraget lämnas till Akademiska sjukhuset Uppsala, Karolinska Universitetssjukhuset, Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Skånes Universitetssjukhus

Kurativt syftande kirurgi vid matstrups- och övre magmunscancer – Sakkunnigförslag

- **Volym:** Ca 170 fall/år.
- **Nuläge:** 2013 utfördes denna kirurgi vid 11 sjukhus. 3 sjukhus utförde > 20 ingrepp/år, 4 sjukhus utförde 10 – 20 ingrepp/år och 4 sjukhus utförde < 10 ingrepp/år.
- **Remiss:** Kurativt syftande kirurgi utförs vid 4 nationella vårdenheter.
  Nationell MDK

  Ytterligare koncentration kan vara aktuell vid ovanligare och komplicerade situationer, i enlighet med det nationella vårdprogrammet

Kurativt syftande kirurgi vid magsäckscancer – Sakkunnigförslag

- **Volym :** **Ca 500 fall av magsäckscancer per år varav ca 140 – 150 genomgår kurativt syftande kirurgi.**
- **Nuläge:** **Enligt NREV utfördes i genomsnitt/år 2013-14:**
  60% av op vid 7 universitetssjukhus, 9 – 20 op/sjukhus
  40 % av op vid 24 sjukhus, 1 – 5 op/sjukhus.
- **Förslag:** **Enighet kring behovet av ytterligare koncentration av magsäckscancerkirurgi.**
  Oenighet kring antalet enheter, 4 eller 6 vårdenheter.
- ***Rekommendation:***
  Förslaget bör bedömas tillsammans med förslag om kurativt syftande kirurgi vid matstrupscancer

Kurativt syftande kirurgi vid matstrups- och magsäckscancer – Rekommendation

- **Kurativt syftande kirurgi för bägge diagnoserna omfattar totalt ca 300 operationer i landet**
- **Rekommendationen grundas på en samlad bedömning av sakkunnigutlåtanden avseende matstrupscancer (2015-04-13) och magsäckscancer (2015-10-23) samt remissvar och ansökan avseende matstrupscancer (2015-10-30)**
- **Kurativt syftande kirurgi vid matstrups- och magsäckscancer bör bedömas samlat**
  - **Skälen till detta är:**
    - **Ingreppen utförs av samma kirurgiska kompetensteam**
    - **Ingreppen kan ibland inte tydligt avgränsas från varandra**
    - **Tillsammans utgör området ett kirurgiskt organkompetensområde**
    - **En samlad organkompetens för kirurgisk behandling inom området bör finnas i varje sjukvårdsregion mht behov vid akuta kirurgiska ingrepp inkl komplikationskirurgi inom organområdet**
    - **Detta betonas i samtliga remissvar avseende matstrupscancer**

Kurativt syftande kirurgi vid matstrups- och magsäckscancer – Rekommendation

- **Sådana ovanligare och komplicerade situationer som kräver särskild spetskompetens vid operation av matstrupscancer**

- **Exempel på sådana ingrepp är:**
  - » **Hög cervikal esofaguscancer**
  - » **T4-tumörer med överväxt på omgivande organ som kräver multiviscerala resektioner efter onkologisk behandling**
  - » **Rekonstruktion efter livräddande resektion av esofagus/esofagussubstitut efter exempelvis postoperativ komplikation**
  - » **Rekonstruktion med mikrokärlansastomos, exempelvis fritt tunntarmstransplantat**
  - » **Behandling av esofago-respiratoriska fistlar utan samtidig extensiv tumörväxt**

- **Nationell MDK för dessa fall**

Kurativt syftande kirurgi vid matstrups- och magsäckscancer – Rekommendation

- **Sökande:** **Akademiska sjukhuset Uppsala, Karolinska Universitetssjukhuset, Norrlands Universitetssjukhus, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Skånes Universitetssjukhus, Universitetssjukhuset Linköping**

- ***Rekommendation:***

  Kurativt syftande kirurgi vid matstrups- och magsäckscancer

  Regional nivåstrukturering till sex sjukhus dvs ett per region

  Kurativt syftande kirurgi för matstrupscancer vid definierade, ovanligare och komplicerade tillstånd till 2 nationella vårdenheter

  Nationellt uppdrag lämnas till Karolinska Universitetssjukhuset och Skånes Universitetssjukhus

Muskuloskelettala sarkom och buksarkom – Rekommendation

Sökande:

- **Nationell vårdenhet för sarkom: Karolinska Universitetssjukhuset, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Skånes Universitetssjukhus**
  Nationell vårdenhet för behandling av alla buk- och mjukdelssarkom (extremiteter, bröst- hals- och ländrygg): Universitetssjukhuset Linköping
  Nationell vårdenhet för vissa typer av sarkom baserade på specialkompetenser: Norrlands Universitetssjukhus

Rekommendation:

- ***Samverkansgruppen har beslutat att bordlägga ärendet som ska gå tillbaka till sakkunniggrupperna***

- ***En plan bör finnas för nationell MDK och det bör tydligare redovisas vad de nationella enheterna ska utföra. Det ska också tydligt framgå vad som inte ska skickas till nationell enhet***

- ***Samverkansgruppen återkommer således i frågan om sarkom***

Arbetsgång

- RCC i samverkan beslutar om förslag till rekommendation för huvudmannabeslut dec-2015
- Förankring av förslag i HSD- och LD- nätverk samt sjukvårdsdelegationen januari 2016
- Beslutsförslag till huvudmännen februari 2016
- Beslut redovisade till SKL senast 1 juni 2016
- Site visits vid nationella vårdenheter sept – nov 2016
- Driftstart januari 2017

Från möten med HSD och LD 2016-01-15

- Stöder rekommendationer och remissförslag
- Huvudmännen ska avgöra var beslut tas: regionalt alternativt varje landsting, tjänstemän alternativt politiskt beslut
- Betonar betydelsen av uppföljning och senare ställningstagande till ytterligare koncentration
- RCC bör utforma processen för utvärdering/uppföljning som nästa steg

Från möte med Sjukvårdsdelegationen SKL 16-01-21

- Delegationen stöder RCCs arbete med nivåstrukturering av cancervården
- Önskar fortsatt arbete avseende handläggningsgång, transparens, beslutsmöjligheter
- Huvudmännen ska avgöra var beslut tas i enlighet med förslag från HSD, LD
- Önskar rekommendation och remiss till varje landstings funktionsbrevlåda med avsändare RCC i samverkan

.

Ingela Jönsson
Samordningskansliet
Tfn: 063-14 77 62
E-post: ingela.jonsson@regionjh.se

2016-05-16

Dnr RS/299/2016

SKL
Avd för vård och omsorg att: Gunilla Gunnarsson
118 82 Stockholm

Svar på remiss avseende nationell och regional nivåstrukturering av sex åtgärder inom cancerområdet

Regionstyrelsen har godkänt följande remissvar avseende nationell och regional nivåstrukturering av sex åtgärder inom cancerområdet som Regionala cancercentra Norr har utarbetat.

1. Lever- och gallvägscancer
2. Bukspottkörtelcancer
3. Retroperitoneal lymfkörtelutrymning vid testikelcancer
4. Äggstockscancer
5. Njurcancer
6. Cystektomi vid urinblåsecancer

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Ann-Marie Johansson
Regionstyrelsens ordförande

Björn Eriksson
Regiondirektör

Remissvar avseende nationell och regional nivåstrukturering av Lever- och gallvägscancer, kirurgisk behandling

Frågorna 1-7 avser förslaget gällande nationell nivåstruktureringar av perihilära gallvägstumörer. Fråga 8 avser förslagen till regional nivåstrukturering av övrig lever- och gallkirurgisk verksamhet.

1. Stödjer ni förslaget avseende antal nationella vårdenheter? Om så är fallet, avser sjukvårdsregionens ingående landsting att remittera patienter till aktuell vårdenhet?
Om ni ej stödjer förslaget, motivera svaret.

Ja, Norra regionen stödjer förslaget, och kommer att remittera patienter till aktuell vårdenhet.

2. Har någon av sjukvårdshuvudmännen i regionen intresse att åta sig ett nationellt vårdansvar inom området? Om så är fallet, avser sjukvårdsregionens ingående landsting att remittera patienter till aktuell vårdenhet?

Nej, vi avser inte att ansöka om nationellt ansvar för operativ behandling av perihilär gallvägscancer. Regionens ingående landsting har redan upparbetade rutiner för att diskutera dessa patienter på regional MDK och vid perihilär gallvägscancer kommer patienterna att remitteras vidare till nationell MDK.

3. Om ni inte avser att åta er ett nationellt vårdansvar inom er region, och har specifika önskemål om vilka vårdgivare som bör ha ett sådant ansvar, ange dessa och motivera svaret.

Vi föreslår att Karolinska Huddinge och Sahlgrenska får nationellt ansvar för detta då har haft något större volymer och också har kompetens inom transplantation.

4. Om ni vill ta ett nationellt vårdansvar ska ansökan enligt bilagd mall inlämnas samtidigt med remissvaret, bilaga 1. En ansökan krävs för varje föreslaget område.

-
5. Vilka konsekvenser blir det för huvudmännens vårdverksamheter i sjukvårdsregionen om det nationella vårduppdraget läggs inom en annan sjukvårdsregion?

I vår region är det enstaka fall per år (1-2) så det blir inga stora konsekvenser. Resurser måste frigöras (videokonferens och personal) för deltagande vid nationell rond. Koordinatorer eller kontaktsköterskor måste prioriteras för att samordna ett nationellt vårdförlopp för dessa patienter.

6. Hur avser ni att hålla ihop patientens vårdprocess om ni har det nationella vårdansvaret? Och hur avser ni att hålla ihop processen om ni inte har det ansvaret i er region?

Om vi inte har det nationella ansvaret att handlägga av perihilära gallvägstumörer, bör Norrlands Universitetssjukhus ha det regionala ansvaret för att dessa patienter hänvisas till nationella centra. Vi har 1-2 MDK per vecka för regionala fall och en lång tradition av regionalt samarbete kring dessa patienter. Vi anser att kunskap kring dessa patienter bibehålls på regionalt levercentra om de går till nationellt centra via NUS. Vi anser vidare att man på regional MDK kan fastställa att det är en perihilär gallgångscancer och att en snabb kanal mellan NUS och nationellt centra kan påskynda det nationella vårdförloppet.

7. Vilka praktiska konsekvenser för patienter och närstående ser ni av en nationell koncentration av den aktuella vårdinsatsen?

Eventuellt förbättrad kvalitet av kirurgin.
Längre resväg.
Försvårad kontakt med anhöriga, p.g.a. längre avstånd.

Dyrare resor för anhöriga.
Fler vårdinstanser att hålla kontakt med.

8. Stödjer ni de ovan beskrivna förslagen om regional nivåstrukturering? Om så är fallet, avser sjukvårdsregionens ingående landsting att remittera patienter till aktuell vårdenheter?

Ja, Norra regionen stödjer förslaget, och kommer att remittera patienter till aktuell vårdenhet. Redan tidigare har den huvudsakliga delen av denna kirurgi bedrivits vid endast en enhet i regionen (Norrlands Universitetssjukhus).

Remissvar avseende nationell och regional nivåstrukturering av Pankreas- och Periampullär cancer, kurativt syftande kirurgisk behandling

Frågorna 1-7 avser förslaget gällande nationell nivåstruktureringar vid kurativt syftande kirurgi vid lokalt avancerad pankreascancer.
Fråga 8 avser förslagen till regional nivåstrukturering av övrig kurativt syftande kirurgi vid pankreas-/periampullär cancer.

1. Stödjer ni förslaget avseende antal nationella vårdenheter? Om så är fallet, avser sjukvårdsregionens ingående landsting att remittera patienter till aktuell vårdenhet?
Om ni ej stödjer förslaget, motivera svaret.

Ja, Norra regionen stödjer förslaget, och kommer att remittera patienter till aktuell vårdenhet.

2. Har någon av sjukvårdshuvudmännen i regionen intresse att åta sig ett nationellt vårdansvar inom området? Om så är fallet, avser sjukvårdsregionens ingående landsting att remittera patienter till aktuell vårdenhet?

Nej.

3. Om ni inte avser att åta er ett nationellt vårdansvar inom er region, och har specifika önskemål om vilka vårdgivare som bör ha ett sådant ansvar, ange dessa och motivera svaret.

Inga specifika önskemål.

4. Om ni vill ta ett nationellt vårdansvar ska ansökan enligt bilagd mall inlämnas samtidigt med remissvaret, bilaga 1. En ansökan krävs för varje föreslaget område.

-

5. Vilka konsekvenser blir det för huvudmännens vårdverksamheter i sjukvårdsregionen om det nationella vårduppdraget läggs inom en annan sjukvårdsregion?

Konsekvenserna blir marginella.

6. Hur avser ni att hålla ihop patientens vårdprocess om ni har det nationella vårdansvaret? Och hur avser ni att hålla ihop processen om ni inte har det ansvaret i er region?

Handläggningen av pankreas- och periampullär cancer kommer i princip att följa samma rutiner som tidigare.

7. Vilka praktiska konsekvenser för patienter och närstående ser ni av en nationell koncentration av den aktuella vårdinsatsen?

Eventuellt förbättrad kvalitet av kirurgin.
Längre resväg.
Försvårad kontakt med anhöriga, p.g.a. längre avstånd.
Dyrare resor för anhöriga.
Fler vårdinstanser att hålla kontakt med.

8. Stödjer ni de ovan beskrivna förslagen om regional nivåstrukturering? Om så är fallet, avser sjukvårdsregionens ingående landsting att remittera patienter till aktuell vårdenheter?

Ja, Norra regionen stödjer förslaget, och kommer att remittera patienter till aktuell vårdenhet.
Redan tidigare har denna kirurgi bedrivits vid endast en enhet i regionen.

Remissvar avseende nationell nivåstrukturering av retroperitoneal lymfkörtelutrymning vid Testikelcancer

(1) Norra regionen stödjer remissförslaget avseende nationell nivåstrukturering av retroperitoneal lymförtelutrymning vid testikelcancer och kommer att remittera patienter till aktuell vårdenhet.

(2) Inget centrum i Norra regionen avser att påta sig ett nationellt ansvar. Avsaknaden av forskning och aktiv vetenskaplig verksamhet under många år, kring denna patientgrupp i Norra regionen, gör regionen mindre passande för att kunna åta sig ett nationellt ansvar.

(3) Norra regionen önskar att följande enheter får ett nationellt vårdansvar inom området:

   (a) Stockholm, Huddinge. Fördelar:
      - Goda volymer redan nu och ett kompetent team
      - Geografisk närhet till norra regionen med direktförbindelse
      - Goda möjligheter för translationell preparatforskning i samarbete med Umeå universitet (UmU), då Norra regionen har påbörjat translationella projekt på primär testikelcancer det senaste året, där den huvudsakliga laborativa verksamheten kommer att fördelas mellan UmU och Karolinska Institutet.

   (b) Göteborg, Sahlgrenska sjukhuset alternativt Skånes universitetssjukhus. Fördelar:
      - Goda volymer redan nu och ett kompetent team

(4) Vi önskar inte ta ett nationellt åtagande

(5) Det blir inga större konsekvenser för huvudmännen i Norra regionen. Ingreppet är högspecialiserat i ordets rätta bemärkelse, och Norra regionen samt UmU vinner på att utveckla en uppgraderad plattform för translationell preparatforskning, i första hand i samarbete med Karolinska Institutet, Huddinge.

(6) Att hålla ihop processen om vi inte får det nationella ansvaret (vilket vi heller inte önskar): Nätverket runt testiscancer i Norra regionen genomgår sedan en tid tillbaka en uppstramning på urologisidan: Ökad primär forskning med både epidemiologiska och translationella projekt samt planerad fokusering kring SWENOTECA-rekommendationer för primärhanteringen i samband med primäringreppet (orkidektomi). Därmed kommer de närmaste åren att innebära en ökad forskningsdriven klinisk utbildning av yngre och semiseniora läkare inom området testiscancer. Detta ger förutsättningar för en förstärkning av kompetensen inom området i hela Norra regionen. Förutsättningarna för aktiv medverkan vid nationell MDK-verksamhet kommer därmed att förstärkas.

   Vi föreslår:

- En regionansvarig urolog samt en regionansvarig onkolog, båda med placering vid NUS-Umeå
- En länsansvarig urolog i vardera av de fyra norrlandslänen
- Primäringreppen utförs på endast ett center per Norrlandslandsting/-region (fyra sjukhus i hela regionen)
- Fortlöpande kommunikation mellan länsansvariga och regionansvarig
- Regionansvarig urolog samt regionansvarig onkolog fungerar som samman-hållande centralpersoner i regionen och medverkar i den nationella MDK-verksamheten

(7) Praktiska konsekvenser för patienter och närstående av en nationell koncentration av den aktuella vårdinsatsen:

- Eventuellt förbättrad kvalitet av kirurgin
- Längre resväg
- Försvårad kontakt med anhöriga, p.g.a. längre avstånd
- Dyrare resor för anhöriga
- Fler vårdinstanser att hålla kontakt med

Remissvar från Norra Regionen avseende remissförslag äggstockscancer

Remissförslag:
Med utgångspunkt från sakkunniggruppens utlåtande föreslår RCC i samverkan att:

1. All kurativt syftande kirurgisk behandling av ovarialcancer utföres vid sex högspecialiserade gynekologiska vårdenheter i landet, en i varje sjukvårdsregion.
2. Verksamheten vid de regionala vårdenheterna ska utformas med stöd av sakkunniggruppens förslag.
3. Regional MDK inrättas i varje sjukvårdsregion.
4. Den regionala samordningen av ovarialcancervården utvärderas efter två år med ställningstagande till behov av ytterligare koncentration.

Remissvar:

Stödjer ni att de ovan beskrivna förslagen om regional nivåstrukturering för ovarialcancer? **Ja**

Avser sjukvårdsregionens ingående landsting att remittera patienter till aktuell sjukvårdsenhet ? **Ja**

Kommentar: Endast en sjukvårdsenhet i regionen, kvinnokliniken, Norrlands Universitetssjukhus (kk NUS), uppfyller de kriterier som sakkunniggruppen anser ska finnas vid en högspecialiserat gynekologiskt center (HGC, vg se nedan). Vid regiondagen 151130 diskuterades frågan av professionen och man hade då enighet att stödja kk NUS att utveckla ett HGC i enlighet med sakkunnigförslag. Då det gäller välavgränsade ovarialförändringar där misstanken på malignitet är låg, kommer det att finnas möjlighet att remittera fallet för diskussion på MDK och då beslutas om var patienten ska opereras. I praktiken arbetar Norra Regionen redan enligt förslaget.

Sakkunniggruppen anser att följande resurser och verksamhetsinnehåll ska finnas vid ett HGC:

- Gynekologiska tumör kirurger och gyn-onkologer, urolog, kolorectal och övre GI kirurg samt kärlkirurg.
- Kontaktsjuksköterska, kurator, dietist, sjukgymnast eller motsvarande med bland annat kunskap kring lymfterapi, regional och/eller nationell multidisciplinär terapikonferens (rMDK eller nMDK). Radiolog, patolog med särskild kompetens/ intresse för gyncancer
- HGC deltar aktivt i forskning- och utvecklingsprojekt nationellt och internationellt samt de nationella kvalitetsregistren. Klinisk forsknings-/utvecklings-/prövningsenhet samt akademisk miljö.
- HGC tar hand om recidivbehandling och ger råd/ger palliativ vård (individualiserad kirurgi och medicinsk onkologisk eller annan högspecialiserad behandling efter rekommendation från rMDK/nMDK).
- HGC tar hand om den initiala uppföljningen av behandlade ovarialcancerpatienter, därefter decentraliseras kontroller till öppen gynekologisk specialistvård eller till kvinnoklinik nära hemorten. I studier kan det krävas särskild uppföljning.
- HGC ansvarar för regionala och nationella utbildningsinsatser för sjukvård och patientföreningar.

Remissvar avseende regional nivåstrukturering av njurcancer, kirurgisk behandling

Remissförslag:

I remissen föreslås kirurgisk behandling av njurcancer med avancerade tumörer såsom tromb i vena cava och/eller överväxt på intilliggande organ utföras vid sex vårdenheter i landet, en i varje sjukvårdsregion. All övrig kirurgisk behandling av njurcancer föreslås utföras vid vårdenheter som utför minst 50 operationer per år. Regional MDK föreslås inrättas i varje sjukvårdsregion och den regionala samordningen av njurcancerkirurgin föreslås utvärderas efter två år, med ställningstagande till behov av ytterligare koncentration.

Norra regionen kan *inte* ge stöd till samtliga delar i den föreslagna regionala nivåstruktureringen. Remissvaret har diskuterats grundligt i
- den medicinska professionen i regionen, både i den regionala processarbetsgruppen för urologisk cancer, samt med samtliga medicinskt ansvariga urologchefer i Norra regionens fyra landsting/ region.
- det regionala chefsamrådet för cancervården
- RCC Norrs styrgrupp.

Volymsfrågan har även diskuterats nationellt inom Svensk Urologisk Förenings styrelse (SUF), som vid det protokollförda styrelsemötet 160201 tydligt avvisar skrivningen om ”minst 50 operationer per år”.

Norra regionen stödjer följande delar av remissförslaget:

- Kirurgisk behandling av njurcancer med avancerade tumörer såsom tromb i vena cava och/eller överväxt på intilliggande organ utförs vid sex vårdenheter i landet, en i varje sjukvårdsregion.

Kommentar:
Ovanstående nivåstrukturering är sedan flera år tillbaka i praktiken redan införd i Norra sjukvårdsregionen, och arbetssättet har ett odelat stöd i hela regionen. Regionens enheter ämnar fortsätta att remittera den gruppen av patienter till NUS/Umeå.

- Regional MDK inrättas i varje sjukvårdsregion.

Kommentar:
Även denna punkt har ett odelat stöd i hela Norra sjukvårdsregionen. Vi är övertygade om att en regional MDK är nyckeln för att erbjuda regioninvånarna en regional spetskompetens samt för att kunna fortsätta att vetenskapligt profilera Norra regionen nationellt och internationellt. Genom att samtliga njurcancerpatienter kan/ska diskuteras på en regional MDK, kan rätt vårdnivå individanpassas, och de patienter som har en tekniskt mindre komplicerad tumör åtgärdas på passande länsenhet.

Norra regionen stödjer inte följande del av remissförslaget:

- All övrig kirurgisk behandling av njurcancer utförs vid vårdenheter som utför minst 50 operationer per år.

Kommentar:
Vi finner ingen vetenskaplig evidens för en gräns på 50 operationer. Vare sig i befintlig litteratur eller i den litteraturlista som den nationella sakkunniggruppen presenterar. Siffran är arbiträr.

Vi är helt inställda på att njurcancerkirurgi endast ska utföras på ett sjukhus per Norrlandsting/-region. I nuläget opereras årligen omkring 100 njurcancerpatienter i regionen, och operationerna sker i stort sett uteslutande på länssjukhusen eller regionsjukhuset. Vi stöder helt att samtliga patienter ska diskuteras på regional MDK för att finna lämplig vårdnivå och kirurgisk eller medicinsk åtgärd, däremot kan en demontering av all njurcancerkirurgi i samtliga landsting/region utom VLL (NUS Umeå) få allvarliga följder för Norra regionens njurcancerpatienter i stort.

En av de viktigaste ingångarna för diagnosen njurcancer är makrohematuri och makrohematuri-utredningar kräver utredningskompetens och närvaro av urologisk specialistkompetens. En avveckling av njurcancerkirurgin i RJH, LVN och NLL skulle med stor sannolikhet få följande konsekvenser:

- **Kompetensförlust:** Redan etablerade seniora urologer kan överväga att lämna regionen
- **Avsaknad av framtida kompetensförsörjning:** Det finns få eller inga incitament för att nyanställa erfarna externa seniora urologer
- **Avsaknad av kompetensuppbyggnad:** ST-läkarutbildningen i RJH, LVN och NLL kommer att sakna viktiga moment i sin utbildning och sakna en möjlighet till lokal förkovran. Det medför en påtaglig risk för ett minskat intresse för området och att antalet sökande ST-läkare därmed sjunker.

Detta skulle inte bara drabba njurcancerpatienterna som grupp i hela regionen, utan samtliga patienter med urologisk cancer. Kompetensbrist ger låg möjlighet att upprätthålla grundläggande kunskap om utredning, såväl för de utredningar som ska göras inom ramen för standardiserade vårdförlopp som andra urologiska utredningar.

Norra regionen har för Sverige unika geografiska förutsättningar och omfattar cirka 50% av landets yta. I södra Sverige är det ur ett personalperspektiv relativt enkelt att anpassa sig till struktur-omvandlingar, då resvägarna är förhållandevis korta för dem som nödgas byta arbetsplats. Vid en avveckling av specialiteter vid länssjukhus i Norra regionen finns en överhängande risk att berörda specialister helt lämnar regionen, då samma geografiska flexibilitet inte finns här.

Konceptet geografisk jämlikhet i vården för patienter oavsett bostadsort i landet skulle motverkas av en demontering av urologin i Norrland och långsiktigt medföra en risk för en sämre vård för regionens patienter vid urologisk sjukdom. Vi kan därför inte stödja ett förslag som riskerar att leda till en geografisk ojämlikhet för Norra regionens befolkning.

Vid operation av låga volymer (någonstans under 20 operationer/år) kommer organisationen av verksamheten att ses över i regionen.

Remissvar avseende regional nivåstrukturering av cystektomier

Norra regionen stödjer en regional nivåstrukturering av cystektomierna och tar fasta på remissens formulering ”6 vårdenheter” (i landet) och inte ”6 sjukhus”. Norra regionen har samma grund-inställning till denna problematik, som region Syd har.

Likt region Syd har vi insett betydelsen av skapa ett regionalt cystektomiteam, med geografisk operationsverksamhet på två ställen (i Syds fall Malmö och Helsingborg, i Norra regionen Umeå och Sundsvall) - men inom samma teamorganisation. Norra regionens informella cystektomiteam bedriver gemensam verksamhet inom sjukvård (cystektomier), utbildning (regionalt och nationellt), kliniska rutiner och driver nationell spjutspetsforskning på området urinblåsecancer. Detta har pågått i snart tre år och uppgraderas och stärks fortlöpande. Nyckelkompetens finns vid båda sjukhusen och vissa specialister är verksamma på båda orterna.

Det regionala MDK-arbetet i Norra sjukvårdsregionen är nationellt en föregångsverksamhet och vår tydliga målsättning är att bli Sverigeledande inom högspecialiserad forskning och vetenskap i ämnet urinblåsecancer.

Norra regionen ser att den etablerade teamorganisationen ger en strategisk fördel och flexibilitet i verksamheten, samt borgar för både bevarad regional kompetens och utgör en grundval för fortsatt regional kompetenstillväxt.

Sjukvårdsregionens ingående landsting/region avser att remittera patienter till den regionala vårdenheten.

REGIONALA CANCERCENTRUM I SAMVERKAN

REMISS

Vårt dnr:
11/3031

2016-02-09

Till landstingsstyrelser/regionstyrelser och samtliga chefer för Regionala cancercentrum
För kännedom:
Nätverket Landstingsdirektörer
Nätverket Hälso-och sjukvårdsdirektörer

Remiss avseende nationell och regional nivåstrukturering av sex åtgärder inom cancerområdet

Regionala cancercentrums samverkansgrupp beslöt, i enlighet med beslutsförslag i rapporten *Nivåstrukturerad cancervård- för patienternas bästa*, vid sitt möte 8 februari 2016 att avge bifogad remiss till landsting/regioner. Remissen sänds efter önskemål från SKLs sjukvårdsdelegation till landstingsstyrelser/regionstyrelser samt chefen för respektive Regionalt cancercentrum för hantering i landstingen/regionerna på det sätt som beslutas av respektive region. Remissen sänds också till nätverken landstingsdirektörer och hälso- och sjukvårdsdirektörer för kännedom.
Regionala remissvar bör eftersträvas, men om det inte är möjligt emotses svar från ingående landsting.
Remissen avser dels åtgärder för nationell nivåstrukturering med förslag på antal platser som bör vara nationella vårdenheter, dels förslag till regional nivåstrukturering. Observera att remissen denna gång omfattar sex områden där svar på frågorna ska ges på varje område. Dessutom ska landstingen/regionerna anmäla om man önskar vara nationell vårdenhet i enlighet med bilaga.

Remissvar önskas senast 1 juni 2016 till:
SKL
Avd för vård och omsorg att: Gunilla Gunnarsson
118 82 Stockholm

Gunilla Gunnarsson
Ordförande Regionala cancercentrums samverkansgrupp

Regionala cancercentrum i samverkan
Sveriges Kommuner och Landsting
Post: 118 82 Stockholm, *Besök:* Hornsgatan 20
Tfn: växel 08-452 70 00, *Fax:* 08-452 70 50

REGIONALA CANCERCENTRUM I SAMVERKAN

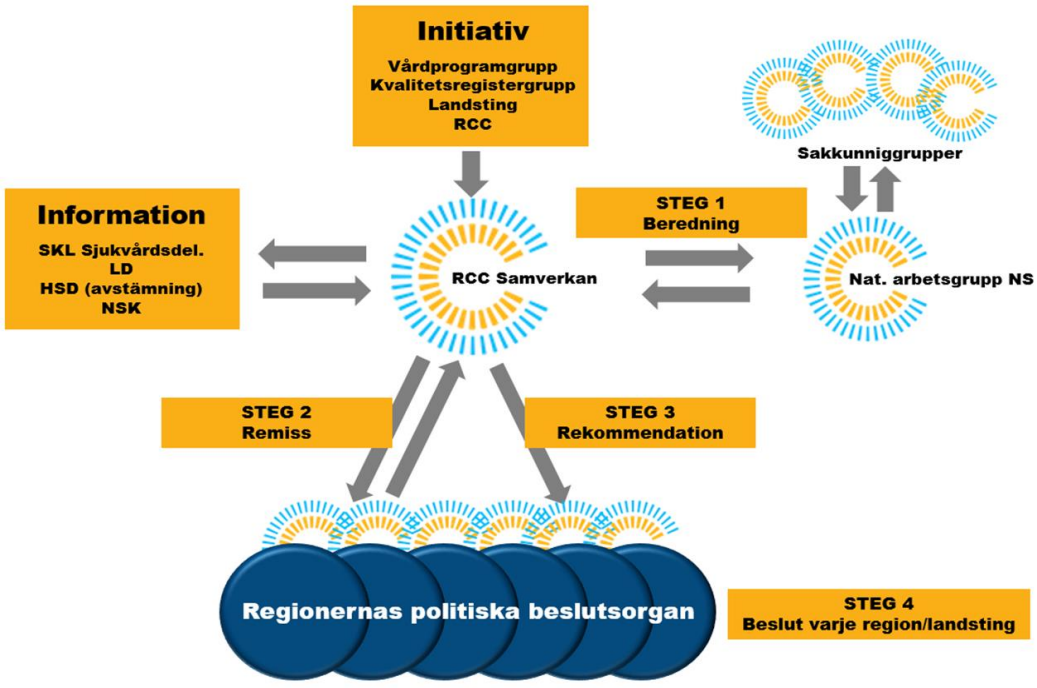
Remiss avseende nationell nivåstrukturering av sex åtgärder inom cancervården

I överenskommelsen mellan SKL och staten har RCC i samverkan uppdraget att arbeta med nivåstrukturering på nationell nivå. De första årens arbete har redovisats i rapporten: *Nivåstrukturerad cancervård för patientens bästa,* SKL 2013. I rapporten fastslås bland annat:

”Utvecklingen inom cancervården präglas av en uttalad kunskapsutveckling. Introduktion av nya komplexa teknologier för diagnostik och behandling ställer krav på samverkan i team med företrädare för flera specialiteter. Etablering av sådana behandlingsteam är en stor investering som bör vara tillgänglig för ett så stort patientunderlag som möjligt. Den vidare utvecklingen av vården förutsätter fortlöpande utbildning av behandlingsteamen och en stark klinisk forskning. Detta gynnas av en vårdstruktur som innebär att färre vårdgivare utför denna vård åt fler patienter. Flera studier har också visat ett samband mellan volym och kvalitet. En annan tydlig utveckling är patienternas ökande krav på delaktighet.”

Under de första årens arbete genomfördes en inventering av tänkbara områden för nivåstrukturering. Pilotprocesser genomfördes med sakkunniguppdrag inom tre områden (matstrups- och övre magmunscancer, peniscancer, retroperitoneala sarkom) och en arbetsordning för det fortsatta arbetet med nationell nivåstrukturering föreslogs.

Handläggningsgång



Som modellen ovan beskriver inleds den nationella beredningsprocessen för att nivåstrukturera viss cancervård med att en medicinsk sakkunniggrupp med representanter, utsedda av respektive RCC och förstärkt med patientföreträdare, bedömer vad som är god kvalitet och vad som bör utföras på vilken vårdnivå vid en given vårdinsats.

Sakkunniggruppen bedömer vid hur många vårdenheter en given vårdinsats bör utföras med utgångspunkt från god kvalitet för patienten. Sakkunniggruppens underlag bereds sedan av en nationell arbetsgrupp, beslut tas i samverkansgruppen för RCC, stäms av med landstingens tjänstemannaledningar och sjukvårdsdelegationen på SKL och skickas sedan på remiss till regionerna/landstingen.

Samtidigt som remissen går ut får landstingen frågan om vilka som anser sig kunna utföra den aktuella vårdinsatsen med de krav och kriterier som är uppställda. Mot bakgrund av remissvaren utformar RCC i samverkan sedan en beslutsrekommendation som sjukvårdshuvudmännen får ta ställning till. De formella besluten fattas av respektive landsting eller i vissa fall sjukvårdsregionen.

Utgående från sakkunnigförslaget om peniscancer i pilotprocessen har en nationell nivåstrukturering av kurativt syftande kirurgi vid peniscancer genomförts och två nationella vårdenheter har uppdraget sedan 1 januari 2015, Skånes Universitetssjukhus, Malmö samt Universitetssjukhuset, Örebro.

Under 2015 har sju områden sakkunnigbedömts och remissbehandlats av huvudmännen. Baserat på inkomna remissvar och ansökningar om uppdrag som nationell vårdenhet har RCC i samverkan utformat en beslutsrekommendation. Beslutsrekommendationen, som avser kurativt syftande behandling, omfattar cancer i matstrupe och magsäck, analcancer, vulvacancer, isolerad hyperterm perfusion och cytoreduktiv kirurgi med intraperitoneal kemoterapi för behandling av cancer i bukhinnan.

Denna rekommendation har i januari 2016 förankrats i LD- och HSD-nätverken samt i Sjukvårdsdelegationen på SKL. Rekommendationen kommer att lämnas till huvudmännen i februari för beslut under våren 2016. Driftstart planeras till januari 2017.

RCC i samverkan har för närvarande bordlagt frågan om rekommendation avseende sarkom i avvaktan på ytterligare förtydliganden avseende verksamhetsinnehåll för regionala respektive nationella vårdenheter.

Sakkunnigarbete

RCC i samverkan har fortsatt arbetet utifrån den beskrivna arbetsordningen. En fortsatt inventering av aktuella områden har genomförts. Sju sakkunniggrupper tillsattes under 2015 avseende följande områden: magsäckscancer, lever-gallvägscancer, bukspottkörtelcancer, retroperitoneal lymfkörtelutrymning vid testikelcancer, äggstockscancer, njurcancer samt cystektomi vid urinblåsecancer. Uppdragen avser kurativt syftande behandling.

I samtliga remissvar och ansökningar om nationell vårdenhet för matstrupscancer har den nära kopplingen mellan kirurgisk behandling av matstrups- och magsäckscancer poängterats. Sakkunnigutlåtandet avseende magsäckscancer har även poängterat detta. RCC i samverkan har därför inkluderat magsäckscancer i beslutsrekommendationen för matstrupscancer, där sakkunnigutlåtandet avseende magsäckscancer finns bilagt.

Denna remiss omfattar därmed behandling med botande syfte vid följande sex områden:

1. Lever- och gallvägscancer
2. Bukspottkörtelcancer
3. Retroperitoneal lymfkörtelutrymning vid testikelcancer
4. Äggstockscancer
5. Njurcancer
6. Cystektomi vid urinblåsecancer

Sakkunniggrupperna har i oktober 2015 lämnat utlåtande till RCC i samverkan. Dessa finns i sin helhet att tillgå på http://www.cancercentrum.se/samverkan/vara-uppdrag/nivastrukturering/

Sakkunniggruppernas utlåtande följer en given mall i syfte att belysa hela vårdprocessen och beakta viktiga områden av betydelse liksom tänkbara konsekvenser av genomförd nivåstrukturering. Sakkunniggrupperna ska endast föreslå antalet nationella vårdenheter, inte var dessa ska lokaliseras.

I samtliga sakkunniggrupper har ingått patientföreträdare. Patientorganisationerna inom cancerområdet har samfällt och tydligt markerat att engångsåtgärder vid ovanliga diagnoser bör koncentreras till få utförare och vid sådana åtgärder har geografiskt avstånd liten betydelse.

Efter beredning i den nationella arbetsgruppen har RCC i samverkan bedömt sakkunnigutlåtandena och formulerat nedanstående remissförslag. I några fall har RCC i samverkan ändrat sakkunniggruppens förslag, främst avseende antal nationella vårdenheter.

I remissförslaget föreslås i flera fall att en fullständig regional nivåstrukturering genomförs så att aktuell verksamhet koncentreras till ett sjukhus per sjukvårdsregion. Anledningen är att det inom flera områden finns en stor spridning av högspecialiserad vård med små volymer per sjukhus.

Frågan om regional nivåstrukturering ska ses som en rekommendation till huvudmännen och dessa delar omfattas inte av ansökningsförfarande som vid förslag om nationella vårdenheter.

Efter information till och med stöd av nätverken för hälso- och sjukvårdsdirektörer och landstingsdirektörer samt SKLs sjukvårdsdelegation beslutade Regionala cancercentrum i samverkan vid sitt sammanträde 2016-02-08 att avge denna remiss.

Remissen har utformats med avsikt att ge landsting/regioner utrymme att avge ett resonerande svar, som speglar förutsättningarna i respektive sjukvårdsregion och inte enbart innehåller acceptans/avslag på remissens förslag.

Denna remiss omfattar sex olika områden. Remissvar måste formuleras för vart och ett av dessa områden i enlighet med anvisningar i denna remiss, se del 2.

I remissen ingår även möjlighet för regioner/landsting att ansöka om ett uppdrag som nationell vårdenhet. Denna ansökan ska följa en given mall, se **bilaga**.

Mer information och frågor
Stefan Rydén, nationella arbetsgruppens ordförande | stefan.ryden@skane.se
Gunilla Gunnarsson, ordförande i RCC i samverkan | gunilla.gunnarsson@skl.se

Del 1 – Remissförslag

1. Remissförslag – Lever- och gallvägscancer, kirurgisk behandling

Det utförs 800-900 leverkirurgiska ingrepp per år i Sverige vilket innebär mer än 100 ingrepp/levercentrum idag. Metastaskirurgi har ökat med 43 % sedan 2009 och en ytterligare ökning är att förvänta eftersom incidensen av kolorektal cancer ökar. Förbättrad onkologisk behandling gör att fler patienter med primärt inoperabel sjukdom kan bli aktuella för leverkirurgi. Andelen patienter som behandlas kurativt har ökat från 30 % under perioden 2009-2013 till 34 % under 2014. Antal leverresektioner som registrerats under 2009-2014 var 4765, i genomsnitt 794 resektioner/år med ökande frekvens till 960 resektioner 2014.

Det kirurgiska omhändertagandet av patienter med cancersjukdomar inom lever och gallvägar har i dagsläget en nästan komplett regional nivåstrukturering. Trots påtagligt ökade volymer av fr a metastaskirurgin så har den regionala nivåstruktureringen i stort sett bibehållits.

Idag finns sex väletablerade regionala leverkirurgiska centra med i princip samtliga behandlingsalternativ förutom levertransplantation tillgängliga. Utöver dessa regionala centra finns det tre andra sjukhus som bedriver viss leverkirurgisk verksamhet. I den norra regionen bedrivs viss leverkirurgi vid Sunderbyns sjukhus, i den sydöstra regionen vid Kalmar länssjukhus och i Uppsala-Örebroregionen vid Örebro Universitetssjukhus. Ablativ behandling bedrivs, med undantag för Kalmar länssjukhus, inte utanför de regionala levercentra.

Utredning och eftervård av patienter med cancersjukdomar i lever och gallvägar bedrivs vid flertalet läns- eller länsdelssjukhus.

Alla patienter med levertumörer bör bedömas på multidisciplinär konferens (MDK) med leverkirurgisk kompetens, och i vissa fall av levercancer behövs transplantationskirurgisk bedömning. Levertransplantationsverksamheten är koncentrerad till Stockholm och Göteborg.

Det har skett en tydlig nationell samling med de sex regionala levercentra med omfattande gemensamt utvecklingsarbete. Detta har i sin tur resulterat i framtagande av ett nationellt kvalitetsregister samt nationella vårdprogram inom primär levercancer, kolorektala levermetastaser och gallvägscancer.

Sakkunniggruppen har värderat behovet av regional och nationell koncentration av leverkirurgisk verksamhet och anser att det mot bakgrund av de redovisade vårdvolymerna finns goda skäl att föreslå att leverkirurgisk verksamhet koncentreras till ett centrum per region.

Gruppen betonar vikten av att MDK med leverkirurgisk kompetens ska kunna erbjudas vid ett centrum per region.

Gruppen anser också att det finns stora fördelar med koncentration av den ablativa leverkirurgin och att sådan verksamhet bör bedrivas inom ramen för de regionala centra med leverkirurgisk MDK inför behandlingsbeslut. Samma resonemang gäller också för tumörbehandlingar via interventionella radiologiska tekniker (t ex TACE).

Patienter med perihilär (vid gallgångens inträde i levern) gallgångscancer särskiljer sig genom sin relativa sällsynthet och komplexitet i utredning, behandling och postoperativ vård. Endast 17 patienter per år genomgår idag kurativt syftande kirurgi för denna sjukdom och denna vård bör därför koncentreras till färre enheter. Sakkunniggruppen är enig om att nivåstrukturering till två nationella vårdenheter sannolikt skulle vara till godo för den medicinska kvaliteten och underlätta möjligheterna till forskning och utveckling för patienter med denna mycket komplicerade tumörsjukdom.

Det finns också goda skäl att vidareutveckla processen för nationella konferenser för vissa sällsynta och komplicerade tumörsjukdomar t.ex. perihilära tumörer och avancerad gallblåsecancer.

Remissförslag

Med stöd av en enig sakkunniggrupp föreslår RCC i samverkan att:

- **Kirurgisk behandling av perihilära gallvägstumörer utförs vid två nationella vårdenheter i landet.**
- **Verksamheten vid de nationella vårdenheterna ska utformas med stöd av sakkunniggruppens förslag.**
- **Övrig lever- och gallkirurgisk verksamhet utförs vid sex vårdenheter i landet, en i varje sjukvårdsregion.**
- **Regional MDK inrättas i varje sjukvårdsregion**
- **Nationell MDK inrättas för vissa sällsynta och komplicerade tumörsjukdomar t.ex. perihilära tumörer och avancerad gallblåsecancer. Ansvaret för att inrätta nationell MDK läggs på de nationella vårdenheterna.**

- **Den regionala samordningen av den leverkirurgiska verksamheten utvärderas efter två år med ställningstagande till behov av ytterligare koncentration.**

2. Remissförslag - Pankreas- och Periampullär cancer, kurativt syftande kirurgisk behandling

Cirka 1200 personer drabbas varje år i Sverige av cancer i pankreas (bukspottkörteln).

Sjukdomen har vid diagnos hos 60 % av patienterna en utbredning som omöjliggör försök till radikaloperation, dvs. metastasering eller avancerad lokal växt.

I 20 % av fallen finns en lokaliserad tumör i bukspottkörteln som går att primäroperera bort (primärresekabel) och i ytterligare ca 20 % finns en lokaliserad tumör med avancerat engagemang av de stora bukkärlen till och från organen i bukhålan.

Den senare gruppen benämns lokalt avancerad pankreascancer, LAPC som kan indelas i tre olika grupper:

- Gränsresekabel LAPC som bör erbjudas ett kurativt syftande resektionsförsök med eller utan neoadjuvant behandling
- Teknisk resekabel LAPC som idag endast bör erbjudas potentiellt kurativt syftande behandling och resektion inom ramen för strukturerade studieprotokoll
- Teknisk icke-resekabel LAPC vilka ska erbjudas palliativ behandling.

Nationella data talar för att andelen patienter med gränsresekabel LAPC som erbjuds kurativt syftande behandling och opereras är för låg och ojämlikt fördelad i landet. Potentiellt skulle dubbelt så många patienter mot idag kunna erbjudas behandling årligen vilket innebär 30-40 totalt i riket per år.

Utöver dessa har för närvarande inga patienter med tekniskt resekabel LAPC (dvs. som kräver artärresektion) erbjudits kurativt syftande behandling vilket kan anses vara motiverat i utvalda fall och under strukturerade former.

Till ovanstående patientgrupp tillkommer ca 300 fall med tumör i det periampullära området, dvs där gallgången mynnar i tolvfingertarmen. De periampullära tumörerna skiljs som regel inte kliniskt från pankreascancer preoperativt varför de erhåller likartad utredning och behandling.

2014 utfördes 374 (90 %) kurativt syftande operationer vid 7 universitetssjukhus,
(9 - 104 op/sjukhus), varav 4 sjukhus opererade LAPC
42 (10 %) kurativt syftande operationer (ej LAPC) utfördes vid 7 länssjukhus
Av dessa utförde 2 sjukhus 19 resp13 op, övriga 5 sjukhus utförde 1-3 op.

Sakkunniggruppen har värderat behovet av regional och nationell koncentration av kurativt syftande kirurgi vid pankreas-/periampullär cancer och anser att det mot ovanstående bakgrund finns skäl att inom vissa regioner se över hur pankreascancerkirurgin är nivåstrukturerad.

Antalet vårdgivare som ska genomföra kurativt syftande kirurgi av LAPC föreslås reduceras till två nationella vårdenheter i landet. Sammanfattningsvis anser sakkunniggruppen att de två nationella enheterna ska utföra följande delar av processen:

1. I samverkan ansvara för en nationell MDK och delta vid behandlings-rekommendation inför kurativt syftande terapi samt inför ställningstagande till resektion.
2. Sekundärgranskning av all radiologi och föredragning av denna på nationell MDK.
3. Återrapportering av alla explorerade fall och i förekommande fall patologi-bedömning.
4. Ansvara och samverka i utarbetandet av nationella LAPC-protokoll för radiologi, neoadjuvant behandling samt patologi.
5. Ansvara och samverka i utvecklandet av strukturerade LAPC-protokoll samt i forskning, biobanking och utveckling av nya behandlingskoncept. Registrering i övrigt sker i det nationella kvalitetsregistret.
6. Ansvara för att etablera nordisk och internationell samverkan där detta är möjligt.

Remissförslag

Med stöd av en enig sakkunniggrupp föreslår RCC i samverkan att:

- **Kurativt syftande kirurgi vid LAPC utförs vid två nationella vårdenheter i landet.**
- **Verksamheten vid de nationella vårdenheterna ska utformas med stöd av sakkunniggruppens förslag.**
- **Nationell MDK inrättas för denna verksamhet. Ansvaret för att inrätta nationell MDK läggs på de nationella vårdenheterna.**
- **Övrig kurativt syftande kirurgi vid pankreas-/periampullär cancer utförs vid sex vårdenheter i landet, en i varje sjukvårdsregion.**
- **Regional MDK inrättas i varje sjukvårdsregion.**
- **Den regionala samordningen av den pankreaskirurgiska verksamheten utvärderas efter två år med ställningstagande till behov av ytterligare koncentration.**

3. Remissförslag – Retroperitoneal lymfkörtelutrymning vid testikelcancer

Av de cirka 340 patienter som årligen diagnosticeras med testikelcancer finns det för 35-40 patienter indikation för retroperitoneal lymfkörtelutrymning, RPLND. Den absolut dominerande indikationen är borttagande av restttumör efter genomgången cytostatikabehandling för spritt testikulärt non-seminom, men operationen utförs i enstaka fall i diagnostiskt syfte vid såväl seminom och non-seminom, som vid primärt extragonadal sjukdom.

RPLND efter cytostatikabehandling är ett kirurgiskt komplicerat ingrepp och kräver en mycket hög kirurgisk kompetens inkluderande tillgång till högspecialiserad kompetens inom ett antal kirurgiska specialiteter utöver urologi, såsom kärlkirurgi, thorax-och tarmkirurgi.

Idag utförs RPLND på samtliga regionsjukhus, och antalet ingrepp per enhet varierar mellan 1-2 och 10-15/år. Registrering i kvalitetsregister är ofullständig och varierar mellan sjukhusen.

En nationell multiprofessionell medicinsk sakkunniggrupp har värderat behovet av nationell koncentration av RPLND vid testikelcancer. Gruppens gemensamma bedömning är att:

1. Retroperitoneal lymfkörtelutrymning vid testikelcancer kräver en optimal kirurgisk handläggning i nära dialog med behandlande onkolog.
2. Det finns behov av en nationell multidisciplinär konferens (MDK) för att diskutera patienter som är aktuella för RPLND
3. De sjukhus där behandlingen utförs ska ha ansvar för denna nationella konferens.
4. Antalet vårdgivare som genomför RPLND rekommenderas bli 3 enheter i landet mot bakgrund av det relativt låga antal ingrepp som utförs årligen.

Remissförslag

Med utgångspunkt från sakkunniggruppens utlåtande samt mot bakgrund av den låga volymen föreslår RCC i samverkan att:

- **Retroperitoneal lymfkörtelutrymning vid testikelcancer utförs vid två nationella vårdenheter i landet.**
- **Skärpningen av sakkunniggruppens förslag motiveras av att varje enhet bör utföra ca 20 operationer årligen.**

- **Verksamheten vid de nationella vårdenheterna ska utformas med stöd av sakkunniggruppens förslag.**

- **Nationell MDK inrättas för denna verksamhet. Ansvaret för att inrätta nationell MDK läggs på de nationella vårdenheterna.**

4. Remissförslag – Äggstockscancer

Ovarial- eller snarare Ovarial-/Tubar-/Peritonealcancer drabbar årligen ca 750 kvinnor i Sverige.

Primär behandling vid ovarialcancer är kirurgi både för diagnostiskt syfte och behandling. Makroskopisk radikalitet är den faktor som är starkast associerad till patientens överlevnad. Noggrann preoperativ utredning samt modern anestesiologisk och kirurgisk teknik har under de senaste decennierna minskat operationsdödligheten. Tumörreduktion bör utföras med makroskopisk tumörfrihet som mål och ofta krävs omfattande kirurgi. Den primära operationen vid avancerad ovarialcancer kan därför vara en, ur kirurgiskt teknisk synvinkel, mycket krävande operation som bör utföras av ett erfaret gynekologiskt tumörkirurgiskt team där man behärskar den kirurgiska tekniken och har erfarenhet, uthållighet, kompetenta kirurgpartner och kringpersonal för att hantera dessa operationer och ibland komplicerade postoperativa förlopp.

Kvinnoklinikerna inom respektive region bedriver diagnostik och primär utredning av ovarialcancer och remitterar i skiftande grad patienter med nyupptäckt ovarialcancer till ett regionalt högspecialiserat centrum för gynekologisk cancervård (HGC) för bedömning och behandling. Primärkirurgi av preoperativt känd avancerad ovarialcancer har de senaste åren blivit mer regionalt nivåstrukturerad till universitetssjukhusens kvinnokliniker. Den adjuvanta cytostatikabehandlingen planeras och ordineras från de gyn-onkologiska klinikerna vid universitetssjukhusen där den även kan ges eller alternativt kan ges vid länssjukhus av cytostatikaenheter med nära knutna gynekologer som även sköter kontrollerna efter behandling.

I nuläget utför fyra sjukhus i landet 100 eller fler operationer per år, vilket motsvarar 54 % av det totala antalet operationer. Sexton sjukhus utför 10 till 100 operationer per år motsvarande 37 %, 24 sjukhus utför färre än 10 operationer per år vilket utgör 9 % av alla ovarialcanceroperationer.

Flera studier visar på kontinuerliga förbättringar vid högre volymer. Det är ca 700-750 ovarialcancerpatienter per år som skall utredas och behandlas. Då även misstänkta ovarialcancerfall som sedermera visar sig vara benigna bör handläggas av HGC tillkommer ca 200 patienter samt 25-50 patienter som är i behov av recidivkirurgi och palliativ kirurgi.

En nationell nivåstrukturering av ovarialcancervården till minst 5 och högst 6 högspecialiserade gynekologiska centra (HGC) anses av de sakkunniga vara befogad. De delar av patientprocessen som sakkunniggruppen anser är aktuella för nivåstrukturering

är all primär behandling (kirurgi och neoadjuvant cytostatika behandling med fördröjd primärkirurgi) samt behandling vid progress eller recidiv av sjukdomen.

Sakkunniggruppen anser att följande resurser och verksamhetsinnehåll ska finnas vid ett HGC:

1. Gynekologiska tumörkirurger och gyn-onkologer, urolog, kolorektal- och övre GI kirurg samt kärlkirurg.
2. Kontaktsjuksköterska, kurator, dietist, sjukgymnast eller motsvarande med bland annat kunskap kring lymfterapi, regional och/eller nationell multidisciplinär terapikonferens (regional MDK eller nationell MDK). Radiolog, patolog med särskild kompetens/intresse för gyn cancer
3. HGC deltar aktivt i forskning- och utvecklingsprojekt nationellt och internationellt samt de nationella kvalitetsregistren. Klinisk forsknings-/utvecklings-/ prövnings-enhet samt akademisk miljö.
4. HGC tar hand om recidivbehandling och ger råd/ger palliativ vård (individualiserad kirurgi och medicinsk onkologisk eller annan högspecialiserad behandling efter rekommendation från regional MDK/nationell MDK).
5. HGC tar hand om den initiala uppföljningen av behandlade ovarialcancerpatienter, därefter decentraliseras kontroller till öppen gynekologisk specialistvård eller till kvinnoklinik nära hemorten. I studier kan det krävas särskild uppföljning.
6. HGC ansvarar för regionala och nationella utbildningsinsatser för sjukvård och patientföreningar.

Remissförslag

Med utgångspunkt från sakkunniggruppens utlåtande föreslår RCC i samverkan att:

- **All kurativt syftande kirurgisk behandling av ovarialcancer utförs vid sex högspecialiserade gynekologiska vårdenheter i landet, en i varje sjukvårdsregion.**
- **Verksamheten vid de regionala vårdenheterna ska utformas med stöd av sakkunniggruppens förslag.**
- **Regional MDK inrättas i varje sjukvårdsregion.**
- **Den regionala samordningen av ovarialcancervården utvärderas efter två år med ställningstagande till behov av ytterligare koncentration.**

5. Remissförslag – Njurcancer, kirurgisk behandling

Njurcancer är en sjukdom som drabbar cirka 1000 personer årligen och utgör den tionde vanligaste cancersjukdomen i Sverige.

Den vanligaste och enda kurativa behandlingen är kirurgi med avlägsnande av all tumörvävnad. Njurcancerkirurgi kan utföras med öppen operationsteknik eller med laparoskopisk teknik som kan vara ”traditionell” eller robotassisterad. Vid dessa behandlingar (tekniker) kan hela njuren tas bort (nefrektomi) eller enbart tumördelen av njuren (partiell nefrektomi).

En speciell subgrupp är patienter med ärftlig njurtumörsjukdom. Denna grupp utgör ca 2 procent av all nyupptäckt njurcancer. Dessa patienter är medlemmar av familjer med anlag och risk för att utveckla bland annat njurcancer. Dessa individer/familjer är ovanliga men bör behandlas med särskilda beaktanden och följas livet ut. Vanligt är att dessa patienter får multipla tumörer i bägge njurarna varför njurparenkymbevarande kirurgi/njurparenkymbevarande behandling är aktuella. Handläggning av denna ovanliga patientgrupp kräver ett nära samarbete med andra specialister, exempelvis genetiker, neurologer, ögonläkare, med speciellt kunskap om dessa ärftliga tillstånd som inte enbart drabbar njurarna.

Årligen opereras ca 850 patienter i Sverige. Den kirurgiska behandlingen börjar långsamt koncentreras till färre opererande enheter i Sverige. En högre andel operationer utförda vid kompetenscentra leder till att modern behandling till exempel njursparande kirurgi, laparoskopi och robotassisterad teknik införs i högre omfattning. Antalet sjukhus där patienter med njurcancer opereras har reducerats från 51 sjukhus 2010 till 42 sjukhus 2014.

2013 utfördes 824 njurcanceroperationer vid 42 sjukhus i landet. Vid 7 universitetssjukhus utfördes 359 operationer (44 %), 29 – 75 operationer per sjukhus. Resterande 465 operationer utfördes vid 35 sjukhus, 1 – 39 operationer per sjukhus. Av dessa utförde 7 sjukhus > 20 operationer, 14 sjukhus 10 – 20 operationer och 14 sjukhus < 10 operationer.

I de flesta regioner har regional nivåstrukturering skett helt eller delvis för patienter med mer avancerade tumörer. Under 2014 opererades 43 patienter (70 %) med njurcancer och tromb upp i vena cava/överväxt vid högvolymssjukhus(minst 50 operationer per år)/universitetssjukhus, medan 18 patienter (30 %) opererades vid sjukhus med mindre operationsvolymer.

Sakkunniggruppen bedömer att nationell nivåstrukturering för kirurgin av patienter med njurcancer inte är motiverad. Motiveringen för detta är att en tillräckligt stor volym för njurcancerkirurgin finns inom alla regioner.

Sakkunniggruppen ser ett tydligt behov av en regional nivåstrukturering. För patienterna är det av stor betydelse att alla tekniker bör finnas vid ett sjukhus för att patienterna skall få en nyanserad behandlingsrekommendation. Därför gör sakkunniggruppen bedömningen att den operativa verksamheten bör vara dimensionerad till minst 50 njurcanceroperationer årligen vid ett sjukhus.

Föreslagen volym för att bedriva njurcancerkirurgi baseras på en tillräcklig volym av de olika teknikerna, minst två njurcancer-operatörer, möjliggöra kontinuerlig utbildning, operativ aktivitet under hela året, och att klinisk forskning pågår. Den evidens-baserade publicerade litteraturen om njurcancerkirurgi och volymer för sjukhus respektive urolog-kirurger visar en tydlig bild där det framgår att högvolymssjukhus erbjuder den säkraste behandlingen med färre komplikationer och mindre operativ mortalitet.

För patienter med ärftlig njurcancer finns ett behov av nationella kompetenscentra tillsammans med andra specialiteter. Dessa kompetenscentra bör finnas vid 2 sjukhus i landet. Dessa patienter/familjer behöver ett multidisciplinärt team. I varje region föreslås att en enhet har regelbundna MDK med nationella centra.

Vad gäller förslaget från sakkunniggruppen angående nationella kompetenscentra för ärftlig njurcancer har RCC i samverkan bordlagt det för ytterligare beredning.

Remissförslag

Med utgångspunkt från sakkunniggruppens utlåtande föreslår RCC i samverkan att:

- **Kirurgisk behandling av njurcancer med avancerade tumörer såsom tromb i vena cava och/eller överväxt på intilliggande organ utförs vid sex vårdenheter i landet, en i varje sjukvårdsregion.**
- **All övrig kirurgisk behandling av njurcancer utförs vid vårdenheter som utför minst 50 operationer per år.**
- **Regional MDK inrättas i varje sjukvårdsregion.**
- **Den regionala samordningen av njurcancerkirurgin utvärderas efter två år med ställningstagande till behov av ytterligare koncentration.**

6. Remissförslag – Urinblåsecancer, cystektomi

Cirka 2400 patienter drabbas varje år av urinblåsecancer i Sverige. Den ålders-standardiserade incidensen av sjukdomen har ökat något.

För den aggressiva gruppen (ca 25 %)föreligger idag två olika behandlingsformer, antingen radikal kirurgi, med borttagande av urinblåsan (radikal cystektomi), eller strålbehandling. Det finns idag inga studier som med säkerhet kan identifiera vilken av dessa metoder som har bäst resultat men det finns vetenskap som talar för att kirurgi möjligen medför en överlevnadsvinst och kirurgi rekommenderas därför som förstahands behandling enligt europeiska riktlinjer.

Cytostatikabehandling innan operation ger en överlevnadsvinst på 5-10 % och ingår också i den primära behandlingen av denna patientgrupp. Det föreligger ett successivt ökat användande av denna så kallade neoadjuvanta kemoterapi.

Årligen utförs cirka 440 cystektomier med diagnosen urinblåsecancer i Sverige. I samband med att urinblåsan opereras bort utförs en omfattande rekonstruktion för att återställa urinkanalen.

I nuläget utförs dessa operationer vid ca 20 sjukhus i landet och antalet operationer per sjukhus varierar mellan färre än 10 till ca 90/år.
Regional koncentration är genomförd i tre sjukvårdsregioner: Norra-, Västra-och Stockholm-Gotland. I norra och västra regionerna opereras vid två sjukhus.
Under perioden 2012 - 2014 utförde 7 universitetssjukhus ca 70 % av alla operationer medan 16 sjukhus opererade ca 30 % av alla operationer. Av dessa 16 sjukhus utförde två sjukhus fler än 10 operationer/år medan 14 sjukhus utförde 1 – 7 operationer/år.
Processen med en ökad regional nivåstrukturering är redan påbörjad där man nationellt, den senaste femårsperioden, har reducerat antalet cystektomerande sjukhus från cirka 36 enheter till 21.

Verksamheten kring cystektomier innehåller ett flertal samverkande komponenter mellan olika specialiteter och yrkeskategorier i ett flertal steg. På grund av detta behövs en organisation och struktur kring denna patientgrupp som sannolikt inte kan uppnås med små operationsvolymer. Trots detta faktum förordar sakkunniggruppen inte en nationell nivåstrukturering av dessa patienter, då antalet patienter bedöms utgör en tillräcklig volym för att kunna skötas på ett kvalitativt bra sätt på regional nivå.

För en högkvalificerad vård för patienter som behöver genomgå cystektomi med urinavledning krävs ett kompetent team som består av urolog, onkolog, patolog, radiolog, anestesiolog, stomiterapeut, sjukgymnast, kontaktsjuksköterska, kurator och dietist.

Ansvarigt urologteam skall ha erfarenhet av tumörkirurgi i lilla bäckenet. Ansvarig radiolog för verksamheten (ronder, DT/MR metoder) bör vara specialist med intresse för och erfarenhet inom urologisk/uro-onkologisk radiologi och ansvarig onkolog bör vara specialist med inriktning för uro-onkologisk sjukdom.

Fortlöpande tillgänglighet till MDK skall vara ett krav för den opererande enheten.

Remissförslag

Med utgångspunkt från sakkunniggruppens utlåtande föreslår RCC i samverkan att:

- **Kirurgisk behandling med cystektomi vid avancerad urinblåsecancer utförs vid sex vårdenheter i landet, en i varje sjukvårdsregion.**
- **Regional MDK inrättas i varje sjukvårdsregion.**

- **Den regionala samordningen av njurcancerkirurgin utvärderas efter två år med ställningstagande till behov av ytterligare koncentration.**

Del 2 – Utformning av remissvar

Regionala cancercentrum i samverkan önskar huvudmännens synpunkter senast den 1 juni 2016. Sammanlagt omfattar remissen sex olika områden och förslag. **Remissvaren måste behandla varje område för sig och för varje område önskas svar på nedanstående frågor.** Om möjligt är det en fördel om landsting/regioner inom en sjukvårdsregion avger ett gemensamt svar. I annat fall emotses svar från varje landsting/region. Frågorna 1-7 avser förslagen gällande nationell nivåstrukturering (viss gallvägscancer, viss bukspottkörtelcancer, retroperitoneal lymfkörtelutrymning vid testikelcancer). Fråga 8 avser förslagen till regional nivåstrukturering (viss levercancer, viss bukspottkörtelcancer, ovarialcancer, njurcancer, cystektomi vid urinblåsecancer).

1. Stödjer ni förslaget avseende antal nationella vårdenheter? Om så är fallet, avser sjukvårdsregionens ingående landsting att remittera patienter till aktuell vårdenhet?
   Om ni ej stödjer förslaget, motivera svaret.

2. Har någon av sjukvårdshuvudmännen i regionen intresse att åta sig ett nationellt vårdansvar inom området? Om så är fallet, avser sjukvårdsregionens ingående landsting att remittera patienter till aktuell vårdenhet?

3. Om ni inte avser att åta er ett nationellt vårdansvar inom er region, och har specifika önskemål om vilka vårdgivare som bör ha ett sådant ansvar, ange dessa och motivera svaret.

4. Om ni vill ta ett nationellt vårdansvar ska ansökan enligt bilagd mall inlämnas samtidigt med remissvaret, **bilaga 1**. En ansökan krävs för varje föreslaget område.

5. Vilka konsekvenser blir det för huvudmännens vårdverksamheter i sjukvårdsregionen om det nationella vårduppdraget läggs inom en annan sjukvårdsregion?

6. Hur avser ni att hålla ihop patientens vårdprocess om ni har det nationella vårdansvaret? Och hur avser ni att hålla ihop processen om ni inte har det ansvaret i er region?

7. Vilka praktiska konsekvenser för patienter och närstående ser ni av en nationell koncentration av den aktuella vårdinsatsen?

8. Stödjer ni de ovan beskrivna förslagen om regional nivåstrukturering(viss levercancer, viss bukspottkörtelcancer, ovarialcancer, njurcancer, cystektomi vid urinblåsecancer)? Om så är fallet, avser sjukvårdsregionens ingående landsting att remittera patienter till aktuell vårdenheter?
   Om ni ej stödjer förslaget, motivera svaret.
   Observera att för rekommendationer om regional nivåstrukturering ska ansökan inte inlämnas.

Bilaga

1. Mall för ansökan om nationellt centrum/nationell vårdenhet inom cancervården.

REGIONALA CANCERCENTRUM I SAMVERKAN

Ansökan om nationellt centrum/nationell vårdenhet inom cancervården

Nationell nivåstrukturering inom cancervården innebär att åtgärder ska genomföras på färre än sex vårdenheter i landet. RCC i samverkan föreslår områden som kan vara aktuella för nivåstrukturering och remissunderlag bereds av särskilda sakkunniggrupper. I samband med remissförfarandet kan regioner och landsting ansöka om ett uppdrag som nationellt centrum. Denna ansökan utgör underlaget för bedömning av vilka vårdenheter som föreslås för nationellt uppdrag.
Ansökan ska följa nedanstående mall och beskriva såväl hittillsvarande verksamhet som hur man planerar för en utökad verksamhet. **Beskrivningen ska omfatta hela vårdprocessen ur ett patientperspektiv**, dvs. omfatta förloppet såväl före som efter den del som är aktuell för nationell nivåstrukturering. Beskrivningen ska bl.a. omfatta: samverkan med andra vårdgivare, samverkan med patient/närstående-företrädare, utbildning, kompetensförsörjning samt forskningsaktivitet.
Efter rekommendation av RCC i samverkan tas sedan beslut om nationell vårdenhet av regioner/landsting.

1. Beskrivning av verksamhet/er som ansökan omfattar.

Här preciseras vilka typer av medicinska åtgärder som ansökan omfattar och hur dessa åtgärder relateras till patientens övriga process. Här ska också anges vilka vårdgivare som förutsätts vårda patienten före och i efterförloppet. I detta avsnitt ska också beskrivas vem som ska handlägga komplikationer samt hur och var uppföljning ska ske.

2. Nuvarande vårdvolym samt planerad utökad volym.

Här preciseras vårdvolymen under de senaste tre åren samt upptagningsområde och remissvägar för aktuell verksamhet samt hur denna har utvecklats. Här anges även den tilltänkta planeringen som utgör underlag för framtida verksamhet som nationell vårdenhet.

3. Nuvarande struktur samt planerade förändringar vid ett utökat uppdrag.

Här preciseras nuvarande resurser för aktuell verksamhet samt hur dessa förväntas att utvecklas vid framtida verksamhet som nationell vårdenhet.

- **Fysiska resurser:** lokaltillgång för mottagning, vårdplatser, patienthotell, operationskapacitet, teknisk utrustning, bild- och funktionsdiagnostik, patologi, utrustning för multidisciplinär konferens mm.

- **Personalresurser:** Bemanning, kompetenser och kompetensnivå inom olika professioner och specialiteter, utbildning, kompetensutveckling mm. Beskrivningen ska omfatta tillgänglig kompetens/bemanning 24/7/365 dvs. inkl. nattetid, helger och semesterperioder.

4. Nuvarande process samt planerade förändringar vid ett utökat uppdrag.

Här preciseras nuvarande vårdprocess samt planerade förändringar inför en framtida verksamhet som nationell vårdenhet.

☐ Översiktlig beskrivning av hela vårdprocessen ur ett patientperspektiv från första kontakt p.g.a. sjukdomsmisstanke till uppföljning och palliativ vård.

☐ Detaljerad beskrivning av den del av vårdprocessen som omfattas av det nationella uppdraget med särskild uppmärksamhet på:

o Remitteringsrutiner

o Samverkan med remitterande enheter där det bla ska framgå vem som har ansvar för uppföljning

o Samverkan med övriga nationella vårdenheter

o Kontaktsjuksköterskans roll

o Aktiva överlämningar

o Arbetsfördelning mellan remitterande verksamheter och nationell vårdenhet

o Multidisciplinär konferensverksamhet inkl. anmälningsrutiner till MDK

o Kommunikation med remittenter

o Patient/närståendeinformation inkl. webbaserad information

o Individuell vårdplan

o Rutiner för handläggning av komplikationer, såväl tidiga (under vårdtiden) som sena (efter avslutad vårdepisod)

o Rutiner för arbete med patientsäkerhet

o Rutiner vid återfall

o Registrering i kvalitetsregister omfattande rutiner och ansvar för registrering under hela processen (d.v.s. samtliga blanketter).

☐ Externt riktad utbildningsaktivitet, t.ex. till remittenter, patientorganisationer m.m.

5. Nuvarande resultat samt planerade förändringar vid ett utökat uppdrag.

Här preciseras nuvarande vårdresultat samt hur dessa utvecklats över tid. Här anges även tilltänkta behov av förändringar inför en framtida verksamhet som nationell vårdenhet.

☐ Rutiner för resultatredovisning, källor.
☐ Täckningsgrad i kvalitetsregister.
☐ Utveckling av tillgänglighet och ledtider.

 Medicinska kvalitetsmått med relevans för aktuell verksamhet.
    - o Uppnått behandlingsresultat: Radikalitet, sjukdomsfri överlevnad, överlevnad.
    - o Behandlingskomplikationer efter kirurgi enligt Clavien-Dindos gradering (1-5), oplanerad IVA-vård, oplanerad återinläggning, vårdtider.

 Utveckling av patientrapporterade mått, PROM och PREM.

 Följsamhet till nationella vårdprogram och riktlinjer.
 Andel patienter diskuterade i multidisciplinär konferens per region/landsting av inrapporterade i kvalitetsregistret.

 Deltagande i nationella och internationella vetenskapliga studier.
 Antal patienter behandlade inom ramen för kliniska studier.
 Publicerade vetenskapliga arbeten under de senaste tre åren inom aktuelltsjukdomsområde.

6. Genomförd riskanalys

Riskanalysen ska belysa konsekvenser för verksamheten (inklusive näraliggande verksamheter?) såväl vid ett nationellt uppdrag som vid ett uteblivet sådant uppdrag.

7. Programförklaring/checklista för presentation av verksamheten för remitterande landsting/regioner.

Här anges hur Ni önskar presentera en kommande verksamhet för tilltänkta remittenter. Använd uppgifterna under process ovan för att beskriva:

 när klinik ska kontakta er, d.v.s. beskriv aktuell patient.
 hur kliniker i Sverige ska kontakta er; remiss, telefon.
 hur patienten kontaktas från er.
 kontaktsjuksköterska utses hur och när, individuell vårdplan.
 hur nationell rond ska fungera, anmälan och presentation.
 vad som skall vara gjort i utredningsväg före anmälan till rond.
 inom vilken tid efter nationell rond patienten kan påbörja behandling.
 vad som händer när patienten tas in för behandling.
 boendemöjlighet för medföljande närstående.
 rutiner vid utskrivning, återremiss? telefonkontakt? kontakt med kontaktsjuksköterska på hemmaplan?
 ansvar och rutiner för komplikationer.
 uppföljning, hur och var.
 ert ansvar året runt.

.

CENTERPARTIET
JÄMTLAND HÄRJEDALEN

REGION

2016 -04- 06

Dnr RS /697 /20 16

Initiativärende

En av de punkter revisionen kritiserar regionstyrelsen för är att vi inte har politiskt beslutade mål mätbara mål.

Detta faktum har Centerpartiet påtalat tidigare i regionstyrelsen. Det är ett politiskt ansvar att formulera mätbara mål, det är inget man kan lämna till tjänstemannaorganisationen.

Förhoppningsvis förstår även styrelsens majoritet allvaret i detta nul För att undvika upprepad kritik även kommande år måste styrelsen snarast ta fram mätbara mål.

Jag föreslår därför att regionstyrelsen omedelbart startar ett arbete för att senast på regionstyrelsen i maj kunna fatta ett beslut om mätbara mål för innevarande år.

2016-04-06

Elin Lemón (C)

Regionstyrelsens 2:e vice ordförande

REGION
JÄMTLAND HÄRJEDALEN

2016 -01- 19

Dnr RS /149 /2016

Östersund 19 januari 2016

Initiativärende

Under en längre tid har ärendet om regionråd Robert Uittos (S) omfördelning av årsarvode under 2014 diskuterats i regionstyrelsen, regionfullmäktiges presidium samt förvaltningsrätten. Det visar tydligt att tolkningen av arvodesreglerna behöver justeras och förtydligas.

Därav väcks initiativärendet
att reglementet för arvodesregler skriv om med ett förtydligande under den aktuella punkten

Östersund 19 januari 2016

Elin Lemon

Förslag till fördelning av tilldelade medel

Beskrivning av användingen	Summa 2016	Summa 2017	Summa 2018	Beskrivning av finansiering därefter
	TKR	TKR	TKR	
IT-stöd och processer för förenklad administration och bättre tillgång till information för vårdens medarbetare				
Cytostatikadosceringssystem -investering och projektledare	1500	500		Engångskostnader = ingen kostnad sedan
Utveckling IT och e-hälsa för vård: Cosmics åtgärdslista, mediaarkiv KIBI, integrationer till kvalitetsregister och andra system, mobilitet i vården, distansoberoende lösningar, IPtelefoni	3000	2500	2500	Engångskostnader och tillsvidarekostnader som 2019 får planeras in i befintlig ram
Gemensam kundtjänst för att avlasta chefen och assistenter vid bla nyanställningar.	250	250		Efter uppstartskostnader finansieras kundtjänsten via de besparingar som gjorts
Utveckling ITsystem inom beställarenheten avseende privata vårdgivare, listning mm	250	250	250	Engångskostnader = ingen kostnad sedan
Utbildningar Cosmic R8.1 och utveckling för primärvården	1000	500		Engångskostnader = ingen kostnad sedan
Kallelsesystem, modern teknisk lösning på bla ringsystem. Bla får patient egen terminal, personal får mobila handenheter. Kvittens vid akutlarm mm	2500	5000	5000	Engångskostnader , driftkostnader får hanteras inom befintliga ramar
Övrigt som ännu inte är identifierat eller kostnadsberäknat	1000	800	700	
SUMMA	**9500**	**9800**	**8450**	
Smartare användning av medarbetares kompetens				
Central sjukresegrupp (2-3 pers dvs 1,5 mkr), Start 1 okt 2016. Avlastar vårdpersonal som lägger mycket tid på denna fråga idag	500	1500	1500	Finansieras på samma sätt som sjukreseadministrationen idag d v s det fördelas ut till respektive verksamhet som då kunnat effektivisera
Samordnare primärvård för hantering alla nationella satsningar där nästan alla kräver PVs engagemang (1 tjänst)	500	500	500	Avslutas
Mobilt närvårdsteam - specialiserad vård i hemmet (3 pers men ca 2,5 mkr, 1 läkare 2 ssk och projektledare 25%) inkludera Geritariskt stdö efter projekttiden	2500	2500	2500	Finansieras sen med minskade vårdplatser
Tilläggsuppdrag till hälsovalet för stimulerar användning av ny teknik i samband med patientbesök - ge en stimulanspeng till utförare i pv som använder avståndsoberoende teknik som lösning vid patientbesök		1000	1000	Utvärderas och beslutas om fortsättning i särskild ordning
Pott för att söka för tidsbegränsade effektiviseringsinsatser t ex implementering SVF, analysera/utveckla flöden, koordinator frakturkedja, Vemgörvad mellan PV-SV(samsynsdokumenten), utbildning ultraljud både PV och SV, samt övrigt som ännu inte är identifierat eller kostnadsberäknat	2000	1000	2000	
SUMMA	**5500**	**6500**	**7500**	
Stöd till planering av långsiktig kompetensförsörjning				
Utveckling kompetenskort undersköterskor – träningsutrustning (300 tkr + 50 tkr)	300	200		Engångskostnader och utvecklingskostander. Ska sen ingå i ordinarie verksamhet
Utveckling kompetenskort ytterligare yrkeskategorier, inkl examination, e-utb, Kliniskt Tränings Center inkl att MIUN vill flytta sitt KTC till oss undersöka lokalfrågan		200	250	Engångskostnader och utvecklingskostander. Ska sen ingå i ordinarie verksamhet
Plan 8 – test utökad vårdnära service, apotekare mm	1000			Underlag för utvärdering av effekt
Kompetensförsörjningssystemet som Personalavdelningen köper in	1000	500	500	Budgeteras därefter inom Regionstaben
Extra kostnader införande av kompetensförsörjningssystemet, inmatning, uppstart	400	500		Engångskostnader = ingen kostnad sedan
Chefsutvecklingsprogrammet. Tjänsteutrymme - avsatt tid för utb, handledning, mentorskap samt någon som håller i	500	500	500	Budgeteras därefter inom Regionstaben

Karriärvägar, mentorskap, ssk första år, rätt använd kompetens, löneutveckling. Tjänsteutrymme - avsatt tid för utb, mentorskap samt någon som håller i	5000	5000	5000	Underlag för utvärdering av effekt
Avancerade specialistsjuksköterska i primärvården, kostnad för utbildningsanställningar, 2 per år	800	800	800	Underlag för utvärdering av effekt
Övrigt som ännu inte är identifierat eller kostnadsberäknat	1000	1000	2000	
SUMMA	**10000**	**8700**	**9050**	
TOTAL SUMMA ALLA TRE SATSNINGSOMRÅDEN	**25 000**	**25 000**	**25 000**	

Sveriges
Kommuner
och Landsting

MEDDELANDE FRÅN
STYRELSEN NR 1
2016-01-22

Vårt dnr
16/00001

Avdelningen för vård och omsorg
Sektionen för hälso- och sjukvård
Gunilla Thörnwall Bergendahl

Landstingsstyrelserna/regionstyrelserna

Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om stöd till bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården

Dnr 15/06024

Förbundsstyrelsens beslut

Styrelsen för Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har vid sammanträde den 22 januari 2016 beslutat

att godkänna förslaget till överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om stöd till bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården

att i en skrivelse informera landsting och regioner om överenskommelsen

Bakgrund

Den övergripande målsättningen med överenskommelsen är att stärka förutsättningarna för en god, jämlik och effektiv hälso- och sjukvård genom att förbättra förutsättningarna för hälso- och sjukvårdens medarbetare att öka andelen tid för patientnära arbete och stärka landstingens planering av sitt kompetensbehov.

Statens satsning omfattar totalt 1 000 000 000 kronor (den s.k. professionsmiljarden) varav 950 000 000 kronor är avsedda som stimulansmedel till landsting och regioner. Syftet med medlen är att främja landstings och regioners möjligheter att genom bättre administrativa stöd (inklusive it-stöd), effektivare arbetsfördelning och en ändamålsenlig planering för framtida kompetensförsörjning, ge hälso- och sjukvårdens medarbetare goda förutsättningar att utföra sitt arbete. Överenskommelsen inriktas mot dessa utvecklingsområden. Även ledarskapet samt patientens roll som medskapare i hälso- och sjukvården ska beaktas.

Inom ramen för satsningen avsätts också 7 500 000 kronor till SKL för stöd till och samordning av landstingens arbete inom ramen för överenskommelsen, för fortsatt utvecklad strukturerad vårddokumentation och för arbete med enhetlig terminologi inom det laboratoriemedicinska området.

I överenskommelsen anges också att landstingen avsikt är att undersöka vad som kan ske gemensamt på sikt inom överenskommelsens tre utvecklingsområden. Processen genomförs under 2016 och med stöd av SKL.

Sveriges Kommuner och Landsting

2016-01-22

Vårt dnr
16/00001

Socialstyrelsen kommer att följa upp överenskommelsen.

Landstingen ska senast mars 2017 redovisa vilka åtgärder som vidtagits under 2016 inom ramen för överenskommelsens utvecklingsområden.

Överenskommelsen tecknas för år 2016 för första gången och avsikten är att göra det även för perioden 2017–2018 då den kommer att utvecklas ytterligare.

Överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om stöd till bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården redovisas i **bilaga 1.**

Sveriges Kommuner och Landsting

Lena Micko
Ordförande

Bilaga till protokoll vid regeringssammanträde

REGERINGSKANSLIET
Socialdepartementet

1-21 III:

Sveriges Kommuner och Landsting

Stöd till bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården

En professionsmiljard

Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2016

Innehållsförteckning

1. INLEDNING 3

2. BAKGRUND 4
3. MÅLSÄTTNING 6
4. STÖD TILL BÄTTRE RESURSUTNYTTJANDE I HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN 6

4.1. Överenskommelsens utvecklingsområden 7
4.2. Landstingens redovisning 9
4.3. Redovisningar och avstämningar 9

5. STÖD TILL INSATSER OCH GENOMFÖRANDE 10
6. FÖRDELNING AV MEDEL INOM RAMEN FÖR SATSNINGEN 10

6.1 Beräkningsmodell 10

7. UPPFÖLJNING AV INSATSER INOM UTVECKLINGSOMRÅDENA 10
8. VERKSAMHETSRAPPORT 11
9. EKONOMISKA VILLKOR FÖR ÖVERENSKOMMELSEN 2016 11

9.1. Medel till landstingen 11
9.2. Medel till SKL 11

11. KOMMANDE ÖVERENSKOMMELSER 12
12. GODKÄNNANDE AV ÖVERENSKOMMELSEN 12
BILAGA 1 13
BILAGA 2 15

1. Inledning

Sverige har en hälso- och sjukvård av hög kvalitet. Internationella jämförelser fortsätter att visa att svensk sjukvård står sig väl i jämförelse med andra länder, särskilt när det gäller insatser inom den specialiserade vården. Medellivslängden bland Sveriges befolkning ökar och antal döda i bl.a. cancer och hjärt- och kärlsjukdom minskar.

Samtidigt som hälso- och sjukvården i Sverige uppvisar ett gott resultat överlag finns det behov av att fortsätta utveckla verksamheterna. Framtidens utmaningar förutsätter ett ökat fokus på prevention och hälsofrämjande insatser. Vidare visar mätningar och uppföljning av vårdresultat att det finns obefogade skillnader i både hälsa och vård mellan olika grupper.

Det behöver skapas mer sammanhållna vårdprocesser som utgår från patientens behov. Vården behöver samordna sina insatser i större utsträckning. Det gäller såväl mellan olika delar av vården som mellan kommuner och landsting. Patienternas delaktighet i den egna vården behöver också förbättras. Vårdens ledare och medarbetare har en nyckelroll i att utveckla hälso- och sjukvården i denna riktning.

Hälso- och sjukvårdens medarbetare är dess viktigaste resurs och en förutsättning för en effektiv vård av hög kvalitet. Överenskommelserna stödjer en strategisk och långsiktig kompetensförsörjning.

Överenskommelser mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) används inom områden där båda parter identifierat ett utvecklingsbehov, för att stimulera en förbättring i verksamheterna. Genom överenskommelser sker insatser på nationell, regional och lokal nivå koordinerat. På detta sätt minskar mängden styrsignaler och risken för överlapp i val av insatser, samtidigt som förutsättningarna att utveckla verksamheterna i kommuner, landsting och regioner förbättras. Samtidigt ger arbetssättet utrymme för nytänkande och för att systematiskt prova nya arbetsformer i syfte att utveckla verksamheten på bästa sätt.

Den uppkomna flyktingsituationen i Sverige ställer nya krav på samhällets förmåga till samverkan. Situationen accentuerar behovet av fungerande samverkan, både mellan myndigheter inom staten, mellan stat, kommun och landsting och mellan den offentliga och privata/ideella sektorn. Överenskommelser mellan regeringen och SKL kan bidra till att åstadkomma en sådan eftersträvad samverkan.

Överenskommelserna ska också utgå från ett tydligt jämställdhets-perspektiv, med utgångspunkten att kvinnor och män, flickor och pojkar ska ha samma makt att forma samhället och sina egna liv. Detta förutsätter att könsmönster klarläggs och analyseras i förhållande till de jämställdhetspolitiska målen liksom att eventuella brister i jämställdhetshänseende fortlöpande åtgärdas. Statistik som ingår i överenskommelserna ska redovisas och analyseras uppdelat på kön där så är möjligt. Även skillnader i förutsättningar och möjligheter som beror på exempelvis ålder, etnicitet, sexuell läggning/identitet, funktionsförmåga m.fl. ska beaktas i analysarbetet.

På hälso- och sjukvårdsområdet syftar överenskommelserna under 2016 till att bidra till utvecklingen av en vård som utgår från patientens behov samt är tillgänglig, säker, effektiv och av god kvalitet. Hälso- och sjukvården ska vara jämlik och ges utifrån behov oavsett t.ex. kön, socioekonomisk bakgrund eller födelseland.

Verksamhetsutveckling förutsätter ett kontinuerligt arbete med implementering av bästa tillgängliga kunskap. Värdet av forskning och innovation ska beaktas inom de verksamheter som ingår i överenskommelserna. Samverkan med akademi och näringsliv för att bidra till utvecklingen av nya behandlingar och ny teknik för en effektivare vård är central.

Överenskommelserna omfattar all vård som är offentligt finansierad, oavsett vem som utför vården. Det betyder att såväl landsting som privata aktörer som bedriver hälso- och sjukvård och som finansieras av landstingen kan komma att omfattas.

2. Bakgrund

Hälso- och sjukvården står inför stora utmaningar. Samtidigt som utvecklingen i form av digitalisering, nya medicinska metoder och verktyg går allt snabbare har landstingen svårigheter att både rekrytera nya medarbetare och att på ett effektivt sätt använda kompetensen hos de medarbetare som de har.

En förutsättning för att vårdgivarna ska kunna ge en god och säker vård är att de har rätt medarbetare för rätt uppgift. Tillgången till barnmorskor, sjuksköterskor och läkare m.fl. har ökat under de senaste åren men trots detta anser flera landsting att det är svårt att rekrytera särskilt specialistsjuksköterskor och efterfrågan på läkare överstiger fortfarande tillgången.

Trots den rapporterade bristen på personal tillhör Sverige de länder som har flest antal sjuksköterskor och läkare per 1 000 invånare. Samtidigt har vi lägst antal läkarbesök per capita och år och antalet patientmöten per läkare har konstant sjunkit under perioden 2006–2010. Detta borde innebära att det finns gott om tid för varje patientmöte. Undersökningar visar dock att sjukhusläkare endast lägger ca 18 procent av tiden direkt på patienten, medan en distriktsläkare lägger 47 procent av tiden. Resten av tiden går åt till bl.a. administration, forskning och utbildning.

Under de senaste åren har det gjorts stora satsningar på t.ex. informationshantering, insamling av data, utveckling av hälsodata- och kvalitetsregister samt framtagande av öppna jämförelser. Tillgången till data om insatser och behandlingsresultat behövs för ett kontinuerligt förbättringsarbete i vården och har även bidragit till Sveriges mycket goda hälso- och sjukvårdsresultat i internationella jämförelser.

En konsekvens av detta är emellertid att kraven på dokumentation har ökat, t.ex. på registrering i hälsodata- och kvalitetsregister, och detta har i sin tur inneburit en ökad administration i hälso- och sjukvården. Under senare tid har allt mer av administrationen utförts av läkare och sjuksköterskor och detta har lett till att dessa använder sin tid i allt mindre utsträckning till patientmöten.

Utmaningarna i samhället, t.ex. den demografiska utvecklingen, framtidens finansiering av välfärden och behovet av tid till patientmötet kräver att det finns fungerande it-system som kan effektivisera verksamheten genom att stödja hälso- och sjukvårdens medarbetare i deras arbete. Genom väl anpassade it-stöd och it-verktyg kan rapportering och administration förenklas, vilket frigör resurser.

En nationell samordnare som har haft regeringens uppdrag att analysera hur hälso- och sjukvården kan använda professionernas resurser på ett mer ändamålsenligt och effektivt sätt lämnade i januari 2016 sina överväganden till regeringen. Samordnarens övergripande uppdrag stödjer denna överenskommelse. Vidare har regeringen under 2015 tagit initiativ till möten kring kompetensförsörjningsfrågor där olika aktörer tillsammans med berörda statsråd fått möjlighet att samlas kring aktuella frågeställningar inom området och lyfta möjligheter och svårigheter.

SKL har å sin sida sedan våren 2015 inlett en utvecklingsdialog tillsammans med ledande representanter för åtta medarbetar-

/professionsorganisationer kring framtidens utmaningar och möjligheter i hälso- och sjukvården, med fokus på vardagsarbetet och implikationer för kompetensförsörjning och kompetensutveckling. Vidare pågår ett alltmer intensifierat arbete kring kompetensfrågorna i samverkan mellan SKL:s medlemmar.

3. Målsättning

Den övergripande målsättningen med överenskommelsen är att stärka förutsättningarna för en god, jämlik och effektiv hälso- och sjukvård genom att förbättra förutsättningarna för hälso- och sjukvårdens medarbetare att öka andelen tid för patientnära arbete och stärka landstingens planering av sitt kompetensbehov.

4. Stöd till bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården

Parterna är överens om att satsningen ska främja huvudmännens möjligheter att genom bättre administrativa stöd (inklusive it-stöd), effektivare arbetsfördelning och en ändamålsenlig planering för framtida kompetensförsörjning ge hälso- och sjukvårdens medarbetare goda förutsättningar att utföra sitt arbete. Överenskommelsen inriktas mot dessa utvecklingsområden.

Parterna vill understryka ledarskapets roll och betydelse för hur arbetet inom områdena ska kunna utvecklas på ett ändamålsenligt sätt.

Även patientens roll som medskapare i hälso- och sjukvården ska uppmärksammas inom ramen för de olika utvecklingsområdena.

Landstingen har för avsikt att undersöka vad som kan ske gemensamt på sikt inom överenskommelsens tre utvecklingsområden. Processen genomförs under 2016 och med stöd av SKL.

Utöver denna överenskommelse får landstingen för 2016 en engångsvis resursförstärkning av hälso- och sjukvården om 1 000 000 000 kronor för att möjliggöra särskilt angelägna insatser, se *bilaga 1*. Satsningen ingår i den budgetöverenskommelse som regeringen har slutit med Vänsterpartiet och syftet är att stärka hälso- och sjukvården i bred bemärkelse så att landstingen kan möta utmaningar bl.a. i form av demografi, digitalisering och kompetensförsörjning. Från och med 2017 tillförs 500 000 000 kronor per år via det generella statsbidraget.

4.1. Överenskommelsens utvecklingsområden

A. IT-STÖD OCH PROCESSER FÖR FÖRENKLAD ADMINISTRATION OCH BÄTTRE TILLGÅNG TILL INFORMATION FÖR VÅRDENS MEDARBETARE

It-stöd är en nödvändighet i dagens hälso- och sjukvård. Snabb och relevant information om tidigare eller pågående vårdprocesser och de insatser som genomförts inom dessa är, liksom tillgång till bästa tillgängliga kunskap, grundläggande för att personalen ska kunna ge en effektiv och säker vård. De krav som finns på t.ex. journaldokumentation, mätning, redovisning och uppföljning har också medfört att vi vet mer om hälso- och sjukvården i termer av t.ex. resultat, kvalitet, jämlikhet och patientsäkerhet än tidigare. Samtidigt finns det mycket som pekar på att de administrativa system och regler vi har i dag inte är ändamålsenliga. Exempel på administrativt betungande uppgifter kan vara dokumentation vid remittering, in- och utskrivningar och undersökningar av platstillgång. Ofta nämns också kraven på rapportering, främst till sjukvårdshuvudmännen men också till kvalitetsregister och hälsodataregister. Andra områden som berörts är it-systemens bristande funktionalitet och behovet av en förbättrad journalstruktur där kunskapsstöd är integrerade med strukturerad information om patienten, samt omfattningen av dagens krav på dokumentation och signering.

Omfattningen av administrationen bidrar till negativa upplevelser av arbetsmiljön och att förtroendet för hälso- och sjukvårdens styrning och ledning minskar hos dess personal. En del av registreringsarbetet skulle förmodligen kunna hanteras av andra yrkesgrupper med annan formell kompetens. Det är också viktigt att representanter för medarbetare som berörs av aktuella arbetsuppgifter involveras i utvecklingen av e-tjänsterna och att berörda medarbetare har nödvändiga kunskaper för att kunna hantera de stöd som finns på ett så effektivt sätt som möjligt.

B. SMARTARE ANVÄNDNING AV MEDARBETARNAS KOMPETENS

En ändamålsenlig fördelning av arbetsuppgifter, ansvar och roller inom hälso- och sjukvården utifrån reell kompetens är effektivt ur såväl resurs- som kostnadsperspektiv. Därtill kommer den stora potential som finns i att ta tillvara patienterna som resurs och ge dem förutsättningar att vara aktiva medskapare.

Vårdgivarna behöver se över hur de ska kunna använda medarbetarnas kompetenser mer flexibelt genom att utveckla de interna processerna och styra arbetstiden för att skapa effektiva

flöden, t.ex. genom omfördelning av arbetsuppgifter mellan olika yrkesgrupper. Samtidigt befinner sig samhället i en tid som präglas av ökad digitalisering, där en del traditionella arbetsuppgifter i större utsträckning kommer att kunna utföras genom digitala lösningar. Det gör bl.a. att vårdgivarna behöver se över hur patienternas digitala tillgänglighet till hälso- och sjukvården kan utformas på ett bättre sätt än i dag.

I hälso- och sjukvårdslagstiftningen finns ett fåtal bestämmelser som pekar ut enstaka arbetsuppgifter som endast får utföras av vissa yrkesgrupper. Huvuddelen av arbetsuppgifterna är oreglerade – dvs. det saknas regler som säger att uppgifterna/åtgärderna enbart tillkommer en viss yrkeskategori. Det finns alltså stora möjligheter för verksamhetschefer att fördela arbetsuppgifter mer fritt efter medarbetarnas reella kompetens. En utgångspunkt bör vara att kompetensen ska användas på effektivaste sätt och att uppgifter ska utföras så att patientsäkerheten kan garanteras. På så sätt blir det tydligare att olika yrkesgrupper kan komplettera varandra och förutsättningarna för ett mer teambaserat arbete stärkas.

Socialstyrelsens handbok *Vem får göra vad i hälso- och sjukvården och tandvården?* kan utgöra ett bra stöd för verksamheterna och beskriver bl.a. regler om ansvar, krav och befogenheter för olika personalkategorier och arbetsuppgifter.

C. STÖD TILL PLANERING AV LÅNGSIKTIG KOMPETENSFÖRSÖRJNING

Hälso- och sjukvården är i ständig utveckling såväl medicinskt som tekniskt. Nya utmaningar kräver nya förhållningssätt och – till viss del – nya kompetenser.

För att Sverige ska kunna erbjuda en hälso- och sjukvård av hög kvalitet måste medarbetarnas resurser tas tillvara på det mest ändamålsenliga sättet och för rätt uppgifter.

I ett ansträngt läge med rekryteringsbehov och brist inom vissa kompetenser hamnar fokus ofta på här och nu. Regeringens satsning och denna överenskommelse syftar till att ge nya möjligheter att lyfta blicken utåt och framåt.

Statens åtgärder för att underlätta landstingens kompetensförsörjning inbegriper dels ett ansvar för högre utbildning, dels ett löpande uppdrag till Socialstyrelsen att genom bl.a. statistik och uppgifter om tillgång på vissa centrala yrkesgrupper ge landstingen stöd i sin långsiktiga planering. Regeringen gav den 3 december 2015

Socialstyrelsen i uppdrag att bl.a. bredda stödet till fler yrkesgrupper samt föreslå hur stödet kan ge största möjliga nytta för huvudmän och andra vårdgivare i planeringen av sin kompetensförsörjning.

Det är viktigt att en kontinuerlig dialog kan föras på regional nivå mellan landstingen och högskolorna i syfte att lyfta t.ex. hälso- och sjukvårdens behov av olika kompetenser och högskolornas och studenternas behov av verksamhetsförlagd utbildning. Det är också angeläget att en dialog förs på nationell nivå kring hälso- och sjukvårdens behov av kompetens utifrån ett nära framtidsfokus.

En viktig del i arbetet med kompetensförsörjning är att ta tillvara den kunskap som finns i landet och att låta alla som kan och vill bidra med sin kompetens. Regeringen har vidtagit åtgärder för att snabba upp processen för validering av utländsk hälso- och sjukvårdspersonal. Genom att påskynda dessa personers etablering på arbetsmarknaden bidrar åtgärderna också till snabbare integration i samhället. För landstingens del utgör dessa individer värdefull kompetens att ta tillvara på bästa sätt.

Behovet av olika yrkesgrupper måste sättas i relation till framtida förändringar i sjukdomspanoramat och vårdens innehåll samt till vilken arbetsfördelning som kommer att råda i framtidens hälso- och sjukvård. Det finns därför ett stort behov av långsiktiga kompetensförsörjningsplaner för hälso- och sjukvården.

4.2. Landstingens redovisning

Landstingen ska redovisa vilka åtgärder som vidtagits under 2016 inom ramen för överenskommelsens utvecklingsområden och

- i den mån det är relevant redovisa vilka åtgärder som vidtagits inom området e-hälsa,
- redogöra för hur patientnära verksamheter och medarbetar-företrädare samt privata verksamheter med offentlig finansiering involveras i arbetet, samt
- redovisa hur landstingen på strategisk ledningsnivå understödjer en utveckling inom området.

4.3. Redovisningar och avstämningar

Landstingens redogörelser ska ha inkommit till Socialstyrelsen senast den 31 mars 2017.

5. Stöd till insatser och genomförande

SKL och Socialstyrelsen ska tillsammans och var och en för sig stödja landstingens arbete så att det bidrar till överenskommelsens övergripande mål. SKL tilldelas därför 7 500 000 kronor för att:

- tillhandahålla metodstöd och verktyg till landstingens arbete med utvecklad övergripande planering av kompetensförsörjning och övriga områden som är aktuella för överenskommelsen och i relevanta delar göra detta tillsammans med Socialstyrelsen,
- under 2016 utifrån huvudmännens behov tillförsäkra att en enhetlig terminologi inom det laboratoriemedicinska området tillgängliggörs för nationella it-tjänster samt finns åtkomliga för integrering i huvudmännens egna verksamhetsstöd,
- fortsatt utveckla strukturerad vårddokumentation,
- aktivt sprida goda exempel,
- samordna landstingsgemensamma utvecklingssamarbeten inom ramen för överenskommelsen.

6. Fördelning av medel inom ramen för satsningen

Satsningen omfattar totalt 1 000 000 000 kronor. Av dessa är 950 000 000 kronor avsedda som stimulansmedel till landstingen. Syftet med medlen till landstingen är att de ska användas inom de tre utvecklingsområden som angetts ovan.

Inom ramen för satsningen avsätts också 7 500 000 kronor till SKL för stöd till landstingen enligt avsnitt 5.

Regeringen avser att återkomma angående användningen av resterande medel i satsningen.

6.1 Beräkningsmodell

Fördelningen av stimulansmedlen till landstingen sker i relation till befolkningsandel, baserad på befolkningsunderlaget den 30 juni 2015 i enlighet med *bilaga 1*.

7. Uppföljning av insatser inom utvecklingsområdena

Genomförda och planerade insatser ska följas upp, dels i landstingens egen regi, dels genom ett särskilt uppdrag till Socialstyrelsen. I uppföljningen av 2016 års överenskommelse kan bl.a. ingå att göra en nulägesanalys beträffande de tre utvecklingsområdena samt att identifiera och lyfta fram eventuella hinder för ett effektivt arbete inom dessa områden.

8. Verksamhetsrapport

Parterna är överens om att insatserna i överenskommelsen som SKL erhållit medel för ska följas upp. SKL ska lämna en slutlig verksamhetsrapport till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 31 mars 2017, om inte annat överenskoms. I verksamhetsrapporten ska SKL redogöra för den verksamhet som bedrivits med stöd av bidraget.

9. Ekonomiska villkor för överenskommelsen 2016

9.1. Medel till landstingen

Beslut om utbetalning av stimulansmedel om 950 000 000 kronor till landstingen, inklusive den extra resursförstärkningen på 1 000 000 000 kronor som är utöver denna överenskommelse, kommer att fattas genom särskilt regeringsbeslut ställt till Kammarkollegiet.

9.2. Medel till SKL

Beslut om utbetalning av sammanlagt 7 500 000 kronor till SKL kommer att ske i särskilt regeringsbeslut.

Medlen utbetalas engångsvis efter rekvisition ställd till Kammarkollegiet. Rekvireringen av medel ska ske senast den 1 december 2016. Rätten till bidraget förfaller om rekvisition inte inkommit inom denna tid.

Medel som inte har utnyttjats ska återbetalas till Kammarkollegiet senast den 31 mars 2017. En ekonomisk redovisning för kalenderåret som visar hur medlen använts (formulär Ekonomisk redovisning) ska lämnas till Kammarkollegiet senast den 31 mars 2017. Ekonomichefen (eller motsvarande) ska granska och intyga uppgifterna i den ekonomiska redovisningen. Underskrift i original samt information om eventuella avvikelser och åtgärdsförslag ska finnas med i redovisningen. Om redovisning inte inkommer i tid kan regeringen återkräva stödet.

Regeringskansliets diarienummer för överenskommelsen och för regeringsbeslut om utbetalning ska framgå av samtliga handlingar. Rekvisitionen, den ekonomiska redovisningen och verksamhets-rapporterna ska vara undertecknade i original av en behörig företrädare för SKL.

Regeringskansliet (Socialdepartementet) och Kammarkollegiet har rätt att begära in kopior av räkenskaper och övrigt underlag som rör bidragets användning.

För rekvisition och ekonomisk redovisning se också *bilaga* 2.

9.3. Finansiering

Kostnaderna ska belasta utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg, anslag 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård, anslagspost 1, professionsmiljarden och anslagspost 14, Resursförstärkning till landstingen.

11. Kommande överenskommelser

Överenskommelsen om stöd till bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården tecknas för år 2016 för första gången. Parterna har för avsikt att även för perioden 2017–2018 ingå årliga överenskommelser för att uppnå målet att stärka förutsättningarna för en god, jämlik och effektiv hälso- och sjukvård genom att förbättra förutsättningarna för hälso- och sjukvårdens medarbetare att öka andelen tid för patientnära arbete och stärka landstingens planering av sitt kompetensbehov. Kommande års överenskommelser ska utvecklas bl.a. utifrån resultat från uppföljningen men även utifrån andra åtgärder som parterna är överens om kan bidra till en utveckling inom de tre utvecklingsområdena. Parterna är vidare överens om att inför 2017 års överenskommelse diskutera och analysera slutsatserna från den nationella samordnaren för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården samt beakta de nu pågående samtalen om hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning.

12. Godkännande av överenskommelsen

Överenskommelsen blir giltig under förutsättning att den godkänns av regeringen och SKL:s styrelse.

För staten genom Socialdepartementet	För Sveriges Kommuner och Landsting
Stockholm den X 2016	Stockholm den X 2016
Agneta Karlsson Statssekreterare	Håkan Sörman Verkställande direktör

Bilaga 1

1. Fördelning av stimulansmedel om 950 000 000 kronor till landstingen i enlighet med överenskommelsen

Landsting	Befolkning per den 30/6 2015	Andel	Andel av medel
Stockholm	2 213 528	23%	**214 726 301**
Uppsala	350 731	4%	**34 023 139**
Södermanland	282 339	3%	**27 388 680**
Östergötland	443 376	5%	**43 010 293**
Jönköping	345 907	4%	**33 555 180**
Kronoberg	190 120	2%	**18 442 850**
Kalmar	236 399	2%	**22 932 207**
Gotland	57 316	1%	**5 560 017**
Blekinge	155 149	2%	**15 050 440**
Skåne	1 294 687	13%	**125 592 877**
Halland	312 599	3%	**30 324 092**
Västra Götaland	1 639 525	17%	**159 044 358**
Värmland	274 825	3%	**26 659 774**
Örebro	289 425	3%	**28 076 067**
Västmanland	263 158	3%	**25 528 001**
Dalarna	279 868	3%	**27 148 977**
Gävleborg	281 053	3%	**27 263 929**
Västernorrland	243 754	2%	**23 645 689**
Jämtland	127 043	1%	**12 323 979**
Västerbotten	262 593	3%	**25 473 192**
Norrbotten	249 777	3%	**24 229 958**
Summa	**9 793 172**	**100%**	**950 000 000**

2. Fördelning av extra resursförstärkning om 1 000 000 000 kronor till landstingen

Landsting	Befolkning per den 30/6 2015	Andel	Andel av medel
Stockholm	2 213 528	23%	**226 027 686**
Uppsala	350 731	4%	**35 813 830**
Södermanland	282 339	3%	**28 830 189**
Östergötland	443 376	5%	**45 273 993**
Jönköping	345 907	4%	**35 321 242**
Kronoberg	190 120	2%	**19 413 526**
Kalmar	236 399	2%	**24 139 166**
Gotland	57 316	1%	**5 852 649**
Blekinge	155 149	2%	**15 842 569**
Skåne	1 294 687	13%	**132 203 029**
Halland	312 599	3%	**31 920 097**
Västra Götaland	1 639 525	17%	**167 415 113**
Värmland	274 825	3%	**28 062 920**
Örebro	289 425	3%	**29 553 754**
Västmanland	263 158	3%	**26 871 580**
Dalarna	279 868	3%	**28 577 870**
Gävleborg	281 053	3%	**28 698 873**
Västernorrland	243 754	2%	**24 890 199**
Jämtland	127 043	1%	**12 972 610**
Västerbotten	262 593	3%	**26 813 886**
Norrbotten	249 777	3%	**25 505 219**
Summa	**9 793 172**	**100%**	**1 000 000 000**

Bilaga 2

Information som ska ingå i rekvisition och ekonomisk redovisning av medel inom ramen för denna överenskommelse

Rekvisition	Ekonomisk redovisning
1. Kontaktuppgifter • Bidragsmottagare • Organisationsnummer • Kontaktperson • Postadress • Telefon inkl. riktnummer • Faxnummer • E-postadress	1. Kontaktuppgifter • Bidragsmottagare • Organisationsnummer • Kontaktperson • Postadress • Telefon inkl. riktnummer • Faxnummer • E-postadress
2. Bidrag som ansökan avser • Regeringskansliets diarienummer för bakomliggande överenskommelse Regeringskansliets diarienummer för regeringsbeslut avseende utbetalning • Överenskommelsens benämning • Belopp som rekvireras • Rekvisitionen avser perioden	2. Bidrag som ansökan avser • Regeringskansliets diarienummer för bakomliggande överenskommelse Regeringskansliets diarienummer avseende regeringsbeslut för utbetalning • Överenskommelsens benämning • Summa bidrag enligt överenskommelsen • Summa bidrag som utbetalats från regeringen/Regeringskansliet • Period som den ekonomiska redovisningen avser
3. Uppgifter för utbetalning • Bankgiro/Plusgiro • Önskad betalningsreferens	3. Redovisning av verksamhet eller aktivitet • Bidrag som erhållits av regeringen/Regeringskansliet • Kostnader • Kostnader (specificera större kostnadsposter) • Summa kostnader • Medel som inte har förbrukats (Bidrag – kostnader)
4. Underskrift i original av behörig företrädare • Bidragstagaren intygar att lämnade uppgifter är riktiga samt försäkrar att bidraget kommer att användas enligt den gemensamma överenskommelsen. • Datum • Underskrift • Namnförtydligande	4. Ekonomichefens (eller motsvarande) granskning av den ekonomiska redovisningen • Alt 1: N.N. (ekonomichefen eller motsvarande) intygar att den ekonomiska redovisningen under punkt 3 är korrekt. • Alt 2: N.N. (ekonomichefen eller motsvarande) bedömer inte att den ekonomiska redovisningen under punkt 3 är korrekt. (Avvikelserna och eventuella åtgärder ska också redovisas.) • Namn • Befattning • Telefon inkl. riktnummer • E-postadress
	5. Underskrift i original av behörig företrädare • Bidragstagaren intygar att lämnade uppgifter är riktiga. • Datum • Underskrift • Namnförtydligande

.

Direktiv för tvångsvård och rättspsykiatrisk vård

Version: 1

Beslutsinstans: Regionstyrelsen

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN
Håkan Gadd
Område Psykiatri

ÄNDRINGSFÖRTECKNING

Version	Datum	Ändring	Beslutat av
1.		Nyutgåva	

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1 INLEDNING 4
2 BERÖRDA ENHETER 4
3 UTGÅNGSPUNKTER FÖR VÅRDEN 5
4 VÅRDGIVARENS ANSVAR 5
4.1 Verksamhetschef och chefsöverläkare 5
5 SYSTEMATISKT KVALITETSARBETE 6
5.1 Uppföljning 6
6 VÅRDEN 7
6.1 Tvångsåtgärder 7
6.2 Vårdplanering 8
6.3 Vårdmiljön 8
6.4 Stödperson 8
7 SÄKERHET VID VÅRDENHET 8
7.1 Inre säkerhet 9
7.2 Yttre säkerhet 9
7.3 Placering av patienter 9
8 ÖVRIGT 9

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN
Håkan Gadd
Område Psykiatri

1 INLEDNING

Vårdgivaren ska enligt 3 kap. 1 § SOSFS 2006:9[1] ge direktiv och säkerställa att det finns skriftliga rutiner för hur den individuellt anpassade vården som ges till patienten ska kunna bidra till att säkerheten upprätthålls. Detta gäller oavsett om vården ges inom en verksamhets område eller i samband med vistelse utanför detta område.

Vårdgivaren svarar vidare för att skriftliga rutiner finns enligt bestämmelserna i Socialstyrelsens föreskrifter 2006:9. Vårdgivaren ska även enligt 2 kap 2 § 2008:18 utfärda skriftliga direktiv som säkerställer ett systematiskt kvalitetsarbete inom psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård. Enligt SOSFS 2011:9, även i SOSFS 2008:18[2], ska vårdgivaren ha ett ledningssystem med de processer och rutiner som behövs för att säkerställa de krav som anges i lagar och föreskrifter för hälso- och sjukvård samt tvångsvård.

Genom detta direktiv fördelas ansvaret för upprättande av rutiner enligt föreskrifterna.

2 BERÖRDA ENHETER

Dessa direktiv gäller Område psykiatri och Barn- och ungdomspsykiatrin vid Område Barn Unga Vuxna.

Tvångsvård av patienter bedrivs vid Område psykiatri, Vuxenpsykiatri (VUP).

Patienter under 18 år tillhörande Barn- och Ungdomspsykiatrin (BUP) erhåller tvångsvård vid VUP eller vid avdelning 108 inom Område Barn.

Det finns inget hinder för att tvångsvård ges på en annan sjukvårdsenhet än en psykiatrisk, exempelvis en somatisk vårdavdelning. Ansvaret för tvångsvården är alltid psykiatrins oavsett var patienten befinner sig.

Inom Region Jämtland Härjedalen skall detta direktiv tillämpas på sådan vård som ges med stöd av eller utfärdar sådant vårdintyg som avses i 4 § lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT, Och 5 § i lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, LRV respektive begär polishandräckning (frihetsberövande) enligt 47 § LPT och 27 § LRV samt öppen psykiatrisk tvångsvård 1991:1128(ÖPT) och öppen rättspsykiatrisk tvångsvård 1991:1129(ÖRV).

[1] Säkerhet vid sjukvårdsinrättningar som ger psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård samt vid enheter för rättspsykiatrisk undersökning.
[2] Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård.

3 UTGÅNGSPUNKTER FÖR VÅRDEN

Varje människas rätt till självbestämmande och integritet är grundlagsskyddad och sanktionerad av straffbestämmelser. Det är ett stort ansvar att vårda någon mot hennes vilja, och alla har därför rätt att förvänta sig god vård på jämlika villkor.

Tvång och tvångsåtgärder är tillåtna om de regleras i lag. Sådan lagstiftning finns i form av LPT och LRV. Rättssäkerheten kräver att lagens bestämmelser görs kända och tillgodoses på ett betryggande sätt för att verksamheten ska uppfylla lagens krav. Detta kan göras genom ändamålsenlig utbildning och information till patienter och personal samt anhöriga.

För att säkra att patienterna erbjuds varierad och behovsanpassad vård inom psykiatrin bör tillgång till erforderliga resurser tillgodoses. Kraven på en god vård som anges i 2 a § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) ska beaktas och de förutsättningar som anges i 2 e §.

4 VÅRDGIVARENS ANSVAR

Vårdgivaren ska enligt 3 § i HSL erbjuda en god hälsovård åt dem som är bosatta i landstinget, vistas stadigvarande i landstinget och även enligt 3c § HSL för de som inte är bosatta i Sverige. Regionstyrelsen är ytterst ansvarig vårdgivare.

Vårdgivaren skall enligt 3 kap. 1 § SOSFS 2006:9 ge direktiv och säkerställa att det finns skriftliga rutiner för hur den individuellt anpassade vården som ges till patienten skall kunna bidra till att säkerheten upprätthålls. Detta gäller oavsett om vården ges inom en verksamhets område eller i samband med vistelse utanför detta område.

Vårdgivaren svarar vidare för att skriftliga rutiner finns enligt bestämmelserna i Socialstyrelsens föreskrifter 2006:9. Genom detta direktiv fördelas ansvaret för upprättande av rutiner enligt föreskrifterna.

4.1 Verksamhetschef och chefsöverläkare

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd 2008:18 om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård framgår verksamhetschefens ansvar i 3§. Verksamhetschefen ska fastställa ändamålsenliga rutiner och fördela ansvaret för den psykiatriska tvångsvården och den rättspsykiatriska vården.

Verksamhetschefens ansvar framgår av 29-30§§ i HSL. Ansvaret för ledningsuppgifter rörande den psykiatriska tvångsvården utövas av en läkare med specialistkompetens i någon av de psykiatriska specialiteterna (chefsöverläkare). Är verksamhetschefen inte en läkare med sådan kompetens, fullgörs dessa uppgifter av en särskilt utsedd chefsöverläkare.

Ansvaret för ledningsuppgifter rörande den psykiatriska tvångsvården utövas av en läkare med specialistkompetens i någon av de psykiatriska specialiteterna (chefsöverläkare). Är verksamhetschefen inte en läkare med sådan kompetens, fullgörs dessa uppgifter av en särskilt

utsedd chefsöverläkare. Då dokumenterade rutiner för tvångsåtgärder har såväl medicinska, legala som personal- och lokalmässiga aspekter är det lämpligt att verksamhetschefen och chefsöverläkaren samverkar då rutinerna utformas, görs kända och följs upp.

5 SYSTEMATISKT KVALITETSARBETE

Område psykiatri skall enligt 31§ i HSL bedriva ett arbete som gör att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Arbetet ska syfta till att minska behovet av tvångsåtgärder.

Verksamhetschefen vid område psykiatri ska tillse att ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete och patientsäkerhet innehåller rutiner som säkerställer att psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård ges i överensstämmelse med lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård respektive lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård. (SOSFS 2014:1). Verksamhetschefen ansvarar tillsammans med chefsöverläkaren att rutiner löpande revideras och att dessa görs kända i verksamheten.

5.1 Uppföljning

Verksamhetschefen ska enligt 5 § i SOSFS 2008:18 fortlöpande följa upp att vården ges i överensstämmelse med lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård. Uppföljningen ska säkerställa att patienternas inflytande och lagstadgade rättigheter i vården tillgodoses samt att andra personers säkerhet och fysiska eller psykiska hälsa inte riskeras. Vid uppföljningen ska beaktas att verksamhetens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och patientsäkerhet har getts en sådan utformning att användningen av tvångsvård och tvångsåtgärder begränsas.

Verksamhetschefen ska även enligt 5 §, som ett led i uppföljningen, se till att verksamheten regelbundet granskas för att säkerställa att kraven i första stycket är tillgodosedda Granskningen skall utföras av någon annan än företrädare för verksamheten eller dess sjukvårdshuvudman. Verksamheten ska genomföra sådan granskning vart tredje år.

Vårdgivaren kommer att följa upp och säkerställa att verksamheterna har rutiner för säkerheten vid vårdinrättningen som överensstämmer med författningsstadgade krav och gällande rätt i övrigt.

Uppföljningen av tvångsvården och tvångsåtgärder skall redovisas till regionstyrelsen senast i december varje år.

6 VÅRDEN

Område psykiatri ska bedriva tvångsvård som svarar mot några av kraven på god vård i Hälso- och sjukvårdslagen. Det innebär att vården ska vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen, att den har respekt för patientens självbestämmande och integritet, att den ska främja goda kontakter mellan patienten och sjukvårdspersonalen, att den tillgodoser patientens behov av kontinuitet och säkerhet (2 a och b §§ i HSL 1982:763).

Psykiatrisk tvångsvård syftar till att sätta patienten i stånd att frivilligt medverka till nödvändig vård och ta emot det stöd som han eller hon behöver (2 § 1991:1128 LPT).Om det är nödvändigt får behandling ges utan patientens samtycke.

Personal vid berörda enheter har ett särskilt ansvar att eftersträva ett bra bemötande så att en bra behandlingsallians kan upprättas. Enhetschefen har ett ansvar att vidta åtgärder för att utveckla och följa bemötandet. Verksamhetschefen har ett ansvar att ge personalen nödvändig kompetensutveckling.

6.1 Tvångsåtgärder

Tvångsåtgärder vid vård enligt LPT eller LRV får endast användas om de står i rimlig proportion till syftet med åtgärden. Bestämmelserna innebär att användning av en tvångsåtgärd alltid skall föregås av en avvägning mellan den nytta som tvångsåtgärderna kan ha för patienten i förhållande till det ingrepp i patientens självbestämmande och integritet som det innebär att patienten mot sin vilja får genomgå viss behandling (2 a § i LPT 1991:1128 och LRV 1991:1129). Är mindre ingripande åtgärder tillräckliga skall de användas. Tvång ska ske så skonsamt som möjligt och med största möjliga hänsyn till patienten. (2 a § LPT och 2 a § LRV).Beslut om tvångsåtgärder och skäl för dem ska dokumenteras i journalen.

Tvångsåtgärder som rör barn skall föregås av särskild analys av vilka konsekvenser det får för barnet utifrån hans eller hennes förutsättningar och behov.

Efter en genomförd tvångsåtgärd skall chefsöverläkaren erbjuda patienten ett uppföljningssamtal så snart patientens tillstånd tillåter. Detta för att ge patienten möjlighet att redogöra för sin upplevelse av åtgärden samt medverka till att inte behöva tillgripa tvångsåtgärder om en liknande situation inträffar igen. Uppföljningssamtalet ska dokumenteras i journalen.

Patienter som vårdas med stöd av LPT eller LRV kan om det finns en omedelbar fara att patienten skadar sig själv eller någon annan och det är oundgängligt nödvändigt spännas fast kortvarigt. Fastspänning får pågå högst fyra timmar. Om det finns synnerliga skäl får tiden förlängas utöver fyra timmar. Vid förlängning ska den beslutande läkaren själv undersöka patienten. Beslut från chefsöverläkaren att inskränka patients rätt att använda elektronisk kommunikationsutrustning ska innehålla uppgift om varför beslutet är nödvändigt med hänsyn till vård och behandling.

Fastspänning av barn under 18 år får pågå högst två timmar, och om det finns synnerliga skäl förlängas med högst två timmar vid varje tillfälle. Vid förlängning ska den beslutande läkaren själv undersöka patienten.

6.2 Vårdplanering

Verksamhetschefen ansvarar för att det finns skriftliga rutiner för vårdplanering i tvångsvården.

En vårdplan ska upprättas snarast efter att patient tagits in för tvångsvård. Planen ska ange målen de behandlingsåtgärder och andra insatser som behövs för att syftet med tvångsvården ska uppnås och att resultaten av insatserna kan bestå. Vårdplanen ska så långt som möjligt upprättas i samråd med patienten och om det inte är olämpligt med anhöriga. Om det inte är möjligt att upprätta den samordnade vårdplanen i samråd med patienten, ska orsaken till detta anges i planen. Vårdplanen ska följas upp löpande och omprövas (SOSFS 2008:18).

Vårdplanen ska innehålla uppgifter om vilken enhet som ansvarar för vilken insats inom hälso- och sjukvården och inom socialtjänsten eller av andra. Vårdplanen är klar när det godkänts av berörda enheter (7a § LPT 1991:1128).Detsamma gäller om sluten rättspsykiatrisk vård ska övergå i öppen vård (16b § LRV 1991:1129).En redogörelse om insatser för att minska risken att återfalla i brottslighet ska bifogas planen. När det inte finns behov av insatser från socialtjänsten eller om patienten inte önskar sådana insatser, ska detta framgå av den samordnade vårdplanen.

6.3 Vårdmiljön

Vårdmiljön skall utformas och anpassas för att tvång ska kunna utövas så skonsamt som möjligt och med största möjliga hänsyn till patienten. Genom att lägga stor vikt vid avdelningens interiör och emotionella klimat påverkas möjligheten att upprätthålla säkerheten vid avdelningarna. Patienternas bör ges struktur på dagen med bl. a möjlighet till en meningsfull sysselsättning och tillfälle till frisk luft och motion. Verksamhetschefen ska följa upp patienternas uppfattning om vårdmiljön.

6.4 Stödperson

Läkaren vid enhet som bedriver tvångsvård ska informera patienten om sin rätt att få en stödperson. Informationen ska ges flera gånger.

7 SÄKERHET VID VÅRDENHET

Verksamhetschefen ansvarar för att tvångsvården uppfyller krav på god såväl inre som yttre säkerhet. Det ska finnas en särskilt utsedd säkerhetsansvarig, 5 kap 1§, vid område psykiatri som ansvarar för vad som anges i 3 kap 2-9 § § och 4 kap i SOSFS 2006:9.

Vårdenheten har säkerhetsklass 3. Om vård ska ske med högre säkerhetsklass ska vården ske vid annan vårdenhet.

Brister i säkerheten ska avvikelserapporteras och allvarliga brister ska rapporteras till Inspektionen för vård och omsorg.

7.1 Inre säkerhet

Verksamhetschefen skall säkerställa att det finns skriftliga rutiner för hur den individuellt anpassade vården som ges till patienten skall kunna bidra till att säkerheten upprätthålls enligt 3 kap. 2 § SOSFS 2006:9.

Vid de enheter som bedriver tvångsvård ska regelbundna säkerhetskontroller göra och personalen ska ges regelbunden säkerhetsutbildning.

Det ska finnas rutiner som beskriver när och hur kroppsvisitation eller ytlig kroppsbesiktning kan göras.

För att skapa gemensam trevnad ska ordningsregler finnas. Patienter ska informeras om reglerna och personalen ska förvissa sig om att informationen nått fram.

7.2 Yttre säkerhet

Verksamhetschefen ansvarar för att det finns skriftliga rutiner för hur skalskyddet ska vara utformat och att regelbunden kontroll av detta skydd utförs.

Vid varje avdelning ska det finnas en säkerhetshandling som beskriver säkerheten.

Det ska finnas skriftliga rutiner för säkerheten när en patient vistas med personal utanför verksamhetens område, t.ex. vid ledsagning eller transporter

7.3 Placering av patienter

Verksamhetschefen ansvarar för att det finns skriftliga rutiner för hur man ska göra en bedömning i det enskilda fallet av risken för fritagning, patientens benägenhet att skada sig själv, farlighet eller annan och rymningsbenägenheten. Denna bedömning ska ligga till grund för ett beslut om vilken avdelning patienten ska vårdas vid (SOSFS 2006:9).

8 ÖVRIGT

Verksamheten ska informera om sina allmänna besökstider. Verksamheten kan besluta om besöksrestriktioner enligt lagen (1996:981) om besöksinskränkningar vid viss tvångsvård för enskilda individer.

Varje vårdenhet ska ha relevant lag, LPT eller LRV, anslagen väl synlig på avdelningen. Chefsöverläkaren ansvarar för att informera patienten så snart dennes tillstånd tillåter om sin rätt att överklaga vissa beslut.

.

Regler för betalning och krav

Version: 2

Beslutsinstans: Regionstyrelsen

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN
Georgios Bitsakis
Ekonomiavdelningen

2016-05-04 Dnr:RS/703/2016

ÄNDRINGSFÖRTECKNING

Version	Datum	Ändring	Beslutat av
1.		Första utgåvan	
2.	2016-05-04	Andra utgåvan	Regionstyrelsen 2016-05-25, § XX

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN
Georgios Bitsakis
Ekonomiavdelningen

2016-05-04 Dnr:RS/703/2016

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1 PRINCIPER 4
2 VÅRDAVGIFTER 5
2.1 Sjukvård 5
2.1.1 Öppenvårdsavgifter 5
2.1.2 Slutenvårdsavgifter 5
2.2 Tandvård 5
2.3 Regional Utvecklingsförvaltning 6
3 UTHYRNING 6
4 FAKTURA 6
4.1 Betalningsvillkor 6
4.2 Faktureringsavgift 6
4.3 Kreditering 7
4.4 Nyregistrering av kund 7
4.5 Innehåll 7
5 KRAV 7
5.1 Betalningspåminnelse 7
5.1.1 Påminnelseavgift 7
5.1.2 Dröjsmålsränta 7
5.1.3 Innehåll 8
5.2 Inkasso 8
5.3 Avbetalningsplan 8
5.3.1 Öppenvårdsavgifter 8
5.3.2 Övriga avgifter/Gäldenärer 8
5.4 Avslutning av ärenden 9
5.4.1 Avskrivning 9

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN
Georgios Bitsakis
Ekonomiavdelningen

2016-05-04 Dnr:RS/703/2016

1 PRINCIPER

Huvudprincipen är att all vård samt övriga tjänster och varor ska betalas i samband med besök, i första hand med faktura eller betalkort. Oavsett typ av besök, ska ingen faktureringsavgift debiteras och samlingsfaktura per patient/kund ska alltid användas när det är möjligt. Huvudprincipen gäller även för hjälpmedel.

Det ska alltid vara möjligt att betala kontant men målet är att minimera kontant betalning genom information om fördelarna med fakturabetalning/kortbetalning. Även möjlighet att använda autogiro ska finnas om någon så önskar**.** Möjlighet till andra betalningsmetoder, som till exempel, swish, ska finnas om Region Jämtland Härjedalen finner det lämpligt att införa.

I receptionen i huvudentrén på Östersund sjukhus och vid övriga platser där självbetjäningsterminaler finns ska alltid fakturabetalning utgöra det första alternativet och prioriteras.
Regionenens övriga mottagningscentraler/kassor får avgöra utifrån egna förutsättningar och från fall till fall vilken av ovan betalmetod (faktura eller betalkort) som ska prioriteras/marknadsföras.

I receptionen i huvudentrén på Östersunds sjukhus hanteras inga sedlar och mynt. Alternativ och rutiner för att hantera kontantbetalningar vid huvudentrén på ett rationellt sätt och utan för stort besvär för patienten ska finnas.

Kortbetalningar med American express, Diners club och Resurs
Huvudprincipen att ta betalt med kort bör frångås när det gäller American express, Diners club och Resurs. Patienter/kunder bör istället informeras om att helst betala med andra kort, faktura eller som sista alternativ kontanter. Endast om inget av dessa tre alternativ är möjlig kan betalning med dessa kort accepteras.

Information om betalningsvillkor
Region Jämtland Härjedalen ska vid all kontakt med patienter/kunder (vid tidbokning och i kallelse till tidsbeställda besök i öppensjukvård och tandvård samt i kassorna mm) informera om att regionen tar betalt genom fakturering eller betalkort. Dessa betalningssätt och betalningsvillkor som till exempel att ingen faktureringsavgift ska debiteras patienten eller att några betalkort enligt ovan endast i undantagsfall ska accepteras, ska finnas på tydliga skyltar vid kassorna.

Minderåriga (under 18 år) ska inte faktureras
Fakturor för uteblivet besök eller för inte återlämnade hjälpmedel ska ställas ut och skickas till minderårigs vårdnadshavare.

Huvudprinciperna ovan skiljer sig i vissa delar för folktandvården och regionala utvecklingsförvaltningen, vilket framgår under punkt 3 och 4.

2 VÅRDAVGIFTER

2.1 Sjukvård

2.1.1 Öppenvårdsavgifter

Avgift för öppenvård ska betalas i första hand med faktura eller betalkort vid varje besök.

Faktura ska alltid användas/prioriteras när nedan gäller:

- Akutbesök eller ambulanstransport där patienten inte har möjlighet att betala
- När vårdavgiften ska betalas av annan än patienten till exempel kommun, försäkringskassa eller försäkringsbolag. Med annan avses inte anhörig, god man eller förvaltare som hjälper patienten att betala avgiften.
  Om avgiften ska betalas av annan än patienten ska betalningsförbindelse finnas med eller kunna styrkas. I annat fall ska patienten betala avgiften. Fakturering ska ske i samband med besöket. Om annan än patienten ska betala får fakturering ske när hela behandlingen avslutats.
- Där självbetjäningsterminaler finns.
- När patienten utnyttjar något av de avgiftsfria avbetalningsalternativ som Region Jämtland Härjedalen erbjuder enligt punkt 5.3.1 nedan.

2.1.2 Slutenvårdsavgifter

Avgift för slutenvård ska faktureras vid utskrivning. Avgift för vård som pågår över 30 dagar faktureras första gången efter 30 dagar och sedan löpande var 30:e dag. Slutfakturering sker vid utskrivningen.

2.2 Tandvård

Avgift för tandvård ska betalas i första hand med betalkort och i andra hand kontant, vid varje besök. Om betalning inte kan ske vid besöket ska patienten faktureras. Detta ska dock utgöra undantagsfall och då främst för:

- Akutbesök där patienten inte har möjlighet att betala
- Vårdavgiften som ska betalas av annan än patienten t.ex. kommun, försäkringskassa eller försäkringsbolag. Med annan avses inte anhörig, god man eller förvaltare som hjälper patienten. Om avgiften ska betalas av annan än patienten ska skriftlig betalningsförbindelse finnas.

Eventuell fakturering ska ske i direkt samband med besöket. Om annan än patienten ska betala får fakturering ske när hela behandlingen avslutats.

Behandlingar som kräver flera besök och där åtgärd inte kan registreras/debiteras förrän fullständig behandling är slutförd bör delinbetalning, á conto, göras vid varje besökstillfälle.

Om frågan om betalningssvårigheter kommer upp redan inför behandling ska behandlingsplanen anpassas till betalningsförmågan. Tandvårdskunder har möjlighet till förskottsinbetalningar och vid större tandvårdsbehandlingar ska kunden uppmanas till detta. Folktandvården kan kräva att kunden ska vara skuldfri innan ny behandling påbörjas. Akut behandling som inte kan anstå, kan däremot inte nekas på grund av obetalda fordringar.

För patienter som tecknar treårigt frisktandvårdsavtal erbjuds två betalningsalternativ. Betalning mot faktura uppdelat på tre betalningstillfällen/tre år eller månadsvis delbetalning via autogiro. Autogiro erbjuds inte för andra tandvårdskunder än de med frisktandvårdsavtal.

För patienter som har rätt till tandvård till samma avgift som inom öppna hälso- och sjukvården (nödvändig tandvård) gäller betalningsalternativen enligt kap 5.3.1

2.3 Regional Utvecklingsförvaltning

När det gäller medfinansiering i olika projekt tillämpas finansiärens regler, vilket oftast betyder att medlen rekvireras i särskild ordning. Rekvisition kan också förekomma i andra sammanhang när det gäller offentliga aktörer.

3 UTHYRNING

Vid uthyrning av bostäder/lokaler ska det före tillträdet till bostaden/lokalen finnas ett undertecknat hyresavtal som reglerar hyresförhållandet mellan hyresgäst och den enhet som hyr ut.

4 FAKTURA

4.1 Betalningsvillkor

Fakturakredit ska betalas inom 30 dagar från fakturadatum.

4.2 Faktureringsavgift

Oavsett typ av besök ska ingen faktureringsavgift debiteras patienten.

4.3 Kreditering

När fakturakredit har lämnats ska vid reklamation som accepteras, en kreditfaktura upprättas och skickas till patienten eller kunden.

4.4 Nyregistrering av kund

Vid nyregistrering av kund måste fullständigt personnummer/organisationsnummer anges förutom namn, adress eventuell c/o adress, land och valuta.

4.5 Innehåll

En faktura ska innehålla minst följande uppgifter:

- Fakturanummer.
- Utställningsdatum samt förfallodatum.
- Fakturamottagarens namn, adress, eventuell referens, kundnummer.
- Region Jämtland Härjedalens namn, adress, telefonnummer och bankgiro, organisationsnummer, ev. referens och telefonnummer.
- Specifikation.
- Belopp per momssats.
- Moms per kostnadsslag.
- Uppgift om f-skatt.
- Betalningsvillkor samt uppgift om dröjsmålsränta och lagstadgad påminnelseavgift.
- Köparens momsregistreringsnummer (om denne är skattskyldig). Gäller vid omvänd skattskyldighet och vid utrikeshandel.

5 KRAV

5.1 Betalningspåminnelse

5.1.1 Påminnelseavgift

Vid betalningspåminnelse ska den lagstadgade avgiften och ränta tas ut.

5.1.2 Dröjsmålsränta

Om betalningstiden överskrids utgår dröjsmålsränta på fordran enligt Räntelagen (1975:635).

5.1.3 Innehåll

Betalningspåminnelse ska innehålla:

- Leverantör.
- Ärendenummer.
- Kontaktuppgifter.
- Fakturanummer.
- Fakturadatum.
- Förfallodatum.
- Fakturabelopp, och i förekommande fall, fakturaavgift.
- Upplupen dröjsmålsränta.
- Påminnelseavgift.

5.2 Inkasso

Om en fordran inte betalas efter **påminnelse** ska ärendet hanteras enligt nedan beskrivna kravrutiner:

- Om gäldenärens betalningsförmåga bedöms vara så svag att utmätning inte skulle ge något resultat överförs ärendet istället till långtidsbevakning.
- För ärenden som överförts till långtidsbevakning ska det göras en ny kontroll av gäldenärens betalningsförmåga minst en gång per år.
- Lagstadgad avgift och ränta tas ut
- Fordran som inte betalas skickas till indrivning

5.3 Avbetalningsplan

5.3.1 Öppenvårdsavgifter

Region Jämtland Härjedalen erbjuder två alternativ för avbetalning av öppenvårdsavgifter (inklusive nödvändig tandvård). Patienten kan endast välja ett av alternativen.
Alternativ 1. Om en patient önskar att få avbetala ett öppenvårdsbesök, erbjuder Region Jämtland Härjedalen möjlighet att, avgiftsfritt, flytta fram förfallodatumet 60, 90 eller 120 dagar.

Alternativ 2. En patient har rätt att köpa ett frikort på avgiftsfri avbetalning i samband med det första besöket på en frikortsperiod på 12-månader. Ett avtal enligt blankett "överenskommelse om delbetalning av frikort" ska då ingås mellan Region Jämtland Härjedalen och patienten.

5.3.2 Övriga avgifter/Gäldenärer

Region Jämtland Härjedalen får träffa överenskommelse med gäldenären om avbetalningsplan. Kostnaden för amorteringsplan och ränta enligt räntelagen ska betalas av gäldenären.

5.4 Avslutning av ärenden

Ärenden avslutas genom att gäldenären betalar hela fordran, ränta och samtliga kostnader.

Region Jämtland Härjedalen vidtar vid behov rättsliga åtgärder. Region Jämtland Härjedalen kan avstå från rättsliga åtgärder i de fall kostnaden för indrivning bedöms som högre än vad fordran är eller att indrivning inte bedöms ge något ekonomiskt resultat.

5.4.1 Avskrivning

Avskrivning kan bli aktuellt när avlidna har dödsbo som inte har tillgångar, vid konkurs och vid skuldsaneringar samt i vissa fall för utländska gäldenärer när indrivning bedöms vara omöjlig.

.

REGION
JÄMTLAND HÄRJEDALEN
2016 -01- 18 317
Dnr...../...../20.....

JÄMTLANDS LÄNS NÄMNDEMANNAFÖRENING

Till styrelsen för
Region Jämtland/Härjedalen
Box 654
831 27 ÖSTERSUND

Östersund den 17 januari 2016

Ansökan om bidrag för mandatperioden 2016 - 2019

Jämtlands Läns Nämndemannaförening ansöker härmed om bidrag för de nämndemän regionfullmäktige utsett gällande mandatperioden 2016 - 2019. I de 8 kommuner som vi verkar inom finns totalt 32 nämndemän inom de olika domstolarna (hovrätt, förvaltningsrätt, kammarrätt).
Totalt ansöker vi om följande bidrag: 32 nämndemän x 4 år x 200:-/nämndeman = 25.600:-

Vår förening arbetar med att bredda nämndemännens kompetens inom allt som kan kopplas till de beslut vi tar i domstolarna. Det kan röra sig om förundersökningar till dom, barn som far illa, problem i familjer, placering av barn, bakgrunder till eko-brott, psykiatri, narkotika- och drogproblematik som kopplas till brottslighet mm.

Vi arbetar för att upprätthålla allmänhetens förtroende för rättsväsendet genom medborgarnas insyn och ansvar för att det skall fattas så kloka och väl underbyggda beslut som möjligt i våra domstolar. Nämndemannasystemet är grundläggande i den svenska rättsstaten och är lokalt förankrat genom nämndemännen.
Vår förening är mycket aktiv och bidraget kommer att användas till studiebesök, inbjudan av föreläsare i syfte att kompetensutveckla såväl nya som gamla nämndemän.
Ge oss möjlighet att i förekommande fall utbetala ersättning för förlorad arbetsinkomst.
Föreningen strävar även att i möjligaste mån komma ut till skolorna för att informera.
Något bidrag från Domstolsverket utgår ej förutom det som rör kostnaderna i själva domstolarna.
Med tanke på vår geografiska situation innebär studiebesök samt inbjudan av externa föreläsare fördyringar i form av resor, logi mm.

Vi hoppas denna bidragsansökan behandlas på ett positivt sätt och vi tackar på förhand.

För JÄMTLANS LÄNS NÄMNDEMANNAFÖRENING

e u Bert Nyman
Kolvedsvägen 6
831 73 ÖSTERSUND
Tel: 070 - 532 21 31
bert.nyman@comhem.se
bankgiro 383 - 8539

.

Ekonomistaben
Anneli Svensson
Tfn: 063-147661
E-post: anneli.svensson@regionjh.se

2016-05-10

RS/2056/2015

Översyn patientavgifter slutenvård

Sammanfattning

En översyn av patientavgifter inom öppenvården har nyligen genomförts. Syftet med översynen var bland annat att skapa mer enhetliga avgifter för att det ska vara enklare för patient och personal att alltid veta vad ett besök ska kosta. Dessutom skulle översynen leda till ökade intäkter för Region Jämtland Härjedalen.

När patienter vårdas på sjukhus betalas slutenvårdsavgift. Dessa avgifter har nu setts över med syftet att presentera ett förslag till mer enhetliga avgifter även för dessa. Upprättat förslag beräknas leda till minst 1,1 Mnkr i ökade intäkter för Region Jämtland Härjedalen.

Förutsättningar

Inom Region Jämtland Härjedalen har 120 781 vårddygn gjorts inom den slutna vården under det senaste året. Enligt lag får avgiften inte vara högre än 100 kronor per dag. Utskrivningsdagen debiteras inte.

Inom slutenvården finns inte något högkostnadsskydd.

Slutenvårdsavgifterna idag

Inom slutenvården finns idag olika avgifter inom Region Jämtland Härjedalen. Följande avgifter gäller:

Ålder	**Avgift per dag**
0-19 år	0 kr
20-64 år	100 kr
65 år eller äldre	80 kr
Personer 20-45 år, med hel sjuk- eller aktivitetsersättning avgift per dag under hela vårdtiden	50 kr

Region Jämtland Härjedalen har avgiftsfritt upp till 20 år. Från fyllda 20 år till och med 64 år är avgiften 100 kronor. Från 65 år 80 kronor.

Region Jämtland Härjedalen har också en regel att personer som är mellan 20-40 år som har hel sjuk- eller aktivitetsersättning betalar 50 kronor per dag under hela vårdtiden (se avsnitt Överenskommelse från 1997).

Avgiftsfri slutenvård

I Region Jämtland Härjedalens avgiftshandbok framgår att slutenvården är avgiftsfri i vissa fall. Undantagen har uppkommit i olika överenskommelser med staten och mellan landstingen.

Förutom avgiftsfritt för barn, som Region Jämtland Härjedalen själv beslutat, finns följande undantag.

- Undersökning, vård och läkemedel i samband med behandling av en allmänfarlig sjukdom enligt Smittskyddslagen (2004:168).
- Häktade, anhållna samt intagna på kriminalvårdsanstalt.
- Patient som fullgör värnpliktstjänstgöring (inklusive vapenfri tjänst).
- Psykiatrisk vård enligt lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV).
- Psykiatrisk vård enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT).
- Organdonatorer och vävnadsdonatorer.
- Utskrivningsdag (Patienten betalar för inskrivningsdagen oavsett vilken tid den läggs in, och mellanliggande dagar, men aldrig för utskrivningsdagen)
- Vid inläggning för operation som ställs in på grund av bristande kapacitet eller överbelastning.
- Permission där patient vistas utanför sjukhuset minst 12 timmar sammanhängande mellan kl. 06.00 och kl. 24.00.

Omvärldsanalys

Sveriges kommuner och landsting (SKL) sammanställer varje år vilka patientavgifter som gäller i riket. Inom landsting och regioner finns idag olika avgifter inom den slutna vården men så gott som samtliga har idag dygnsavgiften 100 kronor.

Olika undantag finns, t ex vad gäller ålder. De flesta har avgiftsfritt upp till 20-årsdagen, men Örebro till 25-årsdagen. Stockholm och Gotland tar avgift från 18-årsdagen.

Det finns också undantag i form av inkomstrelaterade avgifter eller beslut om max antal dagar som full avgift ska debiteras. Exempelvis har Västerbottens läns landsting ett tak på 1 200 kronor per person under en 30-dagarsperiod. Landstinget i Västernorrland har regeln att personer under en viss bruttoinkomst kan få nedsatt avgift.

Endast Region Jämtland Härjedalen och Region Östergötland har lägre avgift för personer fyllda 65 år (80 respektive 50 kronor).

Landstingen i Värmland och Gävleborg, som båda övergått till enhetstaxa inom öppenvården har enhetstaxa 100 kronor inom slutenvården och inga undantag.

Överenskommelse från 1997

Regeln om att personer mellan 20-40 år, med hel sjuk- eller aktivitetsersättning, ska betala en lägre avgift per dag har sin grund i en överenskommelse mellan staten och sjukvårdshuvudmännen från 1997.

Diskrimineringslagstiftningen har utvecklats sedan denna överenskommelse beslutades och nuvarande upplägg bryter mot diskrimineringslagstiftningen, som är en tvingande lagstiftning. Det är alltså inte tillåtet att ha en sådan uppdelning som nu, dvs. att den patientgruppen får olika avgifter beroende på ålder. Regeln bör ändras. Endera bör subventionen tas bort, eller så bör alla med hel sjuk- eller aktivitetsersättning omfattas av den lägre avgiften, inte bara personer mellan en viss ålder (20-40 år). Idag är det 1 % av alla vårddygn som görs av personer ur denna grupp.

En tredjedel av landstingen och regionerna har avvecklat regeln om att personer mellan 20-40 år med hel sjuk- eller aktivitetsersättning ska betala 50 kronor per dag under hela vårdtiden. Jönköping, Värmland, Sörmland och Gävleborg är exempel på landsting/regioner som avskaffat regeln.

Sveriges kommuner och landsting har konsulterats och de kommer inte att lyfta frågan till omförhandling. Det innebär att respektive fullmäktige måste besluta om eventuell ändring.

Förslag nya avgifter inom slutenvården

Ålder	**Avgift per dag**
0-17 år	0 kr
18-	100 kr

Förslag att Region Jämtland Härjedalen inför enhetstaxa inom slutenvården med 100 kronor per dag.

Avgift tas ut från 18-årsdagen i enlighet med den åldersgräns som redan beslutats för patientavgifter inom öppenvården. Avgiftsfrihet för slutenvård kvarstår i övrigt i enlighet med avgiftshandboken.

De särskilda reglerna för personer med hel sjuk- eller aktivitetsersättning upphör att gälla.

Förslaget beräknas leda till ökade intäkter för Region Jämtland Härjedalen med minst 1,1 Mnkr.

Komplettering av utredning 2016-05-09

Idag finns inget högkostnadsskydd inom slutenvården. Om någon form av högkostnadsskydd ska införas för att värna patienter med långa vårdtider föreslås den variant som Västerbottens läns landsting tillämpar, med ett maxbelopp per 30-dagarsperiod.

Det är den av Sveriges landstings och regioners modeller som bäst harmoniserar med tanken med enhetstaxa. (Dvs. att regionen t ex. inte inför en lägre avgift efter ett visst antal dagar, eller inför ett inkomstrelaterat högkostnadsskydd.)

Nedan beskrivs summariskt hur två olika nivåer på högkostnadsskydd påverkar olika patienter i vissa situationer.

Konsekvenser för patienter - Alternativ 1 200 kronor

Om ett tak införs på 1 200 kronor per 30-dagarsperiod (som Västerbotten) leder det till följande konsekvenser för exempel patienter **65 år eller äldre**:

A) **Om inneliggande 12 dagar:** 65 år eller äldre betalar idag 80 kronor per dag för 12 dagar, totalt 960 kronor. Höjs avgiften till 100 kronor blir avgiften 1 200 kronor. En **höjning med 240 kronor.**

B) **Om inneliggande 25 dagar:** 65 år eller äldre betalar idag 80 kronor per dag för **25 dagar**, totalt 2 000 kronor. Höjs avgiften till 100 kronor blir avgiften 2500 kronor. En **höjning med 500 kronor.**
Införs högkostnadsskydd vid 1 200 kronor blir **avgiften sänkt med 800 kronor jämfört med idag.**

Denna grupp har en medelvårdtid på 6 dagar. 20 % av patienterna har en vårdtid över 14 dagar.

20-64 år betalar idag max 3 000 kronor per månad och får då **en sänkt högsta kostnad med 1 800 på en månad.** Denna grupp har en medelvårdtid på drygt 5 dagar och 9 % av patienterna har en vårdtid över 14 dagar.

Konsekvenser för patienter - Alternativ 2 400 kronor

Om ett tak införs på 2 400 kronor per 30-dagarsperiod blir det för **65 år eller äldre samma högsta kostnad** per månad som idag, med avgift 80 kronor per dag.

20-64 år betalar idag max 3 000 kronor på en månad och får då **en sänkt högsta kostnad med 600 kronor.**

Konsekvenser för Region Jämtland Härjedalen

Införande av ett högkostnadsskydd påverkar intäkterna för Region Jämtland Härjedalen.

Ur statistiken går det inte att läsa ut vad ett införande av högkostnadsskydd skulle leda till för inkomstförändringar för Region Jämtland. I statistikunderlaget ingår patientgrupper som har reducerad eller ingen patientavgift.

Av exemplen ovan framgår att patienter kan få sänkta avgifter mot dagens system, trots förslag om införande av enhetstaxa 100 kronor. Därför riskeras att den intäktshöjning som kalkylerats helt eller delvis kommer att utebli, åtminstone vid det lägre taket 1 200 kronor. **Om taket sätts vid 1 200 kronor kommer en tredjedel av alla vårdtillfällen att beröras av högkostnadsskyddet.**

Vid ett tak på 2 400 minskar risken till uteblivna intäkter. Det går givetvis att ha andra tak än de två som redovisats här.

Om syftet med ett högkostnadsskydd är att 65 år och äldre inte ska drabbas av högre maximal avgift än med dagens system kan taket beslutas till 2 400 kronor. Vill Region Jämtland Härjedalen ha en säkrare inkomstförstärkning sätts taket högre.

Konsekvenser av införande av en högkostnadsmodell är inte utredda vad gäller kostnader för systemlösning, alternativt ökad administration.

.

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Tjänsteskrivelse

Samordningskansliet
Ingela Jönsson
Tfn: 063-14 77 62
E-post:ingela.jonsson@regionjh.se

2016-05-05

Deltagande i förberedelsearbetet för regionbildning inom ramen för NRF (RS/854/2016)

Regeringen tillsatte den 2 juli 2015 En kommitté, -Indelningskommittén, bestående av en ordförande och en vice ordförande.

Av direktiven (Fi 2015:09) framgår att kommittén ska föreslå en ny läns- och landstingsindelning som innebär att Sverige delas in i väsentligt färre län och landsting. Kommittén ska utgå från vilka behov medborgare och näringsliv har i olika frågor bl.a. transporter, arbetsmarknad, hälso- och sjukvård, utbildning, kultur och en god miljö. Om kommittén finner att det är möjligt att genomföra en eller flera indelningsändringar som kan träda i kraft den 1 januari 2019 ska kommittén lämna ett delbetänkande senast den 30 juni 2016. Uppdraget ska slutredovisas senast den 31 augusti 2017.

Regionstyrelsen har avlämnat svar till Indelningskommittén dels i december 2015 § 273 och dels i februari 2016 § 41.

Indelningskommittén presenterade den 9 mars ett diskussionsunderlag i form av en karta. Den 31 mars lämnade Indelningskommittén besked i en promemoria kallda ”Sammanfattning efter första omgången av sonderande samtal”. Där skriver Indelningskommittén: ”Utifrån de sonderande samtal som vi nu har slutfört drar vi slutsatsen att det finns stöd för vårt förslag till länsindelning för landet som helhet. Det förslag till indelning av Sverige som vi presenterade den 9 mars kommer därför att vara utgångspunkten för kommitténs kommande betänkanden. Vi gör också bedömningen att det finns förutsättningar att genomföra flera förändringar per den 1 januari 2019. Därför går vi nu vidare i processen att ta fram ett delbetänkande till den 30 juni 2016. Vi genomför nu en andra samtalsrunda i syfte att konkretisera utformningen av en ny regional samhällsorganisation och ta fram förslag till delbetänkandet i juni.”

En regionbildning kräver betydande förberedelser såväl inom politikområden som vad gäller förberedelser för regionens praktiska funktionalitet. Diskussionen om hur förberedelsearbetet ska organiseras behöver därför ske under våren 2016, med målsättning att skapa förutsättningar för att en projektorganisation kan börja sitt arbete efter sommaren 2016 om ett delbetänkande presenterats 30 juni.
Mot den bakgrunden föreslog ordförande för Norrlandstingens regionförbund (NRF) vid Förbundsdirektionsmöte 2016-03-02 i stora drag hur förberedelserna skulle kunna arrangeras. För att få synpunkter med bred belysning har förslaget, förutom till Förbunds-direktionens ledamöter, sänts till samtliga partidistriktordförande i de fyra norrlandslänen.

NRFs arbetsutskottet behandlade underlaget vid sitt sammanträde 2016-04-04. Arbetsutskottet konstaterade att de flesta synpunkterna rör styrgruppens sammansättning. En majoritet önskar att alla partier bereds möjlighet att delta i arbetet. Arbetsutskottet beslutade att utforma ett reviderat förslag att sändas som återkoppling till partier i de fyra länen, samt utgöra underlag för Förbundsdirektionens behandling av frågan 2016-04-19.

Vid NRFs förbundsdirektions videomöte 2016-04-19 fattades följande beslut:

”Förbundsdirektionen beslutade således att rekommendera landstingen

att erbjuda politiska partier i de fyra nordligaste länen att medverka i en samverkansorganisation för insyn och dialog kring förberedelsearbetet för regionbildning 2019, enligt bilagt förslag;

att besluta om finansiering enligt befolkningsfördelning av projektorganisation enligt bifogat budgetförslag.

Förbundsdirektionen beslutade
att uppdra till NRF kansli att medverka i projekt-/samverkansorganisation för förberedelsearbetet enligt bifogat förslag.”

Av beslutsunderlaget framgår följande angående samverkansorganisationen

NRF som plattform och koordinerande funktion
Förslaget är att använda den samverkansorganisation som Norrlandstingens regionförbund utgör, som plattform och koordinerande funktion för utrednings-/förberedelsearbetet. Förslaget grundas främst på praktiska hänsyn och visst samnyttjande av resurser. Förbundsordningen medger inga beslut i denna typ av frågor, men det är inte heller avsikten med det förberedande arbetet. Det är en kartläggnings- och beredningsprocess för indelningsdelegerade som fr.o.m. 2018 kommer att kunna fatta beslut för den nya regionens räkning. NRFs ordinarie arbete löper som vanligt i en separat process.

Styrgruppens utformning
Styrgruppen ska bestå av 27 ledamöter. Styrgruppens främsta uppdrag är att svara för insyn och förankring. Fördelningen av ledamöter är därför inte rakt proportionell mot partiernas andel av valmanskåren. Styrgruppens utformning styrs mer av att varje parti ska tillförsäkras minst två ledamöter, vilket sannolikt behövs för att klara dialog/återkoppling till partierna. Fördelningen av de 27 platserna framgår i nedanstående tabell.

Parti	Andel mandat landsting/ kommun i genomsnitt	Antal ledamöter i stygrupp	Andel ledamöter i styrgruppen
Socialdemokraterna	42,3%	8	29,6%
Moderaterna	12,6%	3	11,1%
Vänsterpartiet	9,0%	3	11,1%
Centerpartiet	11,6%	3	11,1%
Sjukvårdspartiet*	6,9%	2	7,4%
Sverigedemokraterna	5,5%	2	7,4%
Liberalerna	4,8%	2	7,4%
Miljöpartiet	4,2%	2	7,4%
Kristdemokraterna	3,2%	2	7,4%
S:a ledamöter	100,0%	27	100,0%

* Sjukvårdspartiet har ersatt "övriga partier" kommunval vid beräkning

Styrgruppens uppdrag är att följa och överblicka kartläggnings- och förberedelsearbetet; att ge synpunkter på underlag som presenteras och att kontinuerligt informera och återkoppla till sina egna organisationer. Styrgruppen behöver inte vara enig om underlagen. Avvikande åsikter dokumenteras och redovisas till det forum som har att fatta eventuella beslut. Styrgruppen har inget formellt mandat att företräda någon av parterna i regionen. Styrgruppen utser eventuella beredande organ.

Partierna erbjuds att utse representanter till styrgruppen enligt fördelning tabellen ovan. I sin nominering av ledamöter bör man beakta representation från kommunerna och även koppling till de representanter som deltar i samtal med Indelningskommittén om regionbildningen, på SKL. Representanterna ska utses bland partiernas representanter i Landstings-/eller kommunfullmäktige. Respektive organisation ansvarar för arvoden och omkostnader för sina ledamöters deltagande.

Indelningen i arbetsgruppsområden – politiska arbetsgrupper

I första förslaget som sändes ut fanns förslag på fyra politiska arbetsgrupper:

- Samverkan kommuner-region
- Regional utveckling
- Infrastruktur och kultur
- Trafik

Det har framförts många synpunkter på indelningen i arbetsgruppsområden. Förslaget till indelning i arbetsgrupper ändas inte i nuläget. Frågan om den slutliga indelningen i arbetsgrupper och direktiv för dessa får bedömas vid styrgruppens första sammanträde.

Hälso- och sjukvården kommer att aktualiseras i flera olika sammanhang, inte minst i den grupp som arbetar med samverkan med kommunerna.
Hälso- och sjukvårdsfrågorna föreslås därför hållas samman i Styrgruppen.
Mindre arbetsgrupper kan komma att behöva tillsättas under arbetets gång för vissa specifika frågor.

Styrgruppen fastställer den slutliga projektorganisationen med eventuella referensgrupper.

Arbetsgrupperna består av 5 förtroendevalda från varje län d.v.s. arbetsgruppens storlek blir 20 förtroendevalda därutöver utses en ordförande. Inom gruppen kan en 1:a och en 2:e vice ordförande väljas.
Varje län skulle således med denna konstruktion totalt utse 20 förtroendevalda (från kommun/eller landsting). Ramverket för det, bör vara valresultat från 2014 års val i landstings/regionval och eventuella valsamverkan inom länen. Respektive län ska i detta förslag utse ordförande för en av arbetsgrupperna. Arbetsgrupperna kan vid behov adjungera personer med särskild kompetens.

Inomregional balans
Sveriges kommuner och landsting har erbjudit sig att tillhandahålla processledare för samtalen om inomregional balans. Den processen bör bedrivas med en egen arbetsplan men synkroniserat med projektets utrednings- och kartläggningsarbete.

Uppbyggnad av arbetsplan - tjänstemannaarbete
Förutom de arbetsgrupper som utses för politikområden finns omfattande behov av förberedelsearbete i administrativa sakfrågor.

Arbetet inleds med framtagandet av en arbetsplan som beskriver hur arbetet ska planeras tidsmässigt och vilka arbetsgrupper som behöver inrättas. Erfarenheter från Norr- och Mittstyrelsens arbete tas här tillvara. Bland annat utifrån denna kartläggning kan man sedan bedöma vilka frågor som måste lösas innan regionbildningen och vilka frågor som lämpligen kan lösas när regionen bildats.

Utifrån arbetsplanen ger styrgruppen uppdrag till projektorganisationen att formera uppdragsområden.

Förslag till uppbyggnad av projektorganisation

Styrgrupp
Enligt ovan

Projektorganisation
Projektledare 100 procent
Projektsekreterare 100 procent
Kommunikatör 50 procent
En delprojektledare/huvudsekreterare för respektive arbetsgrupp utses av respektive landsting/region. Denne är också kontaktperson för projektet i sin helhet för landstingen i Norrbotten, Västerbotten och Västernorrland samt Region Jämtland Härjedalen. Dessa utgör också projektgrupp för arbetet tillsammans med projektledaren.

En kostnadsberäkning av ovanstående tjänster + reskostnader ger årssumman 3 588 000 kr. Fördelning mellan landstingen/region JH utifrån befolkningsandelar ger en årskostnad för Region Jämtland Härjedalen på 516 000 kr.

Landstingsdirektörerna utgör beredningsgrupp för ärenden som skall presenteras för styrgruppen.

En stor del av de frågor som behöver förberedas inför en regionbildning rör hälso- och sjukvårdsområdet. Det motiverar att NRF förbundsdirektör avdelar upp till hälften av sin tid för att övergripande stödja projektet, samt att förbundsekonom och förbundssekreterare också medverkar i arbetsprocessen.

Finansiering av projektorganisation
Berörda landsting (sekundärkommuner) finansierar projektarbetet med en kostnadsfördelning enligt befolkningsprincipen. När projektets struktur och arbetsformer fastslagits kan budgetförslag presenteras, dvs när både projektorganisation och arvoden för politikerorganisation kan summeras.

I tjänsten

Ingela Jönsson
Planeringschef

Norrlandstingens
REGIONFÖRBUND
Ink. 2016 -05- 09
Dnr 098/16

Förbundsdirektionen **Paragrafer 29 - 35**

Plats **Videomöte** (videonr: 1247074)
Kl **10.00-13.00**

Deltagare

Beslutande
Maria Stenberg
Erik Lövgren
Peter Olofsson
Ann-Marie Johansson
Glenn Berggård
Ewa Back
Karin Lundström
Christer Siwertsson
Per Wahlberg
Elin Lemon
Nicklas Sandström
Mattias Karlsson

Ej tjänstg ersättare
Kenneth Challis
Hans Hedlund
Harriet Hedlund
Liselotte Olsson
Ewa-May Karlsson
Agneta Granström
Dan Ankarholm

Ej närvarande:
Linnéa Stenklyft
Bengt Bergqvist
Susanne Wallner
Anna Hildebrand
Anders Öberg

Tjänstemän
Anders Sylvan
Björn Eriksson
Veronika Sundström
Inger Bergström
Sara Ekström
Ingela Jönsson
Lennart Moberg
Annika Nordin-Johansson
Peter Löthman
Annika Renström
Birgitta Fransson

Ej närvarande:
Jonas Thörnqvist
Nina Fållbäck-Svensson
Ann-Christin Sundberg

Övriga

Underskrifter

Sekreterare Birgitta Fransson

Ordförande Maria Stenberg

Justerare Per Wahlberg

BEVIS

Justering har tillkännagivits genom anslag

Organ Norrlandstingens regionförbund

Sammanträdesdatum 2016-04-19

Datum för anslags uppsättande 2016-05-09

Förvaringsplats för protokollet Regionförbundet, Köksvägen 13, 901 89 Umeå

Underskrift Birgitta Fransson

§ 29 Fastställande av tjänstgöringslista

Förbundsdirektionen beslutade

att efter upprop fastställa tjänstgöringslistan.

§ 30 Val av justerare

Förbundsdirektionen beslutar

att utse Per Wahlberg att jämte ordförande justera protokollet.

§ 31 Fastställande av föredragningslista

Förbundsdirektionen beslutade

att fastställa föredragningslistan.

§ 32 Arbetsutskottets protokoll 2016-04-04 (Dnr 088/16)

Anmäldes arbetsutskottets protokoll från 2016-04-04, bilaga 32.

Förbundsdirektionen beslutar

att protokollet efter justering anmäles till nästkommande Förbundsdirektion.

§ 33 Regionbildning

Regeringen tillkallade den 2 juli 2015 En kommitté, -Indelningskommittén, bestående av en ordförande och en vice ordförande.

Av direktiven (Fi 2015:09) framgår att kommittén ska föreslå en ny läns- och landstingsindelning som innebär att Sverige delas in i väsentligt färre län och landsting. Kommittén ska utgå från vilka behov medborgare och näringsliv har i olika frågor bl.a. transporter, arbetsmarknad, hälso- och sjukvård, utbildning, kultur och en god miljö.

Om kommittén finner att det är möjligt att genomföra en eller flera indelningsändringar som kan träda i kraft den 1 januari 2019 ska kommittén lämna ett delbetänkande senast den 30 juni 2016. Uppdraget ska slutredovisas senast den 31 augusti 2017.

Intresse för en ny regionbildning har uttryckts från många intressenter i regionen. En regionbildning kräver betydande förberedelser såväl inom politikområden som vad gäller förberedelser för regionens praktiska funktionalitet. Diskussionen om hur förberedelsearbetet ska organiseras behöver därför ske under våren 2016, med målsättning

att skapa förutsättningar för att en projektorganisation kan börja sitt arbete efter sommaren 2016 om ett delbetänkande presenterats 30 juni.

Mot den bakgrunden föreslog ordförande för Norrlandstingens regionförbund (NRF) vid Förbundsdirektionsmöte 2016-03-02 i stora drag hur förberedelserna skulle kunna arrangeras.

För att få synpunkter med bred belysning har förslaget, förutom till Förbunds-direktionens ledamöter, sänts till samtliga partidistriktordförande i de fyra norrlandslänen. Några partidistrikt har meddelat att man inte kunnat lämna synpunkter innan arbetsutskottets möte men kommer att avge sådana innan Förbundsdirektionens möte 19 april.

Det förslag som skickades ut framgår av bilaga 33 a. Sammanfattning av inkomna synpunkter t.o.m. 2016-04-06 redovisas i bilaga 33 b. Av den framgår att vad gäller vissa förslag finns tämligen samstämmiga synpunkter från flera respondenter. De avgivna synpunkterna i sin helhet framgår av bilaga 33 c.

Som information bifogas också till ärendet "Lag (1997:222) om samman-läggningsdelegerade för Västra Götalands läns landsting" bilaga 33 d.

Arbetsutskottet behandlade underlaget vid sitt sammanträde 2016-04-04. Arbetsutskottet konstaterade att de flesta synpunkterna rör styrgruppens sammansättning. En majoritet önskar att alla partier bereds möjlighet att delta i arbetet. Arbetsutskottet uppdrog till Förbundsdirektören att utifrån arbetsutskottets diskussioner utforma ett reviderat förslag som kan sändas som återkoppling till partier i de fyra länen, samt utgöra underlag för Förbundsdirektionens behandling av frågan 2016-04-19. Förslaget framgår av bilaga 33 e och f. Budgetförslag för projektorganisationen framgår av bilaga 33 g.

Som information tillförs också ärendet en sammanfattning av slutsatser från Indelningskommittén efter den första omgångens sonderande samtal med politiska företrädare i respektive län, bilaga 33 h.
Under överläggningen framfördes yrkande om bifall till arbetsutskottets förslag av Hans Hedlund (c), som inte beaktades eftersom Hans Hedlund inte var tjänstgörande vid mötet.

Under överläggningen framfördes följande yrkanden:

Nicklas Sandström (m) Västerbottens Läns landsting, Per Wahlberg (m) Landstinget Västernorrland och Mattias Karlsson (m) Landstinget i Norrbotten yrkade på att styrgruppen för processen består av NRF:s arbetsutskott samt tre representanter från oppositionen i de olika länen.

Christer Siwertsson, (m) Region Jämtland Härjedalen yrkade avslag på centerpartisten Hans Hedlunds yrkande samt avslag på de inledande 2 att-satserna och avslag på beslutssatsen.

Elin Lemon (c) Region Jämtland-Härjedalen yrkade avslag på förslaget om NRFs förberedande roll i regionfrågan.

Ordförande ställde samtliga förslag under proposition och direktionens ledamöter godkände den propositionsordningen.

Ordförande fann att arbetsutskottets förslag vunnit flest bifall. Votering begärdes.
Ordförande ställde yrkandena från respektive Nicklas Sandström (m)/ Per Wahlberg (m)/ Mattias Karlsson (m), Christers Siewertsson (m) och Elin Lemon (c) under proposition.
Propositionsordningen godkändes av direktionens ledamöter.

Ordförande fann att yrkandet från Nicklas Sandström (m)/ Per Wahlberg (m)/ Mattias Karlsson (m), vunnit flest bifall.
Därefter yrkades ingen ytterligare votering.

Således ställde ordförande arbetsutskottets förslag mot yrkandet från Nicklas Sandström (m)/ Per Wahlberg (m)/ Mattias Karlsson (m).
Propositionsordningen godkändes av direktionens ledamöter.
Ordförande fann att arbetsutskottet förslag vunnit flest bifall.

Förbundsdirektionen beslutade således att rekommendera landstingen

att erbjuda politiska partier i de fyra nordligaste länen att medverka i en samverkansorganisation för insyn och dialog kring förberedelsearbetet för regionbildning 2019, enligt bilagt förslag;

att besluta om finansiering enligt befolkningsfördelning av projektorganisation enligt bifogat budgetförslag.

Förbundsdirektionen beslutade

att uppdra till NRF kansli att medverka i projekt-/samverkansorganisation för förberedelsearbetet enligt bifogat förslag.

Protokollsanteckningar med motivering till yrkanden lämnades enligt följande:

Från *Nicklas Sandström (m) Västerbottens Läns landsting, Per Wahlberg (m) Landstinget Västernorrland och Mattias Karlsson (m) Landstinget i Norrbotten:*
"Om det i huvudtaget ska finnas förutsättningar för att få på plats en storregion måste det finnas en rimlig beredningsgrupp för detta. En arbetsgrupp bestående av 27 personer utgör snarare ett mindre fullmäktige än en styrgrupp".

Från *Christer Siwertsson, (m) Region Jämtland Härjedalen:*
"Moderaterna i Jämtlands län yrkar avslag på de inledande 2 att-satserna och avslag på beslutssatsen, med motivering att beslut om regionförstoringar ännu inte är fattat i riksdagen samt att alla förändringar av regionindelningar måste ha ett underifrånperspektiv".

Från *Elin Lemon (c) Region Jämtland Härjedalen:*
"Jag är vald av regionfullmäktige i Region Jämtland Härjedalen som representant i Norrlandstingens regionförbunds (NRF) förbundsdelegation.
Förslaget att förberedelser för regionbildning ska ske inom NRF har ej varit uppe till politisk diskussion i Region Jämtland Härjedalen. Kostnaden för projektet, 516 840 kr, har inte beslutats istället föreslås beslut i efterhand.
Förberedelsearbetet är inte förenligt med förbundsordningen som är antagen av de fyra region/landstingsfullmäktige. Detta har jag tidigare uppmärksammat förbundsdelegationen på (se protokollsanteckning 2016-03-02).
Jag ställer mig frågande till den tolkning av förbundsordningen som förbundsdelegationens majoritet gör.

Jag har haft kontakt med jurist på Region Jämtland Härjedalen som styrker min uppfattning att förbundsordningen för NRF inte tillåter förberedelser för regionbildning.
Slutligen ställer jag mig frågan om ansvarsfrihet kommer att kunna ges för förbundsdirektionen efter att man frångått delegationsordningen. Man har inte heller inväntat beslut från respektive fullmäktige innan beslut om förberedelser för regionbildning tagits av delegationen".

§ 34 Informationer

Inga informationer lämnades

§ 35 Nästkommande Förbundsdirektion

Nästkommande Förbundsdirektion hålls i Västerbotten 2016-05-31-2016-06-01.

Förbundsdirektionen beslutar

att godkänna planeringen.

Norrlandstingens
REGIONFÖRBUND

2016-04-04 1 (5)

Utvecklat förslag till former för samverkan i förberedelsearbetet för regionkommun 2019

Inledning

Den 9 mars 2016 tillsändes partidistrikt i de fyra nordligaste länen ett första förslag om hur en organisation för förberedelsearbetet för en regionbildning 2019, skulle kunna byggas. Förslaget tillkom på initiativ av direktionen för Norrlandstingens regionförbund (NRF).

Svaren sammanställdes vid NRFs kansli och behandlades vid ett extra möte med Förbundsdirektionens arbetsutskott den 4 april. Nedan presenteras huvuddragen i de synpunkter som inkommit och arbetsutskottets slutsatser av dessa. Fyra svar inkom efter arbetsutskottets möte och materialet har uppdaterats med dessa. (Inkomna synpunkter bifogas i bilaga 33 b.) Arbetsutskottets slutsatser översändes som återkoppling till de som besvarat den första frågan och underlaget kommer att presenteras vid extrainsatt NRF Förbundsdirektion 19 april.

Synpunkter på förslaget har lämnats av 76 procent av de tillfrågade. Sex respondenter avvisade förslaget helt mot bakgrund av att man inte vill se en sådan regionbildning 2019.

Av övriga svar framgår tämligen tydliga synpunkter. Dessa beskrivs nedan. Utöver synpunkter på utskickade förslag har det även framförts justerade och/eller alternativa förslag. Ett flertal av dessa har diskuterats och är i de flesta fall kommenterade i det nya förslaget.

Sist i dokumentet redovisas ett nytt förslag till hur förberedelsearbetet kan organiseras, som bygger på de inkomna synpunkterna.

Synpunkter i korthet på de utskickade förslagen

Använda NRF som plattform för samverkan för utrednings- och förberedelsearbetet.
Flertalet av de svarande som vill arbeta för en regionbildning 2019, anser att man kan använda NRF som plattform för förberedelsearbetet. Motiven som framförs av flera är att det är en praktisk lösning som sparar tid och i viss mån resurser. De invändningar man har rör utformningen av styrgruppen.

Bilda en styrgrupp för projektarbetet med förbundsdirektionens arbetsutskott samt tre från oppositionen i landstingen/region Jämtland Härjedalen samt fyra företrädare för de fyra länens kommunsektor. Totalt tolv personer.

Några av respondenterna kan godta denna utformning men flertalet anser att styrgruppen bör breddas och att samtliga partier bör vara representerade.

Arbetsgrupper inrättas när det gäller: samverkansfrågor, regional utveckling, infrastruktur/kultur och trafikfrågor.
När det gäller vilka områden som arbetsgrupperna ska omfatta, har det lämnats en rad alternativa förslag. Många anser att Infrastruktur/Trafik och Regional utveckling/Kultur är lämpligare grupper än de föreslagna. Någon respondent anser även att Kultur bör vara en egen arbetsgrupp.

Övriga önskemål om arbetsgrupper är: Samarbetsfrågor mellan region/kommun, Demokrati- och Geografi- frågor. Flera undrar om frågorna som rör hälso- och sjukvård ska hanteras via en särskild arbetsgrupp eller via styrgruppen. Synpunkter har också framförts om att hållbarhetsperspektivet bör genomsyra förberedelsearbetet. I något av svaren påpekas också vikten av dialog under arbetet med andra samhällsorganisationer.

Arbetsgrupperna består av fem förtroendevalda från varje län samt därutöver utses en ordförande, En 1:a och 2: vice ordförande kan väljas inom gruppen. Totalt utses 20 förtroendevalda enligt 2014 års val i landstings/regionval och eventuell valsamverkan inom länet. Respektive län ska i detta förslag utse ordförande för en av arbetsgrupperna.

Detta förslag accepteras av många, men något svar innehåller önskemål om att 21 personer (även ordförande) ska utses med samma metod.

Projektorganisationen bemannas med styrgrupp (se punkt 2 ovan) samt med en projektorganisation. Projektgruppen består av 100 procent projektledare och 100 procent projektsekreterare samt 50 procent kommunikatör. NRF förbundsdirektör avdelar 50 procent av sin arbetstid till att stödja projektet. En delprojektledare/ huvudsekreterare för respektive arbetsgrupp utses av respektive landsting/region.

Detta förslag har inte specifikt avvisats i något av svaren. (Vissa svar avvisar som nämnts ovan, hela förslaget.) Inga alternativa förslag har inkommit på denna punkt.

Nytt förslag utifrån inkomna synpunkter

Använda NRF eller inte
Många tycker att det är ett godtagbart alternativ att använda NRF som plattform för samarbetet. Några svar frågar efter alternativ till att använda NRF och något svar framhåller att det inte ingår i NRF syfte att syssla med dessa frågor.

Motiveringen från de som samtycker till att använda NRF som samarbetsyta är att man ser det som en praktisk och resurseffektiv lösning. Alternativet skulle kunna vara att bilda en ideell förening. Det kräver en hel del administration och tar viss tid. Det är viktig att framhålla att förberedelsearbetet endast använder NRF som samarbetsyta och för att samnyttja vissa administrativa resurser. Inga beslut fattas i arbetet. Det kan inte heller ske i en eventuell ideell förening.

Juridisk aspekt på att nyttja NRF som samarbetsyta
Kontakt med jurister i två av landstingen ger vid handen att det inte kan ses som olaga att använda NRF som stöd för samråd och insyn eftersom inga beslut kommer att fattas.

Under förberedelsearbetet finns två former för det reella beslutsfattandet.

1. Landstings-/regionfullmäktige beslutar om sin egen verksamhet fram till dess att ny region bildats. (t.o.m. 2018)

2. Ett år före regionbildningen beslutar regeringen om- och sker det val till indelningsdelegerade. Indelningsdelegerade äger rätt att besluta om frågor som rör tiden fr.o.m. att ny region bildats. (fr.o.m. 2019). En bild av vad indelningsdelegerade kommer att ha att besluta om framgår av bilaga 33 d ”Lag (1997:222) om sammanläggningsdelegerade för Västra Götalands läns landsting”

Förslag

Förslaget är mot denna bakgrund att använda den samverkansorganisation som Norrlandstingens regionförbund utgör, som plattform och koordinerande funktion för utrednings-/förberedelsearbetet. Förslaget grundas främst på praktiska hänsyn och visst samnyttjande av resurser. Förbundsordningen medger inga beslut i denna typ av frågor, men det är inte heller avsikten med det förberedande arbetet. Det är en kartläggnings- och beredningsprocess för indelningsdelegerade som fr.o.m. 2018 kommer att kunna fatta beslut för den nya regionens räkning. NRFs ordinarie arbete löper som vanligt i en separat process.

Styrgruppens utformning
Många har framfört åsikten att samtliga partier bör ha insyn och medverka i förberedelsearbetet. Man menar att detta inte tillgodoses med det tidigare förslaget.

Förslag

För att tillmötesgå dessa synpunkter föreslås styrgruppen bestå av 27 ledamöter. Styrgruppens främsta uppdrag är att svara för insyn och förankring. Fördelningen av ledamöter är därför inte rakt proportionell mot partiernas andel av valmanskåren. Styrgruppens utformning styrs mer av att varje parti ska tillförsäkras minst två ledamöter, vilket sannolikt behövs för att klara dialog/återkoppling till partierna. I underlaget för förslag till utformning av styrgruppen finns utfallet i valet till kommuner och landsting i de fyra länen. Bilaga 33 f. Av den framgår att partier upp till och med 7 procent får två platser, partier fr.o.m. 9 t.o.m. 13 procent får ytterligare en plats och Socialdemokraterna som har 42% får 8 platser.

Styrgruppens uppdrag är att följa och överblicka kartläggnings- och förberedelsearbetet; att ge synpunkter på underlag som presenteras och att kontinuerligt informera och återkoppla till sina egna organisationer. Styrgruppen behöver inte vara enig om underlagen. Avvikande åsikter dokumenteras och redovisas till det forum som har att fatta eventuella beslut. Styrgruppen har inget formellt mandat att företräda någon av parterna i regionen. Styrgruppen utser eventuella beredande organ.

Partierna erbjuds att utse representanter till styrgruppen enligt fördelning i bilaga 33 f. I sin nominering av ledamöter bör man beakta representation från kommunerna och även koppling till de representanter som deltar i samtal med Indelningskommittén om regionbildningen, på SKL. Representanterna ska utses bland partiernas representanter i Landstings-/eller kommunfullmäktige. Respektive organisation ansvarar för arvoden och omkostnader för sina ledamöters deltagande.

Indelningen i arbetsgruppsområden

Indelningen i arbetsgruppsområden kommenteras i många av svaren enligt ovan.

Flera framför att det bör finnas en arbetsgrupp för Hälso- och sjukvårdsfrågor.
Hälso- och sjukvården är den största delen av den verksamhet som sekundärkommunerna/Landstingen i nuläget bedriver. Inför en regionbildning måste ett flertal frågor kartläggas av projektorganisationen, som underlag för beslut i Indelningsdelegerade; bl.a.

- Likheter/skillnader i hälsovalsmodeller
- Likheter skillnader i regelverk av betydelse för brukarna
- Nuläge vad gäller modeller för samverkan med den kommunala hälso-och sjukvården

Förslag

Förslaget till indelning i arbetsgrupper ändas inte i nuläget. Frågan om den slutliga indelningen i arbetsgrupper och direktiv för dessa får bedömas vid styrgruppens första sammanträde.

Hälso- och sjukvården kommer att aktualiseras i flera olika sammanhang, inte minst i den grupp som arbetar med samverkan med kommunerna.
Hälso- och sjukvårdsfrågorna föreslås därför hållas samman i Styrgruppen. Mindre arbetsgrupper kan komma att behöva tillsättas under arbetets gång för vissa specifika frågor.

Styrgruppen fastställer den slutliga projektorganisationen med eventuella referensgrupper.

Hur representanter i arbetsgrupperna utses

Arbetsgrupperna består av 5 förtroendevalda från varje län d.v.s. arbetsgruppens storlek blir 20 förtroendevalda därutöver utses en ordförande. Inom gruppen kan en 1:a och en 2:e vice ordförande väljas.
Varje län skulle således med denna konstruktion totalt utse 20 förtroendevalda (från kommun/eller landsting). Ramverket för det, bör vara valresultat från 2014 års val i landstings/regionval och eventuella valsamverkan inom länen. Respektive län ska i detta förslag utse ordförande för en av arbetsgrupperna. Arbetsgrupperna kan vid behov adjungera personer med särskild kompetens.

Förslag
Oförändrat

Inomregional balans

Sveriges kommuner och landsting har erbjudit sig att tillhandahålla processledare för samtalen om inomregional balans. Den processen bör bedrivas med en egen arbetsplan men synkroniserat med projektets utrednings- och kartläggningsarbete.

Uppbyggnad av arbetsplan

Förutom de arbetsgrupper som utses för politikområden finns omfattande behov av förberedelsearbete i administrativa sakfrågor.

Arbetet inleds med framtagandet av en arbetsplan som beskriver hur arbetet ska planeras tidsmässigt och vilka arbetsgrupper som behöver inrättas. Erfarenheter från Norr- och Mittstyrelsens arbete tas här tillvara. Bland annat utifrån denna kartläggning kan man sedan bedöma vilka frågor som måste lösas innan regionbildningen och vilka frågor som lämpligen kan lösas när regionen bildats.
En bild av det omfattande förberedelse- och utredningsarbete som kommer att krävas framgår av den förteckning över arbetsuppgifter som togs fram inför arbetet med ansökan om regionbildning till 2011. Den kommer att omarbetas utifrån de förhållanden som råder idag.

Utifrån arbetsplanen ger styrgruppen uppdrag till projektorganisationen att formera uppdragsområden.

Förslag till uppbyggnad av projektorganisation

Styrgrupp
Enligt ovan

Projektorganisation
Projektledare 100 procent
Projektsekreterare 100 procent
Kommunikatör 50 procent
En delprojektledare/huvudsekreterare för respektive arbetsgrupp utses av respektive landsting/region. Denne är också kontaktperson för projektet i sin helhet för landstingen i Norrbotten, Västerbotten och Västernorrland samt Region Jämtland Härjedalen. Dessa utgör också projektgrupp för arbetet tillsammans med projektledaren.

Landstingsdirektörerna utgör beredningsgrupp för ärenden som skall presenteras för styrgruppen.

En stor del av de frågor som behöver förberedas inför en regionbildning rör hälso- och sjukvårdsområdet. Det motiverar att NRF förbundsdirektör avdelar upp till hälften av sin tid för att övergripande stödja projektet, samt att förbundsekonom och förbundssekreterare också medverkar i arbetsprocessen.

Finansiering av projektorganisation

Berörda landsting (sekundärkommuner) finansierar projektarbetet med en kostnadsfördelning enligt befolkningsprincipen. När projektets struktur och arbetsformer fastslagits kan budgetförslag presenteras.

Parti	Andel mandat landsting/ kommun i genomsnitt	Antal ledamöter i stygrupp	Andel ledamöter i styrgruppen
Socialdemokraterna	42,3%	8	29,6%
Moderaterna	12,6%	3	11,1%
Vänsterpartiet	9,0%	3	11,1%
Centerpartiet	11,6%	3	11,1%
Sjukvårdspartiet*	6,9%	2	7,4%
Sverigedemokraterna	5,5%	2	7,4%
Liberalerna	4,8%	2	7,4%
Miljöpartiet	4,2%	2	7,4%
Kristdemokraterna	3,2%	2	7,4%
S:a ledamöter	100,0%	27	100,0%

* Sjukvårdspartiet har ersatt "övriga partier" kommunval vid beräkning

G:\NRF\Regionförbundet\Regionkommuner/Mandatfördelnign_beskrivning_förslag_20160404

Mandatfördelning per landsting valet 2014

27 ledamöters fördelning enligt utfallet av landstingsvalet 2014

Parti/landsting	NLL	VLL	LVN	Region JH	Totalt antal mandat landsting	Procentuell andel	27 ledamöter enligt procentuell fördelning
Socialdemokraterna	27	30	38	21	116	42%	**11,4**
Moderaterna	6	9	11	11	37	14%	**3,6**
Vänsterpartiet	6	9	6	4	25	9%	**2,5**
Centerpartiet	4	6	6	8	24	9%	**2,4**
Sjukvårdspartiet	19				19	7%	**1,9**
Sverigedemokraterna	3	3	6	4	16	6%	**1,6**
Liberalerna	3	6	4	2	15	5%	**1,5**
Miljöpartiet	3	4	3	3	13	5%	**1,3**
Kristdemokraterna		4	3	2	9	3%	**0,9**
S:a mandat	**71**	**71**	**77**	**55**	**274**	**100%**	**27**

27 ledamöters fördelning enligt utfallet av kommunalvalet 2014 (övriga partier har ersatts med sjukvårdspartiet här)

Parti/kommun	LVN	Region JH	VLL	NLL	Tot ant mandat i de fyra nordligaste länens kommuner	Procentuell Andel	27 ledamöter enligt procentuell fördelning
Socialdemokraterna	164	124	209	227	724	42%	11,4
Centerpartiet	32	63	84	67	246	14%	3,9
Moderaterna	47	45	51	57	200	12%	3,2
Vänsterpartiet	22	18	54	58	152	9%	2,4
(Övriga partier) Antas som sjukvårdspartiet	16	19	42	42	119	7%	1,9
Sverigedemokraterna	26	20	13	28	87	5%	1,4
Liberalerna	14	7	33	16	70	4%	1,1
Miljöpartiet	14	15	10	23	62	4%	1,0
Kristdemokraterna	12	3	25	12	52	3%	0,8

Övriga partier har exkluderats och ersatts med sjukvårdspartiets mandat från landstingsval

S:a mandat	**347**	**314**	**521**	**530**	**1 712**	**100%**	**27**

27 ledamöters fördelning enligt utfallet av både landsting och kommunval år 2014 (exkl övriga partier i kommunval)

Parti/landsting+kommun exkl övriga i kommun	Procenutell andel	Genomsnitt landsting + kommunerna ((LT+Kommuner)/2)
Socialdemokraterna	42%	11,4
Moderaterna	13%	3,4
Vänsterpartiet	9%	2,4
Centerpartiet	12%	3,1
Sjukvårdspartiet	7%	1,9
Sverigedemokraterna	5%	1,5
Liberalerna	5%	1,3
Miljöpartiet	4%	1,1
Kristdemokraterna	3%	0,9
S:a mandat	100%	27,0

Norrlandstingens
REGIONFÖRBUND

2016-05-12

Kopia för kännedom
Ordförande i landstings-regionstyrelse
Landstings-/regiondirektörer

Ordförande för partidistrikt
(enligt sändlista)

Återkoppling efter extra Förbundsdirektion vid Norrlandstingens regionförbund 2016-04-19, med anledning av förberedelser för regionbildning

Förbundsdirektionen för Norrlandstingens regionförbund behandlade frågan om förberedelser för en eventuell regionbildning 2019 vid sitt extra sammanträde den 19 april.

Underlaget som behandlades vid direktionsmötet skickades till er i en återkoppling den 12 april.

Förbundsdirektionen beslutade vid sitt sammanträde den 19 april, bland annat att rekommendera landstingen att erbjuda politiska partier i de fyra nordligaste länen att medverka i en samverkansorganisation för insyn och dialog kring förberedelsearbetet för regionbildning 2019. Protokollsutdrag där beslutet framgår bifogas.

Frågan bereds för närvarande i landstingen. Underlagen till ärendeberedningen utgår från NRFs rekommendation. Nedan återges den information om beredningsprocessen som kommit till NRFs kännedom.

Landstingen/regionen tar fram en gemensamt formulerad inbjudan till nominering av ledamöter i styrgruppen och 4 arbetsgrupper. Inbjudan gäller under förutsättning av respektive fullmäktiges beslut att delta i förberedelsearbetet. Inbjudan går ut efter det att Landstinget Västernorrland, som sista landsting, haft sitt styrelsemöte den 14 juni. Nomineringarna ska vara gjorda till senast 1 augusti.

För att ersättning ska kunna utgå till de som deltar i styrgrupp och arbetsgrupper, måste de nominerade personerna fastställas som ledamöter. Det måste ske hos den organisation som ska betala ut ersättningar/arvode. I annat fall finns ingen grund för sådan utbetalning.

Till ***styrgruppen*** ska 27 ledamöter nomineras enligt fördelning som framgår nedan. Fördelningen innebär att partidistrikten i länen behöver komma överens sinsemellan om vilka som ska nomineras. Nomineringarna ska göras till senast den 1 augusti och sändas till NRF (norrlandstingen@vll.se).

Postadress
Köksvägen 13

901 89 Umeå

Org nr 222000-1651

Kontakta oss

Förbundsdirektör
Sara Ekström
090-785 7412
070-375 7412
sara.ekstrom@vll.se

Förbundsekonom
Annika Renström
090-785 7413
076-136 3303
annika.m.renstrom@vll.se

Förbundssekreterare
Birgitta Fransson
090-785 7411
072-710 7411
birgitta.e.fransson@vll.se

www.norrlandstingen.se

NRF vidareförmedlar nomineringen till den primär/sekundär kommun som ska fatta beslut om att fastställa de nominerade som ledamöter och också stå för arvode/ersättningar. Styrgruppen bör kunna ha sitt första sammanträde i september.

Parti	Andel mandat landsting/ kommun i genomsnitt	Antal ledamöter i styrgruppen	Andel ledamöter i styrgruppen
Socialdemokraterna	42,3%	8	29,6%
Moderaterna	12,6%	3	11,1%
Vänsterpartiet	9,0%	3	11,1%
Centerpartiet	11,6%	3	11,1%
Sjukvårdspartiet*	6,9%	2	7,4%
Sverigedemokraterna	5,5%	2	7,4%
Liberalerna	4,8%	2	7,4%
Miljöpartiet	4,2%	2	7,4%
Kristdemokraterna	3,2%	2	7,4%
S:a ledamöter	100,0%	27	100,0%

01211210,3

* Sjukvårdspartiet har ersatt "övriga partier" kommunval vid beräkning

Till ***arbetsgrupperna*** ska 20 personer från varje län nomineras. Till grund för nomineringarna ska valresultatet från 2014 gälla, samt eventuell valsamverkan inom länet. I detta fall sker ingen fördelning mellan länen.

I sin nominering av ledamöter bör man beakta representation från kommunerna och även koppling till de representanter som deltar i samtal med Indelningskommittén om regionbildningen, på SKL. Vidare rekommenderas att de som utses har ett förtroendeuppdrag inom kommun/landsting/region.

Nomineringarna ska vara klara till senast den 1 augusti. Dessa nomineringar skickas till den primär/sekundär kommun som ska fatta beslut om att fastställa de nominerade som ledamöter och också stå för arvode/ersättningar. Vilken organisation som ska stå kostnaderna för de som utses till ledamöter känner NRF inte till i nuläget. Detta kommer dock att bli klarlagt i och med respektive fullmäktigebeslut före sommaren.

Eventuella frågor kan ställas till undertecknad och besvaras utifrån den information om landstingens/regionens beredning som kommit till NRFs kännedom.

Med vänlig hälsning

Sara Ekström
Förbundsdirektör

2016-05-0806-15

Socialdemokraterna
Moderaterna
Vänsterpartiet
Centerpartiet
Sjukvårdspartiet
Sverigedemokraterna
Liberalerna
Miljöpartiet
Kristdemokraterna

Inbjudan till partierna i Norrland att nominera ledamöter till styrgrupp och arbetsgrupper för förberedelsearbetet kring regionbildning

Denna inbjudan skickas med samma formulering från vardera Norrbottens läns landsting, Västerbottens läns landsting, Landstinget Västernorrland och Region Jämtland Härjedalen. För att ge er tid för nomineringsarbetet skickas denna inbjudan när alla fyra styrelserna beslutat angående förberedelsearbete inför regionbildningen, men innan fullmäktigebehandling. Därför gäller inbjudan under förutsättning av fullmäktiges beslut.

Partierna i Norrland erbjuds att nominera 27 ledamöter till styrgruppen för förberedelsearbetet kring regionbildning.

Socialdemokraterna ska utse	8 ledamöter
Moderaterna	3 ledamöter
Vänsterpartiet	3 ledamöter
Centerpartiet	3 ledamöter
Sjukvårdspartiet	2 ledamöter
Sverigedemokraterna	2 ledamöter
Liberalerna	2 ledamöter
Miljöpartiet	2 ledamöter
Kristdemokraterna	2 ledamöter
	27 ledamöter

Fördelningen innebär att partidistrikten i länen behöver komma överens sinsemellan om vilka som ska nomineras. Nomineringarna ska göras till senast den 1 augusti och sändas till NRF (norrlandstingen@vll.se).

För att ersättning ska kunna utgå till de som deltar i styrgrupp och arbetsgrupper, måste de nominerade personerna fastställas som ledamöter. Det måste ske hos den organisation som ska betala ut ersättningar/arvode. I annat fall finns ingen grund för sådan utbetalning. Därför fattas beslut om nomineringarna till styrgruppen av resp landsting/region för ledamöter från det egna länet efter samordning via NRFs kansli.

Partierna erbjuds också att från vartdera län nominera 20 ledamöter till de fyra politiska arbetsgrupper som utöver styrgruppen också ska arbeta med förberedelserna. Arbetsgrupperna består av 5 förtroendevalda från varje län d.v.s. arbetsgruppens storlek blir 20 förtroendevalda. Varje län ska således totalt utse 20 förtroendevalda (från kommun/eller landsting). Ramverket för det, bör vara valresultat från 2014 års val i landstings/regionval och eventuella valsamverkan inom länen.
I första förslaget som sändes ut fanns förslag på fyra politiska arbetsgrupper:

- Samverkan kommuner-region
- Regional utveckling
- Infrastruktur och kultur
- Trafik

Det har framförts många synpunkter på indelningen i arbetsgruppsområden. Förslaget till indelning i arbetsgrupper ändras inte i nuläget. Frågan om den slutliga indelningen i arbetsgrupper och direktiv för dessa får bedömas vid styrgruppens första sammanträde.

Nomineringar ska för detta skickas till resp landsting/region senast 2016-08-01. Beslut om nomineringarna till arbetsgrupperna kommer att fattas av respektive landstingsstyrelse/fullmäktige/Regionstyrelse/fullmäktige.

I er nominering av ledamöter bör ni beakta representation från kommunerna och även koppling till de representanter som deltar i samtal med Indelningskommittén om regionbildningen, på SKL. Vidare rekommenderas att de som utses har ett förtroendeuppdrag inom kommun/landsting/region.

Under förutsättning av beslut i landstingsfullmäktige/regionfullmäktige kommer utsedda ledamöter och ersättare i styrgrupp och arbetsgrupper som har mindre än 40 % fast arvode få arvode och ersättning för förlorad arbetsförtjänst enligt Kommittéförordning (1998:1474). Reseersättningar utgår enligt resp landsting/regions regelverk.

Till detta brev bifogas beslutsunderlag för ytterligare information.
Frågor kan ställas till NRFs kansli Sara Ekström eller resp landsting/regions kansli.

Med vänliga hälsningar

Maria Stenberg
Landstingsstyrelsens ordförande
Norrbottens läns landsting

Ann-Marie Johansson
Regionstyrelsens ordförande
Region Jämtland Härjedalen

Peter Olofsson
Landstingsstyrelsens ordförande
Västerbottens läns landsting

Erik Lövgren
Landstingsstyrelsens ordförande
Landstinget Västernorrland

REGION
JÄMTLAND HÄRJEDALEN
2016 -03- 23
Dnr RS /607 /2016

INITIATIVÄRENDE

Vid sammanträdet för Norrlandstingens regionförbund (NRF) förbundsdirektion i Örnsköldsvik 2-3 mars, presenterade ordförande för förbundsdirektionen Maria Stenberg, ett förslag att NRF skulle påbörja arbetet med att bilda region ett så kallat "Stornorrland". Förlaget gavs muntligt på sittande möte med en enkel bild som beskrev organisationsschema för förslaget. Förslaget har sedan redovisats tydligare genom e-post den 10 mars 2016 till förbundsdirektionen samt samtliga representerade partier ifrån de fyra länens landsting/region med möjlighet lämna synpunkter.

På det aktuella sammanträdet lämnade jag följande protokollsanteckning:

Protokollsanteckning § 26 Informationer:
Finner det mycket oklart om det är Norrlandstingens regionförbunds uppdrag enligt Förbundsordning att påbörja arbetet med förbereda för regionbildning och utvidga arbetsutskottet med arbetsgrupper.

Efter kontakt med Region Jämtland Härjedalens jurist för rådgivning att tolka förbundsordningen framkom det att sammanläggning och förberedelser för regionsbildning av landsting/regioner inte är en fråga för förbundet utan att den uppgiften lämnas till förbundet av medlemmarna. Det kräver enighet och en ändring i förbundsordningen för ett sådant arbete. Det är möjligt att ett inledande arbete som rör samverkan inom sjukvården skulle kunna rymmas inom 3 § Övrigt, andra punkten. Men det avser då endast hälso- och sjukvård, inte övriga frågor som berörs av en sammanläggning.

Med anledning av det framkomna föreslår jag;

Att Region Jämtland Härjedalen inte deltar vid i det förslag till organisation inom NRF för att påbörja regionsbildning och att information gå ut till de partier som finns i vår region att frågan att påbörja regionsbildande bland de fyra nordligaste länen inte går aktualisera i den nu varande förbundsordningen för Norrlandstingens regionförbund.

Östersund 23 mars 2016

Elin Lemon (C)
Regionstyrelsens 2:e vice ordförande

.

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

regionjh.se/halsoval

Förfrågningsunderlag

Hälsoval Region Jämtland Härjedalen 2017

I Alla ändringar är markerade med en linje i vänster marginal.

Tillägg är skriven med röd text.

~~Det som skall tas bort är överstruket.~~

Gulmarkering= uppgifter ej klara i skrivande stund

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

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

4.1.3 Glesbygdsfaktor 28
4.1.4 Läkemedel 29
4.2 RÖRLIG ERSÄTTNING 29
4.2.1 Patientavgift 30
4.2.2 Patienter från andra landsting/regioner och andra länder 30
4.2.3 Asylsökande/ kvotflyktingar 30
4.2.4 Patienter som inte är listade på vårdenheten 31
4.2.5 Listads besök hos vårdgivare med nationell taxa 31
4.2.6 Ersättning för utbildning och handledning 31
4.2.7 Överenskommelser mellan staten och SKL 31
4.2.7.1 Sjukskrivningsprocess och Rehabgaranti 31
4.2.8 Utveckling 2017 32
4.3 TILLÄGGSERSÄTTNING 32
4.3.1 Familjecentral 32
4.3.2 Särskilt boende 32
4.3.3 Utveckling och utbildning 33
4.3.4 Fortbildning 33
4.3.5 ST-läkare 33
4.3.6 AT-läkare 33
4.3.7 AT- och ST-studierektor inom primärvård 33
4.3.8 Ambulansverksamhet i Gäddede 33
4.3.9 Utvecklingsuppdrag för folkhälsoinsatser 33
4.3.10 Rehabkoordinatorer 34
4.3.11 Primärvårdskonsulter 34
4.3.12 Avståndsoberoende tjänst 34
5 UPPFÖLJNING OCH UTVÄRDERING 35
5.1 ALLMÄNNA FÖRUTSÄTTNINGAR 35
5.2 ~~METODER~~ 36
~~5.2.1 Enskild uppföljningsdialog~~ 36
~~5.2.2 Gemensam dialog~~ 36
~~5.2.3 Särskilda fördjupningar~~ 37
~~5.2.3.1 Fördjupad riskbaserad uppföljning~~ 37
~~5.2.3.2 Fördjupad tematisk uppföljning~~ 37
~~5.2.4 Samlad årlig analys~~ 37
5.3 STRUKTUR 38
~~5.4 INDIKATORER~~ 38
~~5.4.1 Förutsättningar~~ 38
~~5.4.2 Verksamhet~~ 39
~~5.4.3 Struktur för kvalitet~~ 41
~~5.4.4 Kvalitet~~ 42
~~5.4.4.1 Patientupplevd kvalitet~~ 42
~~5.4.4.2 Medicinsk kvalitet~~ 42
~~5.4.4.3 Patientsäkerhet~~ 43
6 ALLMÄNNA VILLKOR 45
6.1 LAGAR, FÖRORDNINGAR OCH ANVISNINGAR 45
6.2 STYRDOKUMENT OCH POLICYSKRIFTER 45
6.3 KOMPETENS OCH BEMANNING 45
6.4 UNDERLEVERANTÖR 46
6.5 PATIENTJOURNAL 46
6.6 PATIENTNÄMND 46
6.7 PATIENTFÖRSÄKRING 46
6.8 FÖRSÄKRINGAR 47
6.9 UTRUSTNING 47
6.10 ANNAN VERKSAMHET 47
6.11 LOKALER 47
6.12 INFORMATION 48
6.12.1 Hälsovalssymbol för signal om godkännande 48
6.12.2 Kontaktuppgifter och grundutbud 48

6.12.3 Väntrumsinformation 48
6.12.4 E-tjänster och utveckling av informationstjänster 48
6.12.4.1 Utlämning av SITHS e-tjänstekort 49
6.13 MARKNADSFÖRING 49
6.14 SJUKRESOR 49
6.15 TOLKSERVICE 50
6.15.1 Språktolk 50
6.15.2 Tolkcentralens tjänster 50
6.16 IT-TJÄNSTER/SYSTEM 50
6.17 TELEFONI 51
6.18 MILJÖKRAV 52
6.19 ALLMÄNHETENS INSYN OCH MEDDELARFRIHET 52
6.20 PERSONUPPGIFTSLAGEN 52
6.21 KOLLEKTIVAVTAL ELLER LIKVÄRDIGT 52
6.22 SEKRETESS OCH TYSTNADSPLIKT 52
6.23 SKATTE- OCH AVGIFTSSKYLDIGHET 52
6.24 MEDICINSK REVISION 53
6.25 REVISION 53
6.26 ÄNDRINGAR OCH TILLÄGG PÅ REGIONENS BEGÄRAN 53
6.27 OMFÖRHANDLING 54
6.28 BRISTER I FULLGÖRANDE 54
6.28.1 Vite 54
6.28.2 Vite i särskilda fall 54
6.29 AVTALETS FÖRTIDA UPPHÖRANDE 55
6.34 ANSVAR 56
6.34.1 Arbetsgivaransvar 56
6.35 FAKTURERINGSVILLKOR 57
6.36 KÖP AV SERVICETJÄNSTER 57
7 FÖRESKRIFTER FÖR ANSÖKAN 58
7.1 TIDPUNKT FÖR DRIFTSTART 58
7.2 ANSVARIG REGION 58
7.3 ANSVARIG HANDLÄGGARE FÖR ANSÖKAN 59
7.3.1 Uppgifter om Hälsoval Region Jämtland Härjedalen 59
7.3.2 Uppgifter om ansökan 59
7.4 ANSÖKNINGSFÖRFARANDE 59
7.5 ANSÖKANS FORM OCH INNEHÅLL 59
7.6 RÄTTELSE AV FEL, FÖRTYDLIGANDE OCH KOMPLETTERING AV ANSÖKAN 59
7.7 AVLÄMNANDE AV ANSÖKAN 60
7.8 ANSÖKNINGSTIDENS UTGÅNG 60
7.9 KRAV FÖR GODKÄNNANDE 60
7.10 REGISTRERINGSSKYLDIGHETER, BETALNING AV SKATTER OCH AVGIFTER 61
7.11 TEKNISK FÖRMÅGA OCH KAPACITET 61
7.12 TILLGÅNG TILL ANDRA FÖRETAGS KAPACITET 62
7.13 FINANSIELL OCH EKONOMISK STÄLLNING 62
7.14 FÖRETAG UNDER BILDANDE 63
7.15 ÄNDRAD ÄGARSTRUKTUR HOS VÅRDGIVARE 63
7.16 ANMÄLAN TILLL SOCIALSTYRELSEN 63
7.17 PRÖVNING AV ANSÖKAN 63
7.18 ANSÖKANS GILTIGHETSTID 64
7.19 GODKÄNNANDE OCH AVTALSTECKNANDE 64
7.19.1 Godkännande 64
7.19.2 Godkännandets giltighet 64
7.19.3 Verifiering 64
8 AVTALSMALL 65
8.1 AVTALSPARTER 65
8.2 KONTAKTPERSONER 65
8.3 ÅTAGANDE OCH OMFATTNING 65
8.5 VERKSAMHETENS GEOGRAFISKA PLACERING 66

8.6 AVTALSTID 66
8.7 ÖVERLÅTELSE AV AVTAL 66
8.8 UNDERSKRIFTER 67

INBJUDAN ATT LÄMNA ANSÖKAN OM ATT DELTA I HÄLSOVAL REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Region Jämtland Härjedalen bjuder härmed in intresserade vårdgivare att skicka in ansökan om att medverka i Hälsoval Region Jämtland Härjedalen

Den 1 januari 2010 infördes valfrihetssystem i primärvården i dåvarande Jämtlands läns landsting. Beslutet fortsätter att gälla även efter övergången från Jämtlands läns landsting till Region Jämtland Härjedalen. Region Jämtland Härjedalen betonar de förebyggande och hälsofrämjande insatserna. Därför är benämningen på vårdvalssystemet: Hälsoval Region Jämtland Härjedalen. Valfrihet i primärvården innebär att medborgarnas ställning stärks genom att de fritt får välja vårdenhet.

De vårdenheter som uppfyller kraven i vårdvalssystemet Hälsoval Region Jämtland Härjedalen ska ha rätt att etablera sig i primärvården med offentlig ersättning. Kraven gäller såväl offentliga som privata aktörer som väljer att verka inom Hälsoval Region Jämtland Härjedalen. Viktiga grundkrav är att den offentliga ersättningen följer den enskildes val av utförare.

Hälso- och sjukvård i Region Jämtland Härjedalen
Region Jämtland Härjedalens visioner är: ”God hälsa och positiv livsmiljö för alla i Jämtlands län” samt ”En region att längta till och växa i” . Det betyder bland annat att alla människor i Jämtland Härjedalen ska ha god hälsa och kunna hålla sig friska längre i ett hälsofrämjande län. Regionens Jämtland Härjedalens värdegrund anger att alla medarbetare i sina dagliga möten och samtal ska handla med respekt för alla människors lika värde, visa förtroende för andra och utgå från en helhetssyn på regionen och dem regionen är till för.

Länet har cirka 126 000 invånare i åtta kommuner med Östersund som residensstad. Avstånden i Jämtland Härjedalen är stora och med turismen ökar befolkningen periodvis dramatiskt. Den specialiserade vården bedrivs inom olika centrum och det enda sjukhuset finns i Östersund. Primärvården är basen i hälso- och sjukvården och en viktig del i ett glest befolkat län. Telefonsjuksköterskorna på 1177 Vårdguiden ger medborgarna råd om vård dygnet runt. Mer information om primärvården finns på Region Jämtland Härjedalens webbplats www.regionjh.se.

Ansökan
I det här förfrågningsunderlaget redovisar Region Jämtland Härjedalen alla dokument för uppdraget som ska uppfyllas för att få vara en del i Hälsoval Region Jämtland Härjedalen. Samtliga handlingar som är behövs för att ansöka om att bli deltagare i Hälsoval Region Jämtland Härjedalen finns att hämta på regionens hemsida, www.regionjh.se/halsoval eller på www.valfrihetswebben.se.

Med vänlig hälsning

David Berglund (S)
Vårdvalsnämndens ordförande

Björn Eriksson
Regiondirektör

1 DEFINITIONER

Avtal: tecknas med externa vårdgivare, jämför överenskommelse

Bilaga: del av förfrågningsunderlaget

Filial: underavdelning till en vårdenhet, ej valbar för medborgarna

Förfrågningsunderlag: Underlag för ansökan om att delta i Hälsoval Region Jämtland Härjedalen som regionen tillhandahåller.

Godkännande: Alla sökande som uppfyller kraven i förfrågningsunderlaget kommer att godkännas för att bli en del av Hälsoval Region Jämtland Härjedalen.

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

Hälsoval Region Jämtland Härjedalen: Regionens benämning på valfrihetssystem inom primärvård.

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

Kapitering: Ersättning per listad invånare.

Leverantör: Den som levererar tjänst åt vårdgivare

Listning: Begrepp som innebär att varje individ tillhör en vårdenhet, kan ske via aktivt eller passivt val.

LOV: Lagen om valfrihetssystem SFS 2008:962.

Närområde: Det geografiska område som ingår i den geografiska indelning av ickevalsalternativ.

Primärvård: Hälso- och sjukvårdsverksamhet som utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svarar för befolkningens behov av grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering och som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser enligt 5 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

Region: Region Jämtland Härjedalen, upphandlande myndighet.

Särskilt boende: Boendeformer i kommunen för personer med omfattande behov av vård- och omsorg och tillgång till personal dygnet runt där läkare gör regelbundna besök.

Vårdenhet: Vårdgivarens mottagning dit listning sker. Se hälsocentral.

Vårdadministrativa systemet: COSMIC.

Vårdgivare: Leverantör i Hälsoval Region Jämtland Härjedalen

Överenskommelse: Tecknas med verksamhet i egenregi, jämför avtal

2 INLEDNING

2.1 ALLMÄNT OM HÄLSOVAL REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

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

Regionen är som sjukvårdshuvudman ansvarigt för att gentemot länets invånare tillhandahålla de tjänster som omfattas av Hälsoval Region Jämtland Härjedalen. Regionen är vidare ansvarig för att tillse att den vårdgivare som åtar sig att för regionens räkning ge vård inom Hälsoval Region Jämtland Härjedalen gör detta på ett sådant sätt att befolkningens vårdbehov tillgodoses på medicinskt kvalitativt bästa sätt.

Syftet är att primärvården ska fortsätta att utvecklas som basen för hälso- och sjukvården i länet. Primärvården ska tillgodose vården för dem som har behov av en nära och frekvent kontakt med hälso- och sjukvården. Patienterna ska erbjudas en god och säker vård med hög tillgänglighet så att de känner trygghet och har förtroende för vården.

Primärvården ska vara förstahandsval för medborgaren vid behov av vård, inom ramen för NEON principen (Närmsta Effektiva Omhändertagande Nivå). De principer som ska styra Hälsoval Region Jämtland Härjedalen är närhet, samordning, ekologiskt hållbar, folkhälsofrämjande, anpassningsbar, uppföljnings- och utvärderingsbar samt tillgänglig med ett processorienterat arbetssätt där särskild hänsyn ska tagas till de resurssvagas situation.

Primärvården ska vara ett tryggt och förtroendeingivande förstahandsval för medborgarna där vårdgivarens uppgift är att vara en väl fungerande bas i hälso- och sjukvården genom att dels fungera som medborgarnas/patienternas fasta rådgivare och samordnare av olika vårdinsatser, dels uppmuntra och stimulera till egenvård, svara för befolkningens behov av förebyggande hälsoarbete, akutvård, grundläggande medicinsk behandling, rehabilitering samt omvårdnad, som inte kräver den specialiserade vårdens tekniska - eller medicinska resurser eller annan särskild kompetens.

Vården ska ges med respekt för alla patienters lika värde och för den enskilde människans värdighet. Verksamheten ska präglas av hög etisk medvetenhet. Vårdgivare är skyldig att tillhandahålla vården på lika villkor oavsett kön, könsöverskridande identitet eller könsuttryck, ålder, funktionsnedsättning, etnisk eller religiös tillhörighet, sexuell läggning, social position eller annat. Region Jämtland Härjedalen har höga ambitioner avseende arbetet med att uppnå en jämställd och jämlik vård.

Arbetet förutsätter effektiv samverkan med olika yrkesgrupper inom primärvården, den specialiserade vården samt kommunen, med andra vårdgivare och samhällsaktörer, där primärvårdens roll är att samordna vårdinsatser och vara patientens vägledare och lots. Samverkan med andra vårdgivare och huvudmän ska bedrivas på ett sådant sätt att patienten och närstående upplever vården som en helhet.

Vårdgivaren ska integrera ett hälsofrämjande- och förebyggande synsätt i all vård och behandling för att verka för en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård

2.2 VÅRDGIVARENS ÅTAGANDE OCH UPPDRAG

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

Verksamheten ska bedrivas inom det geografiska upptagningsområdet som för närvarande är Jämtlands län.

Vårdenheten ska bedriva verksamhet samlat inom tilldelat närområde för ickevalsalternativ. Till en vårdenhet kan man, inom samma kommun där vårdenheten är belägen, koppla en eller flera filialer. Skillnaden mellan en vårdenhet och filial, är att en filial inte behöver uppfylla samtliga krav. Filial ska bedriva vård men kraven på till exempel tillgänglighet är lägre än för en vårdenhet. Det innebär att en filial kan ha varierande omfattning på verksamhet men har regionens allmänna krav på lokalerna vad gäller tillgänglighet för personer med olika funktionsnedsättningar samt särskilda villkor för väntrummens utformning och vilken information som ska finnas i dessa. Från 2015 omfattas tillgänglighetskravet av diskrimineringslagstiftningen, som skall följas.

2.2.1 Närområde Gäddede

I Strömsunds kommun finns närområde Gäddede där bor det ca 900 invånare fördelade på en stor yta om ca 4000 km^2 dvs större än exempelvis Blekinge. Avståndet till länssjukhuset i Östersund från centralorten är ca 25 mil och till Strömsund, som är centralort i kommunen, är det ca 14 mil. För närvarande förekommer samverkan om bl a ambulans med Lierne kommune i Norge som angränsar till närområdet.

För att starta vårdenhet i närområde Gäddede gäller samma förutsättningar som i övriga länet, förutom kravet på tillgång till läkare. Minimikravet för att få ansökan godkänd är tillgång till läkare i Gäddede minst två dagar i veckan. Utöver detta måste överenskommelse tecknas med närliggande vårdenheter för att säkerställa dygnet runt ansvaret.

I uppdraget ingår även att bedriva ambulansverksamhet med en tilläggsersättning, se Tilläggsuppdrag och Ersättning. Skulle flera vårdenheter starta i området avgör regionen vem som ska bedriva ambulansverksamheten.

2.3 LISTNING

Medborgarnas val ska avse listning till vårdenhet. Regionen ska inom ramen för sitt informationsansvar verka för att medborgarna i Jämtlands län gör ett aktivt val. Regionen och vårdgivaren ska gemensamt verka för att primärvårdens vårdenheter blir det naturliga förstahandsvalet för all vård som inte kräver sjukhusens specifika kompetens eller resurser.

Nyinflyttade och nyfödda tilldelas, då folkbokföringsuppgifter inkommit, ett ickevalsalternativ i avvaktan på att han eller hon gör ett eventuellt eget val. Ickevalsalternativet ska vara enligt närhetsprincipen och den geografiska indelning som regionen fastställer, oavsett driftsform. Vid nyetablering tilldelas vårdenheten ett ickevalsalternativ inom den kommun där vårdenheten är belägen. Medborgare som är passivt listade berörs ej av det nya ickevalsalternativet.

Regler för listning, se bilaga 1 Listningsregler i Styrande dokument

3 UPPDRAGSSPECIFIKATION

Vårdgivarens uppdrag avser första linjens sjukvård för alla som vistas i området, till exempel turister och studerande, boende och listade vid vårdenheten samt de samhällsaktörer som verkar i det område där vårdenheten är belägen.

Patientens ställning i vården är viktig för att kunna säkra en patientfokuserad vård men också flera värdeskapande delar såsom, helhetssyn, närhet, bemötande, delaktighet, information, kontinuitet, tillgänglighet, kvalitet, jämlikhet och jämställdhet samt samverkan utgör grundstenar i den lokala hälso- och sjukvården.

Primärvården ska bedrivas i enlighet med de nationella riktlinjer, vårdprogram samt behandlingsråd eller behandlingsöverenskommelser som fastställs av regionen. Dessa lägger även grunden för de kompetenser som måste finnas i primärvården.

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

Alla vårdgivare ska bedriva sin verksamhet inom ramen för ett enhetligt basuppdrag. Basuppdraget tar sikte på ansvarsområden och funktionalitet; inte resurser eller organisation.
Vid sidan om basuppdraget kan viss verksamhet bedrivas i form av tilläggsuppdrag.

Verksamheten ska bedrivas i enlighet med Hälso- och sjukvårdslagen, Patientlagen och de grundläggande principerna i den vägledning för *God vård- om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården* som fastställts av Socialstyrelsen, innebärande:

- kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård
- säker vård
- patientfokuserad vård
- jämlik vård
- effektiv vård
- vård i rimlig tid.

3.1 OMFATTNING

Befolkningens behov av hälso- och sjukvård ska tillgodoses inom ramen för följande basala verksamheter/funktioner:

- mottagningsverksamhet för såväl akut som planerad utredning, vård och behandling
- rehabilitering
- psykosocial verksamhet
- läkarinsatser inom den kommunala hälso- och sjukvården
- rådgivning
- jour och beredskap
- mödrahälsovård
- barnhälsovård
- medicinsk service
- hälsofrämjande- och sjukdomsförebyggande insatser
- smittskydd och vårdhygien
- utbildningsansvar

3.1.1 Mottagningsverksamhet för såväl akut som planerad utredning, vård och behandling

Vårdgivarens mottagningsverksamhet ska bedrivas i enlighet med de lagar och förordningar som styr hälso- och sjukvården samt strategier, policys och handlingsplaner som gäller för regionen. Det ska erbjudas grundläggande hälso- och sjukvård inom området allmänmedicin i enlighet med de mål och prioriteringar som fastställts och fortlöpande beslutas av regionfullmäktige.

I åtagandet gäller att vårdgivaren ska medverka i utvecklingen av behandlingsrutiner (riktlinjer och tillämpningar) och vårdprogram samt följa de som är beslutade nationellt och/eller i regionen. Vårdgivaren ska vara väl insatt i de måldokument, riktlinjer och policys som återfinns i Centuri under Hälsoval.

Vårdgivaren ska säkerställa första linjens hälso- och sjukvård med planerad och oplanerad vård i form av utredning, diagnostik, behandling, rådgivning och uppföljning i rimlig tid. De hälso- och sjukvårdsinsatser som erbjuds ska riktas mot sjukdomar, skador och upplevda besvär samt hälsofrämjande insatser.

Den hälso- och sjukvård som bedrivs ska vara faktabaserad och utgå från vetenskap och beprövad erfarenhet samt ha ett genusperspektiv. Primärvården ska dessutom bidra med god omvårdnad och uppmuntra till egenvård.

Vårdgivaren ansvarar för de som är listade, dygnet runt alla veckans dagar. Vårdenheten ska vara öppen för besök dagtid minst 45 timmar per vecka, vardagar, måndag till fredag. Vårdenheten ska vara tillgänglig per telefon dagtid, minst 30 timmar per vecka fördelat på vardagar måndag till fredag, och ha hänvisning övriga tider på dygnet, under förutsättning att kraven i vårdgarantin efterlevs. Under semesterperioder och planeringsdagar har vårdgivaren rätt att stänga. Vid stängning ska hänvisning finnas till andra överenskomna vårdenheter för att klara uppdraget. Övriga tider, se under dygnet runt ansvar.

Vid behov ska kontakt med specialistvård enligt gällande nationella och lokala riktlinjer inledas.

Vårdgivaren ska medverka till att förhindra icke medicinskt motiverade besök/hänvisning till sjukhusets akutmottagning eller slutenvård.

En medborgare ska oavsett var denne är listad kunna söka och få vård vid alla vårdenheter. Vårdenheten kan inte neka att ta emot medborgare som är listad vid annan enhet.

Särskild hänsyn tas till behov av kontinuitet för patienter med nedsatt autonomi och för patienter med långvarig och/eller kronisk ohälsa. Det är vårdgivarens ansvar att vara patientens lots och koordinator i vårdprocessen. Vid övergångar mellan olika vårdgivare och vårdnivåer ska patienten ha vetskap om vem som har ett samordningsansvar.

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

Hälsoundersökningar för asylsökande med flera
I enlighet med regional överenskommelse där Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Länsstyrelsen, Migrationsverket samt Region Jämtland Härjedalen ska vårdgivaren erbjuda hälsoundersökningar snarast till asylsökande, kvotflyktingar, och individer med familjeanknytning, i enlighet med gällande anvisningar från regionen enligt lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt

asylsökande m fl och lag (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd.
För ersättning, se kapitel Ersättning.

Intyg
Vårdgivaren är skyldig att utan särskild ersättning tillhandahålla de intyg, utredningar och analyser med mera som begärs av exempelvis försäkringskassa, Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag (LÖF) samt Patientskaderegleringen (PSR).

Vidare ska vårdgivaren utfärda intyg till patienter som är i behov av ett sådant för att styrka sin hälsa, sjukdom, skada eller funktionsnedsättning.

Alla läkarintyg ska skickas elektroniskt till Försäkringskassan.

Medicinsk fotvård
För patienter med reumatoid artrit, arteriell insufficiens i de nedre extremiteterna och diabetes mellitus, i behov av medicinsk fotvård subventionerar regionen för närvarande upp till fyra behandlingar per patient och kalenderår. Behandlingen ska föregås av remiss till fotvårdare anslutna till valfrihetssystemet för medicinsk fotvård och bekostas av den vårdenhet där patienten är listad. Vårdgivaren ska följa regionens riktlinjer, se Administrativa rutiner.

Myndighetsutövning
Vårdgivaren ska ansvara för dödsfallskonstaterande och handläggning i samband med detta. Vårdgivaren ska utfärda *Dödsbevis* och *Intyg om dödsorsak* för avlidna.

Vårdgivaren ska svara för vårdintyg enligt Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT), Lagen om vård av unga (LVU) och Lagen om vård av missbrukare (LVM).

Vårdgivaren ska följa regionens riktlinjer avseende rättsintyg och omhändertagande av avlidna.

Palliativ vård
Vårdgivaren ska erbjuda palliativ vård och vård i livets slutskede. I uppdraget ingår att samverka med närstående och andra aktörer, exempelvis Storsjögläntan, samt följa överenskommelser gjorda med respektive kommun.

Vaccination
Vårdgivaren ska erbjuda vaccinationer enligt nationellt vaccinationsprogram och till riskgrupper enligt regionens riktlinjer.

3.1.2 Rehabilitering och habilitering

Vårdgivaren ska tillgodose individens behov av en tidigt insatt och samordnad rehabilitering. Med rehabilitering menas de insatser som ska bidra till att en person med förvärvad funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, återvinner eller bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet (SOSFS 2007:10).

Patienten ska erbjudas undersökning, teambedömning och behandling. Individen ska när så krävs utredas vidare inom specialistsjukvården. En bred kompetens för rehabiliterande insatser ska finnas att tillgå på vårdenheten. Multimodal rehabilitering, det vill säga att olika kompetenser samarbetar i team på ett organiserat sätt, ska kunna erbjudas. Teamet ska uppfylla den standard som anges i

riktlinjerna för ersättning för Villkor 4 i överenskommelsen En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. ~~certifieras enligt regionens modell.~~

Rehabiliteringsinsatserna ska kontinuerligt utvärderas och dokumenteras. Om behov föreligger så ska en rehabiliteringsplan upprättas för individen. Samordning ska även när så krävs göras med andra rehabiliteringsaktörer såsom arbetsgivare, arbetsförmedling, försäkringskassa och kommunala verksamheter (SOSFS 2007:10). För att strukturera samordningen kan en samordnad individuell plan (SIP) upprättas. Läs mer i anvisningen SIP-Individuell plan, överenskommelse mellan kommunerna och landstinget.

Socialstyrelsen har tagit fram riktlinjer för sjukskrivning som ska användas vid ställningstagande när det medicinska underlaget skrivs. Rekommendationerna är vägledande för bedömningarna, som ska vara individuella och utgå ifrån enskilda individers unika tillstånd. Det ~~så kallade~~ Försäkringsmedicinska Beslutsstödet är ett verktyg som ska underlätta för utfärdaren att skriva underlag av god kvalitet. ~~återfinns i webbaserad form på Socialstyrelsens hemsida.~~

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

~~I sjukskrivningsmiljarden finns krav som regionen måste uppnå, vilka gäller alla vårdgivare som regionen har avtal med. Jämställdhetsperspektivet ska vara tydligt.~~

I 2016 års överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och landsting: ”En kvalitetsäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess” finns villkor som regionen ska uppnå, vilka gäller alla vårdgivare i hälsovalet.

Villkoren omfattar
1.en jämställd sjukskrivningsprocess
2. kompetenssatsning i försäkringsmedicin
3. funktion och koordinering (rehabkoordinatorernas uppdrag)
4. insatser för lindrig och medelsvår psykisk ohälsa och långvarig smärta (fd rehabgaranti)
5. utökat elektroniskt utbyte

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

Se avsnittet om Ersättning gällande rehabgaranti

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

3.1.3 Psykosocial verksamhet

Vårdgivaren ska ha tillgång till psykosocial verksamhet. Den psykosociala verksamheten ska stå för första linjens vård vid psykisk ohälsa. Vårdgivaren ska bedöma, behandla, rehabilitera och följa upp patienter med psykisk ohälsa som inte kräver specialistsjukvård. Detta innefattar exempelvis lätta till medelsvåra depressioner, lätta till medelsvåra ångestsyndrom, stressrelaterade tillstånd, kriser samt psykosomatiska tillstånd. De psykosociala insatserna ska innefatta rådgivning, stödsamtal, krisbehandling och psykoterapeutisk behandling.

Ansvarsfördelning och riktlinjer finns mellan psykosocial verksamhet i primärvården och vuxenpsykiatrin i regionen. Se Styrande dokument.

Vårdgivaren ska följa Regeringens och SKL:s överenskommelse om rehabiliteringsgarantin, se avsnitt 3.1.2. Beslut om formella krav på verksamheten är att vänta så snart nationellt fastställda riktlinjer finns antagna och därefter omsatts i lokala rutiner för Region Jämtland Härjedalen.

3.1.4 Läkarinsatser inom den kommunala hälso- och sjukvården

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

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

Former för läkarmedverkan i hemsjukvården regleras inom respektive kommun genom lokala rutiner/överenskommelser mellan ansvariga för den kommunala hälso- och sjukvården och respektive vårdgivare. Vårdgivaren ska erbjuda läkarmedverkan med namngiven läkare till av kommunen registrerad hemsjukvårdspatient. Rutiner för hur samverkan mellan vårdgivaren och kommunen ska ske ska upprättas både vad gäller planerad och akut verksamhet dygnet runt. Vårdgivaren ska särskilt beakta att god tillgänglighet och kontinuitet tillförsäkras denna patientgrupp.

Särskilt boende, se kapitel Tilläggsuppdrag.

3.1.5 Rådgivning

Vårdgivarens uppdrag är ge information, råd och stöd till medborgarna via telefon, webb, vid besök på vårdenheten eller på annat sätt. Rådgivning fyller en viktig funktion för att stärka patientens förmåga till eget ansvar samt skapa trygghet och stimulera till egenvård för lättare sjukdomar, skador och besvär.

Patientens information vid första kontakten ligger till grund för den medicinska bedömning som görs, vilket resulterar i egenvårdsråd eller att vårdbegäran startar. Bedömningen är avgörande för de insatser som kan bli aktuella för egenvård, vård på den enskilda vårdenheten, alternativt vård hos annan vårdgivare eller kontakter med övriga samhällsresurser.

Ett IT-baserat rådgivningsstöd (RGS Webb) för telefonrådgivning finns tillgängligt som vårdgivaren ska ansluta sig till. Se IT- och telefonitjänster, bilaga 2, Styrande dokument.

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

3.1.6 Jour och beredskap

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

Regionen ansvarar för att medborgarna har tillgång till insatser av primärvård även utanför vårdenheternas öppettider. Vårdgivarna ska delta i den jour- och beredskapsorganisation som regionen fastställer, se Styrande dokument. Vårdgivarna ska dela solidariskt på åtagandet utifrån antalet listade personer och ansluta sig till regionens webbaserade planeringssystem Jourlisa.

En översyn av primärvårdens jour- och beredskapsorganisation pågår som kan komma att påverka uppdraget under 2016.

För att få arbeta som jour- eller beredskapsläkare ska lägsta kompetensen vara legitimerad läkare eller ST-läkare. AT-läkare kan tjänstgöra med allmänläkare som bakjour.

Sjukvårdsrådgivningen 1177 bedömer via telefon patienters vårdbehov, prioriterar och bokar vid behov besök till jour- och beredskapsverksamheten.

3.1.7 Mödrahälsovård

Vårdgivaren ska i enlighet med nationella rekommendationer erbjuda barnmorskemottagning (BMM)/mödrahälsovård (MHV) med följande verksamhetsgrenar:

- Hälsovård i samband med graviditet:
  - medicinskt basprogram
  - erbjuda information om fosterdiagnostik
  - hälsoinformation under graviditet
  - psykosocialt arbete.
- Stöd i föräldraskap och föräldragrupper med förlossnings- och föräldraförberedelse
- Familjeplanering på individnivå:
  - preventivmedelsrådgivning
  - STI-prevention.
- Utåtriktad verksamhet för att förebygga oönskade graviditeter och sexuellt överförbara infektioner på grupp- och samhällsnivå
- Gynekologisk cellprovskontroll för att förebygga cervixcancer
- Folkhälsoarbete och samtal om livsstilsfrågor.

Vårdgivaren ska bedriva verksamheten i enlighet med Styrdokument för Mödrahälsovård i Jämtlands län.

Vårdgivaren ska vid alla vårdkontakter i samband med besök relaterat till graviditet föra patientjournal i Obstetrix, det datoriserade journalsystem som används inom regionen.
Se IT- och telefonitjänster, bilaga 2, se Styrande dokument.

Familjecentral, se kapitel Tilläggsuppdrag.

3.1.8 Barnhälsovård

Vårdenheten ska i enlighet med nationella rekommendationer erbjuda barnhälsovård. Barnavårdscentralerna (BVC) ska aktivt erbjuda ett generellt program med hälsoövervakning och föräldrastöd, regelbunden sjuksköterskekontakt, läkarundersökningar samt psykolog - och socionominsatser enligt Riktlinjer för barnhälsovården i Jämtlands län (revideras årligen).

Barn 0-5 år (dvs upp till 6 års ålder) och tills de börjar förskoleklass och deras föräldrar/vårdnadshavare inom Jämtlands län ska ha tillgång till barnhälsovård. Asylsökande och papperslösa barn har rätt till barnhälsovård på samma villkor som barn bosatta i Sverige.

Vårdgivaren ska bedriva barnhälsovård i enlighet med Styrdokument för barnhälsovård i Jämtlands län.

Familjecentral, se kapitel Tilläggsuppdrag.

3.1.9 Medicinsk service

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

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

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

Patientnära kemiska laboratorieanalyser ska om vårdenheten nyttjar regionens laboratorium kostnadsfritt kvalitetssäkras av regionens laboratoriemedicin eller annat ackrediterat laboratorium denne utser. Material och deltagande i kvalitetssäkringsprogram bekostas av respektive enhet.

Vårdgivaren ska ansvara för att vårdinformation/-data kan levereras och tas emot snabbt, samt lagras säkert för akut eller senare behov.

För undersökningar och analyser avseende cytologi och patologi ska vårdenheten anlita regionens eller de regionen har avtal med.

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

Kostnad för gynekologiska cellprover finansieras tillsvidare av regionen.

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

3.1.10 Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser

Primärvården ska bidra till att patienter och befolkning i upptagningsområdet får kontroll över och förbättrar sin egen hälsa. Detta är den centrala utgångspunkten för regionens hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser.

Vårdgivaren ska ha kompetens att skapa förutsättningar för patienten att påverka sin hälsa i positiv riktning. Det ska ske via samtal, rådgivning och behandling. Insatserna ska dels leda till att ge personer möjligheten att bibehålla hälsosamma levnadsvanor samt leda till att personer med

ohälsosamma levnadsvanor förändra dem och därmed undvika att de leder till eller förvärrar sjukdom. Hur vårdgivaren hanterar sitt uppdrag har stor betydelse för länets sammantagna hälsosituation. I detta ingår att bidra till att identifiera våldsutsatta personer enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer 2014:4.

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder samt regionens policydokument och rutiner ska följas, se Styrande dokument.

Vårdgivaren ska bidra och ta till sig det arbete ~~med och de aktiviteter~~ som det lokala, i samarbete med det nationella, nätverket Hälsofrämjande hälso- och sjukvård (HFS) genererar.

3.1.11 Smittskydd och vårdhygien

Vårdgivaren ska medverka i regionens smittskyddsarbete och följa de råd, riktlinjer och rekommendationer som fastställs av regionen, se Styrande dokument. Vidare ska vårdgivaren ansvara för smittskyddsinsatser för de vid vårdenheten listade invånare samt vid behov utföra smittskyddsinsatser för personer bosatta utanför länet men som vistas i länet tillfälligt. Anmälan enligt Smittskyddslagen görs elektroniskt via Smi Net.

Vårdgivaren ansvarar för att:

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

3.1.12 Utbildningsansvar

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

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

Vårdgivare ska följa regionens riktlinjer för utbildning och handledning samt Plan för utbildning av läkare i Region Jämtland Härjedalen, se Utbildning och handledning.

Från och med 2011 bedriver Umeå Universitet den kliniska delen i läkarutbildningen inom ramen för regionaliserad läkarutbildning i Östersund/ Region Jämtland Härjedalen. Det innebär att vårdgivare ska tillhandahålla platser för kliniskt handledning under kurserna ”Vård utanför sjukhus” för närvarande terminerna 6, 8 och 11.

Vårdgivare ska följa det avtal som regionen tecknat med Umeå Universitet vad avser regionaliserad läkarutbildning samt regionens Plan för utbildning av läkare i Region Jämtland Härjedalen.

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

3.2 LÄKEMEDEL

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

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

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

Berörd personal ska på vårdgivarens uppdrag, delta i läkemedelskommittén eller regionens läkemedelsorganisations utbildningar eller informationstillfällen samt när behov finns delta i både kommitténs och läkemedelsorganisationens arbete.

Vårdgivaren ansvarar för att vårdenheten följer överenskommelserna om samverkansformer mellan läkemedelsföretag respektive medicintekniska företag och anställda i den offentliga hälso- och sjukvården enligt överenskommelse mellan Läkemedelsindustriföreningen, LIF och SKL.

Vårdgivaren ska acceptera att data rörande vårdgivarens förskrivning mot patient görs fullt tillgänglig i regionens statistiksystem (ProDiver) så att regionen kan följa upp volymer och kostnader.

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

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

Vårdgivaren ska följa regionens regelverk om kliniska läkemedelsprövningar.

3.3 HJÄLPMEDEL

Vårdgivaren ska förskriva tekniska och medicintekniska hjälpmedel samt inkontinenshjälpmedel. Vårdgivaren ska följa av regionen och kommunerna fastslagna direktiv för förskrivning samt rekvirera i enlighet medregionens regelverk och upphandlade sortiment, se policy och regelverk.

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

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

Vårdgivaren ska hålla sig uppdaterad med regionens övergripande ädelöverenskommelse centralt och lokalt.

Utredning om finansiering av personligt förskrivna tekniska och medicintekniska hjälpmedel som skrivs ut av vårdgivaren pågår och kan komma att ändras.

3.4 TILLGÄNGLIGHET

Tillgänglighet är en av primärvårdens viktigaste uppgifter för att kunna vara basen i sjukvården. Vårdgivaren ska svara för att det finns lättillgänglig och lättförståelig information om öppettider och tidsbeställning. Vid de tider då vårdenheten inte har öppet ska telefonsvarare ge information om vårdenhetens öppettider samt hänvisa till alternativa vårdgivare och/eller sjukvårdsrådgivningen 1177.

Vårdgivaren ska ansvara för att vårdsökande har tillgång till erforderliga insatser av primärvård även utanför vårdenhetens ordinarie öppettider. Vårdgivaren ansvarar också för att samverka med sjukvårdsrådgivningen 1177, då det gäller tillgänglighet, medicinska prioriteringar och egenvårdsråd.

Vårdgivaren ska kunna erbjuda hembesök i den utsträckning behandlande läkare bedömer att sådana är motiverade av medicinska eller andra skäl och resursåtgången (till exempel på grund av avstånd) bedöms rimligt i förhållande till behovet. Hembesök är en möjlighet som kan erbjudas; inte en av patienten utkrävbar rättighet.

Inom Sverige gäller fritt vårdval enligt nationella regelverk. Vårdgivaren ansvarar för att verksamheten följer såväl nationella som lokala riktlinjer och tillämpningar.

Vårdgivaren ska uppfylla kraven i den nationella vårdgarantin. Vårdgivaren ansvarar för att vårdenheten har kunskap om tillgänglighetsarbetet i regionen och ansvarar för att personalen har god kunskap om vårdgarantin och övriga patienträttigheter samt ansvara för att patienterna får information om sina rättigheter. Om patienten inte kan få vård inom vårdgarantins gränser ska vårdgivaren hjälpa patienten till annan vårdgivare som möjliggör detta.

Vårdgivaren har en skyldighet att medverka och månatligen leverera automatiserad statistik till den nationella uppföljning som sker för den nationella väntetidsmätningen via Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Tillgång till statistikverktyg för mätning av telefontillgänglighet ska finnas.

3.5 SAMVERKAN

Vårdgivaren ansvarar för att vårdenheten samverkar med berörda vårdaktörer, myndigheter, organisationer och övriga i patientens vård engagerade personer när patientens behov inte kan tillgodoses enbart av vårdenheten. Vårdgivaren ansvarar för att vårdenheten aktivt medverkar till att skapa en sammanhållen vårdkedja i syfte att bidra till en väl fungerande vårdprocess utifrån patientens och närståendes perspektiv.

Vårdgivaren är ansvarig för att vårdenheten är delaktig i planering och utveckling av närsjukvård i samverkan med regionen, kommuner och andra vårdaktörer. Vårdgivaren ska aktivt delta i det befolkningsinriktade -, hälsofrämjande- och sjukdomsförebyggande arbetet i närområdet.

Riktlinjer som rör samverkan inom länet lokalt eller regionalt ska följas.

Samarbetet mellan regionen och kommunerna regleras i lokala samarbets-/samverkansavtal så kallade Ädelavtal, baserade på ett regionalt ramavtal, som vidareutvecklas kontinuerligt. Under

www.regionjh.se/samverkan finns samtliga gällande avtal.
Vårdgivaren ansvarar för att vårdenheten i tillämpliga delar följer dessa avtal.

Länets kommuner och regionen undertecknade i maj 2010 en avsiktsförklaring ”Program för en god äldreomsorg i Jämtlands län” som vårdgivaren i tillämpliga delar ska följa, se Kommunsamverkan.
I arbetet med ”Bättre liv för sjuka äldre” togs en strategi- och handlingsplan för Jämtlands län fram, vilken i tillämpliga delar ska följas. Den hittas under www.regionjh.se/samverkan

Vårdgivaren ska delta eller vara representerad i utveckling och interna samverkansorgan, till exempel läkemedelskommittén, grupper och utredningar.

3.5.1 Informationsöverföring och vårdplanering

Alla insatser som utförs i samverkan mellan specialistsjukvård, primärvård samt kommunen ska utifrån patientens behov, regleras via samordnad vårdplanering. Vårdgivaren ansvarar för att vårdenheten aktivt medverkar i samordning, samarbete och informationsöverföring mellan specialistsjukvård, primärvård och kommunal hälso- och sjukvård. Denna samverkan sker för närvarande enligt de mellan kommunerna och regionen fastställda riktlinjer avseende samordnad vårdplanering. Vårdgivaren ska ansluta sig till regionens IT-baserade vårdplaneringssystem.

3.6 KVALITET OCH PATIENTSÄKERHETSARBETE

Vårdgivaren ska bedriva ett fortlöpande, systematiskt och dokumenterat arbete med kvalitets- och verksamhetsutveckling så att Patientsäkerhetslagen, Patientlagen och Hälso- och sjukvårdslagens krav på god kvalitet och tillgodoses. Kvalitetsbegreppet omfattar såväl tillgänglighet och den patientupplevda kvaliteten som det medicinska resultatet. Patientens upplevelse av kvaliteten ska värderas högt och tas tillvara i förbättringsarbetet.

Grundläggande för den vård och de insatser som vårdgivaren erbjuder för att tillgodose patienters och andra intressenters, exempelvis närståendes, behov ska vara att:

- Patient/närstående upplever att de har möjlighet till delaktighet i beslut som fattas kring sjukdom/problem och den vård som ges. Patienten ska upplysas om sitt hälsotillstånd och de behandlingsalternativ som står till buds. För patienter med nedsatt autonomi ges upplysningen till närstående.
- Den som söker vård ska snarast få besked om tider för besök, eventuell behandling, åtgärd eller operation.
- Vårdgivaren ska lämna patienten lättillgänglig och förståelig information, såväl i praktiska, administrativa som medicinska frågor.
- Utforma rutiner för att systematiskt ta tillvara synpunkter och klagomål som framförs av patienter och anhöriga, samt utveckla och förbättra verksamheten utifrån dessa synpunkter/klagomål.
- I förekommande fall Informera om patientens möjligheter att framföra klagomål på vården och hur detta kan ske.

Vårdgivaren ska ha rutiner för lokal avvikelsehantering och anmälningar till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) enligt Lex Maria. Avvikelser registreras i regionens avvikelsesystem. Vårdgivaren har ansvar för att det finns rutiner för analys, uppföljning och erfarenhetsåterföring till berörda av lokala avvikelser, anmälningar enligt Lex Maria, samt ärenden till patientnämnden och

patientförsäkringen. Vårdgivaren ska rapportera ärenden från patientförsäkringen (LÖF) som avvikelse. Ärenden ska kommuniceras och användas i lärande syfte. Se villkor IT- och telefonitjänster, bilaga 2, se Styrande dokument.

Vårdgivaren ska i förekommande fall samverka med regionens chefläkare enligt gällande rutiner och delta i händelseanalyser där vårdgivarens verksamhet berörs.

Vårdgivaren ska ha ett ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS (2011:9) om allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och Patientsäkerhetslagen (2010:659).

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

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

Staten har slutit överenskommelser med SKL inom hälso- och sjukvårdsområdet som kan komma att påverka uppdraget, se Styrande dokument.

Sammanhållen vård om de mest sjuka äldre är ett viktigt område för samverkan mellan primärvård, specialiserad vård och kommunal vård. Deltagande i lokala grupperingar för samverkan förväntas. Detta innebär för regionens del att både den specialiserade vården och primärvården involveras i olika delar. Med det menas att det för samtliga vårdgivare inom Hälsovalet ingår i grunduppdraget att, när så efterfrågas, delta i utvecklingsarbetet (*se även under rubrik Samverkan).*

Alla vårdenheter ska vara anslutna till Nationella Diabetesregistret och delta i Väntetider i vården. Vårdgivaren ska ansluta sig till såväl nationella som internationella kvalitetsregister och databaser som regionen fattar beslut om längre fram, för att kunna fullgöra sitt åtagande enligt regionens policy och program. Detta avser för närvarande en successiv anslutning av samtliga vårdenheter till BOA registret, svenskt demensregister (SveDem) och svenska palliativregistret.

Vårdgivaren ska medverka vid framtagande av de vårdprogram som regionen väljer.
För resultatredovisning se kapitel Uppföljning och utvärdering

3.7 KRIS OCH KATASTROFBEREDSKAP

Vårdgivaren ska följa gällande författningar inom krisberedskapsområdet samt den Regionala kris- och katastrofmedicinska beredskapsplanen för Region Jämtland Härjedalen.

Vårdgivaren utgör en del av regionens kris- och katastrofmedicinska beredskap och ingår vid inträffad allvarlig och eller extraordinär händelse som en resurs för den särskilda sjukvårdsledningen på regional nivå.

I uppdraget ingår att vårdgivaren medverkar i planering (lokal och regional) inför allvarlig och eller extraordinär händelse samt vid utbildningar och övningar som anordnas av Region Jämtland Härjedalen. Kris- och katastrofmedicinska beredskapsplaner ska upprättas och revideras, med den regionala beredskapsplanen som styrdokument. Mallar för ändamålet finns i dokumenthanteringssystemet Centuri. Planering och samordning ska ske i lokala kriskommittéer. Verksamhetschefen ansvarar för sammansättning av lokal kriskommitté inom respektive kommun.

Inom varje kommun ska vårdgivaren samverka med övriga vårdenheter avseende införskaffning av utrustning och läkemedel för sjukvårdsgrupper. Gemensam planering ska också finnas för att vid en allvarlig händelse kunna sända ut sjukvårdgrupper till skadeplats samt ta emot lättare skadade.

Uppföljning av den katastrofmedicinska förmågan sker årligen av Enheten för krisberedskap, säkerhet och miljö.

3.8 SAMHÄLLSMEDICINSKT ANSVAR

Vårdenheten har ett samhällsmedicinskt närområdesansvar. Detta ansvar är helt skilt från befolkningens val av vårdenhet. Med närområde avses det geografiska område som ingår i den geografiska indelningen av ickevalsalternativ. I det samhällsmedicinska närområdesansvaret ingår

- ansvar för personer som uppehåller sig i närområdet (ex turister och fritidsboende, migranter, barn och elever på förskolor och skolor) som är i behov av hälso- och sjukvård samt myndighetsutövning och omhändertagande av avlidna som är bosatta eller tillfälligt vistas i närområdet
- hälsoundersökningar av asylsökande (SOSFS 2011:11. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om hälsoundersökning av asylsökande m.fl.) Sådana undersökningar ska erbjudas för att bland annat utesluta, eller om så behövs, behandla en pågående sjukdom och att spåra och förebygga spridning av smittsam sjukdom
- ansvar för att agera, vidta åtgärder samt samverka med berörda aktörer vid olika typer av ohälsoutbrott som exempelvis smittsamma sjukdomar och industriutsläpp. Vid misstanke om smittsamma sjukdomar som lyder under Smittskyddslagen ingår ansvar för smittspårning inklusive provtagning och informationsinsatser ~~i de fall så erfordras~~ enligt smittskyddsläkarens bedömning. Patienter som behöver fortsatt kontroll remitteras till sina valda vårdenheter. Vid särskilda boenden för äldre gäller principen som ovan, men här gäller att den vårdenhet som har ansvaret för boendet enligt särskilt uppdrag också ansvarar för smittskydd, provtagning och remittering
- att arbeta preventivt, förmedla kunskap och samverka med andra samhällsaktörer som är relevant för området vilket innebär bl a att vara aktiv med information, råd, stöd, och åtgärder till bland annat förskolor, skolor och arbetsplatser vid olika typer av ohälsoutbrott som till exempel smittsamma sjukdomar.

3.9 FORSKNING OCH UTVECKLING

Forskning, utveckling och utbildning (FoUU) är viktiga delar i verksamheten som ska bidra till att skapa bästa möjliga vård och omsorg för befolkningen. Målet är att vårdenheten deltar i och samverkar om klinisk forskning och utvecklingsarbete likväl som utbildningsaktiviteter som på vetenskaplig grund berör verksamheten.

Vårdenheten ska tillhandahålla relevant patientdata och material till forskning som bedrivs av anställda vid Region Jämtland Härjedalen eller forskare som organisationen samarbetar med.

Dessutom ska vårdenhetens vetenskapligt skolade personal med specialistutbildning i största möjliga mån verka som handledare och lärare för organisationens utbildningar.

Vårdenheten kan själv ta initiativ till utvecklingsarbete och vetenskaplig forskning. Vårdenheten ska informera Region Jämtland Härjedalen om vilka forskningsprojekt som bedrivs inom verksamheten.

Vårdgivaren ska stimulera medarbetarna till forskning genom att uppmuntra deltagande i utvecklingsarbeten och kurser i forskningsmetodik samt stödja och underlätta för medarbetare som fått projektmedel/deltidstjänst.

3.10 TILLÄGGSUPPDRAG

Regionen definierar prioriterade och önskvärda medicinska områden, utbildningar och deltagande i samverkansprojekt. Samtliga vårdgivare är skyldiga att åta sig tilläggsuppdrag inom ramen för den ersättning och de villkor i övrigt som regionen fastställer i särskild ordning. Ersättning och villkor är lika för alla vårdgivare. Beslut om vilka vårdgivare som ska fullgöra respektive tilläggsuppdrag fattas av regionen. Regionens målsättning är att alla tilläggsuppdrag ska bygga på frivilliga överenskommelser med respektive vårdgivare.

Genom tilläggsavtal med vårdgivaren ersätts enligt kapitel Ersättning för följande tilläggsuppdrag:

3.10.1 Familjecentral

En familjecentral bedriver verksamhet som är hälsofrämjande, generell, tidigt förebyggande och stödjande. En familjecentral ska minst innehålla mödrahälsovård, barnhälsovård, öppen förskola och socialtjänst. Via samordning och samlokalisering mellan olika verksamheter och professioner ges möjlighet att möta samtliga barnfamiljers behov och att utifrån den basen tidigt i livet även kunna fånga upp barn som riskerar fara illa. Syftet är att på folkhälsovetenskaplig grund utveckla tvärfackliga metoder för att främja barns och föräldrars hälsa. Ett jämställdhets- och jämlikhetsperspektiv ska tillämpas.

I regeringens ”Nationell strategi för föräldrastöd - en vinst för alla” anges som viktiga delmål- *ökad samverkan kring föräldrastöd mellan aktörer vars verksamhet riktar sig till föräldrar* plus- *öka antal hälsofrämjande arenor.* Familjecentraler nämns där som goda exempel på samverkan.
Region Jämtland Härjedalen har en tydlig målsättning att medverka i familjecentraler i länets samtliga kommuner och betonar särskilt de viktiga folkhälsomålen. Där familjecentral saknas ska vårdgivaren verka för att i samverkan med kommunen tillskapa sådan.

3.10.2 Särskilt boende

Regionen fördelar ansvaret för särskilt boende i dialog med vårdgivare. Regionen har för avsikt att sträva efter konkurrensneutralitet och likabehandling vad gäller tilldelning av uppdraget mellan offentligt och externt drivna vårdenheter. Innehåll i uppdraget regleras i Ädelavtalen.

Personer boende vid särskilt boende har på samma sätt som övriga invånare rätt att välja vårdenhet. Den vårdenhet som ansvarar för läkarinsatser vid särskilt boende är, för patienter som valt annan vårdenhet, endast skyldig att utföra akuta och oplanerade insatser.

I åtagandet för särskilt boende ingår det samhällsmedicinska ansvaret. Se kapitel Samhällsmedicinskt ansvar.

3.10.3 Utveckling och utbildning

Regionen ersätter vårdgivare per timme för utvecklingsarbete och deltagande i nationella, regionala och lokala grupper med primärvårdsövergripande åtagande i de fall de genererar produktionsbortfall i det patientnära arbetet. Regionen förbehåller sig rätten att utse deltagare.

Vårdgivaren ska enligt avtal med Mittuniversitetet tillhandahålla huvudhandledare för sjuksköterskestuderande, se Utbildning och handledning. Detta kan ske genom samverkan mellan flera vårdenheter.

Vårdgivaren ska enligt Plan för utbildning av läkare i Region Jämtland Härjedalen tillhandahålla huvudhandledare för AT-läkare. Detta kan ske genom samverkan mellan flera vårdenheter.

Regionen utser person för systemadministration av Obstetrix.

Regionen utser en distriktssköterska med länsansvar för alkoholfrågor.

Regionen utser en person i primärvården som samordnare för Cosmic

3.10.4 Fortbildning

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

3.10.5 ST-läkare

Regionen kan uppdra åt vårdgivare att utbilda ST-läkare. Uppdraget kan avse hela eller delar av utbildningen för en eller flera läkare.

Vårdgivare ska följa gällande lagar, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2008:17 (M)), Målbeskrivning för allmänmedicin 2008 samt regionens Plan för utbildning av läkare i Region Jämtland Härjedalen, se Utbildning och handledning.

ST-läkare ska delta i regionens utbildningsverksamhet som avser vissa obligatoriska kurser.

Vårdgivare anställer och har arbetsgivaransvar för ST-läkaren. Anställningen ska vara tillsvidare och sker efter det att avtal har träffats med regionen.

Vårdgivaren avlönar ST-läkaren under hela specialiseringstjänstgöringen, det vill säga även under tjänstgöring inom specialiserad vård. Vid tjänstgöring på en placering inom specialiserad vård ska eventuella jourer avlönas av den specialitet där ST-läkaren tjänstgör.

Vårdgivaren står för alla omkostnader som är förenade med ansvaret för ST- läkare.

Om vårdgivaren inte har anställt ST-läkare inom tre månader efter att avtalet träffades kan regionen komma att ompröva avtalet.

3.10.6 AT-läkare

Regionen kan uppdra åt vårdgivare att ansvara för AT-läkares tjänstgöringsavsnitt inom allmänmedicin för en eller flera AT-läkare. Regionen anställer AT- läkare.

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter ska tjänstgöring inom allmänmedicin ingå under läkarnas allmäntjänstgöring. I ansvaret ingår att allmäntjänstgöringen sker enligt gällande lag, Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 1999:5 (M)) och regionens Plan för utbildning av läkare i Region Jämtland Härjedalen, se Utbildning och handledning.

3.10.7 AT- och ST-studierektor inom primärvård

AT- och ST-studierektor inom allmänmedicin ska vara stöd för ST-läkaren och AT-läkaren, handledaren och verksamhetschefen och för samtliga vårdgivare inom hälsovalet i enlighet med regionens Plan för utbildning av läkare i Region Jämtland Härjedalen, se Utbildning och handledning

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

3.10.8 Lektor inom regionaliserad läkarutbildning

Umeå Universitet anställer lektor inom regionaliserad läkarutbildning. Anställningen benämns som förenad anställning och den är hel och odelbar. Anställningen består av undervisning, forskning och kliniskt arbete i Region Jämtland Härjedalen. Fördelningen kan variera men brukar fördelas med en tredjedel inom respektive del. Det är Umeå universitet som fastställer fördelningen.

Umeå universitet är huvudarbetsgivare för arbetstagare som har anställning som är förenad med klinisk tjänstgöring vid Region Jämtland Härjedalen. Regionen kan uppdra åt vårdgivare att ansvara för den kliniska tjänstgöringen. Lektor erhåller ett arvode och det utbetalas av den hälsocentral där den kliniska tjänstgöringen fullgörs.

Samtliga arbetsuppgifter för en lektor ska inrymmas i årsarbetstiden. För lektorer med förenad anställning innebär det att även den kliniska tjänstgöringen ingår i årsarbetstiden vid Umeå Universitet.

3.10.9 Ambulansverksamhet i Gäddede

För att starta vårdenhet i det geografiska närområdet för Gäddede kan uppdraget att bedriva ambulanssjukvård ingå.

3.10.10 Utvecklingsuppdrag folkhälsoarbete

Vårdenheten kan med hjälp av FoUU enheten genomföra utvecklingsuppdrag för att bidra till utveckling av det sjukdomsförebyggande arbetet. Detta kan även ske i samverkan med andra vårdenheter.

Ett utvecklingsuppdrag definieras som:

- Enhet/er som vill prova ny metod/tillvägagångssätt, tillföra ytterligare struktur/mätning för att förbättra förutsättningarna för patienter med ohälsosamma levnadsvanor.

Ytterligare information, se Styrande dokument

3.10.11 Rehabkoordinator

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

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

Tjänstekvoten är baserad på en nationell utvärdering av koordinatorsfunktionen, och är rekommenderad till 1,0 rehabkoordinator på 17 000 listade patienter i yrkesverksam ålder (16-67 år). Det betyder att det blir en liten del av en tjänst på många hälsocentraler. Det kan därför vara en fördel att samla fler hälsocentraler till en koordinator, för att effektivisera utfallet av funktionen. Uppdrag och kompetensprofil finns beskrivet i dokumentet Uppdragsbeskrivning för rehabiliteringskoordinatorer i primärvård *(Länk kommer)*

3.10.12 Primärvårdskonsulter

Region Jämtland Härjedalen utser primärvårdskonsulter med uppdrag att i samverkan med den specialiserade vården utarbeta rutiner och riktlinjer för att få till fungerande vårdprocesser. Se styrande dokument

3.10.13 Avståndsoberoende tjänst

Under förutsättning att medel avsätts av den så kallade professionsmiljarden kommer ett stimulansbidrag att betalas per besök när avståndsoberoende tjänster ersätter ett fysiskt besök.

3.11 VERKSAMHETER SOM INTE OMFATTAS AV HÄLSOVALET

Nedanstående verksamheter, som bedrivs inom regionens primärvård, ingår inte i Hälsoval Region Jämtland Härjedalen och vårdgivaren har inget kostnadsansvar för besök/inläggningar vid dessa enheter:
- ungdomsmottagning i Östersund
- SVR/1177
- närvårdsavdelning i Strömsund
- vårdplatser i Sveg
- ljusbehandling

4 ERSÄTTNING

I Hälsoval Jämtland finansieras vårdgivarens kostnader till största del av en ersättning baserad på antal listade personer. Ersättningsmodellen ses över varje år och uppdateras med aktuell data.

I budgetpropositionen inför 2017 finns förslag som kan påverka primärvården exempelvis avgiftsfri vård för personer som är 85 år och äldre. Dessa förväntas kompenseras med motsvarande stadsbidrag.

Därtill finns särskilda ersättningar för delar av uppdraget. I de fall ingen särskild ersättning anges för del av uppdrag, ska uppdraget genomföras inom ramen för den sammantagna ersättningen.

Aktuella uppgifter om patientavgifter, vaccinationer, intyg samt ersättning för vård till asylsökande återfinns i regionens avgiftshandbok, se Styrande dokument.

Vårdgivarens ersättning för uppdraget framräknas enligt nedanstående modell som gäller från den 1 januari 2016~~6~~7.

Ersättningssystemet består av tre grunddelar:

- ersättning för listade personer
- rörlig ersättning
- tilläggsersättning.

Momskompensation återsöks av regionen hos skattemyndigheten. En privat vårdenhet får momskompensation genom att den av regionen utbetalda ersättningen för listade personer uppräknas med tre (3) procent. Momskompensation utgår inte för läkemedel, rörlig ersättning samt tilläggsersättning.

De privata vårdgivarna erhåller även kompensation för exempelvis IT, ekonomi- och personaladministrativa system med 30 kr per listad invånare och år. Ersättningen omfattas av momskompensationen.

Ersättning lämnas för hel månad och baseras på antal listade i respektive åldersgrupp i början av innevarande månad samt eventuella tilläggsuppdrag. Detta gäller även för nyetableringar. Utbetalning sker månadsvis, med en tolftedel av den beräknade årsersättningen. Utbetalningen sker innevarande månad, utan anmodan, den 20:e varje månad eller närmaste arbetsdag därefter. Betalningen är mottagaren tillhanda någon dag senare beroende på bankernas hanteringstid. Övrig ersättning respektive avdrag regleras i efterhand i särskild ordning.

Lagen om valfrihetssystem (LOV) innebär att den ekonomiska ersättningen följer patienten fullt ut. Detta innebär att regionen inte kan förbinda sig eller garantera någon som helst ersättning till vårdgivaren om han/hon inte får listade eller patienter som söker vård hos denne.

4.1 ERSÄTTNING FÖR LISTADE PERSONER

Ersättningen för listade personer är en viktad individrelaterad ersättning som syftar till att främja helhetssyn och ansvarstagande. Ersättningen är en kombination av ersättningar som tillsammans ska

täcka vårdgivarens kostnader för överenskomna vårdtjänster utifrån respektive vårdenhets olika förutsättning med avseende på exempelvis avstånd från sjukhus och befolkningsstruktur.

Ersättningen ska täcka vårdenhetens kostnader för personal, lokaler, utrustning, läkemedel och material mm. samt köpta tjänster för exempelvis lab och röntgen, transporter, sjukresor och listades besök hos privatpraktiserande allmänläkare och sjukgymnaster på nationella taxan.

Totalt fördelas preliminärt för år 2016, 557 190 tkr 2017, 568 154 tkr som ersättning per individ. Ersättningen justeras månatligen mot antalet listade till vårdenheten. Förändring i ersättningsbeloppet ska beslutas senast i juni året före det år ersättningen avser. Om ersättning inte ändras genom beslut i juni räknas årets ersättning, exklusive läkemedel, upp med landstingsprisindex (LPI-K).

I ersättningen per listad person ingår följande delar:

- ersättning per listad invånare
- socioekonomisk faktor
- glesbygdsfaktor
- läkemedel.

4.1.1 Ersättning per listad person

Ersättningen grundar sig på föregående års besöksmönster i olika åldersgrupper i länet. Totalt fördelas preliminärt 248 175 256 374 tkr som ersättning per listad person. Ersättningen för vikt 1,00 är
1 954 2 009 kr. Ersättningen kan variera något utifrån förändringar i antalet invånare i länet.

Ersättningen viktas i femårsklasser.

Vikterna nedan avser 2016. 2017

Ålder	Vikt
0-4	1,31 1,40
5-9	0,34 0,35
10-14	0,31 0,35
15-19	0,52 0,63
20-24	0,63 0,68
25-29	0,71 0,78
30-34	0,77 0,80
35-39	0,79 0,82
40-44	0,76 0,74
45-49	0,83 0,82
50-54	0,95 0,89
55-59	1,05 0,99
60-64	1,18 1,15
65-69	1,37 1,30
70-74	1,70 1,68
75-79	1,99 1,96
80-84	2,07 2,00
85-89	1,87 1,79

90-94	1,63 1,51
95-99	1,29 1,16
Plus 100	0,86 0,68

4.1.2 Socioekonomisk faktor

Som socioekonomisk faktor används CNI (Care Need Index). Denna faktor syftar till att utjämna sjukdomsbördan i små geografiska områden utifrån socioekonomiska variabler. Högt CNI i en population indikerar social utsatthet och berättigar till mer primärvårdsresurser.

CNI består av sju variabler med olika vikt. Följande variabler byggs CNI upp av.

Variabel	Vikt
Ålder över 65 år och ensamboende	6,15
Ålder yngre än 5 år	3,23
Ensamstående föräldrar med barn tom 17 år	4,19
Lågutbildade 25-64 år	3,97
Arbetslösa eller i åtgärd 16-64 år	5,13
Personer födda i Öst- och Sydeuropa (ej EU), Afrika, Asien eller Latinamerika	5,72
Personer 1 år eller äldre som flyttade in i området	4,19

Dessa variabler vägs ihop till ett index utifrån hur många listade invånare inom dessa sju grupper respektive vårdenhet har. CNI kommer att uppdateras vid behov.

2016 2017är den preliminära genomsnittliga ersättningen per invånare i Jämtlands län 651 670 kr, totalt
82 726 85 459 tkr. Preliminärt CNI per vårdenhet kan erhållas från regionen.

4.1.3 Glesbygdsfaktor

Glesbygdsfaktorn syftar till att kompensera de vårdenheter som har långt till sjukhuset i Östersund och därför får ökade kostnader för såväl sjukresor som vård.

Totalt fördelas 68 000 tkr som glesbygdsfaktor. Ersättningen baseras på den listades mantalsskrivningsort, vilket innebär avståndet från närmsta vårdenhet i kommunen till Östersund och är indelad i fem avståndsintervaller. Ersättningen för vikt 1,00 är 826 kr per listad invånare. Ersättningen kan variera något utifrån förändringar i antalet invånare i länet.

Avståndsintervall	Vikt per avståndsintervall
0-29 km	0
30-69 km	1,00
70-99 km	1,29
100-149 km	1,68
> 150 km	2,25

4.1.4 Läkemedel

Vårdgivaren har kostnadsansvar för de allmänläkemedel som förskrivs till de listade patienterna oavsett vem som förskriver dem. Vårdgivaren har vidare fullt kostnadsansvar för samtliga läkemedel som rekvireras. Vårdgivare ska ha samma rättigheter till rabatt på läkemedel efter genomförda upphandlingar som regionens egna enheter.

Ersättningen för allmänläkemedel utgår per listad person. Ersättningen grundar sig på föregående års förbrukning i olika åldersgrupper i länet

Den preliminära ersättningen för allmänläkemedel med vikt 1,0 är 1 237 1 231 kr under 2016 2017, totalt
157 061 tkr.

Vikterna nedan avser 2016.

Ålder	Vikt
0-4	0,35 0,39
5-9	0,19 0,22
10-14	0,24 0,28
15-19	0,18 0,22
20-24	0,23 0,20
25-29	0,32 0,31
30-34	0,36 0,36
35-39	0,42 0,41
40-44	0,53 0,52
45-49	0,75 0,71
50-54	0,95 0,94
55-59	1,18 1,15
60-64	1,54 1,60
65-69	1,83 1,79
70-74	2,26 2,28
75-79	2,77 2,72
80-84	2,87 2,83
85-89	3,08 3,07
90-94	2,89 2,92
95-99	3,28 3,07
Plus 100	1,78 1,99

4.2 RÖRLIG ERSÄTTNING

I den rörliga ersättningen ingår ersättning för följande:

- patientavgift
- patienter från andra landsting/regioner och andra länder
- asylsökande
- patient som inte är listad vid vårdenheten
- avdrag görs för listads besök hos vårdgivare med nationell taxa
- utbildning och handledning
- rehabgaranti

- stimulansmedel

4.2.1 Patientavgift

Vårdgivaren ska ta ut patientavgift enligt regionens fastställda vårdavgifter inkl Gula taxan. Vårdgivaren uppbär och behåller dessa avgifter. Gällande regler för högkostnadsskydd inom öppen hälso- och sjukvård ska tillämpas. Vårdgivaren ska ta ut patientavgift av patienten vid uteblivna besök enligt avgiftsbestämmelserna.

Ingen kompensation utgår för avgiftsfria besök på grund av högkostnadsskydd eller när patienten är under ~~20~~ 18 år. Vårdgivaren ombesörjer själv eventuell fakturering och kravhantering vid obetalda patientavgifter.

Patienten ska erhålla kvitto vid varje besök. Vårdgivaren ansvarar för eventuella kundförluster. Vårdgivaren ska anteckna i patientens kort för högkostnadsskydd samt utfärda så kallade frikort enligt regionens regelverk. Patientavgifterna behålles av vårdgivaren.

4.2.2 Patienter från andra landsting/regioner och andra länder

Vårdgivaren ska ta emot patienter från andra landsting/regioner och andra länder på samma sätt som regionens egna verksamheter enligt bestämmelserna i Riksavtalet för utomlänsvård. För patienter som ges sådan vård ska vårdgivaren lämna underlag till regionen som debiterar patientens hemlandsting för vårdkostnad, därefter ersätts vårdgivaren. Vårdgivaren ska på liknande sätt ta emot patienter från främmande länder som omfattas av gällande regler för patienter från EU/EES samt Schweiz eller länder som Sverige har sjukvårdsöverenskommelser med. Besöksersättningen för utomlänspatienter ersätts enligt bestämmelserna i Riksavtalet för utomlänsvård. Följande belopp gäller för 2016. Till detta kommer patientavgift enligt regionens fastställda vårdavgifter.

Läkarbesök utomlänspatient	1 844 kr
Läkarbesök vid vårdenhet med gipsning inkl röntgen	3 598 kr
Sjukvårdande behandling utomlänspatient	752 kr

4.2.3 Asylsökande/ kvotflyktingar

Ersättning för asylsökande ges med samma ersättningsbelopp per besök eller vårddag/vårdtillfälle, med avdrag för eventuella patientavgifter, som gäller för utomlänspatienter. Hälsoundersökning av asylsökande, kvotflyktingar och anhöriginvandrare inklusive hälsosamtal och tolkkostnader, ersätts år 2016 med 2 060 kr. Beloppet justeras årligen med förändringen av konsumentprisindex.

Ersättningskrav till regionen måste vara försedda med den asylsökandes LMA-nummer för att ersättning ska lämnas enligt regionens regelverk.

Asylsökande under 18 år har rätt till all slags vård medan asylsökande över 18 år har rätt till akut vård och vård som inte kan anstå, mödravård, förlossningsvård, preventivmedelsrådgivning samt vård vid abort. Övrig vård bekostas av vårdtagaren.

4.2.4 Patienter som inte är listade på vårdenheten

Samtliga vårdenheter inom hälsovalssystemet är skyldiga att ta emot besök, oavsett var patienten är listad.

Besöksersättning ges för tillfälliga besök av patienter från Jämtlands län som inte är listade på vårdenheten med 500 kr för läkarbesök och 250 kr för övriga besök. Motsvarande avdrag görs hos den vårdenhet där patienten är listad.

4.2.5 Listads besök hos vårdgivare med nationell taxa

Faktisk kostnad för besök hos privatpraktiserande sjukgymnaster och läkare i allmänmedicin som går på nationella taxan debiteras från 2013 till 100 % av den vårdenhet där patienten är listad och finansieras av ersättningen per listad person.

4.2.6 Ersättning för utbildning och handledning

Där regionen har avtal med utbildningsanordnare och där ersättning utgår för verksamhetsförlagd utbildning (VFU), arbetsplatsförlagd utbildning (APU), regionaliserad läkarutbildning eller motsvarande utgår ersättning till vårdgivare enligt avtal och med eventuella vidhängande beslut om kostnadsfördelning från regionen.

Ersättning för studenter från Mittuniversitet för år 2015 är 1410 kr per student och vecka. Avdrag görs för praktikplatssamordning med 200 kr och samordnande funktion för handledning av sjuksköterskestudenter med 150 kr per student och vecka.

Ersättning för läkarstudenter från Umeå Universitet i utlokaliserad klinisk grundutbildning är för år 2015, 4 000 kr per student och vecka.

Ersättning för studenter inom regionaliserad läkarutbildning från Umeå Universitet är år 2015, 4 000 kr per student och vecka.

För övriga studenter från Umeå Universitet är ersättningen för år 2015 1456 kr per student och vecka. Avdrag görs i förekommande fall för praktikplatssamordning med 350 kr per student och vecka.

4.2.7 Överenskommelser mellan staten och SKL

Ett antal överenskommelser är kopplade till stimulansmedel som vid uppnådda mål kan komma att påverka ersättningen i primärvården. För år 2017 planeras exempelvis insatser för kvinnors hälsa, psykisk hälsa samt förbättrad vård för personer med kroniska sjukdomar.

4.2.7.1 Sjukskrivningsprocess och Rehabgaranti

För att få ersättning för multimodal rehabilitering krävs att vårdenheten har och arbetar utifrån definitionen av multimodalt team. Kriterier och arbetssätt finns beskrivna i dokumentet Tillämpning av överenskommelsen ” En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess, villkor 4” (*Länk kommer*). ~~Den multimodala rehabiliteringen används för personer i åldrarna 16–67 år, med förhållandevis stora och komplexa behov: icke specifik smärta i rygg, nacke och axlar med~~

~~minst 3 månaders varaktighet. Behandlingen ska bestå av minst 2-3 behandlingstillfällen/ vecka under 6-8 veckor. I behandling kan även hemuppgifter ingå. För att få ersättning gällande psykisk ohälsa krävs att patienten får KBT behandling av personal med minst steg 1 utbildning i KBT eller IPT samt har handledning av utbildad KBT handledare 2 ggr/ månad. Behandlingen ska pågå i en serie av minst 5 och cirka 12 behandlingstillfällen.~~

Särskild~~a formulär~~ redovisning lämnas in varje kvartal till regionen, detta ombesörjes av rehabkoodinator~~, se Administrativa rutiner~~. Då Socialstyrelsen kommer att gå in och granska olika ärenden måste rehabiliteringen vara väl dokumenterad och de avidentifierade formulären lätta att koppla till patient journalen. Den statliga överenskommelsen kan komma att upphöra 2016-12-31. ~~Den statliga överenskommelsen upphör 2015-12-31, nytt avtal kan bli aktuellt från 2016. Beslut fattas december 2015.~~

4.2.8 Utveckling 2017

Regionen kommer successivt att utveckla ersättningsmodellen för Hälsoval Region Jämtland Härjedalen.
Under 2017 kommer bland annat följande att ses över:

- Kostnadsansvar för besök utanför Jämtlands län
- Utvecklingsuppdrag för folkhälsa

4.3 TILLÄGGSERSÄTTNING

Särskild ersättning utgår enligt nedan för de tilläggsuppdrag som regleras i uppdragsspecifikationen, Kapitel 3.10. Tilläggsersättningen utbetalas samtidigt med ersättningen för uppdraget.

4.3.1 Familjecentral

De vårdgivare som bedriver en familjecentral med fördjupad samverkan mellan barnhälsovård, mödrahälsovård, öppen förskola och socialtjänst erhåller en tilläggsersättning i proportion till antalet listade barn i åldern 0-6 år. Ersättningen beräknas utifrån 100 kronor/barn och år med lägsta nivå på 25 000 kronor. Den maximala ersättningen som betalas ut uppgår till 100 000 kronor per familjecentral och år. I de fall där extrakostnader uppstår, i form av lokalhyra, utgår ersättning motsvarande faktisk kostnad.

Ersättningen är till för att möjliggöra tid för samverkan. Som exempel kan nämnas gemensamma möten, planeringstillfällen, utbildning och nätverksträffar. Möjlighet att arbeta tvärprofessionellt i kontakten med föräldrar och barn både individuellt och i grupp samt att delta i den öppna förskolans verksamhet. En förutsättning för att erhålla ersättningen är att samtliga parter ingått i ett skrivet lokalt samverkansavtal med en tydlig överenskommelse om samverkan för familjecentralen och att verksamheten bedrivs i enlighet med avtalet.

4.3.2 Särskilt boende

Ersättning utgår vid särskilt boende med 5 000 kr per plats.

4.3.3 Utveckling och utbildning

I de fall vårdenheten representerar hela primärvården i nationella, regionala och lokala grupper utgår ersättning med 600 kr per timme för läkare och 400 kr per timme för övriga personalkategorier. Vårdgivaren ersätts med 400 kr per timme för huvudhandledarskap för sjuksköterskor enligt modell för verksamhetsförlagd utbildning för sjuksköterskestudenter.

Vårdgivaren ersätts med 600 kr per timme för huvudhandledarskap för AT-läkare enligt Handlingsplan för utbildning av läkarstudenter och läkare.
Regionen ersätter motsvarande 20 % av en distriktssköterskетjänst för att arbeta med alkoholfrågor och 10 % av en barnmorsketjänst för systemadministration av Obstetrix samt 50% distriktssköterskетjänst med samordningsansvar för Cosmic.

4.3.4 Fortbildning

Fortbildningssamordnare ersätts av regionen liksom kostnader i form av lokalhyra och föreläsare i samband med dessa dagar.

4.3.5 ST-läkare

Ersättning till vårdgivare som tar emot ST-läkare är 75 % av medianlön för ST-läkare i regionen. Ersättningen uppräknas årligen utifrån regionens löneutveckling för ST-läkare.

4.3.6 AT-läkare

Regionen avlönar AT-läkare. Ersättning till vårdgivare som tar emot AT-läkare är 80 % av lönekostnaden för AT-läkaren. För att stimulera AT-läkare att fullgöra primärvårdsdelen på ort utanför Östersund med omnejd och för att minska kostnader för den enskilde läkaren betalar Region Jämtland Härjedalen ut ett lönetillägg på 5000 kr/månad vid behov av dubbelt boende enligt rutin, se Utbildning och handledning.

4.3.7 AT- och ST-studierektor inom primärvård

Regionen ersätter vårdgivare som på del av befattning som distriktsläkare, är AT- och ST-studierektor inom primärvård.

4.3.8 Ambulansverksamhet i Gäddede

Regionen ersätter uppdraget att bedriva ambulansverksamhet i Gäddede 2016 med 5 424 000 kr. Ersättningen kan komma att reduceras i det fall ett utökat gränsöverskridande samarbete kommer till stånd med ambulansverksamheten i Norge. Om uppdraget upphör, upphör också rätten till ersättning för det.

4.3.9 Utvecklingsuppdrag för folkhälsoinsatser

Belopp som kan betalas ut per utvecklingsuppdrag uppgår för perioden hösten 2017 till våren 2018 ~~år 2016~~ till maximalt 185 000. Totalt avsätts 1,1 mkr.

4.3.10 Rehabkoordinatorer

Rehabkoordinatorerna finansieras av regionen.

4.3.11 Primärvårdskonsulter

Primärvårdskonsulter finansieras av regionen.

4.3.12 Avståndsoberoende tjänst

Vid nyttjande av xxxxxxx kommer vårdgivaren att ersättas med xxxx kronor per besök.

5 UPPFÖLJNING OCH UTVÄRDERING

5.1 ALLMÄNNA FÖRUTSÄTTNINGAR

Regionen och dess vårdgivare inom primärvården har ett gemensamt ansvar och intresse av att följa upp och utveckla vården. Utgångspunkten för detta arbete ska vara en ömsesidig strävan att uppnå en förtroendefull relation mellan parterna. Regionen har ett ansvar att påtala brister i verksamheten oavsett om verksamheten drivs av regionen i egen regi eller av andra, fristående vårdgivare. Därmed tillgodoses också allmänhetens rätt till insyn enligt 3 kap 19 a § kommunallagen.

Vårdgivaren ska medverka med faktaunderlag för regionens uppföljning av verksamheten i form av månads, tertial- och årsrapportering/verksamhetsberättelse enligt regionens riktlinjer.

Förutom den standardiserade uppföljningen ska uppföljning i dialogform ske minst en gång per år efter inlämnandet av verksamhetsberättelse/årsredovisning. Regionen kallar till dessa möten. Vid uppföljningsmöten ska från vårdgivarens sida medverka minst verksamhetschef och medicinskt ansvarig. Vårdgivaren ska förse regionen med efterfrågat uppföljningsunderlag samt ansvara för att inrapporterade uppgifter är riktiga.
Regionen eller annan på dess uppdrag har rätt att hos vårdgivaren följa upp /inspektera verksamheten för att bland annat säkerställa att vårdgivaren uppfyller överenskomna krav och specifikationer.

Vårdgivaren ska senast den 10:e i varje månad redovisa efterfrågade resultat från föregående månad enligt särskilda anvisningar från regionen.
Vårdgivaren ska lämna/tillhandahålla de uppgifter som regionen anser sig behöva för att följa upp och kontrollera

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

Grundläggande verksamhetsstatistik insamlas med stöd av den information som samtliga vårdenheter registreras i vårdadministrativa systemet. Regionen äger utan särskilt medgivande tillgång till alla sådana uppgifter med undantag för sekretessbelagd information.

Landsting/regioner bedriver ett gemensamt utvecklingsarbete tillsammans med SKL, som benämns Basmodell primärvård, för ett enhetligt system av styrning och uppföljning. Vidare kommer resultaten av pågående projekt på nationell nivå efter hand införlivas i uppföljningssystemet (öppna jämförelser, nationell patientenkät, Socialstyrelsens nationella indikatorer för god vård etcetera).
Inom ramen för bland annat det regiongemensamma arbetet kommer även behovet av och förutsättningarna för att införa ett visst inslag av mål-, kvalitets- och resultatbaserade ersättningar att övervägas.

Uppföljningsdata kommer att ses över och utvecklas varje år och i takt med att evidens och teknik finns som stödjer införande av nya indikatorer. Kvalitetsindikatorer och nyckeltal kommer att revideras årligen.

Vårdgivaren ska vara representerad på informationsmöten som regionen eller annan på deras uppdrag kallar till. Regionen och vårdgivaren ska ha ett ömsesidigt informations- och samrådsansvar beträffande verksamhetsförändringar som påverkar tillgängligheten och annan service mot allmänhet och patienter.
Regionen har rätt att såväl använda som publicera resultaten samt att kräva att vårdgivaren offentliggör vårdenhetens resultat. Publicering/redovisning ska ske vid den tidpunkt och på det sätt som uppdragsgivaren fastställt och i de system eller i de sammanhang som regionen anvisar.

Vid särskilda tillfällen kan också uppgifter utöver planerad uppföljning begäras in och sådana uppgifter ska skyndsamt inrapporteras till regionen.

5.2 ~~METODER~~

~~Metoderna är utvalda för att med rimlig arbetsinsats kunna ge förutsättningar för meningsfulla samtal och bedömningar. Avsnittet beskriver fyra olika metodtyper som är tänkta att användas parallellt.~~

~~5.2.1 Enskild uppföljningsdialog~~

~~Reguljär uppföljning av den enskilda hälsocentralen och syftar till att granska och bidra till goda förutsättningar för verksamhetsutveckling.~~
~~Dialog, identifiering av förbättringsområden och problemlösning är den centrala arbetsformen.~~
~~Uppföljningen har också ett inslag av kontroll i relation till gällande uppdrag och regler.~~
~~Inför mötet sammanställer beställaren de indikatorer som samlats in. Frågeställningar av särskilt intresse lyfts fram. Hälsocentralen ges möjlighet att aktualisera frågor som ska diskuteras. Agenda sammanställs och sänds ut av beställaren.~~
~~Mötena hålls med fördel på hälsocentralen, så att det blir möjligt att när så bedöms motiverat även träffa medarbetare, vårdgrannar, patient- och/eller medborgarföreträdare, se på lokaler etc.~~
~~Beställaren kan återkomma till verksamheten för en uppföljande diskussion.~~
~~Eventuella krav på utvecklingsplan/åtgärder specificeras av beställaren. Verksamhetschefen ges möjlighet att kommentera och beskriver genomförda och/eller planerade åtgärder.~~
~~Beställaren ansvarar för att de viktigaste slutsatserna dokumenteras och på lämpligt sätt görs tillgängliga både internt och för allmänheten.~~

~~5.2.2 Gemensam dialog~~

~~Reguljär uppföljning av primärvårdens generella läge och utvecklingsbehov som syftar till att ge en samlad bild av primärvårdens situation, förutsättningar och utmaningar. Samtidigt ska den skapa förutsättningar för utveckling i samarbete mellan verksamhetsföreträdare och beställare.~~

Minst två gånger per år träffas verksamhetsföreträdare tillsammans med företrädare för regionens beställare. Både gruppsammansättning och arbetsformer anpassas efter behov.
Inför mötet sammanställer beställaren relevanta frågor och indikatorer. Samtliga deltagare ges möjlighet att föreslå teman för diskussionerna. Agenda sammanställs och sänds ut av beställaren.
Beställaren ansvarar för att de viktigaste slutsatserna dokumenteras och på lämpligt sätt görs tillgängliga både internt och för allmänheten.

5.2.3 Särskilda fördjupningar

Kompletterande fördjupningar vid särskilda behov, t ex om det framkommer tecken på särskilda problem eller brister inom någon verksamhet, eller om man ser behov av fördjupad kunskap inom något särskilt område.

5.2.3.1 Fördjupad riskbaserad uppföljning

Fördjupad riskbaserad uppföljning syftar till att minska särskilda risker för brister och oegentligheter, och genomförs när det finns indikationer på särskilda problem vid någon enhet eller inom något verksamhetsområde.
Beställaren har det primära ansvaret, men även verksamhetschefer kan vid behov aktualisera oväntade problem.
När så behövs, kan beställaren begära fram underlag och vid behov formulera krav som verksamhetschefen ska möta med en åtgärdsplan. Dokumentationen behöver vara särskilt noggrann i fall där sanktioner kan komma att bli aktuella.
Vissa risker kan ha direkt betydelse för patienternas vård och säkerhet, och därmed kräva särskilt snabb utredning. I sådana fall hanteras frågan enligt regionens rutiner för hantering av patientsäkerhetsfrågor, och det kan bli aktuellt att samarbeta med den statliga tillsynsmyndigheten IVO.

5.2.3.2 Fördjupad tematisk uppföljning

Syftar till bättre kunskap inom vissa specifika områden, t ex om situationen för vissa patient- eller befolkningsgrupper.
Initiativet till denna typ av uppföljning kan komma från olika håll; från den politiska ledningen, från uppföljningsdialogen eller på annat sätt.
Den praktiska arbetsformen och ansvarsfördelningen anpassas efter frågans karaktär.

5.2.4 Samlad årlig analys

Den årliga samlade analysen syftar till att kunskaperna från uppföljningen ska ge underlag för regionens verksamhetsplanering.
Resultaten av den enskilda och gemensamma uppföljningsdialogen, liksom slutsatserna från genomförda fördjupningar och andra uppföljningsinsatser sammanställs och analyseras i en årlig rapport till ledningen Beställarenheten ansvarar för denna analys, och för att dess slutsatser tillvaratas, t ex i form av förslag till verksamhetsinriktning och särskilda satsningar med utgångspunkt från analysen.

5.3 STRUKTUR

Befintliga databaser/register ska så långt som möjligt användas som källa. I de fall där detta ännu inte är möjligt, bedömer beställaren om uppgiften är så betydelsefull att det är motiverat med rapportering i särskild ordning. För att förenkla arbetet i de fall då särskild rapportering krävs, kan det i många fall vara tillräckligt att ansvarig uppgiftslämnare anger ett cirkavärde eller intervall. I tillämpliga fall ska uppdelning ske på kön.

Alla uppgifter gäller initialt för en enskild hälsocentral och dess listade patienter, samt för eventuella övriga specificerade ansvarsområden som vilar på den enskilda hälsocentralen. Vid behov kan uppgifterna aggregeras och kompletteras till en övergripande bild.

Indikatorer, mål och mått är indelade i fyra huvudområden med uppföljningsperspektiven från regionens ledningssystem som filter.
Förutsättningar
Uppgifter om förhållanden som verksamheten har begränsade möjligheter att påverka
Verksamhet
Kvantitativa uppgifter om verksamheten.
Struktur
Indikatorer som belyser de strukturella förutsättningarna för kvalitet.
Kvalitet i arbetet
Indikatorer som belyser kvaliteten, främst i processtermer
Kvalitetsindikatorerna är utvalda för att kunna belysa de dimensioner som finns t ex i God Vård-konceptet.
I huvudsak är de grupperade i relation till gällande riktlinjer. I analysarbetet kan man efter behov återknyta till de principiella dimensionerna i God Vård.

Regionen har ett ledningssystem som är utformat och inspirerat av EFQM (The European Foundation for Quality Management) och regionen följer upp verksamhet utifrån perspektiven Medarbetare, Patient, Samhälle samt Verksamhetsresultat.

Hälsoval Region Jämtland Härjedalen kommer vid uppföljning använda sig av tillämpliga delar i SKL:s ”Basmodell för uppföljning av primärvård” samt ”Modell för fördjupad uppföljning”. Indikatorer som kommer att användas tas från regiondirektörens verksamhetsplan samt ovan nämnda basmodell.

~~5.4 INDIKATORER~~

5.4.~~1 Förutsättningar~~

~~Uppgifter om förhållanden som huvudsakligen ligger utanför verksamhetens egen kontroll.~~

Mål Förutsättningar	Utgångs-värde	Målnivå 2016-12-31	Källa	Uppföljnings-intervall	Ledningssystem/ *God vård*
Listade personer - Antal totalt - Andel aktivt listade, % - Åldersfördelning bland de listade, i femårs åldersklasser			Diveport Tas fram av hälsovalskansliet	Årligen	Samhälle
CNI index för de listade personerna, totalt			SCB/ Diveport Tas fram av hälsovals kansliet	Årligen	Samhälle
Eventuella uppdrag utöver det basala primärvårdsuppdraget, tilläggsuppdrag etc			Redovisas av vårdgivaren i årsberättelse	Årligen	Samhälle

5.4.2 Verksamhet

Uppgifter om verksamhetens omfattning

Mål Förutsättningar	Utgångs-värde	Målnivå 2016-12-31	Källa	Uppföljnings-intervall	Ledningssystem/ *God vård*
Tillgänglighet - Öppettider vardagar - Telefontid vardagar - Jour och beredskap, när, var, hur			Redovisas av vårdgivaren i årsberättelse	Årligen	Verksamhet *Inom rimlig tid/ Effektiv*
Byte av vårdenhet Tillgodosett kravet av invånarens val inom två månader		100 %	Listnings-systemet	Månadsvis	Verksamhet *Inom rimlig tid*
Direkt patientverksamhet (Produktionsstatistik enl. regionjh) - Läkarbesök per 1000 listade - Övriga besök per 1000 listade - Hembesök läkare, per 1000 listade - Hembesök annan profession, per 1000 listade - Andel besök av ej listade pat., % av totalt antal besök			Diveport Tas fram av hälsovals kansliet	Årligen	Verksamhet *Effektiv*
Indirekt verksamhet Samarbetsavtal med äldreboenden 1. Antal boenden med avtal/överenskommelse 2. Antal läkartimmar/ vecka per äldreboende			Redovisas av vårdgivaren i årsberättelse	Årligen	Verksamhet Samhälle
Beskriv hur arbetet med samordnad vårdplanering genomförs			Redovisas av vårdgivaren i årsberättelse	Årligen	Verksamhet
Tillämpning av samverkansavtal med kommunerna och andra samhällsaktörer Ange former och omfattning			Redovisas av vårdgivaren i årsberättelse	Årligen	Verksamhet *Effektiv*
Beskriv deltagande i det befolkningsinriktade, hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet.			Redovisas av vårdgivaren i årsberättelse	Årligen	Verksamhet
Användande av avståndsoberoende teknik; - E-hälsa bl. a. anslutning till Mina	Mina vård-kontakter.		Redovisas av vårdgivaren i årsberättelsen	Årligen	Samhälle Patient *Effektiv*

~~**Mål**~~ ~~**Förutsättningar**~~	~~**Utgångs-värde**~~	~~**Målnivå 2016-12-31**~~	~~**Källa**~~	~~**Uppföljnings-intervall**~~	~~**Ledningssystem/**~~ ~~***God vård***~~
~~vårdkontakter~~ ~~- Telemedicin och videokonferenssystem~~ ~~- Resfria möten, ange former och omfattning~~					

5.4.3 Struktur för kvalitet

Indikatorer som belyser de strukturella förutsättningarna för kvalitet

Mål Förutsättningar	Utgångs-värde	Målnivå 2016-12-31	Källa	Uppföljnings-intervall	Ledningssystem/ *God vård*
Kontinuitet Andel av de pat. som under året haft tre eller fler läkar- /dsk. besök som då träffat samma läkare / dsk. vid mer än 65% av tillfällena		65 %	Diveport Tas fram av hälsovals-kansliet	Månadsvis	Verksamhet *Patientfokuserad*
Täckningsgrad Andel av listades besök som tillgodosetts på primärvårdsnivå i förhållande till deras totala antal öppenvårdsbesök			Diveport Tas fram av hälsovals-kansliet	Årligen	Verksamhet *Jämlik*
Dokumenterat kvalitetsledningssystem (ja/delvis/nej)			Redovisas av vårdgivaren i årsberättelse	Årligen	Verksamhet
Ansluten till kvalitetsregister Ange vilka			Redovisas av vårdgivaren i årsberättelse	Årligen	Samhälle *Kunskapsbaserad*
Kompetensutveckling Fortbildning för personalen, alla yrkeskategorier Ange former och omfattning			Redovisas av vårdgivaren i årsberättelse	Årligen	Medarbetare *Kunskapsbaserad*
Kompetens – Ange vilka som finns samt omfattning			Redovisas av vårdgivaren i årsberättelse	Årligen	Medarbetare *Kunskapsbaserad*
Utbildningsplatser Studenter, ange antal per kategori			Redovisas av vårdgivaren i årsberättelse	Årligen	Medarbetare *Kunskapsbaserad*
Andel läkare med handledarutbildning Andel övriga kategorier (ange vilka) med handledarutbildning			Redovisas av vårdgivaren i årsberättelse	Årligen	Medarbetare *Kunskapsbaserad*
Forskningsprojekt och kliniska studier, ange om och vilka projekt/studier som pågår.			Redovisas av vårdgivaren i årsberättelse	Årligen	Medarbetare *Kunskapsbaserad*
Brytpunktsamtal, öka andel brytpunktsamtal		60%	Palliativa registret Tas fram av vårdstrateg	Tertial (Går endast att få fram komunvis, ej per hc)	Patient *Patientfokuserad*
Täckningsgrad i SveDem Andel registrerade patienter, alla enheter påbörjat registrering			SveDem Tas fram av handläggare äldrefrågor	Tertial	Patient *Säker*

~~5.4.4 Kvalitet~~

~~Indikatorer som belyser kvaliteten i verksamheten~~
~~Dessa indikatorer är i huvudsak ett urval av indikationer från nationella riktlinjer och mätningar, kompletterade med några frågor om arbetsprocesser. De är utvalda för att spegla primärvårdens åtaganden och för att åtminstone på sikt vara relativt enkla att hantera. När de underliggande riktlinjerna och mätningarna förändras, ska indikatorerna anpassas till de nya förutsättningarna.~~
~~Urvalet av indikatorer kan successivt vidareutvecklas. Vid en bredare analys ska naturligtvis de kompletta underlagen användas.~~

~~5.4.4.1 Patientupplevd kvalitet~~

~~Mål~~ ~~Förutsättningar~~	~~Utgångs-värde~~	~~Målnivå 2016-12-31~~	~~Källa~~	~~Uppföljnings-intervall~~	~~Ledningssystem/~~ ~~*God vård*~~
~~Patientupplevelse, enligt nationella patientenkäten,~~ ~~urval dimensioner för;~~ ~~Bemötande~~ ~~Patientmedverkan~~ ~~Läkemedel~~ ~~Fortsatt vård~~ ~~Information~~ ~~Helhetsintryck~~		~~10 % - förbättrat resultat gentemot utfall 2015~~	~~Nationella Patient enkäten~~ ~~Tas fram av hälsovals-kansliet~~	~~Årligen~~	~~Patient~~ ~~*Patientfokuserad*~~
~~Tillgänglighet~~ ~~Kontakt med vårdenhet samma dag~~		~~100%~~	~~Databasen väntetider i vården~~	~~Månadsvis~~	~~Verksamhet~~ ~~*Inom rimlig tid*~~
~~Tillgänglighet,~~ ~~Läkarbesök inom 7 dagar~~		~~100%~~	~~Databasen väntetider i vården~~	~~Månadsvis~~	~~Verksamhet~~ ~~*Inom rimlig tid*~~

~~5.4.4.2 Medicinsk kvalitet~~

~~Mål~~ ~~Förutsättningar~~	~~Utgångs-värde~~	~~Målnivå 2016-12-31~~	~~Källa~~	~~Uppföljnings-intervall~~	~~Ledningssystem/~~ ~~*God vård*~~
~~Andel som fått kvalificerat rådgivande samtal tobak~~			~~Cosmic~~ ~~Tas fram av Utvecklings-enheten~~	~~Årligen~~	~~Patient~~ ~~*Kunskapsbaserad*~~
~~Andel av tobaksbrukare som är tobaksfria 6 mån efter insats~~		~~Högre andel ska vara tobaksfria jämfört med utfall 2015~~	~~Cosmic~~ ~~Tas fram av Utvecklings-enheten~~	~~Tertial~~	~~Patient~~ ~~*Kunskapsbaserad*~~
~~Antalet personer med riskbruk alkohol.~~ ~~Andel patienter med riskbruk som efter ny AUDIT (6 månader) rapporterar värden under riskbruk~~		~~Minska antalet personer med riskbruk~~	~~Cosmic~~ ~~Tas fram av Utvecklings-enheten~~	~~Årligen~~	~~Patient~~ ~~*Kunskapsbaserad*~~
~~FaR~~ ~~Andel patienter som fått FAR och vid uppföljning (6 månader) uppnått individanpassad fysisk aktivitet enligt ordination~~		~~Öka antal personer som uppnår rekommende rad fysisk~~	~~Cosmic~~ ~~Tas fram av Utvecklings-enheten~~	~~Årligen~~	~~Patient~~ ~~*Kunskapsbaserad*~~

~~Mål~~ ~~Förutsättningar~~	~~Utgångs-värde~~	~~Målnivå 2016-12-31~~	~~Källa~~	~~Uppföljnings-intervall~~	~~Ledningssystem/ *God vård*~~
		~~aktivitet~~			
~~Mödrahälsovård och Barnhälsovård~~ ~~Se styrdokument för mödrahälsovård och barnhälsovård~~		~~Se riktlinjer~~	~~Redovisas enligt styrdokument för mödra/barnhälsovård~~	~~Årligen~~	~~Samhälle~~ ~~*Kunskapsbaserad*~~
~~Diabetesvård~~ ~~Andel patienter med diabetes som är registrerade i nationella diabetesregistret (NDR).~~		~~Högre andel än 90%.~~	~~NDR Tas fram av hälsovalskansliet~~	~~Årligen~~	~~Patient~~ ~~*Kunskapsbaserad*~~
~~Andel diabetespatienter typ 2 (<75 år) med HbA1c >73 mmol/mol ska bibehållas eller minska.~~			~~NDR~~	~~Tertial~~ ~~Årligen~~	~~Patient~~
~~HbA1c = variabel för att följa blodsockernivå långsiktigt.~~			~~NDR~~	~~Tertial~~	~~Patient~~
~~Bättre nivå avseende medelsystoliskt blodtryck hos patienter med diabetes~~			~~NDR~~		~~Patient~~
~~Alla patienter ska ha en läkemedelslista i COSMIC~~			~~Utveckling av mätinstrument pågår~~	~~Årligen~~	~~Verksamhet~~
~~Måluppfyllelse avseende Läkemedelskommittén i Jämtlands läns fastställda måltal för läkemedel Se riktlinjer..~~	~~Golv/Tak~~		~~Diveport Tas fram av hälsovalskansliet~~	~~Årligen~~	~~Verksamhet~~ ~~*Kunskapsbaserad*~~
~~Samtliga hälsocentraler ska under året ha träffat representant från Läkemedelskommittén för genomgång~~				~~Årligen~~	~~Verksamhet~~
~~Sjukskrivningsprocessen~~ ~~Avstämningsmöten avseende sjukskrivning~~		~~Mäts och följs upp kontinuerligt av sjukskrivningsprojektet~~	~~Diveport~~	~~Tertial~~	~~Samhälle~~ ~~*Effektiv*~~
~~Vaccination mot säsongsinfluensa~~ ~~Andel av vårdenhetens listade > 65 år som erhållit vaccin mot säsongsinfluensa~~		~~Fler än utfall 2015~~	~~Diveport Tas fram av smittskydd~~	~~Årligen~~	~~Samhälle~~ ~~*Kunskapsbaserad*~~
~~Återinskrivning inom 30 dagar oavsett orsak, 65 år och äldre~~			~~Diveport Tas fram av regionen~~	~~Månadsvis~~	~~Verksamhet~~

~~5.4.4.3 Patientsäkerhet~~

~~Mål~~ ~~Förutsättningar~~	~~Utgångs-värde~~	~~Målnivå 2016-12-31~~	~~Källa~~	~~Uppföljnings-intervall~~	~~Ledningssystem/ *God vård*~~
~~Hygien~~ ~~Självskattning av kläd- och hygienregler~~ ~~Hygienrond~~ ~~Utföra förbättringsarbete utifrån resultat~~		~~100%~~	~~Självskattning Redovisas av vårdgivaren~~	~~Tertial~~	~~Patient~~ ~~*Säker*~~
~~Arbeta för minskad antibiotikaförskrivning~~ ~~Antal recept/1000 inv.~~ ~~Följsamhet till rekommendationer~~		~~270 recept/1 000 inv.~~	~~Diveport Tas fram av Strama~~	~~Månadsvis~~	~~Samhälle~~ ~~*Kunskapsbaserad*~~

~~**Mål** **Förutsättningar**~~	~~**Utgångs-värde**~~	~~**Målnivå 2016-12-31**~~	~~**Källa**~~	~~**Uppföljnings-intervall**~~	~~**Ledningssystem/** ***God vård***~~
~~Organisatorisk kvalitet - Diagnossatta läkarbesök, % av totalt antal besök - Signerade journalanteckningar, % av totalt antal besök - Obesvarade remisser, antal per 1000 listade~~			~~Diveport Tas fram regionen~~	~~Månadsvis~~	~~Verksamhet *Säker*~~
~~Patientsäkerhetsberättelse enl. 2010:659~~			~~Redovisas av vårdgivaren enligt mall~~	~~Årligen~~	~~Patient/Verksamhet/Samhälle *Säker*~~

6 ALLMÄNNA VILLKOR

6.1 LAGAR, FÖRORDNINGAR OCH ANVISNINGAR

Vårdgivaren ansvarar för att vid varje tidpunkt gällande författningar (lagar, förordningar samt myndigheters föreskrifter) följs för uppdragets genomförande. Med författning likställs av myndigheter utfärdade normer och råd.

6.2 STYRDOKUMENT OCH POLICYSKRIFTER

Vårdgivaren ska följa regionens styrdokument, policyskrifter och övriga anvisningar i tillämpliga delar.

6.3 KOMPETENS OCH BEMANNING

Vårdgivare ansvarar för att verksamhetschef finns inom verksamheten enligt Hälso- och sjukvårdslagen § 29. Verksamhetschefens uppgifter framgår av bland annat av förordningen (1996:933) om verksamhetschef inom hälso- och sjukvården. Namn på verksamhetschef ska framgå av kontraktet. Förändring ska utan dröjsmål meddelas regionen.

Inom Region Jämtland Härjedalen gäller Riktlinjer för verksamhetschef samt medicinska ledningsuppdrag, Se Styrande dokument.

Den övervägande andelen av tjänstgörande läkare, exklusive utbildningsläkare, ska vara specialister i allmänmedicin med reell kompetens och dokumenterad erfarenhet av hela det uppdrag som ingår i tjänsten. Läkare med annan specialistkompetens kan ingå som kompetens på vårdenhet i hälsovalsmodellen.

Den övervägande andelen av tjänstgörande sjuksköterskor ska vara utbildade distriktssköterskor.

Vårdgivaren ska tillhandahålla psykosocial verksamhet med kompetenser som psykolog och/eller socionom och/eller psykiatrisjuksköterska för att förebygga och möta psykisk ohälsa samt tillhandahålla kompetens för rehabilitering.

Vårdgivaren ska erbjuda sjukgymnastisk bedömning och behandling av legitimerad sjukgymnast.

I övrigt ska vårdgivaren ha en bemanning som säkerställer kontinuiteten i verksamheten och hälso- och sjukvårdspersonalen ska ha erforderlig legitimation och kompetens.

Kontinuerlig fortbildning och kompetensutveckling för personalen är en förutsättning för att kunna upprätthålla en god kvalitet. Alla vårdgivare ansvarar för kompetensutveckling av personal som är verksamma inom hälsovalet.

Inom hälsovalet finns medel avsatta för fortbildning, se rubrik Tilläggsuppdrag.

6.4 UNDERLEVERANTÖR

Vårdgivaren får anlita underleverantörer för att komplettera sin kompetens eller för att förstärka sin kapacitet för genomförande av uppdraget. Vårdgivaren ska tillse att varje eventuell underleverantör uppfyller alla krav enligt detta avtal och ansvarar gentemot regionen för underleverantörernas arbete såsom om det vore vårdgivarens eget.

För det fall vårdgivaren vill anlita underleverantör ska anmälan om detta göras till regionen skriftligen. Regionen har rätt att i enlighet Skatte- och avgiftsskyldighet kontrollera att underleverantören har fullgjort sina skyldigheter avseende betalning av skatter och avgifter. För det fall underleverantören inte fullgjort dessa skyldigheter får vårdgivaren inte anlita underleverantören.

Regionen har också rätt att kontrollera övriga förutsättningar för godkännande.

6.5 PATIENTJOURNAL

Vårdgivaren ansvarar för journalföring och förbinder sig att uppfylla kraven enligt Patientdatalagen (2008:355) samt Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården (SOSFS 2008:14).

Patientdokumentationen ska ha en gemensam informationsstruktur och informationen ska vara tillgänglig i hela vårdkedjan. Dessa krav gäller all vård som utförs på regionens uppdrag. Detta framförallt av patientsäkerhetsskäl men även för att underlätta och stödja vårdprocesserna.

Pappershandlingar klassificeras och scannas in och kopplas till journalen enligt gällande rutin. Regionens enhet Registerservice sköter i sådana fall scanning på uppdrag av vårdgivaren.

Vårdgivaren förbinder sig att samverka med regionen för att utveckla säkra och ändamålsenliga rutiner för att kunna göra vårdinformation tillgänglig för varandra.

Sammanhållen journalföring tillämpas via vårdadministrativa systemet och Nationell Patientöversikt (NPÖ) vilket möjliggör att vårdinformation kan delas mellan vårdgivare.

Mer information kring journalhantering och tillämpning av IT tjänster, bilaga 2 IT- och telefonitjänster. Se Styrande dokument

6.6 PATIENTNÄMND

Verksamheten faller under ansvarsområdet för regionens patientnämnd. Patienten ska informeras och ges erforderlig möjlighet att vända sig till regionens patientnämnd. Vårdgivaren ska till patientnämnden lämna de uppgifter som nämnden behöver för att fullgöra sitt uppdrag. Se regionövergripande rutin under styrande dokument

6.7 PATIENTFÖRSÄKRING

För den verksamhet som bedrivs enligt detta avtal gäller regionens patientförsäkring med Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (LÖF), se Styrande dokument. Vårdgivaren har skyldighet att utan kostnad lämna de intyg, journaler, med mera som LÖF:s skaderegleringsbolag

Personskadereglering AB (PSR) begär för de patienter som behandlats hos vårdgivaren. Detta gäller även om skadan inträffat på en annan vårdenhet men patienten har en vårdepisod hos vårdgivaren.

6.8 FÖRSÄKRINGAR

Vårdgivaren ska inneha för vårduppdraget relevanta och erforderliga försäkringar till betryggande belopp som täcker till exempel personskador, brandskador, stöld etcetera. Försäkringsbevis utställt av vårdgivarens försäkringsbolag ska överlämnas till regionen senast i samband med verifiering av vårdenhet. På anmodan ska vårdgivaren löpande kunna uppvisa intyg på erfoderliga försäkringar under hela avtalstiden.

6.9 UTRUSTNING

All utrustning som används inom verksamheten ska uppfylla vedertagna standarder och krav på tillförlitlighet, prestanda och kvalitet för att tillförsäkra en ändamålsenlig funktion. Vårdgivaren ansvarar för att all utrustning erhåller fortlöpande service samt förebyggande och felavhjälpande underhåll. Service och kvalitetskontroller ska genomföras regelbundet och måste dokumenteras.

Vårdgivaren ska svara för underhåll, reparationer och återanskaffning av inventarier och utrustning. Vårdgivaren har kostnadsansvaret för dessa anskaffningar.

Vid val av medicinteknisk utrustning gäller följande. Utrustningar för EKG, spirometri och långtidsblodtryck, där mätdata kan behöva lagras i lagringssystem inom Region Jämtland Härjedalen, ska vara av samma typ som finns inom regionens olika enheter. När det gäller andra typer av medicintekniska produkter som exempelvis mäter blodtryck och temperatur, och där mätdata inte lagras men utgör en grund för diagnos av hälsotillstånd och påverkar en journalanteckning så bör samma typ av utrustning användas som finns inom regionens olika enheter. Val av utrustning ska ske i samråd med den medicintekniska avdelningen vid Östersunds sjukhus.

6.10 ANNAN VERKSAMHET

Annan verksamhet som vårdgivaren bedriver ska hållas åtskild från den verksamhet som regleras i förfrågningsunderlaget. Vårdgivaren ansvarar för att detta är tydligt för patienterna. Verksamheten får inte vara av sådan karaktär att den kan minska förtroendet eller anseendet för uppdraget vårdgivaren har mot regionen

6.11 LOKALER

Vårdgivaren ska ha för verksamheten säkra, ändamålsenliga och verksamhetsanpassade lokaler. Lokalerna ska vara utformade så att vården av patienter kan ske med full respekt för individens integritet och ostördhet samt vara lättillgängliga för personer med olika funktionsnedsättningar.

I de lokaler där huvudsakligen barn vistas ska miljön vara barnanpassad.

6.12 INFORMATION

Regionen ansvarar för att vårdgivarna via bland annat regionens webbsidor kan ta del av sådan verksamhetsinformation som behövs för att fullgöra åtagandet i Hälsoval Region Jämtland Härjedalen.

Vårdgivaren har ansvar för att hålla sig uppdaterad om aktuell verksamhetsinformation som regionen ger ut på bland annat webbsidor.

6.12.1 Hälsovalssymbol för signal om godkännande

Vårdgivare får använda symbolen när deras ansökan om att ingå i hälsoval är godkänd. Vårdgivaren ska genom att använda symbolen för Hälsoval Region Jämtland Härjedalen tydligt visa att man är godkänd och därmed ingår i Region Jämtland Härjedalens offentligt finansierade vårdutbud.

Hälsovalssymbolen ska användas i exempelvis annonser, trycksaker, på webbplatser och på utomhusskyltar vid vårdenhetens entré enligt regionens riktlinjer, se Styrande dokument.

Externa vårdgivare får inte använda regionens logotyp, men symbolen för hälsoval.
Vårdgivare som har regionen som huvudman använder både regionens logotyp och symbolen för hälsoval.

6.12.2 Kontaktuppgifter och grundutbud

Regionen informerar medborgarna om vårdenhetens kontaktuppgifter och grundutbud, till exempel verksamheter och kompetenser, via de kanaler som regionen använder för denna typ av information. Regionen förbehåller sig rätten att avgöra vilken typ av uppgifter som ska finnas tillgängliga via regionens egna informationskanaler.

Vårdenheten ska förse regionen med de uppgifter som behövs för att ge invånarna den information som nämns ovan. När en förändring sker ska vårdenheten lämna uppdaterad information till regionen.

6.12.3 Väntrumsinformation

Vårdgivaren ska följa regionens riktlinjer för väntrumsinformation som även gäller för vårdenhetens kommunikation via Internet

Regionen har rätt att i vårdgivarens lokaler placera information riktad till patienter och befolkning, se Styrande dokument.

6.12.4 E-tjänster och utveckling av informationstjänster

Sammanhållen journalföring kommer att ske via vårdadministrativa systemet och Nationell Patientöversikt (NPÖ).

Som en del i den nationella IT-strategin för vård och omsorg, finns 1177.se – en gemensam webbplats för den svenska hälso- och sjukvården. Medborgarna erbjuds via denna webbplats

personliga tjänster och information om vård och hälsa på såväl nationell som regional nivå. Landsting och regioner har förbundit sig att delta och det innebär att vårdgivarna ska erbjudas möjlighet att delta i arbetet under utvecklingsfasen. Här ingår förutom informationstjänster (information om sjukdomar, undersökningar, behandlingar med mera) även e-tjänster för säker kommunikation med medborgare.

Inom ramen för dessa e-tjänster ska vårdgivare minst erbjuda medborgarna de tjänster som är beslutade att utgöra en bas i primärvårdens elektroniska tjänster.

De beslutade e-tjänster som vårdgivarna här minst ska erbjuda är: *Förnya recept, av-/omboka tid,-beställa tid, förnya preventivmedel, förnya hjälpmedel, hjälp oss att bli bättre samt. kontakta mig.* Under 2017 kommer möjlighet ges för patienter att läsa sina journaler via MVK. Den tekniska lösning som erbjuder detta är den nationella tjänsten Mina Vårdkontakter (MVK). För att möjliggöra vårdgivarens egen inloggning till tjänsterna MVK samt 1177 krävs att kortläsare anslutna till datorarbetsplatsen anskaffas för läsning av SITHS-kort. Personalens personliga SITHS-kort tillhandahålls av regionen och kan beställas av vårdgivaren.

6.12.4.1 Utlämning av SITHS e-tjänstekort

Vårdgivaren ska bemanna och hålla tillgänglig en lokal utlämningsfunktion för de nationella SITHS e-tjänstekorten inom sin klinik samt under 2016, mot ersättning, även för kommunens personal. Vårdgivaren behöver för detta ändamål inom sin personalgrupp utse 2-3 personer som kan turas om att bemanna utlämningsfunktionen. Utlämningsfunktionen ges vid behov stöd av regionens Helpdesk för att sköta utgivningsförfarandet. Oklart vad som gäller från2016?

6.13 MARKNADSFÖRING

Vårdgivaren ansvarar för att vårdenhetens marknadsföring av egen verksamhet är saklig. Alla vårdgivare äger rätt att på eget initiativ informera om och marknadsföra sina tjänster. Alla vårdgivare ska i kommunikation med medborgare på ett av regionen fastställt sätt ange att de är en del av Hälsoval Region Jämtland Härjedalen och arbetar på uppdrag av regionen. Detta görs genom att använda symbolen för Hälsoval Region Jämtland Härjedalen.

I marknadsföring ska det tydligt framgå vilka tjänster som ingår i Hälsoval Region Jämtland Härjedalen och vilka eventuella övriga tjänster som inte gör det.

Det är inte tillåtet att erbjuda medborgare rabatter eller andra ovidkommande förmåner för att locka till listning.

6.14 SJUKRESOR

Vårdgivaren ska ha kännedom om och följa regionens regler för sjukresor och vara patienten behjälplig med att ordna sjukresa samt informera om gällande regler. Vårdgivaren svarar för kostnaden för sjukresor, se Styrande dokument.

6.15 TOLKSERVICE

6.15.1 Språktolk

Vårdgivaren ska tillhandahålla tolk till patient som inte förstår eller kan uttrycka sig på svenska språket. Vårdgivaren står själv för kostnad i samband med anlitande av tolk. Vårdgivaren är skyldig att följa språklagen (2009:600) och lagen om nationella minoriteter och minoritetsspråk (2009:724).

6.15.2 Tolkcentralens tjänster

Regionen ansvarar för tolkservice i form av teckenspråkstolkar och vuxendövtolkar till döva, dövblinda och hörselskadade personer. Vårdgivaren rekvirerar vid behov tolkservice genom regionens tolkcentral. Regionen svarar för kostnaden.

6.16 IT-TJÄNSTER/SYSTEM

För att vårdgivaren ska kunna ansluta sig till regionens gemensamma tjänster/system ska vårdgivaren acceptera och godkänna de villkor som anges i Bilaga 2 IT- och telefonitjänster Hälsoval Region Jämtland Härjedalen se Styrande dokument. Detta godkännande har skett i och med anbudsgivarens avgivna svar i ansökan om anslutning till Hälsoval Region Jämtland Härjedalen.

Vårdgivare ska också i en självdeklaration redogöra för de delar av IT-infrastrukturen som vårdgivaren har eget ansvar för. Självdeklarationen omfattar en beskrivning av den egna IT-infrastrukturen, IT-säkerhetshantering och det regelverk som tillämpas för den IT-miljö som vårdgivaren har ansvar för från anslutningspunkten i vårdgivarens nätverk fram till anslutningspunkt till Sjunet. Självdeklarationens punkter utgör underlaget för den slutverifiering som genomförs gällande vårdgivarens lokala IT-miljö i samband med godkännande, se Styrande dokument .

För att tillförsäkra ett IT-stöd som kan uppnå hög patientsäkerhet samt en kostnadseffektiv hantering i verksamheten har regionen anvisat utpekade IT-tjänster som vårdgivaren ska ansluta sig till samt nyttja. Dessa tjänster är indelade i obligatoriska delar samt valfria delar för att säkerställa förutsättningarna för rätt användning. Till de obligatoriska delarna hör två tjänstepaket kallade ”Vårdutbud bas” samt ”Stödapplikationer”. Till de valfria delarna hör bland annat optioner på anslutning till telefoniapplikationer/system.

Vårdgivaren ska ansluta sig till den nationella IT-infrastrukturen Sjunet för svensk vård och omsorg. Genom de krav som ställs på att vårdgivaren ska ansluta sig till IT-tjänster inom regionens IT-miljö blir dessa anvisade IT-tjänster (för patientadministration, hälso- och sjukvårdsinformation, patientuppgifter i vårdkedjan samt administrativa uppgifter) gemensamma för samtliga huvudmän inom Hälsoval Region Jämtland Härjedalen. Information i form av verksamhetsuppgifter, statistik och ekonomiska underlag kan på så sätt delas mellan aktörerna i tillämpliga delar.

Regionens erbjuder vårdgivaren att använda regionens vårdadministrativa system enligt givna rutiner.

Vårdgivaren ska genom anslutning till och nyttjande av anvisade delar av regionens gemensamma IT-tjänster tillförsäkra att IT-stöd finns för att kunna stödja en sammanhållen vårdkedja och i och med detta att en god patientsäkerhet uppnås. IT-stödet ska konfigureras på samma sätt som för

övriga enheter inom regionen vad gäller medicinsk terminologi, kodverk och dokumentationsstruktur. Följande är en översikt av de krav som ställs på vårdgivarens eget IT-stöd:

- vårdgivaren ska kunna ta emot och skicka meddelanden via e-post.
- vårdgivaren ska använda sig av funktion för e-recept via vårdadministrativa systemet. Alla recept ska skickas i elektronisk form till apotek.
- Vården på Webben 1177 inkl. vårdsök och MVK Mina Vårdkontakter (egenvårdsråd, kontaktuppgifter samt interaktiva tjänster via webb för patienten)
- vårdgivaren ska ansluta sig till nationell katalogtjänst för vård och omsorg (HSA) via regionens kataloglösning för HSA
- säkerhetslösning i form av SITHS e-tjänstekort för tillgång till vårddokumentation
- Pascal dosförskrivningar av läkemedel
- vårdgivaren ska skicka läkarintyg elektroniskt till försäkringskassan
- NPÖ Nationell Patientöversikt.

Ytterligare tjänster kan tillkomma och en diskussion om anslutning till dessa kommande tjänster tas med vårdgivaren angående varje tjänst för sig. Diskussion/förhandling om anslutningsformerna för en viss tjänst kommer att upptas med vårdgivaren när respektive tjänst finns tillgänglig.

Via regionens mail-konferenssystem kommuniceras/publiceras verksamhetsinformation såsom kallelser, mötesanteckningar och PM inom och mellan verksamheterna. Relevanta konferenser i systemet görs tillgängliga för externa vårdgivare. Vårdgivarens användare kommer att tilldelas konto för att kunna skicka och ta emot e-postmeddelanden internt inom regionens mail-konferenssystem. Extern vårdgivare kommer inte ges behörighet att skicka och ta emot extern e-post.

6.17 TELEFONI

Telefonifunktionen är en viktig del i vårdgivarens arbete med att upprätthålla en hög tillgänglighet till sitt vårdutbud. Därför ska vårdgivaren tillämpa samtalsmätning av sina inkommande telefonsamtal från brukare. Vårdgivaren svarar själv för att tillämpa adekvata telefonitjänster. Regionen erbjuder valfria telefonitjänster enligt Bilaga 2, se Styrande dokument .

Vårdgivaren ges rätt att för sin verksamhet mot en kostnad ansluta sig till regionens telefoniplattform samt telefonisttjänst. Detta underlättar hänvisning av samtal och gör det lättare att följa upp och anpassa hur samtalsströmmar ska ske mellan olika enheter.

Om vårdgivaren önskar anslutning till regionens telefoniplattform/telefonväxel ska detta ske genom anvisad anslutningstjänst för telefonväxel. Som option till anslutningstjänsten för telefonväxeln finns anvisade telefonienheter att avropa för vårdgivaren vid anslutning till telefonitjänsten. Vårdgivaren erbjuds ingå i regionens gemensamma telefonitjänst via avrop från gällande driftsavtal.

Inom regionens primärvård har en telefoniplattform driftssatts för telefonisamverkan mellan vårdenheter. Samverkan sker via slussning av inkommande samtal till rätt part enligt viss logik. Systemet syftar till att förbättra tillgängligheten till primärvårdens vårdenheter samt ge en enhetlig service med rådgivning och tidsbokningar genom bl. a. en effektiv slussning till rätt vårdinstans. Tillgång till systemet erbjuds externa vårdgivare inom ramen för Hälsoval Region Jämtland Härjedalen i form av anslutning av vårdgivare på frivillig väg. Vårdgivaren tecknar avtal direkt med leverantören av systemet samt med regionen vad gäller villkoren för samarbetet.

Mer information se bilaga 2 IT- och telefonitjänster, se Styrande dokument.

6.18 MILJÖKRAV

Vårdgivaren ska vara informerad om och följa gällande lagar och andra författningar samt regionens riktlinjer och policys, som berör vårdgivaren.

Vårdgivaren ska samverka med regionen i frågor och då regionen så begär, redovisa hur vårdgivaren arbetar för att uppfylla regionens miljömål. Uppföljning av miljöarbetet ska dokumenteras årligen och redovisas till regionen vid begäran

Regionens styrande dokument gällande miljöarbete, se Styrande dokument.

6.19 ALLMÄNHETENS INSYN OCH MEDDELARFRIHET

Vårdgivare förbinder sig, vid anmodan från regionen, snarast lämna ut de uppgifter som efterfrågas.

Meddelarfrihet för anställda hos regionen regleras i svensk lag. Anställda hos privata vårdgivare inklusive underleverantörer ska ha en liknande meddelarfrihet. Vårdgivaren förbinder sig att, med undantag för vad som nedan anges, inte ingripa mot eller efterforska den som lämnat meddelande till författare, utgivare eller motsvarande för offentliggörande i tryckt skrift eller radioprogram eller andra tekniska upptagningar. Förbindelsen gäller inte sådana meddelanden som avser företagshemlighet som skyddas av lagen om skydd för företagshemligheter eller omfattas av tystnadsplikt för vårdgivarens anställda utanför det område som uppdraget omfattar och inte heller i vidare mån än vad som omfattas av meddelarfrihet för offentligt anställda enligt kap. 44 Offentlighet och sekretesslagen.

6.20 PERSONUPPGIFTSLAGEN

Vårdgivaren är personuppgiftsansvarig för sin behandling av personuppgifter.

6.21 KOLLEKTIVAVTAL ELLER LIKVÄRDIGT

Om vårdgivaren inte tecknat svenskt kollektivavtal ska denne på uppmaning kunna visa på hur förhållande och villkor mellan arbetsgivare och arbetstagare regleras på ett sätt som följer arbetsmarknadslagstiftning och i övrigt följer god sed på arbetsmarknaden. Detsamma ska gälla för eventuella underleverantörer som vårdgivaren anlitat för att fullgöra uppdraget.

6.22 SEKRETESS OCH TYSTNADSPLIKT

För verksamheten gäller sekretess enligt offentlighets- och sekretesslagen samt patientsäkerhetslagen.

6.23 SKATTE- OCH AVGIFTSSKYLDIGHET

Vårdgivaren ska fullgöra sina lagenliga skyldigheter avseende skatte- och övriga avgifter under avtalstiden. Om vårdgivaren anlitar underleverantör, gäller samma skyldigheter för underleverantören

Regionen har när som helst under avtalstiden rätt att kontrollera hos Skatteverket att vårdgivaren uppfyller sin skatte- och avgiftsskyldighet.

6.24 MEDICINSK REVISION

Regionen har rätt att under avtalsperioden, och när regionen så anser befogat, låta genomföra medicinsk revision av verksamheten som omfattas av uppdraget. Den medicinska revisionen ska kunna omfatta granskning av alla sådana uppgifter som vårdgivaren kan lämna ut enligt reglerna i Patientsäkerhetslagen (2010:659) till den som utför den medicinska revisionen. Denne får i sin tur lämna ut uppgifter om enskild patient endast om det är föreskrivet i gällande lag.

Regionen svarar för ersättning till den som anlitas för medicinsk revision. Vårdgivaren ska efter prövning enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659) vara behjälplig med att tillhandahålla de uppgifter som krävs för att den medicinska revisionen ska kunna genomföras.

6.25 REVISION

Regionens revisorer ska i enlighet med Kommunallagen 9 kap. 9 § granska all verksamhet som regionen bedriver inom sitt verksamhetsområde.

Vårdgivaren förbinder sig att i enlighet med denna lag låta regionens revisorer, eller de som revisorerna utser, utan hinder av sekretess eller affärsjuridiska krav ta del av sådan handling eller uppgift som är nödvändig för utövande av sin granskning av vårdgivarens fullgörande av ingånget vårdavtal.

Uppgifter i vårdgivarens verksamhet som är att hänföra till sekretesslagstiftning, specifika affärsöverenskommelser eller sådan som regleras av lagar som styr bolag överförs i förekommande fall med motsvarande sekretesskyldighet till regionens revisorer.

Regionens revisorer har att hantera all information i sådan granskning med förutsättningar som styrs av gällande rätt och vad som på marknaden benämns med god revisionssed.

6.26 ÄNDRINGAR OCH TILLÄGG PÅ REGIONENS BEGÄRAN

Regionen förbehåller sig rätten att ändra villkoren i avtal. Regionen beslutar i juni månad årligen om villkorsförändringar som ska träda i kraft den 1 januari efterföljande år. Regionen ska, så snart beslut har fattats om ändring av villkoren, göra dem tillgängliga för vårdgivaren i skriftlig form.

Vårdgivare ska godkänna förändring av villkoren genom att ingå tilläggsavtal med de ändrade villkoren. Avtalet ska vara ingånget senast 30 dagar efter att vårdgivaren fått del av tilläggsavtalet.

Vårdgivare som inte godkänner förändringen upphör huvudavtalet att gälla 12 månader efter tidpunkt då tilläggsavtal senast skulle ha tecknats om inte annat överenskommits. Fram till dess att avtalet upphör gäller de ursprungliga villkoren.

6.27 OMFÖRHANDLING

Om förutsättningarna såsom riksdags- regerings eller myndighetsbeslut för detta avtal väsentligen ändras, har endera parten rätt att påkalla omförhandling eller säga upp avtalet.

Meddelande om omförhandling ska ske senast fyra (4) veckor i förväg. Vid uppsägning enligt ovan gäller en uppsägningstid om tolv (12) månader. Skadeståndsanspråk kan ej riktas från någondera part, mot den andre parten, i händelse av att avtalet sagts upp med stöd av denna punkt.

6.28 BRISTER I FULLGÖRANDE

Vårdgivaren förbinder sig att, utan dröjsmål, skriftligen meddela regionen om risk för bristande tillgänglighet eller annan bristande uppfyllelse av avtalat uppdrag. Vårdgivare ska ange vilka åtgärder som avses vidtas för att eliminera uppkommen risk och minimera konsekvenserna av detta.

Vårdgivaren ska besvara regionens frågor rörande klagomål, befarade brister eller oklarheter rörande tolkningen av dennes åtagande.

Om vårdgivaren lämnat ofullständiga eller felaktiga uppgifter har regionen rätt att innehålla den ersättning som är kopplad till dessa uppgifter i avvaktan på att fullständiga eller riktiga uppgifter lämnas.

6.28.1 Vite

Om regionen efter utredning, som kommunicerats med vårdgivare, konstaterar brister som kräver att aktiva åtgärder vidtas av vårdgivaren kan regionen, beroende på bristernas omfattning och karaktär, förelägga vårdgivaren att vidta rättelse. Om rättelse inte vidtas inom föreskriven tidsfrist får regionen ta ut vite tills dess rättelse sker. Vitet bestäms utifrån bristens art och omfattning upptill högst 50.000 kr /brist.

6.28.2 Vite i särskilda fall

Utöver vad som föreskrivs i föregående punkt, gäller följande:

Om vårdgivaren inte i tid levererar uppgifter såsom verksamhetsplan, rapporter, årsberättelser eller andra uppgifter som vårdgivaren enligt detta avtal ska leverera till regionen, Sveriges Kommuner och Landsting eller myndigheter, utgår för varje handling ett förseningsvite om 5.000 kronor/vecka, upp till maximalt 50.000 kr för varje tillfälle och handling.

Om vårdgivaren inte uppfyller kravet på mottagande av patient enligt listningsreglerna, utgår ett vite om 1.000 kr /person/vecka. Maximalt utgår 10.000 kr per person och aktuellt tillfälle.

Om vårdgivaren inte uppfyller kravet på tillgänglighet vad gäller öppettider och telefontid utgår ett vite om 10.000 kronor/vecka så länge kravet inte uppfylls. Maximalt utgår 100.000 kr för aktuellt tillfälle.

6.29 AVTALETS FÖRTIDA UPPHÖRANDE

Part kan säga upp avtalet om andre parten i väsentliga delar inte uppfyller avtalskraven och inte vidtar rättelse inom 30 dagar efter skriftligt påpekande från motparten.

Exempel på väsentliga avvikelser.

- Vårdgivaren agerar på sådant sätt att det allvarligt rubbar förtroendet för vårdgivaren och därigenom regionen.
- Vårdgivaren är underkastad näringsförbud, försätts i konkurs, träder i likvidation, ställer in betalningar eller på annat sätt kan antas komma på obestånd.
- Inte fullgör sina skyldigheter avseende skatter och avgifter.
- Ägarförhållandena hos vårdgivaren eller hos dess moderbolag väsentligen förändrats och detta inte skriftligen har godkänts av regionen enligt villkor om överlåtelse av avtal.

Om avtalet sägs upp på grund av avtalsbrott är den part som brutit mot avtalet skyldig att till den uppsägande parten utge skadestånd i enlighet med allmänna avtalsrättsliga principer.

Uppsägning ska ske skriftligen och utan oskäligt uppehåll efter det att den omständighet som åberopas som uppsägningsgrund blivit känd för den uppsägande parten.

6.30 SAMVERKAN MED REGIONEN VID AVTALETS UPPHÖRANDE

Avtalets upphörande ska inte befria någondera parten från vid tillfället kvarstående och icke uppfyllda åtaganden eller förpliktelser gentemot den andra parten. I händelse av att verksamheten enligt detta avtal upphör är vårdgivaren skyldig att medverka till att verksamheten kan övergå på efterträdande utförare med minsta möjliga olägenhet för listade medborgare.

Vid eventuell övergång på efterträdande utförare är vårdgivaren skyldig att överlämna samtliga relevanta handlingar, så som journalhandlingar och dylikt, som berör verksamheten, utan dröjsmål till regionen. Vårdgivaren ska svara för att dokumentation upprättas vid överföring av patientjournal så att journal kan följas.

Vårdgivaren ska i samband med avtalets upphörande tillskriva samtliga patienter med begäran om medgivande att lämna journaluppgifter till regionen.

Regionen och vårdgivaren ska vid avtalets upphörande samråda kring information till patienter och allmänhet för att övergången till annan vårdgivare ska kunna ske utan avbrott eller brister i verksamheten. Vårdgivaren är skyldig att samverka med andra vårdgivare som kommer att ta över vårdgivarens patientansvar.

6.31 BEFRIELSEGRUNDER (FORCE MAJEURE)

Part är befriad från påföljd för underlåtenhet att fullgöra viss förpliktelse enligt avtalet, om underlåtenheten har sin grund i krig, strejk, lockout, brand, översvämning, knapphet på transporter eller energi, myndighets åtgärd, nytillkommen eller ändrad lagstiftning eller annan omständighet som ligger utanför ifrågavarande parts kontroll och omständigheten förhindrar eller försenar fullgörandet av förpliktelsen (”Befrielsegrund”).

Part som påkallar befrielsegrund enligt stycket ovan ska utan dröjsmål skriftligen meddela den andra parten därom. Part ska vidta skäliga ansträngningar för att mildra omfattningen och effekten av befrielsegrund. Part ska återuppta fullgörandet av de förpliktelser som förhindrats eller försenats så snart det praktiskt kan ske.

För det fall befrielsegrunden varar mer än två månader, har den andra parten rätt att skriftligen säga upp avtalet till omedelbart upphörande. Vid sådan uppsägning har ingen av parterna rätt till ersättning av den andra parten.

6.32 OGILTIG BESTÄMMELSE I AVTALET

Skulle någon bestämmelse i detta avtal eller del därav befinnas ogiltig, ska detta inte innebära att detta avtal i dess helhet är ogiltigt utan ska, i den mån ogiltigheten väsentligen påverkar parts utbyte av eller prestation enligt detta avtal, leda till att skälig jämkning i detta avtal sker.

Parts underlåtenhet att vid ett eller flera tillfällen göra gällande rättighet enligt detta avtal eller påtala visst förhållande hänförligt till avtalet innebär inte att part avstått från rätten att vid senare tillfälle göra gällande eller påtala rättighet eller förhållande av ifrågavarande slag, såvida inte uttryckligt avstående skett i av part undertecknad skriftlig handling.

6.33 TVIST

Avtalet ska tolkas och tillämpas i enlighet med svensk rätt. Eventuell tvist angående tolkning eller tillämpning av detta avtal och som ej kan lösas av parterna gemensamt ska avgöras av allmän domstol med Östersunds tingsrätt som första instans.

6.34 ANSVAR

Vårdgivaren har fullt ansvar för uppdraget och för all skada och alla förluster som kan komma att orsakas vid utförande av uppdraget. Vårdgivaren har det fulla ansvaret för sin verksamhet, såväl medicinskt och tekniskt som ekonomiskt.

Vårdgivaren ska hålla regionen skadeslöst om krav väcks mot regionen som en följd av vårdgivarens handlande eller underlåtenhet att handla. Ansvaret gäller under detta avtals giltighetstid och därefter under en period av tre (3) år, utom i fall av uppsåt eller grov vårdslöshet, då ansvaret gäller till dess att allmän preskription inträder.

Regionen ska snarast underrätta vårdgivaren om krav framställs mot vårdgivaren som omfattas av föregående stycke. Regionen ska inte utan vårdgivarens samtycke göra medgivanden, eller träffa uppgörelser, avseende sådant krav om det kan påverka vårdgivarens ersättningsskyldighet.

6.34.1 Arbetsgivaransvar

Vårdgivaren innehar arbetsgivaransvaret och därmed ansvaret för löner, skatter, sociala avgifter samt andra avtalsenliga eller författningsreglerade löneomkostnader jämte avgifter i övrigt.

Vårdgivaren är skyldig att iaktta att tillämpliga författningar inom personalområdet efterlevs inom den verksamhet som bedrivs inom ramen för detta uppdrag.

6.35 FAKTURERINGSVILLKOR

Ersättning och nivåer regleras enligt avsnitt Ersättning.

Fakturering till regionen får inte överlåtas på tredje part utan skriftligt godkännande av regionen. Regionen betalar inte expeditions-, faktura-, miljö- eller andra ej avtalade avgifter från vårdgivaren eller tredje part.

Faktura ska vara märkt med beställarreferens som erhålls av regionen. Även eventuella påminnelser och krav sänds till samma adress:

Region Jämtland Härjedalen
Box 910
831 29 ÖSTERSUND

Om anledning till anmärkning mot faktura inte föreligger, erläggs betalning inom 30 dagar räknat från fakturadatum. Om regionen eller vårdgivare inte betalar faktura inom utsatt tid kan dröjsmålsränta åberopas i enlighet med Räntelagen (1975:635).

6.36 KÖP AV SERVICETJÄNSTER

Vårdgivaren har möjlighet att teckna separata avtal med regionen eller av regionen upphandlad tjänst avseende:

- sterilservice
- städtjänster
- transport och posthantering
- sjukvårds/förrådsprodukter
- tvätt
- medicinteknisk service
- medicinsk diagnostik

7 FÖRESKRIFTER FÖR ANSÖKAN

Hälsoval Region Jämtland Härjedalen avser ett kontraktsbundet vårduppdrag enligt LOV för tjänster motsvarande vårdenhet med ett samlat åtagande för invånarnas behov av primärvård i länet. Vårdgivarens uppdrag och åtagande framgår av detta förfrågningsunderlag ”Hälsoval Region Jämtland Härjedalen”. Ansökan ska minst avse att starta en vårdenhet. Vid start av flera vårdenheter ska vårdgivaren ingå ett avtal för varje godkänd vårdenhet. Regionen kommer inte att begränsa antalet vårdenheter.

Vårdgivare som ansöker om godkännande kan själv välja geografisk lokalisering för vårdenheten.

Anmälan om att bedriva filial ska ske skriftligen till regionen enligt särskild anvisning. Av anmälan ska framgå omfattning på uppdraget, kompetens, driftsstart, öppethållande samt tänkt lokalisering.

I förfrågningsunderlaget ingående handlingar:

- Inbjudan
- Inledning
- Uppdragsspecifikation
- Ersättningsmodell
- Uppföljning och utvärdering
- Allmänna villkor
- Föreskrifter för ansökan
- Avtalsmall

Bilaga 1 Listningsregler, se Styrande dokument
Bilaga 2 IT- och telefonitjänster, se Styrande dokument

Dokument som gäller Hälsoval Region Jämtland Härjedalen kommer att finnas på regionens webbplats: Rutiner och styrdokument

7.1 TIDPUNKT FÖR DRIFTSTART

Vårdgivaren ska i sin ansökan ange tidpunkt för planerad driftstart. Driftsstart ska ske senast sex (6) månader efter det att vårdgivaren tagit emot regionens beslut om godkännande. Vårdgivaren ska till sin ansökan bifoga en tidplan och denne är skyldig att rapportera eventuella förändringar och frånsteg från den inlämnade tidplanen.

7.2 ANSVARIG REGION

Region Jämtland Härjedalen
Organisations nummer 23 21 00-0214
För information om regionen, se hemsida: www.regionjh.se

7.3 ANSVARIG HANDLÄGGARE FÖR ANSÖKAN

Frågor skickas skriftligen via e-post till halsoval@regionjh.se

7.3.1 Uppgifter om Hälsoval Region Jämtland Härjedalen

Kontaktperson	Lena Weinstock Svedh
E-post	lena.weinstock-svedh@regionjh.se
Internetadress	www.regionjh.se/halsoval

7.3.2 Uppgifter om ansökan

Kontaktperson	Lena Book
E-post	lena.book@ regionjh.se
Internetadress	www.regionjh.se/halsoval
CPV-kod	85000000-9
Är det möjligt att lämna på delar av ansökan?	Nej

7.4 ANSÖKNINGSFÖRFARANDE

Varje ansökan ska specificeras utifrån tänkt etablering och ska utgöras av ett besvarat och undertecknad dokument ”Ansökan” om godkännande med nödvändiga kompletteringar och efterfrågade bilagor till ansökan.

7.5 ANSÖKANS FORM OCH INNEHÅLL

Handlingar för deltagande i Hälsoval Region Jämtland Härjedalen finns att hämta på;

- Regionens hemsida: www.regionjh.se/halsoval
- Kammarkollegiets hemsida: www.valfrihetswebben.se

”Ansökan om godkännande” samt efterfrågade handlingar, dokument och bilagor:

- ska vara skriftliga
- ska vara undertecknat av för vårdgivaren behörig företrädare
- ska besvaras punkt för punkt i dokumentet för ”Ansökan om godkännande”.

7.6 RÄTTELSE AV FEL, FÖRTYDLIGANDE OCH KOMPLETTERING AV ANSÖKAN

Regionen kan medge att den som inkommer med ansökan får rätta en uppenbar felskrivning eller något annat uppenbart fel i ansökan. Vårdgivaren kan även komma att anmodas att förtydliga eller komplettera sin ansökan.

Eventuella förtydliganden publiceras på regionens hemsida, www.regionjh.se/halsoval samt på www.valfrihetswebben.se. Vårdgivare ska själv kontrollera om några förtydliganden och

kompletteringar distribuerats. Vårdgivare kan endast åberopa de kompletterande upplysningar som erhållits skriftligen från ansvarig kontaktperson eller hämtats från regionens hemsida.

7.7 AVLÄMNANDE AV ANSÖKAN

Ansökan samt efterfrågade handlingar ska inges i två (2) exemplar varav ett i original, samt ett i elektroniskt format (USB eller liknande) till nedanstående adress:

Postadress
Region Jämtland Härjedalen
Hälsovalskansliet
Box 654
831 27 ÖSTERSUND

Besöksadress
Hälsovalskansliet
Kyrkgatan 12
Östersund

Ansökan skickas/lämnas i förseglat omslag märkt: ”Ansökan Hälsoval Region Jämtland Härjedalen” med aktuellt diarienummer.

7.8 ANSÖKNINGSTIDENS UTGÅNG

Mottagande av ansökningar sker löpande.

7.9 KRAV FÖR GODKÄNNANDE

För att vårdgivare ska bli godkänd krävs att samtliga villkor i förfrågningsunderlaget är uppfyllda.

Den upphandlande myndigheten får utesluta en sökande som:

- är i konkurs eller likvidation, är under tvångsförvaltning, tillsvidare har inställt sina betalningar, är underkastad näringsförbud
- är föremål för ansökan om konkurs, tvångslikvidation, tvångsförvaltning eller annat liknande förfarande
- är dömd för brott avseende yrkesutövning enligt lagakraftvunnen dom
- har gjort sig skyldig till allvarligt fel i yrkesutövningen och den upphandlade myndigheten kan vissa detta
- inte har fullgjort sina åligganden avseende socialavgifter eller skatter i Sverige eller i det egna landet
- lämnat ofullständiga eller felaktiga uppgifter i ansökan.

7.10 REGISTRERINGSSKYLDIGHETER, BETALNING AV SKATTER OCH AVGIFTER

Vårdgivaren ska vara:

- registrerad i aktie-, bolags-, handels-, eller föreningsregistret som förs i det land där vårdgivarens verksamhet är etablerad
- registrerad för redovisning och inbetalning av mervärdesskatt om skatteskyldighet enligt Mervärdeskattelag (1994:200) föreligger för verksamheten, innehållen preliminär A-skatt och arbetsgivaravgifter.
- fri från skulder för skatter och sociala avgifter.

Vårdgivaren ska ha F-skattsedel.

Regionen samarbetar med Skatteverket som bistår med följande uppgifter avseende vårdgivare och eventuella underleverantörer:

- registrerad för moms och som arbetsgivare
- erlagd arbetsgivaravgift de senaste tre redovisningsmånaderna
- registrering för F-skatt, FA-skatt eller A-skatt
- om skulder för svenska skatter och avgifter hos Skatteverket
- om skulder hos Kronofogdemyndigheten och eventuell uppgift om betalningsuppgörelse

Avser vårdgivaren att utnyttja underleverantörer för att genomföra vissa delar kommer regionen att göra motsvarande kontroll enligt ovan för underleverantörer.

Ovanstående förfarande är endast tillämpbart i Sverige. Utländsk vårdgivare ska insända dokumentation som intyg på att denna fullgjort i hemlandet föreskrivna registreringar och betalningar av skatter och avgifter. Dessa intyg eller motsvarande skall inte vara äldre än tre (3) månader räknat från sista anbudsdag.

7.11 TEKNISK FÖRMÅGA OCH KAPACITET

Vårdgivaren ska för att erhålla godkännande besitta eller bedömas kunna bygga upp för avtalet erforderlig teknisk förmåga och kapacitet. Vårdgivaren ska visa sin tekniska förmåga och kapacitet genom att i ansökan beskriva nedanstående uppgifter avseende det egna företaget:

- beskrivning av företaget, resurser och organisation
- beskrivning av hur vårdgivaren avser att lösa uppdraget
- presentation av eventuella samarbetsparter/underleverantörer och former för samarbete
- inriktning och mål med verksamheten
- tänkt geografisk lokalisering av verksamhet
- redogörelse för ledning samt tilltänkt verksamhetschef
- verksamhetschefens namn och kompetens ska redovisas i ansökan. Referenser som styrker verksamhetschefens kompetens ska även bifogas ansökan
- kompetensprofiler för samtliga medarbetare inom vårdenheten samt för medarbetare hos eventuella samarbetspartners/underleverantörer.

7.12 TILLGÅNG TILL ANDRA FÖRETAGS KAPACITET

Samverkan mellan vårdgivande företag får förekomma innebärande att fysiska eller juridiska personer var för sig eller tillsammans med andra vårdgivare kan inkomma med en ansökan. Patientens upplevelse ska vara att det är vårdenheten som tillhandahåller vården.

Avser ansökande vårdgivare att utnyttja underleverantör för att genomföra delar av uppdraget ska företaget lämna motsvarande information som förutsätts i denna ansökan. Detta för att regionen ska ges möjlighet att göra motsvarande kontroll för underleverantör till vårdgivare. Underleverantörer ska redovisas i dokumentet ”Ansökan för godkännande”, se Styrande dokument.

7.13 FINANSIELL OCH EKONOMISK STÄLLNING

Vårdgivaren ska ha en sådan stabil ekonomisk bas att ett långsiktigt åtagande gentemot de medborgare som valt vårdenheten kan upprätthållas. Regionen kommer bedöma det sökande företagets förmåga att fullfölja ett kontrakt av denna storleksordning under hela kontraktsperioden genom att vidta löpande kontroller.

För att regionen ska kunna bedöma om vårdgivaren uppfyller kravet på ekonomisk stabilitet ska följande handlingar bifogas ansökan:

- Vårdgivaren ska ha en stabil ekonomi med låg risk att komma på obestånd under kontraktstiden. Som ett bevis på detta ska vårdgivaren bifoga en kreditupplysning från Upplysningscentralen (UC) eller liknande som påvisar en stabil ekonomi med riskklassificering tre (3) eller högre.
- I de fall vårdgivaren har rating två (2) eller lägre kommer prövning att ske. Vårdgivare kan ändå anses uppfylla ovanstående krav om en sådan förklaring finns att det kan anses vara klarlagt att vårdgivaren innehar erforderlig ekonomisk stabilitet. I det fall en vårdgivarens ekonomiska stabilitet garanteras av moderbolag, ska intyg om detta bifogas anbudet och vara undertecknat av behörig företrädare för moderbolaget. Kraven i ovanstående punkt ska i detta fall på motsvarande sätt redovisas och uppfyllas av garanten.
- I de fall ekonomisk stabilitet inte kan styrkas enligt ovanstående punkter kan bankgaranti begäras.
- Företag som inte är skyldigt att upprätta årsredovisning/årsbokslut ska visa att företaget har en stabil ekonomisk bas genom att tillhandahålla resultaträkning och balansräkning eller på begäran lämna referens till bank eller annan finansiär. Ansökande företag som har nystartat företag eller företag under bildande ska visa att företaget har en stabil ekonomisk bas genom att redovisa till exempel aktiekapital, eller på begäran tillhandahålla en finansiell säkerhet (till exempel lämna bankgaranti eller koncerngaranti) samt på begäran kunna redovisa referens till bank eller annan finansiär.
- I händelse av att vårdgivarens verksamhet är av sådan art att riskklassificering ej kan erhållas ska vårdgivaren till anbudet bifoga handlingar, så som bokslut etc vilka kan styrka en stabil ekonomi.

Ovanstående intyg ska inte vara äldre än tre (3) månader.

Utländsk vårdgivare ska insända motsvarande dokumentation som intyg på att denne fullgjort i hemlandet föreskrivna registreringar och betalningar.

Finansieringsplan för verksamheten ska bifogas ansökan. Finansieringsplanen ska vara översiktlig och i stora drag beskriva hur verksamheten kommer att finansieras.

7.14 FÖRETAG UNDER BILDANDE

Ansökan kan lämnas av företag under bildande. Av ansökan ska framgå dels nuläge, förutsättningar, finansierings- och tidplan för att företaget ska kunna etableras, dels vilka bankgarantier eller motsvarande som kan ställas som säkerhet.

Bankgaranti/annan ekonomisk säkerhet/stöd ska ha erhållits och kunna redovisas vid verifieringen av vårdenheten.

Avser ansökande företag att utnyttja underleverantör för att genomföra delar av sitt åtagande kommer regionen att göra motsvarande kontroll enligt ovan för underleverantör. Underleverantörer ska redovisas i dokumentet ”Ansökan för godkännande”, se Styrande dokument.

För företag under bildande gäller att företaget ska vara bildat vid kontraktstecknandet. Företaget ska vid detta tillfälle uppfylla samtliga i detta förfrågningsunderlag uppställda krav.

Företrädare för företag under bildande ska även ha nödvändiga fullmakter och tillstånd för att kunna föra företagets talan fullt ut och underteckna ett eventuellt kontrakt.

7.15 ÄNDRAD ÄGARSTRUKTUR HOS VÅRDGIVARE

Förändringar avseende ägarförhållandena hos vårdgivaren eller hos vårdgivarens eventuella moderbolag, ska utan dröjsmål skriftligen anmälas till regionen. På begäran av regionen ska vårdgivaren lämna ytterligare information om de nya ägarförhållandena och om vårdgivarens framtida möjligheter att uppfylla avtalet. Om regionen befarar att den nye ägaren inte har möjlighet att uppfylla godkännandekraven enligt förfrågningsunderlaget kan ny ansökan om godkännande krävas. Regionen ska skriftligen meddela vårdgivaren om sitt beslut avseende avtalets fortsatta giltighet.

Vårdgivaren ansvarar för samtliga kostnader i samband med överlåtelse.

7.16 ANMÄLAN TILLL SOCIALSTYRELSEN

Kopia av anmälan till Socialstyrelsen enligt 2 kap. 1-3 § Patientsäkerhetslagen (2010:659) bifogas ansökan

7.17 PRÖVNING AV ANSÖKAN

Varje inkommen ansökan kommer att avslutas med ett beslut om godkännande eller avslag. Beslut sänds till sökanden i skriftlig form.

Vid handläggningen sker granskning och kvalificering av ansökande vårdgivare. Vårdgivare prövas mot de kvalificeringskrav som ställs enligt LOV och underlaget för Hälsoval Region Jämtland Härjedalen.

Kvalificeringsfasen innefattar bland annat:

- kontroll av att ansökande vårdgivare utformat sin ansökan i enlighet med förfrågningsunderlaget samt bifogat efterfrågade handlingar
- kontroll av vårdgivarens ekonomiska stabilitet samt dennes förväntade möjlighet att genomföra uppdraget
- kontroll av vårdgivarens tekniska förmåga genom referenstagning, kontroll av kompetens på verksamhetschef, kompetens på övrig personal etcetera
- prövning av obligatoriska krav.

7.18 ANSÖKANS GILTIGHETSTID

Vårdgivaren är bunden av sin ansökan till dess att ansökan avslutats genom att avtal undertecknats, dock längst i sex (6) månader efter att beslut om godkännande meddelats.

7.19 GODKÄNNANDE OCH AVTALSTECKNANDE

7.19.1 Godkännande

Regionen beslutar om ett godkännande eller ett avslag av ansökan inom 60 dagar efter att ansökan har kommit in.

Efter underrättelse om beslut lämnats, tecknas ett villkorat avtal med godkänd vårdgivare. (Del A 8.8 Underskrifter) Avtalet baseras på hela underlaget för denna ansökan och villkoret avser verifiering av vårdenhet.

7.19.2 Godkännandets giltighet

Om en vårdgivare inte utnyttjat sitt godkännande inom sex (6) månader, räknat från beslutsdatum för godkännande, förfaller detta.

7.19.3 Verifiering

Innan en godkänd vårdgivare får starta upp en vårdenhet eller ta emot listade medborgare ska denna verifieras. Detta gäller även filialer.

Verifiering innebär att regionen kontrollerar att de avtalsmässiga förutsättningarna är uppfyllda. Vid verifiering kontrolleras så även att lokaler, personalens kompetens, utrustning med mera uppfyller ställda krav.

Om en vårdenhet inte blir godkänd vid verifiering upphör tecknat avtal (del A) att gälla.

Godkänd verifiering bekräftas genom undertecknade av Avtal (Del B 8.8)

Godkänd och verifierad vårdgivare ska använda symbolen för Hälsoval Region Jämtland Härjedalen och därmed visa att den ingår i Region Jämtland Härjedalens offentligt finansierade vårdutbud.

8 AVTALSMALL

8.1 AVTALSPARTER

Mellan Region Jämtland Härjedalen och nedan angiven part har slutits följande avtal.

Region Jämtland Härjedalen	Vårdgivare
Region Jämtland Härjedalen Hälsovalskansliet Box 654 831 27 Östersund	
Org nr 232100-0214	Org nr
Hemsida www.regionjh.se	Hemsida

8.2 KONTAKTPERSONER

Parterna ska utse kontaktpersoner. När part byter kontaktperson eller kontaktuppgifter, ska detta skriftligen meddelas den andra parten. Meddelanden med anledning av avtalet ska skickas till respektive parts kontaktperson med post, e-post eller telefax.

Region Jämtland Härjedalen	Vårdgivare
Kontaktperson	Kontaktperson
E-post	E-post
Telefon	Telefon
Mobiltelefon	Mobiltelefon

8.3 ÅTAGANDE OCH OMFATTNING

Vårdgivaren åtar sig att för regionen leverera vårdtjänster i enlighet med uppdraget i den utsträckning som följer av detta avtal och det förfrågningsunderlag samt enligt de villkor som framgår av godkänd *ansökan X daterat åååå-mm-dd* inklusive bifogade bilagor.

8.4 HANDLINGARS INBÖRDES ORDNING

Avtalshandlingarna kompletterar varandra. Om avtalshandlingarna skulle visa sig vara motsägelsefulla i något avseende gäller de, om inte omständigheterna uppenbarligen föranleder till annat, sinsemellan i följande ordning:

- detta avtal med bilagor samt skriftliga ändringar och tillägg till detta avtal
- förfrågningsunderlag
- ansökan med bilagor

Uppgifter i ansökan som inte efterfrågas i förfrågningsunderlaget gäller inte som avtalsinnehåll, såvida det inte finns en skriftlig överenskommelse om att de ska gälla.

8.5 VERKSAMHETENS GEOGRAFISKA PLACERING

Förändringar utifrån meddelad geografisk placering måste ovillkorligen skriftligen meddelas regionen utan dröjsmål som kommer att bedöma om förändringen får anses utgöra en väsentlig ändring av avtalet.

Verksamheten utföres med adress:

Vårdgivaren AB
Kliniken
Sveagatan 12
123 45 SVEASTAD

Filialmottagningsadress:

Vårdgivarens filial AB
Kliniken
Sveagatan 12
123 45 SVEASTAD

8.6 AVTALSTID

Avtalet gäller löpande från och med XXX. Avtalet får skriftligen sägas upp med tolv (12) månaders uppsägningstid för vardera parten.

8.7 ÖVERLÅTELSE AV AVTAL

Avtalet får inte överlåtas

8.8 UNDERSKRIFTER

Detta avtal har upprättats i två exemplar varav parterna erhållit varsitt.

Del A Underskrifter Avtal efter godkännande

Regionen	Vårdgivaren
Ort och datum	Ort och datum
Namn	Namn
Namnförtydligande	Namnförtydligande

Del B Underskrifter Avtal efter verifiering

Regionen	Vårdgivaren
Ort och datum	Ort och datum
Namn	Namn
Namnförtydligande	Namnförtydligande

Bilagor

1. *Förfrågningsunderlag inkl. bilagor, daterad 201x-xx-xx*
2. *Anslutningsavtal Region Jämtland Härjedalen IT- och telefonitjänster*
3. *Tilläggsuppdrag*

.

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

UPPFYLLER KRAVEN FÖR INGÅR I HÄLSOVAL
HÄLSOVAL JÄMTLAND HÄRJEDALEN
regionjh.se/halsoval

Bilaga Listningsregler

Hälsoval Region Jämtland Härjedalen 2017

I Alla ändringar är markerade med en linje i vänster marginal.
Tillägg är skriven med röd text.
~~Det som skall tas bort är överstruket.~~
Gulmarkering= uppgifter ej klara i skrivande stund

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1 LISTNINGSREGLER 3
1.1 MEDBORGARENS ÅTAGANDE 3
1.2 PRINCIPER FÖR MEDBORGARENS VAL 3
1.2.1 Särskilt boende 3
1.2.2 Rätt till enskilda besök på annan vårdenhet än den valda 4
1.2.3 Undantag från listning 4
1.2.4 Listning i andra landsting/regioner 4
1.2.5 Nyinflyttade och nyfödda 4
1.2.6 Vid flytt inom länet 5
1.2.7 Vid byte av vårdenhet 5
1.2.8 Om en vårdenhet upphör 5
1.3 HANTERING AV MEDBORGARNAS VAL 5
1.3.1 Väntelista 5
1.3.2 Tillgång till valblankett 6
1.3.3 Listningsregister 6

1 LISTNINGSREGLER

1.1 MEDBORGARENS ÅTAGANDE

Region Jämtland Härjedalen bekostar medborgarnas primärvård genom bland annat en kapiteringsersättning. Medborgaren förklarar att han eller hon har för avsikt att i första hand vända sig till vårdenheten och dess samverkanspartner vid behov av primärvård.

1.2 PRINCIPER FÖR MEDBORGARENS VAL

- Alla som är folkbokförda i länet har tillgång till och kan välja en fast vårdenhet.
- Vårdgivarens åtagande gäller även för övriga icke folkbokförda i och utanför Jämtlands län, folkbokförda i andra regioner/landsting, i andra länder samt för personer med skyddade personuppgifter, asylsökande och papperslösa.
- Inom Jämtlands län kan man välja vårdenheter som har avtal inom ramen för Hälsoval Region Jämtland Härjedalen. Läkare som arbetar enligt Lagen om Läkarvårdsersättning är inte valbar som vårdenhet.
- Genom valet tar medborgaren ställning till vilken vårdenhet som ska ge honom eller henne den vård som inte kräver sjukhusets resurser.
- För att välja måste personen ha fyllt 18 år. För barn och ungdomar under 18 år väljer måste vårdnadshavaren godkänna ansökan. Vid gemensam vårdnad ska båda vårdnadshavarna stå bakom valet.
- Valet av vårdenhet kan ske via ställföreträdare (gäller bland annat svårt sjuka).
- Någon begränsning i hur ofta medborgarna får göra sitt val finns inte. Vårdenheten är skyldig att ~~inom två månader~~ ta emot personer som väljer att lista sig vid enheten. Den tidigare vårdenheten behåller vårdansvaret till dess att personen överförts till den nya vårdenheten. Något tak för antal listade finns inte.
- Varje vårdenhet har, enligt Patientlagen, i ansvaret för att de medborgare som så önskar får tillgång till och kan välja en fast läkarkontakt. Inte minst viktigt är att en sådan möjlighet aktivt erbjuds patienter med nedsatt autonomi inklusive barn, med kroniska sjukdomar, vårdkrävande äldre eller patienter i övrigt där kontinuitet i vården är viktigt för en god livskvalitet.
- För nya vårdenheter gäller kravet att ta emot alla listningar senast sex månader efter Region Jämtland Härjedalens godkännande.
- Ersättning för sjukresa utgår endast till närmsta belägna geografiska vårdenhet inom den kommun där personen har sin folkbokföringsadress.
- Den som listar sig till annan vårdenhet än den närmast geografiskt belägna inom kommunen kan inte räkna med att få hembesök.

1.2.1 Särskilt boende

Varje särskilt boende finns anslutet till en, av hälsovalskansliet utsedd, vårdenhet med ansvar för besök och kontakt med kommunala sjuksköterskan/distriktssköterskan enligt Ädelöverenskommelser. Personer som bor i särskilt boende har på samma sätt som övriga invånare rätt att välja vårdenhet. Den som listar sig till annan vårdenhet, än den av Region Jämtland Härjedalen utsedda, kan inte räkna med att få hembesök.

1.2.2 Rätt till enskilda besök på annan vårdenhet än den valda

En medborgare ska oavsett var denne är listad kunna söka och erhålla vård vid alla vårdenheter. Vårdenheten kan inte neka att ta emot medborgare som är listad vid annan enhet.

Personer från EU/EES-land som är studenter, utsända eller av annat skäl tillfälligt vistas i länet/regionen, till exempel turister, har rätt till nödvändig vård. Med nödvändig vård avses också vård som orsakas av kronisk sjukdom. I sådana fall ska även planerade besök genomföras. Tillfälliga behov hos övriga vårdsökande, till exempel från övriga världen och asylsökande, som vistas inom området ska också tillgodoses

Vid akut sjukdom finns rätten att söka vård där man befinner sig och vården har skyldighet att ta emot, detta gäller befolkningen i hela riket. Likaså finns rätten att välja fast primärvårdskontakt, samma skyldighet att ta emot finns ej utan avgörs om utrymme finns och om personens hemlandsting medger listning i länet. I båda fallen sker ersättning enligt Riksavtal för utomlänsvård.

1.2.3 Undantag från listning

Medborgare med skyddad identitet och asylsökande kan välja vårdenhet men registreras inte i listningsregistret.

1.2.4 Listning i andra landsting/regioner

Den 1 januari 2015 trädde Patientlagen i kraft, vilket innebär att man som medborgare har rätt att lista sig vart man vill i landet. Utomlänspatienter ska behandlas på samma sätt som bofasta, med undantag för vårdgarantin som endast gäller medborgare folkbokförda i länet. Det är alltid det medicinska behovet av vård som ska styra.

1.2.5 Nyinflyttade och nyfödda

Nyinflyttade och nyfödda tilldelas, då folkbokföringsuppgifter inkommit, ett ickevalsalternativ i avvaktan på att han eller hon gör ett eventuellt eget val. Ickevalsalternativet bygger på närhetsprincipen och utgör den vårdenhet som Region Jämtland Härjedalen beslutat om. Region Jämtland Härjedalen ansvarar för att nyinflyttade och vårdnadshavare till nyfödda erhåller information om Hälsoval Region Jämtland Härjedalen och om möjligheten att välja vårdenhet. Hälsovalskansliet ansvarar för den informationen. Vid gemensam vårdnad listas barn, om inte aktivt val görs, passivt till den vårdenhet som hör till den adress där barnet är mantalsskrivet.

1.2.6 Vid flytt inom länet

En individ som flyttar inom länet kommer att få hälsovalsinformation hemskickad från Hälsovalskansliet och ges möjlighet att välja vårdenhet. Om personen inte tidigare gjort ett aktivt val listas denne vid flytten enligt ickevalsalternativet. Tidigare aktivt val kvarstår, vilket anges i utskicket. Om individen vill lista sig till annan vårdenhet krävs ett nytt aktivt val.

1.2.7 Vid byte av vårdenhet

När personer vill byta vårdenhet ska valet bekräftas skriftligen på särskild anvisad valblankett. Denna undertecknas av både personen och en företrädare för den valda vårdenheten.
Den nya vårdenheten ska snarast ~~och senast inom två (2) månader~~ ta emot och underrätta personen att den. ~~Tiden för önskemålet räknas från och med den dag som personen undertecknar valblanketten. Den nya vårdenheten ska snarast, och senast inom två (2) veckor, ge besked om vilket datum personen~~ får ~~möjlighet att~~ ta del av vårdenhetens utbud.

1.2.8 Om en vårdenhet upphör

Om en vårdenhet upphör övergår ansvaret till Region Jämtland Härjedalen som uppmanar listade medborgare att göra ett nytt aktivt val. Om val inte gjorts listar Region Jämtland Härjedalen personen enligt närhetsprincipen till närmsta vårdenhet inom kommunen. När en vårdenhet upphör eller flyttar är det både Region Jämtland Härjedalen och vårdgivarens ansvar att informera de personer som valt vårdenheten. Informationen måste alltid samordnas via hälsovalskansliet.

1.3 HANTERING AV MEDBORGARNAS VAL

Uppgifter om medborgarnas val registreras i organisationens listningsregister. Uppdateringar som gäller nyfödda, inflyttade, utflyttade och avlidna sker fortlöpande. Förändringen påverkar ersättningen till vårdenheten.

Vid byte av vårdenhet ska företrädare för den valda vårdenheten underteckna valblanketten och därefter skicka in en kopia till Hälsovalskansliet. Skriftligt eller muntligt besked lämnas samtidigt till personen som gjort valet, med uppgift om vilken dag han eller hon tas emot. Valet ska genast registreras i Region Jämtland Härjedalens listningsregister.

Det datum som medborgaren fått sitt val godkänt i listningsregistret räknas som bytesdatum. Status i listningsregistret vid första måndagen i månaden ligger till grund för utbetalning av kapiteringen.

~~1.3.1 Väntelista~~

~~Vid beredande av plats registreras undertecknat önskemål i turordning i listningsregistrets kölista av vårdenheten. Kopia på blanketten skickas därefter till Hälsovalskansliet. Vårdenheten ansvarar för att i turordning, med undantag för barn med föräldrar som valt annan vårdenhet, tillgodose medborgarnas val samt meddela individen när valet tillgodosetts. Dock inom högst två månader.~~

1.3.2 Tillgång till valblankett

Varje vårdenhet ska tillhandahålla valblanketter. Dessa kan hämtas på Region Jämtland Härjedalens webbplats www.regionjh.se/halsoval. Någon annan valblankett får ej användas. Arbete pågår med att utveckla elektronisk valblankett i ”Mina vårdkontakter”.

Valblanketten gäller för både folkbokförda i länet och utomlänspatienter.

1.3.3 Listningsregister

Alla vårdenheter har tillgång till information om medborgarens val samt möjlighet att registrera val och använda funktionen listkö genom Region Jämtland Härjedalens listningsregister. Region Jämtland Härjedalens listningsregister möjliggör indelning av vårdenheten i områden baserat på team/läkare. Vårdgivaren ska utse kontaktperson som ansvarar för kommunikationen med hälsovalskansliet.

Mer information finns i Centuri under Hälsoval/Listningsinformation

I Alla ändringar är markerade med en linje i vänster marginal.

Tillägg/ändringar är skriven med röd text.

~~Det som skall tas bort är överstruket.~~

Gulmarkering= uppgifter ej klara i skrivande stund

Förfrågningsunderlag 2017

Allmäntandvård för barn och ungdomar 3 – ~~19~~ 21 år Jämtlands län

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INNEHÅLLSFÖRTECKNING 1

1 INBJUDAN ATT LÄMNA ANSÖKAN OM ATT DELTA I VALFRIHETSSYSTEM AVSEENDE ALLMÄN BARN- OCH UNGDOMSTANDVÅRD I JÄMTLANDS LÄN 4
2 DEFINITIONER 5
3 INLEDNING 6
4 UPPDRAGSSPECIFIKATION 7
4.1 ÖVERGRIPANDE UPPDRAG 7
4.2 MÅLGRUPP 8
4.3 UPPDRAGET 8
4.3.1 Barn- och ungdomars behov 8
4.3.2 Vårdinnehåll 9
4.3.3 Revisionsintervall 9
4.3.4 Tandhälsovård vid identifierad sjukdomsrisk 10
4.3.5 Akut vård 10
4.3.6 Tandvård för asylsökande med flera 10
4.3.7 Samverkan med specialisttandvården 10
4.3.8 Uteblivande 13
4.3.9 Åtgärder som ej ingår i allmäntandvård 13
4.4 LISTNING 13
4.5 LÄKEMEDEL 14
4.6 TILLGÄNGLIGHET 14
4.7 SAMVERKAN 14
4.8 KVALITET - PATIENTSÄKERHETSARBETE 15
4.9 NATIONELLA KVALITETSREGISTER 16
4.10 FORSKNING, UTVECKLING OCH UTBILDNING 16
5 ERSÄTTNING 17
5.1 KAPITERINGSERSÄTTNING 17
5.2 ÖVRIGA ERSÄTTNINGAR 17
5.3 AKUTTANDVÅRD 18
5.3.1 Patienter från andra regioner/landsting och andra länder 18
5.4 ASYLSÖKANDE 18
5.5 UTEBLIVANDE 18
5.6 UTVECKLING 2017 18
6 UPPFÖLJNING OCH UTVÄRDERING 19
6.1 ALLMÄNT 19
6.2 ODONTOLOGISK REVISION 19
6.3 MÅL 20
6.4 RISKBEDÖMING OCH EPIDEMIOLOGI 20
7 ALLMÄNNA VILLKOR 21
7.1 LAGAR, FÖRORDNINGAR OCH ANVISNINGAR 21
7.2 STYRDOKUMENT OCH POLICYSKRIFTER 21
7.3 PERSONAL 21
7.4 DELEGERING 21
7.5 PATIENTJOURNAL 21
7.6 PATIENTNÄMND 22
7.7 PATIENTFÖRSÄKRING 22
7.8 FÖRSÄKRINGAR 22
7.9 UTRUSTNING 22
7.10 LOKALER 22
7.11 VERKSAMHETSINFORMATION 22
7.12 MARKNADSFÖRING 23
7.13 SJUKRESOR 23
7.14 TOLKSERVICE 23
7.14.1 Språktolk 23

7.14.2 Tolkcentralens tjänster 23
7.15 MILJÖKRAV 23
7.16 MEDDELARFRIHET OCH ALLMÄNHETENS INSYN 23
7.17 PERSONUPPGIFTSLAGEN 24
7.18 KOLLEKTIVAVTAL ELLER LIKVÄRDIGT 24
7.19 SEKRETESS OCH TYSTNADSPLIKT 24
7.20 SKATTE- OCH AVGIFTSSKYLDIGHET 24
7.21 REVISION 25
7.22 ÄNDRINGAR OCH TILLÄGG PÅ REGION JÄMTLAND HÄRJEDALENS BEGÄRAN 25
7.23 OMFÖRHANDLING 25
7.24 BRISTER I FULLGÖRANDE 26
7.25 AVTALETS FÖRTIDA UPPHÖRANDE 26
7.26 ÅTERKALLANDE AV GODKÄNNANDE PÅ VÅRDGIVARENS BEGÄRAN 27
7.27 SAMVERKAN MED REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN VID AVTALETS UPPHÖRANDE 27
7.28 BEFRIELSEGRUNDER (FORCE MAJEURE) 27
7.29 OGILTIG BESTÄMMELSE I AVTALET 28
7.30 TVIST 28
7.31 UNDERLEVERANTÖR 28
7.32 ANSVAR 28
7.33 FAKTURERINGSVILLKOR 29
8 FÖRESKRIFTER FÖR ANSÖKAN 30
8.1 TIDPUNKT FÖR DRIFTSTART 30
8.2 UPPHANDLANDE MYNDIGHET 30
8.3 ANSVARIG HANDLÄGGARE FÖR ANSÖKAN 30
8.4 ANSÖKNINGSFÖRFARANDE 30
8.5 ANSÖKANS FORM OCH INNEHÅLL 30
8.6 RÄTTELSE AV FEL, FÖRTYDLIGANDE OCH KOMPLETTERING AV ANSÖKAN 31
8.7 AVLÄMNANDE AV ANSÖKAN 31
8.8 ANSÖKNINGSTIDENS UTGÅNG 31
8.9 KRAV FÖR GODKÄNNANDE 31
8.10 REGISTRERINGSSKYLDIGHETER, BETALNING AV SKATTER OCH AVGIFTER 32
8.11 FINANSIELL OCH EKONOMISK STÄLLNING 32
8.12 FÖRETAG UNDER BILDANDE 33
8.13 ANMÄLAN TILL SOCIALSTYRELSEN 33
8.14 PRÖVNING AV ANSÖKAN 33
8.15 ANSÖKANS GILTIGHETSTID 34
8.16 GODKÄNNANDE OCH AVTALSTECKNANDE 34
8.17 GODKÄNNANDETS GILTIGHET 34
8.18 RÄTTELSE 34
9 AVTALSMALL 35
9.1 AVTALSPARTER 35
9.2 KONTAKTPERSONER 35
9.3 ÅTAGANDE OCH OMFATTNING 35
9.4 HANDLINGARS INBÖRDES ORDNING 35
9.5 VERKSAMHETENS GEOGRAFISKA PLACERING 36
9.6 AVTALSTID 36
9.7 ÖVERLÅTELSE AV AVTAL 36
9.8 UNDERSKRIFTER 36

Dnr: VVN/9/2016

1 INBJUDAN ATT LÄMNA ANSÖKAN OM ATT DELTA I VALFRIHETSSYSTEM AVSEENDE ALLMÄN BARN- OCH UNGDOMSTANDVÅRD I JÄMTLANDS LÄN

Det fria valet av vårdgivare inom allmäntandvård för barn och ungdomar har gällt sedan 2001-01-01. Landstingsfullmäktige i Jämtlands län beslutade den 18-19 juni 2013 att det fria valet inom barntandvården ska anpassas till lagen om valfrihetssystem från den 1 januari 2014. Systemet kallas här för Vårdval barn- och ungdomstandvård Jämtlands län. Valfrihet inom allmän barntandvård innebär att målsman för barnen i åldrarna 3-17 år och ungdomar 18 ~~19~~ 21 år fritt får välja vårdgivare bland de som tecknat avtal med Region Jämtland Härjedalen. Genom det individuella valet följer en ersättning till vårdgivaren

Tandvård i Region Jämtland Härjedalen
God hälsa och positiv livsmiljö för alla i Jämtlands län är Region Jämtland Härjedalens vision. Det betyder bland annat att alla människor i Jämtlands län ska ha god hälsa och kunna hålla sig friska längre i ett hälsofrämjande län. Region Jämtland Härjedalens värdegrund anger att alla medarbetare i sina dagliga möten och samtal ska handla med respekt för alla människors lika värde, visa förtroende för andra och utgå från en helhetssyn på Region Jämtland Härjedalen och dem denne är till för.

Länet har drygt 126 000 invånare, varav ca 27.000 barn och ungdomar i åldrarna 0 – ~~19~~ 21 år i åtta kommuner med Östersund som residensstad. Av dessa omfattas ca 23.500 barn i åldrarna 3 – ~~19~~ 21 år av valfrihetssystemet. Avstånden i länet är stora och med turismen ökar befolkningen periodvis dramatiskt. Specialisttandvården bedrivs vid länssjukhuset i Östersund.

Ansökan
Region Jämtland Härjedalen redovisar alla dokument för uppdraget i denna ansökan och de utgör tillsammans de underlag som beskrivs i Vårdval barn- och ungdomstandvård Jämtlands län. Samtliga handlingar som är aktuella för deltagare i Vårdval barn- och ungdomstandvård Jämtlands län finns att hämta på Region Jämtland Härjedalens hemsida, www.regionjh.se/barntandvard eller på www.valfrihetswebben.se.

Med vänlig hälsning

David Berglund (S)
Vårdvalsnämndens ordförande

Björn Eriksson
Regiondirektör

2 DEFINITIONER

Avtal: Avtal med externa vårdgivare alternativt överenskommelse med egenregiverksamhet

Förfrågningsunderlag: Underlag för ansökan om att delta i Vårdval barn- och ungdomstandvård Jämtlands län som Region Jämtland Härjedalen tillhandahåller.

Godkännande: Alla sökande som uppfyller kraven i förfrågningsunderlaget kommer att godkännas för att bli en del av Vårdval barn- och ungdomstandvård Jämtlands län.

Ickevalsalternativ: Folktandvårdens enheter tilldelas ett område dit nyinflyttade och nyfödda fördelas samt de som inte gjort ett aktivt val, eftersom Region Jämtland Härjedalen har ansvar för att erbjuda alla barn 0 – ~~19~~ 21 år en regelbunden fullständig tandvård.

Kapitering: Ersättning per listad barn/ungdom.

Region Jämtland Härjedalen: Upphandlande myndighet.

Leverantör: Den som ansöker om att bli godkänd vårdgivare i Vårdval barn- och ungdomstandvård Jämtlands län (före eventuellt godkännande).

Listning: Begrepp som innebär att varje individ tillhör en vårdenhet, kan ske via aktivt eller passivt val.

LOV: Lagen om valfrihetssystem (2008:962).

Närområde: Det geografiska område som ingår i den geografiska indelning av ickevalsalternativ.

Styrdokument: del av förfrågningsunderlag

Vårdenhet: Leverantörens/vårdgivarens mottagning dit listning sker.

Vårdgivare: Leverantör i Vårdval barn- och ungdomstandvård Jämtlands län efter godkännande.

Vårdval barn- och ungdomstandvård Jämtlands län: Region Jämtland Härjedalens benämning på valfrihetssystem inom allmäntandvård för barn och ungdomar 3 – ~~19~~ 21 år.

3 INLEDNING

Region Jämtland Härjedalen har ett lagstadgat ansvar att erbjuda alla barn (0-~~19~~ 21 år) en regelbunden fullständig tandvård. Tandvården ska vara avgiftsfri för patienten under förutsättning att den inbegrips i tandvård som är nödvändig för att uppnå ett funktionellt och utseendemässigt godtagbart resultat. Vården ska tillgodose patientens behov av trygghet och vara lättillgänglig. System för identifiering av de barn som Region Jämtland Härjedalen har vårdansvar för ska finnas enligt tandvårdslagen (1985:125). Ett Region Jämtland Härjedalen får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som Region Jämtland Härjedalen ansvarar för.

Specialisttandvårdens resurser ska vara en tillgång för hela länet.

Sedan 2001 är det fritt vårdsökande för barn och ungdomar inom Jämtlands län. Region Jämtland Härjedalen har det samlade ansvaret för att varje barn/ungdom har en kontinuerlig tandvårdskontakt under hela uppväxtåren. Ersättning utgår till vårdgivare för varje listad medborgare i åldersgrupperna 3 – ~~19~~ 21 år.

Vårdval barn- och ungdomstandvård inom Region Jämtland Härjedalen införs den 1 januari 2014 för barn och ungdomar 3 – ~~19~~ 21år i enlighet med Lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV). Vårdvalet innebär att medborgaren har rätt att välja mellan de vårdgivare som Region Jämtland Härjedalen godkänt och tecknat avtal med.

För att delta i valfrihetssystemet krävs en godkännandeprocess av vårdgivarna. Godkännandeprocessen sker i tre steg. Prövning sker av;

- ansökan
- vårdgivaren
- tjänsten som uppdraget omfattar.

Leverantör som ansöker om godkännande kan själv välja geografisk lokalisering för vårdenheten. Under förutsättning att denne uppfyller kraven i förfrågningsunderlaget kommer godkännande att utfärdas. Region Jämtland Härjedalen kommer ej att begränsa antalet etableringar.

4 UPPDRAGSSPECIFIKATION

4.1 ÖVERGRIPANDE UPPDRAG

Region Jämtland Härjedalen är som huvudman ansvarigt för att gentemot länets invånare tillhandahålla de tjänster som omfattas av Vårdval barn- och ungdomstandvård Jämtlands län. Region Jämtland Härjedalen är vidare ansvarig för att tillse att den vårdgivare som åtar sig att för Region Jämtland Härjedalens räkning ge vård inom Vårdval barn- och ungdomstandvård Jämtlands län gör detta på ett sådant sätt att patienternas vårdbehov tillgodoses på odontologiskt kvalitativt bästa sätt.

Sverige har som nation accepterat att arbeta enligt FN:s barnkonvention och det är grunden för arbetet med barn och ungdomstandvård i Jämtlands län.

Målet för barn- och ungdomstandvården ska vara att skapa god munhälsa. Vården ska vara av god kvalitet och lägga särskild vikt vid förebyggande insatser. All behandling ska syfta till att avbryta pågående sjukdom och förhindra att ny sjukdom uppkommer.

Vårdgivaren ska följa gällande lagar och avtal, nationella riktlinjer samt de regler och riktlinjer och behandlingsråd eller behandlingsöverenskommelser som fastställs av Region Jämtland Härjedalen. Som grund för vården gäller ”Gemensamma riktlinjer ” samt övriga styrdokument som utarbetats gemensamt av de fyra norrlandstingen.

Verksamheten ska bedrivas i enlighet med tandvårdslagen och de grundläggande principerna i den vägledning för *God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården* som fastställts av Socialstyrelsen, innebärande:

- kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård
- säker vård
- patientfokuserad vård
- jämlik vård
- effektiv vård
- vård i rimlig tid.

Samverkan med andra vårdgivare och huvudmän ska bedrivas på ett sådant sätt att patienten och närstående upplever vården som en helhet.

Vårdgivaren ska integrera ett hälsofrämjande- och förebyggande synsätt vid alla kontakter med patient/medborgare samt i all vård och behandling och uppmuntra till egenvård. Vården ska ske utifrån patientens förutsättningar.

All behandling ska baseras på bästa tillgängliga vetenskapliga bevis/evidens. Vid val av behandling ska även hänsyn tas till behandlingens kostnadseffektivitet.

4.2 MÅLGRUPP

De målgrupper som omfattas av uppdraget är

- Barn och ungdomar 3-~~19~~ 21år som är folkbokförda i Jämtlands län eller kvarskrivna enligt 16§ folkbokföringslagen (1991:481)
- Asylsökande som omfattas av lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård till asylsökande mm som inte fyllt 18 år.
- Barn och ungdomar med skyddad identitet.
- Papperslösa/gömda flyktingar som inte fyllt 18 år ska erbjudas vård i samma omfattning som den som är folkbokförd i Jämtlands län enligt lag (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd
- Barn och ungdomar 0-~~19~~ 21år som är folkbokförda i annat län och som kontaktar vårdgivaren för akuta besvär.

Barn 0-2 år som är folkbokförda i Jämtlands län omfattas av Folktandvårdens områdesansvar och ingår inte i detta uppdrag.

4.3 UPPDRAGET

4.3.1 Barn- och ungdomars behov

Alla barn ska behandlas utifrån sin förmåga, sitt behov och sina förväntningar, med särskild hänsyn tagen till etnisk bakgrund.

- Barnet ska inskolas på ett pedagogiskt riktigt sätt. Tandvårdspersonalen ska sträva efter att skapa god kontakt med barn och vårdnadshavare.
- Ett gott psykologiskt omhändertagande ska karaktärisera barn- och ungdomstandvården. Barnets integritet ska respekteras och vården ska utformas med hänsyn till barnets individuella förutsättningar
- Inom barn och ungdomstandvården ska smärtfri behandling eftersträvas. Lokalanestesi bör användas vid ingrepp i smärtkänsligt dentin, käkben och orala mjukvävnader.
- Vid behov ska sedering kunna erbjudas som komplement till konventionell behandling. Som förstahandsalternativ bör behandlingen ske inom allmäntandvården med hjälp av farmaka. Barn som kan vara aktuella för tandvård under narkos bedöms av specialist i pedodonti eller allmäntandläkare med erfarenhet av narkostandvård.
- En medvetenhet ska finnas hos vårdgivaren om barns utsatthet. Samtliga medarbetare ska känna till de krav som ställs på all vårdpersonal vid misstanke om att ett barn far illa. Anmälan ska göras till socialtjänsten vid misstanke om att ett barn far illa Med barn som far illa avses bland annat försummelse/omsorgssvikt, psykisk och fysisk misshandel samt sexuella övergrepp.
- Vid behov rekommendera och anvisa fluoranalys av dricksvatten från egen brunn.

4.3.2 Vårdinnehåll

Vårdgivaren ska ge regelbunden och fullständig allmäntandvård till de barn och ungdomar 3-~~19~~ 21 år som listat sig hos vårdgivaren.

Med fullständig allmäntandvård avses undersökning, indicerad vård inkl akut vård samt individuellt förebyggande åtgärder.
Av särskild vikt är att

- Alla barn/ungdomar ska ha en ansvarig tandläkare
- Riskbedömning utförs (se styrdokument)
- Barn och ungdomar med särskilda behov visas speciell hänsyn i tandvårdssituationen
- Behandlingsplan upprättas
- Revisionsintervall fastställs

Vård ska ges av tandläkare eller tandhygienist inom ramen för deras kompetenser.

Vårdgivare ska delta i folkhälsoarbetet för 0-~~19~~ 21-åringar kring kost, tobak, alkohol samt barn som far illa. Särskild vikt ska läggas på information om tobakens skadliga inverkan på tandhälsan. Alla barn och unga som undersöks i tandvården ska från 13 års ålder erbjudas ett motiverande samtal kring tobakens skadeverkningar. Motiverande samtal ska journalföras. Val av behandling och material ska ske i samråd med patient och förälder/vårdnadshavare. Barntandvården ska vara amalgamfri.

Vårdgivaren ska särskilt uppmärksamma tecken på våld i nära relationer samt skyldigheten att anmäla misstanke om barn som far illa i enlighet med § 14:1 i Socialtjänstlagen

4.3.3 Revisionsintervall

Revisionsundersökning utförd av tandläkare omfattar fullständig diagnostik av hela munhålan, terapiplanering och riskgruppering. Detta ska utföras minst under det år patienten är 3 år och ~~19~~ 21 år. Högsta tillåtna intervall mellan undersökningar utförd av tandläkare är fyra år.

Vårdgivaren ska för alla 3-~~19~~21-åringar upprätta individuella revisionsintervall utifrån barn och ungdomars behov. Det planerade revisionsintervallet ska vid undersökningstillfället framgå av journalen. Patient som genomgått fullständig undersökning rapporteras in till Region Jämtland Härjedalen.

Revisionsintervall är tiden mellan två undersökningar utförda av tandläkare/tandhygienist och grundas på individuell riskbedömning. Med regelbunden vård avses för 3-6 åringar ett besök med undersökning/kontroll, behandlingsplan samt indicerad vård minst var 18:e månad och för 7-~~19~~ 21 åringar gäller minst var 24:e månad.

Tandhälsokontroll kan utföras av tandsköterska och utgör en kontroll av tandhälsan, där diagnostik, riskgruppering och terapiplanering inte ingår.

4.3.4 Tandhälsovård vid identifierad sjukdomsrisk

Barn som vid munhälsobedömningen uppvisar tecken på hög risk för eller har aktiv sjukdom ska erbjudas fullständig undersökning. Vid behov ska en orsaksutredning och individuellt anpassad behandling erbjudas.

Föräldrar vars barn visar tecken på risk att utveckla karies ska ges särskilt kunskapsstöd om tandsjukdomars uppkomst och sambandet mellan beteende och hälsa i enlighet med Folktandvårdens riktlinjer avseende vårdplan för barn och ungdom, se styrdokument. Kunskapsförmedlingen ska vara anpassad till föräldrars olika förutsättningar att ta del av sådan information.

4.3.5 Akut vård

Vårdenheten ska kunna erbjuda akut tandvård till enhetens listade barn- och ungdomar. Detta uppdrag ingår i ersättningen per listad. Vårdenheten ska även kunna erbjuda akut tandvård till barn och ungdomar listade på annan enhet.

Med akut tandvård avses behandling som i en akut situation ges för att lindra eller eliminera smärta/obehag från munhålan. I en akutbehandling ingår inte att utföra en fullständig behandling. För att höja patientsäkerheten samt förbättra kvaliteten i patienthanteringen ska alltid en återföring av utförd akutbehandling snarast ske till ordinarie vårdenhet. Ansvaret för eventuell uppföljning och fortsatt vård är hos ordinarie vårdgivare.

För akutvård ska vårdenheten vara tillgänglig samma dag under vardagar, antingen genom telefonkontakt eller besök på mottagningen. Vid stängning ska hänvisning finnas till andra överenskomna vårdenheter för att klara uppdraget.

4.3.6 Tandvård för asylsökande med flera

Asylsökande barn skall erbjudas en tandvård på lika villkor som barn bosatta i Sverige. Samtliga asylbarn 3-18 år bör vara kallade inom en månad efter meddelandet mottagits och ska kallas per post. Barn under 3 år kallas bara ifall akuta besvär föreligger.

Personer som fyllt 18 år har rätt till omedelbar tandvård samt tandvård som inte kan anstå. Vården har som primärt syfte att behandla akuta besvär, få stopp på sjukdomsutveckling och stärka egenvården.

4.3.7 Samverkan med specialisttandvården

Specialisttandvården ska vara en för patienten kostnadsfri, kvalificerad och tillgänglig resurs när allmäntandvårdens erfarenhet och kompetens inte räcker till.

Samverkan mellan allmäntandvården och specialisttandvården ska i princip alltid ske gällande individer med:

- medfödda eller förvärvade missbildningar i ansikte och käkar eller tänder

- komplicerad sjukdomsbild med speciella krav på behandling och/eller samverkan med andra instanser
- komplicerad tand- eller käkskador efter trauma
- okontrollerad sjukdomsutveckling i tänder, käkar och övriga orala vävnader.
- funktionsstörning inklusive orofaciala problem

Remittering för specialisttandvård ska ske i så god tid att denna vård kan påbörjas, och i normalfallet också slutföras, före det år då patienten fyller 20 år för att vården ska utföras utan avgift. Från och med det år patienten fyller 20 år ersätts även specialistvård enligt det statliga tandvårdsstödets regler.

Om särskilda journalförda skäl föreligger kan Region Jämtland Härjedalen svara för kostnaderna för specialisttand-vård efter det år patienten fyllt ~~19~~ 21 år. Region Jämtland Härjedalen ska då, efter prövning i varje enskilt fall, medge detta.

Specialisttandvårdens rutiner för remissgång ska följas, se styrdokument.

4.3.7.1 Vårdkedjor

För att underlätta barns och ungdomars kontakter med tandvården ska arbetet bedrivas i väldefinierade vårdkedjor.

Så långt det är möjligt ska vården ges på hemmakliniken. Kontinuitet avseende behandlingsansvarig ska eftersträvas.

Vid remiss till annan klinik ska kontakt upprätthållas mellan hemmaklinik och remissklinik. Rutiner för remisser, remissbekräftelse och remissvar ska följas. Remitterande klinik har alltid ansvar för den regelbundna tandvården.

4.3.7.2 Ortodonti

Alla barn och ungdomar i åldern 6-~~19~~ 21 år med ett behandlingsbehov enligt fastställda kriterier i de ortodontiska prioriteringsreglerna för tandvården i Norra regionen ska erbjudas kostnadsfri tandregleringsvård.

När oenighet råder mellan tandläkaren och patient/målsman beträffande behandlingsbehov ska barnet erbjudas s.k. second opinion av specialist.

Tandregleringskliniken och allmäntandvården samarbetar när det gäller omhändertagandet av barn och ungdomar med bettavvikelser.

4.3.7.2.1 Allmäntandvårdens ansvar

Allmäntandläkaren har ansvaret för övervakning av barns och ungdomars bettutveckling och för behandling av bettavvikelser, enligt de av Region Jämtland Härjedalen fastställda kriterierna, se styrdokument.

Ansvarig tandläkare ansvarar för nedanstående (ingår i kapiteringsersättningen):

- Övervakning av bettutvecklingen i både det primära och det permanenta bettet
- Att uppmärksamma och diagnostisera bettavvikelser i rätt tid/vid rätt bettutvecklingsstadium

- Att specialist i ortodonti konsulteras vid behov
- Att förbereda inför konsulten med registreringar och röntgenundersökningar och information till patient och förälder
- Interceptiv vård
- Extraktioner/operativa avlägsnanden på ortodontisk indikation
- Profylax och behandling av karies och gingivit samt behandling av akuta besvär i anslutning till tandregleringsbehandling
- Behandling med viss ortodontisk apparatur (ersätts separat)

4.3.7.3 Pedodonti

Barn och ungdomar med behandlingsproblem ska i största möjliga utsträckning omhändertas i allmäntandvården där smärtfri behandling och olika sederingsformer ska kunna erbjudas. Där komplicerande bakgrundsfaktorer föreligger kan det vara motiverat med utredning och behandling i samverkan med specialistklinik.

För barn med ovanliga och/eller komplicerade odontologiska problem och barn med tandproblem i samband med funktionshinder eller olika medicinska tillstånd kan behandlingen utföras av eller i samråd med pedodontist , se styrdokument.

Följande patientkategorier bör få sin behandling i nära samarbete med pedodontist:

- Barn och ungdomar som kräver omhändertagande i nära samarbete med sjukvårdande instanser.
- Barn och ungdomar som i samverkan med allmäntandvården kräver en samlad specialistkompetens i en vårdkedja med andra odontologiska specialiteter.
- Barn och ungdomar med stora behandlingsproblem och/eller med omfattande och komplicerad sjukdom och behandling, där omhändertagandet kräver särskild kompetens och särskilda resurser.

4.3.7.3.1 Lustgassedering

Vid behov av sedering med lustgas ska behandling i första hand ske inom allmäntandvården. I de fall förutsättningar saknas för detta, remitteras patienten till specialistkliniken i pedodonti för vidareförmedling av remiss till lämplig vårdgivare.

4.3.7.3.2 Narkostandvård

Narkos som sedering inom barntandvården används restriktivt. Specialistkliniken i pedodonti och sjukhustandvården har det övergripande ansvaret för narkostandvården för barn och för att narkostandvård erbjuds på likartade villkor i hela länet.

Alla barn som remitteras med önskemål om narkostandvård ska bedömas av specialist i pedodonti eller av sjukhustandläkare med erfarenhet av narkostandvård på barn innan patienten erbjuds narkossanering.

En långsiktig terapiplan ska upprättas för varje barn som får tandvård under narkos. Efter utförd tandbehandling under narkos ska barnet följas upp och en plan för fortsatt omhändertagande i

allmäntandvården ska upprättas. Efter remissvar har allmäntandläkaren ansvaret för att den förebyggande vården genomförs.

4.3.8 Uteblivande

Listade barn och ungdomar som inte infunnit sig på avtalad tid ska av sin vårdgivare erbjudas en ny tid vid ytterligare två tillfällen, inom rimlig tid från den första avtalade tiden. Samtliga avtalade tider mellan vårdgivare och vårdtagare skall journalföras. Vid upprepade uteblivanden ska målsman/ vårdtagaren skriftligen informeras av vårdenheten, se styrdokument.

Skyldigheten att anmäla misstanke om barn som far illa ska ske i enlighet med Socialtjänstlagen § 14:1.

4.3.9 Åtgärder som ej ingår i allmäntandvård

I begreppet fullständig allmäntandvård ingår t ex inte:

- apnéskena på medicinsk indikation (vården utförs på sjukvårdens uppdrag)
- gomplåtar vid oralmotorisk träning (vården utförs på sjukvårdens uppdrag)
- inläggs- eller kronterapi som ej följer antagna riktlinjer för behandling med icke plastiska tandfyllnadsmaterial
- tandskydd (om detta ej är odontologiskt indicerat som traumaprofylax)
- kosmetiska åtgärder som exempelvis tandsmycken, blekning

Kollektiva insatser riktade till befolkningen ingår i Folktandvårdens områdesansvar.

4.4 LISTNING

Valet för barn och ungdomar ska avse listning till vårdenhet. Där det inte sker något aktivt val listas de hos Folktandvården i det geografiska närområdet (ickevalsalternativet). För barn och ungdomar under 18 år väljer vårdnadshavaren. Vid gemensam vårdnad ska båda vårdnadshavarna stå bakom valet.

Nyinflyttade och nyfödda tilldelas, då folkbokföringsuppgifter inkommit, ett ickevalsalternativ i avvaktan på att han eller hon gör ett eget val. För barn gäller valfriheten från och med det år som barnet fyller tre (3) år. Ickevalsalternativet ska vara enligt närhetsprincipen och den geografiska indelning som Region Jämtland Härjedalen fastställer.

Region Jämtland Härjedalen skickar ut information om möjligheten att välja till vårdnadshavare för de barn som fyller 3 år under kalenderåret och till nyinflyttade. Vårdnadshavare för barnet eller 18-~~19~~ 21 åringen väljer sedan om det ska vara listat hos Folktandvården eller hos en vårdgivare som har avtal med Region Jämtland Härjedalen. Byte av vårdgivare kan ske när som helst. Den nya vårdgivaren ska informera patienten inom fyra veckor att valet är tillgodosett.

Vårdgivaren övertar vårdansvar från tidigare vårdgivare när underskriven valblankett inkommit till Region Jämtland Härjedalens beställarenhet från den nya vårdgivaren för det aktuella barnet. Kopia tillställs tidigare vårdgivare efter registrering vid beställarenheten.

En vårdenhet åtar sig att behandla samtliga barn- och ungdomar som listar sig. I de fall vårdenheten önskar begränsa totalantalet listade barn och ungdomar ska skriftlig ansökan lämnas in till Region Jämtland Härjedalen, som ska besluta om ett eventuellt godkännande av begränsning. Minimiantal listade barn och ungdomar bör vara minst 30 per vårdenhet.

Medborgare som gjort ett aktivt val kvarstår hos samma vårdgivare tills nytt aktivt val sker även om medborgaren flyttar inom länet.

Om en vårdenhet upphör övergår ansvaret till Region Jämtland Härjedalen som uppmanar listade medborgare att göra ett nytt aktivt val. Om val inte gjorts listar Region Jämtland Härjedalen personen enligt närhetsprincipen till närmsta enhet inom folktandvården i kommunen. Om en vårdenhet upphör är det både Region Jämtland Härjedalens och vårdgivarens ansvar att informera de listade. Informationen ska samordnas via Region Jämtland Härjedalen.

Där något aktivt val av vårdgivare inte skett ingår barnet/ungdomen i Folktandvårdens ansvar enligt ickevalsalternativet. Detta gäller även för asylsökande och ”gömda” barn och ungdomar.

Medborgare med skyddad identitet och asylsökande kan välja vårdenhet men ska inte registreras. För personer med skyddad identitet ska särskilda anvisningar följas.

Vårdgivare kan inte avvisa barn och ungdomar som söker vård.

4.5 LÄKEMEDEL

Vårdgivaren ska ha god kunskap om och följa Region Jämtland Härjedalens läkemedelskommittés rekommendationer, Tandvårdens läkemedelshandbok, gällande lagstiftning samt beslut om användning av arbetsplatskoder för läkemedel.

Avvikelser från givna rekommendationer och anvisningar ska vid begäran från Region Jämtland Härjedalen kunna förklaras och motiveras.

Vårdgivaren ska svara för att erforderliga läkemedel som behövs vid mottagningen finns och själv bekosta dessa.

4.6 TILLGÄNGLIGHET

Vårdgivaren ska svara för att det finns lättillgänglig och lättförståelig information om öppettider och tidsbeställning. Vårdenheten ska vara tillgänglig på telefon under vardagar. Öppettider ska anpassas till patienternas behov för att garantera god tillgänglighet till vården. Vid de tider då vårdenheten inte har öppet ska information ges om var patienten kan få sin vård enligt träffad överenskommelse med annan vårdgivare.

4.7 SAMVERKAN

Vårdgivaren ansvarar för att vårdenheten samverkar med berörda vårdaktörer, myndigheter, organisationer och övriga i patientens vård engagerade personer när patientens behov inte kan

tillgodoses enbart av vårdenheten. Vårdgivaren ansvarar för att vårdenheten aktivt medverkar till att skapa en sammanhållen vårdkedja i syfte att bidra till en väl fungerande vårdprocess utifrån patientens och närståendes perspektiv.

4.8 KVALITET - PATIENTSÄKERHETSARBETE

Vårdgivaren ska bedriva ett fortlöpande, systematiskt och dokumenterat arbete med kvalitets- och verksamhetsutveckling. Kvalitetsbegreppet omfattar såväl tillgänglighet och den patientupplevda kvaliteten som det odontologiska resultatet.

Grundläggande för den vård och de insatser som vårdgivaren erbjuder för att tillgodose patienters och andra intressenters, exempelvis närståendes, behov ska vara att:

- Patient/närstående upplever att de har möjlighet till delaktighet i beslut som fattas kring den vård som ges. Patienten ska upplysas om sitt tandhälsotillstånd och de behandlingsalternativ som står till buds.
- Den som söker vård ska snarast få besked om tider för besök, eventuell behandling
- Vårdgivaren ska lämna patienten lättillgänglig och förståelig information, såväl i praktiska, administrativa som odontologiska frågor.
- Utforma rutiner för att systematiskt ta tillvara synpunkter och klagomål som framförs av patienter/målsmän samt utveckla och förbättra verksamheten utifrån dessa synpunkter/klagomål.
- I förekommande fall informera om patientens rätt att vända sig till Region Jämtland Härjedalens patientombudsman, Region Jämtland Härjedalens patientnämnd samt till Socialstyrelsen.

Vårdgivaren ska ha rutiner för avvikelsehantering och anmälningar till Socialstyrelsen enligt Lex Maria. Vårdgivaren har ansvar för att det finns rutiner för analys, uppföljning och erfarenhetsåterföring till berörda av lokala avvikelser, anmälningar enligt Lex Maria, samt anmälningar patient- och förtroendenämnden och patientförsäkringen. Vårdgivaren ska rapportera ärenden från Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (LÖF) som avvikelse. Ärenden ska kommuniceras och användas i lärande syfte.

Vårdgivaren ska ha ett ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2011:9 om allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och Patientsäkerhetslagen (2010:659) samt medverka i den nationella patientsäkerhetssatsning som görs i överenskommelse mellan landstingsdirektörerna och Sveriges kommuner och landsting, SKL Vårdgivaren ska därmed årligen upprätta patientsäkerhetsberättelse. Kopia ska insändas till Region Jämtland Härjedalen.

Vårdgivaren har en skyldighet att medverka och leverera statistik till uppföljningar och enkäter som sker, exempelvis den nationella mätningen av vissa epidemiologiska data som levereras till Sveriges Kommuner och Landsting (SKL).

4.9 NATIONELLA KVALITETSREGISTER

Ett nationellt arbete pågår med att utveckla kvalitetsregister inom tandvården som kan komma att påverka vårdgivaren. När Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit (SKaPa) och National Quality Register for Dental Implants (NQRDI) tas i bruk ska vårdgivaren registreras i dessa.

4.10 FORSKNING, UTVECKLING OCH UTBILDNING

Vårdgivaren ska kunna medverka i forsknings-, utvecklings- och utbildningsprojekt (FoUU). Vårdgivare ska exempelvis tillhandahålla nödvändiga uppgifter från journal och labbdata samt vid behov biträda med kompletterande uppgifter och/eller godkännande. Detta regleras genom överenskommelse i varje enskilt fall mellan vårdgivaren och den som genomför den kliniska prövningen. Vårdgivaren ska i sådana överenskommelser tillse att forskningsetiska tillstånd finns.

Journaluppgifter och liknande data om patienter ska vara tillgängliga för forskning. Om detta är förknippat med väsentliga merkostnader regleras detta genom överenskommelse i varje enskilt fall mellan vårdgivaren och den som begär ut uppgifterna. Uppgifter om enskilda prov som sparas ska vara registrerade i Svenska Biobanksregistret.

5 ERSÄTTNING

5.1 KAPITERINGSERSÄTTNING

Lagen om valfrihetssystem (LOV) innebär att den ekonomiska ersättningen följer patienten fullt ut. Detta innebär att Region Jämtland Härjedalen inte kan förbinda sig eller garantera någon som helst ersättning till vårdgivaren om han/hon inte får listade patienter som söker vård hos denne.

Ersättningen är baserad på antal listade barn och ungdomar 3 – ~~19~~ 21 år. Samma ersättningsbelopp ges per listad individ. Ersättningen avser vårdenhetens samtliga kostnader och uppgår för år 2016 till 1.260 kronor, men justeras som regel årligen. Ersättningsmodellen kan komma att förändras.

Ersättningen utbetalas endast till vårdenheten, inte till eventuella underleverantörer. Ersättningen justeras månatligen utifrån antalet listade vid vårdenheten

Ersättning lämnas för hel månad och baseras på antalet listade. I de fall information om byte av vårdgivare är aktuell, ska den informationen vara Region Jämtland Härjedalen tillhanda senast den första vardagen varje månad. Utbetalning sker månadsvis, med en tolftedel av den beräknade årsersättningen. Utbetalningen sker innevarande månad, utan anmodan, den 25:e varje månad eller närmaste arbetsdag därefter. Övrig ersättning respektive avdrag regleras i efterhand i särskild ordning.

För att ersättningen ska utgå insändes *Vårdrapport/uppgift* vid senaste undersökning med angivande av revisionsdatum, som är anpassat till gjord riskgruppering. I de fall individen inte kommit inom angiven revisionstid stoppas utbetalning av ersättningen efter tre (3) månader.

Ingen kapiteringsersättning betalas för utflyttade patienter som önskar gå kvar eller för de patienter som önskar få sin vård utanför länet. Detta får i förekommande fall vara en uppgörelse mellan berörda vårdgivare.

5.2 ÖVRIGA ERSÄTTNINGAR

Ersättning lämnas för sådan vård som utförs inom allmäntandvården på förslag av specialisttandvården – främst ortodonti. Detta ersätts från folktandvårdens områdesansvar.
För externa vårdgivare skickas faktura via Beställarenheten.

- Avtagbar apparatur i samband med ortodonti (lokal åtgärd O2, O3 eller O4) samt viss fast apparatur (lokal åtgärd O5) ersätts med 50 % av kostnaden enligt folktandvårdens taxa vid behandlingens början och 50 % när behandlingen är avslutad och klar.
  Vid utbetalning av ersättning bifogas vid behandlingens början kopia av ortodontijournal jämte tandteknisk faktura, vid avslut insändes vårdgivarens journalkopia.
- Vid krav om ersättning för protetiska konstruktioner ska till fakturan bifogas tandteknisk faktura samt terapiförslag/godkännande från protetiker.
- Ersättningskrav avseende språktolk.

Behandling med lustgas samt behandling under narkos som utförs inom Folktandvården ersätts av remitterande vårdgivare.

5.3 AKUTTANDVÅRD

Akutbehandling av egen patient ingår i vårdansvaret. Om akutvård utförs av annan vårdgivare ska den vårdgivare som har vårdansvaret ersätta behandlande vårdgivare.

För akutvård ska endast åtgärd 103, 121 och 301 debiteras enligt folktandvårdens taxa. Vid tidskrävande trauma kan åtgärd 301 utbytas mot 302 eller 303 samt åtgärd 124 bli aktuell.
50 procent tillägg utgår vid behandling under helger

5.3.1 Patienter från andra regioner/landsting och andra länder

För barn- och ungdomspatienter från andra regioner/landsting som ges akut vård ska vårdgivaren debitera patientens ordinarie vårdgivare för vårdkostnad.

Vårdgivaren ska även ta emot patienter från andra länder på samma sätt som Region Jämtland Härjedalens egna verksamheter enligt bestämmelserna i ”Vård för personer från andra länder”.

5.4 ASYLSÖKANDE

Asylsökande under 18 år har rätt till all slags vård, medan asylsökande över 18 år har rätt till akut vård och vård som inte kan anstå.

Ersättningskrav måste vara försedda med den asylsökandes LMA-nummer för att ersättning ska lämnas enligt Region Jämtland Härjedalens regelverk. Ersättningen ingår i de statliga medel som Migrationsverket lämnar ersättning med.

5.5 UTEBLIVANDE

Uteblivande får debiteras patient/målsman med ~~100 kr~~ 300 kr.

5.6 UTVECKLING 2017

Region Jämtland Härjedalen kommer successivt att utveckla ersättningsmodellen för barn och ungdomstandvård.

Under 2017 kommer bland annat följande att ses över:

- Barn- och ungdomstandvård kommer att gälla i Region Jämtland Härjedalen för barn och ungdomar upp till 23 år, under förutsättning att riksdagen beslutar om detta.

6 UPPFÖLJNING OCH UTVÄRDERING

6.1 ALLMÄNT

Utgångspunkten för hur ”Vårdval barn- och ungdomstandvård Jämtlands län” kommer att följas upp ska vara en ömsesidig strävan att uppnå en förtroendefull relation mellan parterna. Region Jämtland Härjedalen har ett ansvar att påtala brister i verksamheten oavsett om verksamheten drivs av Region Jämtland Härjedalen i egen regi eller av andra, fristående vårdgivare. Därmed tillgodoses också allmänhetens rätt till insyn enligt 3 kap 19 a § kommunallagen.

Vårdgivaren ska utan kostnad medverka med faktaunderlag för Region Jämtland Härjedalens uppföljning av verksamheten. I förekommande fall ska vårdgivaren medverka vid uppföljningsmöten. Vårdgivaren ska förse Region Jämtland Härjedalen med efterfrågat uppföljningsunderlag samt ansvara för att inrapporterade uppgifter är riktiga. I samband med uppföljningen av verksamheten äger Region Jämtland Härjedalen rätt att hos vårdgivaren inspektera arbetet, t ex i form av journalgranskning, för att bland annat säkerställa att vårdgivaren uppfyller överenskomna krav och specifikationer.

Vårdgivaren ska lämna de uppgifter som Region Jämtland Härjedalen anser sig behöva för att följa upp och kontrollera att

- verksamheten bedrivs i enlighet med förfrågningsunderlaget och de mål och riktlinjer som Region Jämtland Härjedalen fastställt
- leverantörens säkerhets- och kontrollsystem är tillräckliga
- verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredställande sätt

Uppföljningsdata kommer att ses över och utvecklas varje år i takt med att evidens och teknik finns som stödjer införande av nya indikatorer. Kvalitetsindikatorer och nyckeltal kan komma att revideras.

Vid särskilda tillfällen kan också uppgifter utöver planerad uppföljning begäras in och sådana uppgifter ska skyndsamt inrapporteras till Region Jämtland Härjedalen.

6.2 ODONTOLOGISK REVISION

Region Jämtland Härjedalen ska ha rätt att under avtalsperioden, och när Region Jämtland Härjedalen så anser befogat, låta genomföra odontologisk revision av verksamheten som omfattas av uppdraget. Den odontologiska revisionen ska kunna omfatta granskning av alla sådana uppgifter som vårdgivaren kan lämna ut enligt reglerna i Patientsäkerhetslagen (2010:659) till den som utför den odontologiska revisionen. Denne får i sin tur lämna ut uppgifter om enskild patient endast om det är föreskrivet i gällande lag.

Region Jämtland Härjedalen svarar för ersättning till person som anlitas för odontologisk revision. Vårdgivaren ska efter prövning enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659) vara behjälplig med att tillhandahålla de uppgifter som krävs för att den odontologiska revisionen ska kunna genomföras.

6.3 MÅL

- Mer än 95 % av barnen ska genomgå revisionsundersökning med max två månaders fördröjning.
- Epidemiologiska värden ska finnas inrapporterade på samtliga barn och ungdomar.
- Genom förbättrad tandhälsa ska andelen akuta besök minimeras.

6.4 RISKBEDÖMING OCH EPIDEMIOLOGI

I samband med revisionsundersökning ska riskgruppering utföras, journalföras och rapporteras till Region Jämtland Härjedalen. Revisionsintervallet ska anges liksom uppgifter om epidemiologiska värden, se styrdokument.

7 ALLMÄNNA VILLKOR

7.1 LAGAR, FÖRORDNINGAR OCH ANVISNINGAR

Vårdgivaren svarar för att vid varje tidpunkt gällande författningar (lagar, förordningar samt myndigheters föreskrifter) följs för uppdragets genomförande. Med författning likställs av myndigheter utfärdade normer och råd.

7.2 STYRDOKUMENT OCH POLICYSKRIFTER

Vårdgivaren ska följa Region Jämtland Härjedalens styrdokument, policyskrifter och övriga anvisningar i tillämpliga delar.

7.3 PERSONAL

Vårdgivaren ansvarar för att all personal på vårdenheten har tillräcklig och aktuell kunskapsnivå inom det odontologiska ämnesområdet och som särskilt berör barn- och ungdomstandvård. Uppdraget kräver legitimation, där så erfordras och i den omfattning som krävs för att tillhandahålla en god och säker vård. Vårdgivare ska tillse att all i verksamheten berörd personal fortlöpande erhåller erforderlig fort- och vidareutbildning.

Namn på verksamhetsansvarig ska framgå av kontraktet. Förändring ska utan dröjsmål meddelas Region Jämtland Härjedalen. Kompetensprofiler på vårdenhetens personal ska bifogas ansökan.

7.4 DELEGERING

Delegering av arbetsuppgifter ska ske i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd SOSFS 2002:12. Varje delegeringsbeslut ska bekräftas skriftligt.

7.5 PATIENTJOURNAL

Patientdatalagen (2008:355) ger grundläggande bestämmelser om patientjournaler inom hälso- och sjukvården. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation av patientbehandling inom tandvården, SOSFS 2008:14, ska utgöra grunden för journaldokumentationen..

Vårdgivaren ska, med patientens medgivande, utlämna kopia av patientjournal till annan vårdgivare som ger hälso- och sjukvård till patienten. Vårdgivaren har rätt, respektive skyldighet att kostnadsfritt erhålla, respektive tillhandahålla, kopia av patientjournal från respektive till den offentliga sjuk- och tandvården eller från/till vårdgivare med vårdavtal.

7.6 PATIENTNÄMND

Verksamheten faller under ansvarsområdet för Region Jämtland Härjedalens patientnämnd. Patienten ska informeras och ges erforderlig möjlighet att vända sig till patientnämnden. Vårdgivaren ska till patientnämnden lämna de uppgifter som nämnden behöver för att fullgöra sitt uppdrag.

7.7 PATIENTFÖRSÄKRING

För den verksamhet som bedrivs enligt detta avtal gäller Region Jämtland Härjedalens patientförsäkring med Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (LÖF). Vårdgivaren har skyldighet att utan kostnad lämna de intyg, journaler, med mera som LÖF:s skaderegleringsbolag Personskadereglering AB (PSR) begär för de patienter som behandlats hos vårdgivaren. Detta gäller även om skadan inträffat på en annan vårdenhet men patienten har en vårdepisod hos vårdgivaren Vidare ska vårdgivaren utfärda intyg till patienter som är i behov av ett sådant för att styrka sin sjukdom eller skada.

7.8 FÖRSÄKRINGAR

Vårdgivaren ska inneha för vårduppdraget relevanta och erforderliga försäkringar. Försäkringsbevis utställt av vårdgivarens försäkringsbolag ska överlämnas till Region Jämtland Härjedalen senast i samband med verifiering av vårdenhet. På anmodan ska vårdgivaren löpande kunna uppvisa intyg på erfoderliga försäkringar under hela avtalstiden.

7.9 UTRUSTNING

All utrustning som används inom verksamheten ska uppfylla vedertagna standarder och krav på tillförlitlighet, prestanda och kvalitet för att tillförsäkra en ändamålsenlig funktion.

7.10 LOKALER

Vårdgivaren ska ha för verksamheten säkra, ändamålsenliga och verksamhetsanpassade lokaler. Lokalerna ska vara utformade så att vården av patienter kan ske med full respekt för individens integritet och ostördhet samt vara lättillgängliga för personer med olika funktionsnedsättningar.

I de lokaler där huvudsakligen barn vistas ska miljön vara anpassad för barn.

7.11 VERKSAMHETSINFORMATION

Region Jämtland Härjedalen ansvarar för att vårdgivarna via bland annat Region Jämtland Härjedalens webbsidor kan ta del av sådan verksamhetsinformation som behövs för att fullgöra åtagandet. Region Jämtland Härjedalen ska kunna kommunicera med vårdenheten via e-mail.

Vårdgivaren har ansvar för att hålla sig uppdaterad om aktuell verksamhetsinformation som Region Jämtland Härjedalen ger ut på bland annat webbsidor.

7.12 MARKNADSFÖRING

Vårdgivaren ansvarar för att vårdenhetens marknadsföring av verksamheten är saklig och korrekt och följer god marknadsföringsetisk sed. Det ska klart framgå att verksamheten drivs på uppdrag av Region Jämtland Härjedalen.

Region Jämtland Härjedalen har rätt att placera information i vårdgivarens lokaler, riktat till patienter och befolkning.

7.13 SJUKRESOR

Vårdgivaren ska ha kännedom om och följa Region Jämtland Härjedalen regler för sjukresor och vara patienten behjälplig med att ordna sjukresa samt informera om gällande regler.

7.14 TOLKSERVICE

7.14.1 Språktolk

Vårdgivaren ska tillhandahålla tolk till patient som inte förstår eller kan uttrycka sig på svenska språket. Vårdgivaren är skyldig att följa språklagen (2009:600) och lagen om nationella minoriteter och minoritetsspråk (2009:724). Folktandvården svarar för kostnaden.

7.14.2 Tolkcentralens tjänster

Region Jämtland Härjedalen ansvarar för tolkservice i form av teckenspråkstolkar och vuxendövtolkar till döva, dövblinda och hörselskadade personer. Vårdgivaren rekvirerar vid behov tolkservice genom Region Jämtland Härjedalens tolkcentral. Region Jämtland Härjedalen svarar för kostnaden.

7.15 MILJÖKRAV

Vårdgivaren ska vara informerad om och följa gällande lagar och andra författningar samt Region Jämtland Härjedalens riktlinjer och policys, som berör vårdgivaren. Se www.regionjh.se/omoss/miljoarbete .

Vårdgivaren ansvarar för att vårdenheten bedriver sitt interna miljöarbete på sådant sätt att vårdgivaren därigenom medverkar till att målen i Region Jämtland Härjedalens miljöarbete uppnås. Miljöarbetet ska vara en naturlig del i verksamheten och i linje med kvalitetsarbetet.

7.16 MEDDELARFRIHET OCH ALLMÄNHETENS INSYN

Meddelarfrihet för anställda hos Region Jämtland Härjedalen regleras i svensk lag. Anställda hos vårdgivaren inklusive underleverantörer ska omfattas av en liknande meddelarfrihet. Vårdgivaren

förbinder sig därför att, med undantag för vad som nedan anges, inte ingripa mot eller efterforska den som lämnat meddelande till författare, utgivare eller motsvarande för offentliggörande i tryckt skrift eller radioprogram eller andra upptagningar. Förbindelsen gäller inte sådana meddelanden som avser företagshemlighet som skyddas av lagen om skydd för företagshemligheter eller omfattas av tystnadsplikt för vårdgivarens anställda utanför det område som uppdraget omfattar och inte heller i vidare mån än vad som omfattas av meddelarfrihet för offentligt anställda enligt kap. 44 Offentlighet och sekretesslagen.

Enligt Kommunallagen 3:19a ska Region Jämtland Härjedalen, genom tecknat avtal med vårdgivaren, tillgodose allmänhetens önskemål och behov av insyn i hur uppdraget utförs. Vårdgivare förbinder sig därmed genom tecknat avtal att, vid anmodan från Region Jämtland Härjedalen eller då allmänheten så påtalar, snarast delge Region Jämtland Härjedalen eller allmänheten de uppgifter som efterfrågas.

7.17 PERSONUPPGIFTSLAGEN

Vårdgivaren är personuppgiftsansvarig för sin behandling av personuppgifter och ska följa Personuppgiftslagen.

7.18 KOLLEKTIVAVTAL ELLER LIKVÄRDIGT

Om vårdgivaren inte tecknat svenskt kollektivavtal ska denne på uppmaning kunna visa på hur förhållande och villkor mellan arbetsgivare och arbetstagare regleras på ett sätt som följer arbetsmarknadslagstiftning och i övrigt följer god sed på arbetsmarknaden. Detsamma ska gälla för eventuella underleverantörer som vårdgivaren anlitat för att fullgöra uppdraget.

7.19 SEKRETESS OCH TYSTNADSPLIKT

Vårdgivaren förbinder sig att iaktta den sekretess och tystnadsplikt som gäller inom hälso- och sjukvård. Vårdgivaren innefattar alla personer som vårdgivaren på något sätt involverar för att fullgöra sina åtaganden mot Region Jämtland Härjedalen och andra personer som på något sätt kan komma i kontakt med uppgifterna.

7.20 SKATTE- OCH AVGIFTSSKYLDIGHET

Region Jämtland Härjedalen har när som helst under avtalstiden rätt att kontrollera hos Skatteverket att vårdgivaren uppfyller sin skatte- och avgiftsskyldighet.

Avtal kan endast vidmakthållas med vårdgivare som fullgör sina lagenliga skyldigheter avseende skatte- och övriga avgifter. Om vårdgivaren anlitar underleverantör, gäller samma skyldigheter för underleverantören.

7.21 REVISION

Region Jämtland Härjedalen revisorer ska i enlighet med Kommunallagen 9 kap. 9 § granska all verksamhet som Region Jämtland Härjedalen bedriver inom sitt verksamhetsområde.

Vårdgivaren förbinder sig att i enlighet med denna lag låta Region Jämtland Härjedalens revisorer, eller de som revisorerna utser, utan hinder av sekretess eller affärsjuridiska krav ta del av sådan handling eller uppgift som är nödvändig för utövande av sin granskning av vårdgivarens fullgörande av ingånget vårdavtal.

Uppgifter i vårdgivarens verksamhet som är att hänföra till sekretesslagstiftning, specifika affärsöverenskommelser eller sådan som regleras av lagar som styr bolag överförs i förekommande fall med motsvarande sekretesskyldighet till Region Jämtland Härjedalens revisorer.

Region Jämtland Härjedalens revisorer har att hantera all information i sådan granskning med förutsättningar som styrs av gällande rätt och vad som på marknaden benämns med god revisionssed.

7.22 ÄNDRINGAR OCH TILLÄGG PÅ REGION JÄMTLAND HÄRJEDALENS BEGÄRAN

Region Jämtland Härjedalen förbehåller sig rätten att ändra villkoren i förfrågningsunderlaget.

Region Jämtland Härjedalen beslutar i juni månad årligen om villkorsförändringar som ska träda i kraft den 1 januari efterföljande år. Region Jämtland Härjedalen ska, så snart beslut har fattats om ändring av villkoren, göra dem tillgängliga för vårdgivaren i skriftlig form. Vårdgivare som inte godkänner förändringen ska senast inom ~~60~~ 30 dagar efter det att beslutet delgivits skriftligen anmäla detta till Region Jämtland Härjedalen. Avtalet upphör då att gälla 12 månader efter det att vårdgivaren anmält att förändringen inte godtagits. Fram till dess att avtalet upphör gäller de ursprungliga villkoren.

7.23 OMFÖRHANDLING

Region Jämtland Härjedalen förbehåller sig rätten till omförhandling, om sådana politiska beslut, myndighetsbeslut eller organisatoriska förändringar sker, som påverkar eller förändrar förutsättningarna av tidigare överenskommelse.

Om förutsättningarna för detta avtal väsentligen ändras, äger endera parten rätt att påkalla omförhandling eller säga upp avtalet. Meddelande om omförhandling ska ske senast fyra (4) veckor i förväg. Vid uppsägning enligt ovan gäller en uppsägningstid om tolv (12) månader. Skadeståndsanspråk kan ej riktas från någondera part, mot den andre parten, i händelse av att avtalet sagts upp med stöd av denna punkt.

7.24 BRISTER I FULLGÖRANDE

Vårdgivaren förbinder sig att, utan dröjsmål, skriftligen meddela Region Jämtland Härjedalen om risk för bristande tillgänglighet eller annan bristande uppfyllelse av avtalat uppdrag. Vårdgivare ska ange vilka åtgärder som avses vidtas för att eliminera uppkommen risk och minimera konsekvenserna av detta.

För uppföljning av verksamhet vad gäller befarade eller konstaterade brister i utförande av uppdraget gäller följande villkor. Vårdgivare är skyldig att på Region Jämtland Härjedalen begäran besvara frågor rörande klagomål, befarade brister eller oklarheter rörande tolkningen av dennes åtagande.

Om Region Jämtland Härjedalen efter kommunikation med vårdgivare bedömer att omständigheterna är sådana att aktiva åtgärder krävs från vårdgivarens sida kan Region Jämtland Härjedalen, beroende på bristernas omfattning och karaktär, vidta någon av följande åtgärder:

- begäran om rättelse
- varning
- vite intill dess att rättelse skett.

Om vårdgivaren inte i tid levererar handling, verksamhetsplan, rapporter eller årsberättelser etcetera, som vårdgivaren ska leverera till Region Jämtland Härjedalen enligt detta avtal, ska Region Jämtland Härjedalen skriftligen påminna vårdgivaren om detta. Om vårdgivaren inte inom sju (7) dagar efter sådan påminnelse vidtar rättelse och levererar handlingen till Region Jämtland Härjedalen kan Region Jämtland Härjedalen innehålla kommande månadsutbetalningar.

7.25 AVTALETS FÖRTIDA UPPHÖRANDE

Godkännande kan återkallas om vårdgivaren visar sig i väsentliga delar inte uppfylla de kvalificeringskrav som uppställts i detta förfrågningsunderlag för godkännande. Om avtalet hävs återkallas godkännandet automatiskt.

Återkallelse av godkännande på Region Jämtland Härjedalen initiativ kan ske om:

- Vårdgivaren bryter mot de krav som anges i gällande avtal och förfrågningsunderlag och inte vidtar rättelse inom 30 dagar efter skriftligt påpekande från Region Jämtland Härjedalen.
- Vårdgivaren agerar på sådant sätt att det allvarligt rubbar förtroendet för vårdgivaren och därigenom Region Jämtland Härjedalen, och inte rättelse sker inom 30 dagar efter skriftligt påpekande från Region Jämtland Härjedalen.
- Vårdgivaren är underkastad näringsförbud, försätts i konkurs, träder i likvidation, ställer in betalningar eller på annat sätt kan antas komma på obestånd.
- Vårdgivaren inte utnyttjar sitt godkännande under sex (6) månader, räknat från beslutsdatum.

Om avtalet sägs upp på grund av avtalsbrott är den part som brutit mot avtalet skyldig att till den uppsägande parten utge skadestånd i enlighet med allmänna avtalsrättsliga principer.

Regionstyrelsen fattar beslut om att återkalla godkännande. Uppsägning ska alltid ske skriftligen och utan oskäligt uppehåll efter det att den omständighet som åberopas som uppsägningsgrund blivit känd för den uppsägande parten.

7.26 ÅTERKALLANDE AV GODKÄNNANDE PÅ VÅRDGIVARENS BEGÄRAN

Vårdgivaren är bunden av avtalet. Om vårdgivaren önskar avsluta sin verksamhet ska vårdgivaren skriftligt begära att godkännandet återkallas. Begäran ska lämnas till Region Jämtland Härjedalen senast tolv (12) månader innan verksamheten upphör.

7.27 SAMVERKAN MED REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN VID AVTALETS UPPHÖRANDE

Avtalets upphörande ska inte befria någondera parten från vid tillfället kvarstående och icke uppfyllda åtaganden eller förpliktelser gentemot den andra parten. I händelse av att verksamheten enligt detta avtal upphör är vårdgivaren skyldig att medverka till att verksamheten kan övergå till efterträdande utförare med minsta möjliga olägenhet för listade medborgare.

Vid eventuell övergång på efterträdande utförare är vårdgivaren skyldig att överlämna samtliga relevanta handlingar, såsom journalhandlingar och dylikt, som berör verksamheten, utan dröjsmål till Region Jämtland Härjedalen eller till efterträdaren, om denna godkänts i valfrihetssystemet för barn och ungdom. Vårdgivaren ska svara för att dokumentation upprättas vid överföring av patientjournal så att journal kan följas. Samråd ska ske med Region Jämtland Härjedalen

Vårdgivaren ska i samband med avtalets upphörande tillskriva samtliga patienter med begäran om medgivande att lämna journaluppgifter till Region Jämtland Härjedalen.

Region Jämtland Härjedalen och vårdgivaren ska vid avtalets upphörande samråda kring information till patienter och allmänhet för att övergången till annan vårdgivare ska kunna ske utan avbrott eller brister i verksamheten. Vårdgivaren är skyldig att samverka med andra vårdgivare som kommer att ta över vårdgivarens patientansvar.

7.28 BEFRIELSEGRUNDER (FORCE MAJEURE)

Part är befriad från påföljd för underlåtenhet att fullgöra viss förpliktelse enligt avtalet, om underlåtenheten har sin grund i krig, strejk, lockout, brand, översvämning, knapphet på transporter eller energi, myndighets åtgärd, nytillkommen eller ändrad lagstiftning eller annan omständighet som ligger utanför ifrågavarande parts kontroll och omständigheten förhindrar eller försenar fullgörandet av förpliktelsen (”Befrielsegrund”).

Part som påkallar befrielsegrund enligt stycket ovan ska utan dröjsmål skriftligen meddela den andra parten därom. Part ska vidta skäliga ansträngningar för att mildra omfattningen och effekten av befrielsegrund. Part ska återuppta fullgörandet av de förpliktelser som förhindrats eller försenats så snart det praktiskt kan ske.

För det fall befrielsegrunden varar mer än två månader, har den andra parten rätt att skriftligen säga upp avtalet till omedelbart upphörande. Vid sådan uppsägning har ingen av parterna rätt till ersättning av den andra parten.

7.29 OGILTIG BESTÄMMELSE I AVTALET

Skulle någon bestämmelse i detta avtal eller del därav befinnas ogiltig, ska detta inte innebära att detta avtal i dess helhet är ogiltigt utan ska, i den mån ogiltigheten väsentligen påverkar parts utbyte av eller prestation enligt detta avtal, leda till att skälig jämkning i detta avtal sker.

Parts underlåtenhet att vid ett eller flera tillfällen göra gällande rättighet enligt detta avtal eller påtala visst förhållande hänförligt till avtalet innebär inte att part avstått från rätten att vid senare tillfälle göra gällande eller påtala rättighet eller förhållande av ifrågavarande slag, såvida inte uttryckligt avstående skett i av part undertecknad skriftlig handling.

7.30 TVIST

Avtalet ska tolkas och tillämpas i enlighet med svensk rätt. Eventuell tvist angående tolkning eller tillämpning av detta avtal och som ej kan lösas av parterna gemensamt ska avgöras av allmän domstol. Östersunds tingsrätt är första instans.

7.31 UNDERLEVERANTÖR

Vårdgivaren får efter godkännande av Region Jämtland Härjedalen anlita underleverantörer för att komplettera sin kompetens eller för att förstärka sin kapacitet för genomförande av uppdraget. Vårdgivaren ska tillse att varje eventuell underleverantör uppfyller alla krav enligt detta avtal och ansvarar gentemot Region Jämtland Härjedalen för underleverantörernas arbete såsom om det vore vårdgivarens eget.

För det fall vårdgivaren vill anlita underleverantör ska anmälan om detta göras till Region Jämtland Härjedalen skriftligen. Region Jämtland Härjedalen har rätt att kontrollera att underleverantören uppfyller de krav som ställs på leverantör eller på tjänsten enligt förfrågningsunderlaget. För det fall underleverantören inte uppfyller samtliga krav i avtalet får vårdgivaren inte anlita underleverantören.

7.32 ANSVAR

Vårdgivaren har fullt ansvar för uppdraget och för all skada och alla förluster som kan komma att orsakas vid utförande av uppdraget. Vårdgivaren har det fulla ansvaret för sin verksamhet, såväl odontologiskt och tekniskt som ekonomiskt

Vårdgivaren ska hålla Region Jämtland Härjedalen skadeslöst om krav väcks mot Region Jämtland Härjedalen som en följd av vårdgivarens handlande eller underlåtenhet att handla. Ansvaret gäller under detta avtals giltighetstid och därefter under en period av tre (3) år, utom i fall av uppsåt eller grov vårdslöshet, då ansvaret gäller till dess att allmän preskription inträder.

Region Jämtland Härjedalen ska snarast underrätta vårdgivaren om krav framställs mot vårdgivaren som omfattas av föregående stycke. Region Jämtland Härjedalen ska inte utan vårdgivarens samtycke göra medgivanden, eller träffa uppgörelser, avseende sådant krav om det kan påverka vårdgivarens ersättningsskyldighet.

7.33 FAKTURERINGSVILLKOR

Utbetalning av ersättning för listade sker månadsvis, se avsnitt Ersättning.

Fakturering till Region Jämtland Härjedalen får inte överlåtas på tredje part utan skriftligt godkännande av Region Jämtland Härjedalen.

Region Jämtland Härjedalen betalar inte expeditions-, faktura-, miljö- eller andra ej avtalade avgifter från vårdgivaren eller tredje part.

Vid ofullständigt eller felaktigt lämnade uppgifter äger Region Jämtland Härjedalen rätt att innehålla ersättning i avvaktan på att fullständiga eller riktiga uppgifter lämnas.

Faktura ska vara märkt med beställarreferens som erhålls av Region Jämtland Härjedalen. Även eventuella påminnelser och krav sänds till samma adress:
Region Jämtland Härjedalen,
Box 910,
831 29 ÖSTERSUND

Om anledning till anmärkning mot faktura inte föreligger, erläggs betalning inom 30 dagar räknat från fakturadatum. Om Region Jämtland Härjedalen eller vårdgivare inte betalar faktura inom utsatt tid kan dröjsmålsränta åberopas i enlighet med Räntelagen (1975:635).

8 FÖRESKRIFTER FÖR ANSÖKAN

Vårdval barn- och ungdomstandvård Jämtlands län avser ett kontraktsbundet vårduppdrag enligt lagen om valfrihetssystem (LOV) med ett samlat åtagande för barn och ungdomars behov av allmäntandvård i länet. Leverantörens uppdrag och åtagande framgår av detta förfrågningsunderlag ” Vårdval barn- och ungdomstandvård Jämtlands län”. Ansökan ska minst avse att starta en vårdenhet. Vid start av flera vårdenheter ska vårdgivaren ingå ett avtal för varje godkänd vårdenhet.

8.1 TIDPUNKT FÖR DRIFTSTART

Leverantören ska i sin ansökan ange tidpunkt för planerad driftstart. Driftsstart ska ske senast sex (6) månader efter erhållet godkännande från Region Jämtland Härjedalen.

8.2 UPPHANDLANDE MYNDIGHET

Region Jämtland Härjedalen
Organisations nummer 23 21 00-0214
För information om Region Jämtland Härjedalen, se hemsida: www.regionjh.se

8.3 ANSVARIG HANDLÄGGARE FÖR ANSÖKAN

Frågor skickas skriftligen via e-post till ansvarig handläggare:

Kontaktperson	Ricard Dahl
E-post	ricard.dahl@regionjh.se
Internetadress	www.regionjh.se/barnoch ungdomstandvard
CPV-kod	85000000-9
Är det möjligt att lämna på delar av ansökan?	Nej

8.4 ANSÖKNINGSFÖRFARANDE

Varje ansökan ska specificeras utifrån tänkt etablering och ska utgöras av ett besvarat och undertecknad dokument ”Ansökan om godkännande” med nödvändiga kompletteringar och efterfrågade bilagor till ansökan. Region Jämtland Härjedalens egen verksamhet kommer att genomgå samma granskningsförfarande som andra leverantörer.

8.5 ANSÖKANS FORM OCH INNEHÅLL

Handlingar för deltagande i Vårdval barn- och ungdomstandvård Jämtlands län finns att hämta på;

- Region Jämtland Härjedalens hemsida: www.regionjh.se/barntandvard
- Kammarkollegiets hemsida: www.valfrihetswebben.se

”Ansökan om godkännande” samt efterfrågade handlingar, dokument och bilagor:

- ska vara skriftliga
- ska vara undertecknat av för leverantören behörig företrädare
- ska besvaras punkt för punkt i dokumentet för ”Ansökan om godkännande”.

Ansökan kan komma att inte godkännas om svaren är ofullständiga eller saknas.

8.6 RÄTTELSE AV FEL, FÖRTYDLIGANDE OCH KOMPLETTERING AV ANSÖKAN

Region Jämtland Härjedalen kan medge att den som inkommer med ansökan får rätta en uppenbar felskrivning eller något annat uppenbart fel i ansökan. Leverantören kan även komma att anmodas att förtydliga eller komplettera sin ansökan.

Om förfrågningsunderlaget upplevs som otydligt eller leverantören har några frågor är det viktigt att kontaktpersonen kontaktas på ett tidigt stadium så att missförstånd kan undvikas. Eventuella förtydliganden publiceras på Region Jämtland Härjedalen hemsida, www.regionjh.se/barntandvard samt på www.valfrihetswebben.se . Leverantör ska själv kontrollera om några förtydliganden och kompletteringar distribuerats. Leverantör kan endast åberopa de kompletterande upplysningar som erhållits skriftligen från ansvarig kontaktperson eller hämtats från Region Jämtland Härjedalens hemsida.

8.7 AVLÄMNANDE AV ANSÖKAN

Ansökan samt efterfrågade handlingar ska inges i två exemplar i pappersform, varav ett (1) original, till nedanstående adress:

Region Jämtland Härjedalen
Beställarenheten
Box 654
831 27 ÖSTERSUND

Ansökan skickas/lämnas i förseglat omslag märkt: ”Ansökan Vårdval barn- och ungdomstandvård Jämtlands län” med aktuellt diarienummer.

8.8 ANSÖKNINGSTIDENS UTGÅNG

Mottagande av ansökningar sker löpande.

8.9 KRAV FÖR GODKÄNNANDE

Den upphandlande myndigheten får utesluta en sökande som:

- är i konkurs eller likvidation, är under tvångsförvaltning, tillsvidare har inställt sina betalningar, är underkastad näringsförbud
- är föremål för ansökan om konkurs, tvångslikvidation, tvångsförvaltning eller annat liknande förfarande
- är dömd för brott avseende yrkesutövning enligt lagakraftvunnen dom
- har gjort sig skyldig till allvarligt fel i yrkesutövningen och den upphandlade myndigheten kan visa detta
- inte har fullgjort sina åligganden avseende socialavgifter eller skatter i Sverige eller i det egna landet
- lämnat ofullständiga eller felaktiga uppgifter i ansökan.

8.10 REGISTRERINGSSKYLDIGHETER, BETALNING AV SKATTER OCH AVGIFTER

Leverantören ska vara:

- registrerad i aktie-, bolags-, handels-, eller föreningsregistret som förs i det land där leverantörens verksamhet är etablerad
- registrerad för redovisning och inbetalning av mervärdesskatt om skatteskyldighet enligt Mervärdeskattelag (1994:200) föreligger för verksamheten, innehållen preliminär A-skatt och arbetsgivaravgifter.
- fri från skulder för skatter och sociala avgifter.

Leverantören ska inneha F-skattsedel. Region Jämtland Härjedalen samarbetar med Skatteverket som bistår med följande uppgifter avseende leverantör och eventuella underleverantörer:

- registrerad för moms och som arbetsgivare
- erlagd arbetsgivaravgift de senaste tre redovisningsmånaderna
- registrering för F-skatt, FA-skatt eller A-skatt
- om skulder för svenska skatter och avgifter hos Skatteverket
- om skulder hos Kronofogdemyndigheten och eventuell uppgift om betalningsuppgörelse

Avser leverantören att utnyttja underleverantörer för att genomföra vissa delar kommer Skatteverket att göra motsvarande kontroll enligt ovan för underleverantörer. Beställaren ska meddelas om underleverantör, även om det blir aktuellt senare under avtalsperioden.

Ovanstående förfarande är endast tillämpbart i Sverige. Utländsk leverantör skall insända dokumentation som intyg på att denna fullgjort i hemlandet föreskrivna registreringar och betalningar av skatter och avgifter. Dessa intyg eller motsvarande skall inte vara äldre än tre (3) månader räknat från sista anbudsdag.

8.11 FINANSIELL OCH EKONOMISK STÄLLNING

Leverantören ska ha en sådan stabil ekonomisk bas att ett långsiktigt åtagande gentemot de medborgare som valt vårdenheten kan upprätthållas.

Region Jämtland Härjedalen kommer att bedöma det sökande företagets förmåga att fullfölja ett kontrakt av denna storleksordning under hela kontraktsperioden genom att vidta löpande kontroller.

Utländsk leverantör ska insända motsvarande dokumentation som intyg på att denne fullgjort i hemlandet föreskrivna registreringar och betalningar.

8.12 FÖRETAG UNDER BILDANDE

Ansökan kan lämnas av företag under bildande. Av ansökan ska framgå dels nuläge, förutsättningar, finansierings- och tidplan för att företaget ska kunna etableras, dels vilka bankgarantier eller motsvarande som kan ställas som säkerhet.

Bankgaranti/annan ekonomisk säkerhet/stöd ska ha erhållits och kunna redovisas vid verifieringen av vårdenheten.

Avser ansökande företag att utnyttja underleverantör för att genomföra delar av sitt åtagande kommer Region Jämtland Härjedalen att göra motsvarande kontroll enligt ovan för underleverantör. Underleverantörer ska redovisas i dokumentet ”Ansökan för godkännande”.

För företag under bildande gäller att företaget ska vara bildat vid kontraktstecknandet. Företaget ska vid detta tillfälle uppfylla samtliga i detta förfrågningsunderlag uppställda krav.

Företrädare för företag under bildande ska även ha nödvändiga fullmakter och tillstånd för att kunna föra företagets talan fullt ut och underteckna ett eventuellt kontrakt.

8.13 ANMÄLAN TILL SOCIALSTYRELSEN

Kopia av anmälan till socialstyrelsen enligt 2 kap. 1-3 § Patientsäkerhetslagen (2010:659) bifogas ansökan.

8.14 PRÖVNING AV ANSÖKAN

Varje inkommen ansökan kommer att avslutas med ett beslut om godkännande alternativt ett icke godkännande om sökanden ej uppfyller ställda krav. Beslut kommer att sändas sökanden i skriftlig form.

Vårdval barn- och ungdomstandvård Jämtlands län innebär att allmäntandvård för barn genomförs av godkända vårdgivare, såväl offentliga som privata, utifrån ersättning som Region Jämtland Härjedalen beslutar.

Kvalificeringsfasen innefattar bland annat kontroll av:

- att ansökande leverantör utformat sin ansökan i enlighet med förfrågningsunderlaget samt bifogat efterfrågade handlingar
- leverantörens ekonomiska stabilitet samt dennes förväntade möjlighet att genomföra uppdraget

- kompetens på verksamhetsansvarig och övrig personal
- prövning av övriga obligatoriska krav.

8.15 ANSÖKANS GILTIGHETSTID

Leverantör är bunden av sin ansökan till dess att ansökan avslutats genom att avtal undertecknats, dock längst i sex (6) månader efter att beslut om godkännande meddelats.

8.16 GODKÄNNANDE OCH AVTALSTECKNANDE

Region Jämtland Härjedalen beslutar om ett godkännande eller ett avslag av ansökan. Underrättelse om leverantör godkänns eller ej lämnas senast inom 60 dagar efter att ansökan inkommit. Efter det att underrättelse om beslut lämnats, tecknas ett avtal med godkänd vårdgivare.

Avtalet är bindande först när det undertecknats av Region Jämtland Härjedalen, som i och med undertecknandet godkänt inkommen ansökan.

8.17 GODKÄNNANDETS GILTIGHET

Om en leverantör inte utnyttjat sitt godkännande inom sex (6) månader, räknat från beslutsdatum för godkännande, förfaller detta.

8.18 RÄTTELSE

Endast den som ansökt om godkännande och deltagande i valfrihetssystemet och inte blivit godkänd får ansöka om rättelse. En sådan ansökan ska vara skriftlig och ha inkommit inom tre (3) veckor från det att sökande leverantör mottagit beslut. Ansökan om rättelse ska skickas till Förvaltningsrätten i Härnösand.

9 AVTALSMALL

9.1 AVTALSPARTER

Mellan Region Jämtland Härjedalen och nedan angiven har slutits följande avtal.

Region Jämtland Härjedalen	Vårdgivare
Region Jämtland Härjedalen Vårdval barn- och ungdomstandvård Box 654 831 27 Östersund	
Org nr 232100-0214	Org nr
Hemsida www.regionjh.se/barntandvard	Hemsida

9.2 KONTAKTPERSONER

Parterna ska utse kontaktpersoner. När part byter kontaktperson eller kontaktuppgifter, ska detta skriftligen meddelas den andra parten. Meddelanden med anledning av avtalet ska skickas till respektive parts kontaktperson med post, e-post eller telefax.

9.3 ÅTAGANDE OCH OMFATTNING

Vårdgivaren åtar sig att för Region Jämtland Härjedalen leverera allmän barn- och ungdomstandvård i enlighet med förfrågningsunderlaget samt de eventuella årligen kommande justeringar jämte de villkor som framgår av godkänd *ansökan X daterat åååå-mm-dd* inklusive styrdokument.

9.4 HANDLINGARS INBÖRDES ORDNING

Avtalshandlingarna kompletterar varandra. Om avtalshandlingarna skulle visa sig vara motsägelsefulla i något avseende gäller de, om inte omständigheterna uppenbarligen föranleder till annat, sinsemellan i följande ordning:

- detta avtal med bilagor samt skriftliga ändringar och tillägg till detta avtal
- förfrågningsunderlag
- ansökan med bilagor

Uppgifter i ansökan som inte efterfrågas i förfrågningsunderlaget gäller inte som avtalsinnehåll, såvida det inte finns en skriftlig överenskommelse om att de ska gälla.

9.5 VERKSAMHETENS GEOGRAFISKA PLACERING

Vårdgivaren är skyldig att bedriva den vårdgivande verksamheten inom det geografiska upptagningsområdet som för närvarande är Jämtlands län.

Förändringar utifrån meddelad geografisk placering måste ovillkorligen skriftligen meddelas Region Jämtland Härjedalen utan dröjsmål som kommer att bedöma om förändringen får anses utgöra en väsentlig ändring av avtalet.

Verksamheten utföres med adress:
Vårdgivaren AB,
Kliniken
Sveagatan 12
123 45 SVEASTAD

Filialmottagningsadress:
Vårdgivarens filial AB
Kliniken
Sveagatan 12
123 45 SVEASTAD

9.6 AVTALSTID

Avtalet gäller från och med XXX och tills vidare med tolv (12) månaders uppsägningstid för vardera parten.

9.7 ÖVERLÅTELSE AV AVTAL

Avtalet får inte överlåtas.

9.8 UNDERSKRIFTER

Detta avtal har upprättats i två exemplar varav parterna erhållit varsitt.

Region Jämtland Härjedalen	Vårdgivaren
Ort och datum	Ort och datum
Namn	Namn
Namnförtydligande	Namnförtydligande

Helge Jonsson
Samordningskansliet
Tfn: 063-14 76 36
E-post: helge.jonsson@regionjh.se

2016-04-26

Dnr RS/536/2016

Kulturdepartementet

103 33 Stockholm
ku.remissvar@regeringskansliet.se

Svar på remiss av betänkandet Låt fler forma framtiden, SOU 2016:5.

Region Jämtland Härjedalen lämnar följande synpunkter på betänkandet av2014 års demokratiutredning – Låt fler forma framtiden – SOU 2016:5.

Utredningens undersökningar visar att det politiska intresset och engagemanget hos medborgarna är stort och att stödet för och tilltron till demokratin är starkt. Dock visar underökningarna att den politiska ojämlikheten ökar.

Utredningen föreslår ett nytt mål för demokratipolitiken - En hållbar demokrati som kännetecknas av delaktighet och jämlikt inflytande. Målsättningen med en hållbar demokrati uppnås genom specifika delmål. - Region Jämtland Härjedalen anser att målet borde uttryckas mer precist utifrån vad utredningen menar med hållbar; att det finns starka offentliga institutioner som kan fatta beslut effektivt, rättssäkert och transparent, och med delaktighet och inflytande; att procedurerna är utformade så att de ger medborgarna och det civila samhället möjlighet att delta i och påverka det politiska beslutsfattande både genom allmänna val och mellan valen. Om så sker skapas förtroende för institutionerna och procedurerna hos medborgarna vilket är en grund för att bibehålla det demokratiska styrelseskicket.

Region Jämtland Härjedalen tillstyrker utredningens förslag att en maktutredning tillsätts för att sammanställa kunskap om hur maktförhållandena i det svenska samhället har förändrats sedan millenniumskiftet och för att analysera hur pågående samhällsförändringar kan påverka maktförhållandena på sikt. Kunskap om detta är bra för att kunna vidta de åtgärder som behövs för att stödja det demokratiska styrelseskicket.

Utredningen föreslår många åtgärder på olika nivåer i samhället. Region Jämtland Härjedalen svarar på de förslag som berör kommuner och landsting/regioner mer i detalj.

Region Jämtland Härjedalen vill framhålla de politiska partierna som särskilt viktiga i det demokratiska styrelseskicket eftersom de har nomineringsrätten till de politiska uppdragen i valen och därmed har närmare till den formella rätten att styra vilka frågor

som ska på dagordningen. Det är viktigt att de politiska partierna har förutsättningar för att fullfölja det uppdraget och att de har förtroende hos allmänheten. Med hänsyn till medborganas ändrade sätt att påverka politiken bör partierna ha ekonomiskt stöd från det allmänna så att de inte är hänvisade till intäkter i form av medlemsavgifter och andra bidrag från enskilda. Stödet måste vara utformat så att det tydligt stödjer demokratiuppdraget och att det redovisas öppet så att medborgana har insyn i och kan kontrollera hur det används.

Utredningens förslag om de förtroendevaldas villkor är bra. Region Jämtland Härjedalen tillstyrker förslaget att fullmäktige får besluta att en förtroendevald för behålla sitt uppdrag trots att valbarheten upphör och förslaget att i kommunallagen föra in en bestämmelse om att landsting och kommuner ska verka för att de förtroendevalda kan fullgöra uppdraget under trygga och säkra former.

Region Jämtland Härjedalen tillstyrker förslaget att ge möjlighet till föräldraledighet och ledighet på grund av nedsatt förmåga på grund av sjukdom och ekonomiska förmåner i samband med det. Dock borde det övervägas om inte förtroendevalda borde omfattas av de allmänna reglerna om ersättning vid föräldraledighet och nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom. Utredningen har inte anfört några bärande skäl för att det inte skulle kunna ske och det skulle innebära att alla berörda förtroendevalda omfattades av samma regler. Det förslag som nu ligger medför att det kan bli ca 400 olika regelsystem eftersom det är upp till varje kommun och landsting/region att besluta om förmånerna.

Staten har också ett ansvar för att se till att ersättningssystemen för arbetslöshet och nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom är anpassade till de regler som gäller för förtroendevaldas rätt ersättning för förlorad arbetsförtjänst och andra förmåner vid fullgörande av uppdraget. Dagens regler försvårar, för att inte säga gör det omöjligt, för en arbetslös eller sjukskriven att vara förtroendevald på grund av ersättningssystemens utformning.

Region Jämtland Härjedalen instämmer inte i bedömningen att det skett en maktförskjutning i kommuner och landsting/regioner mellan fullmäktige och fritidspolitikerna och styrelsen och de förtroendevalda som fullföljer uppdraget på heltid. Maktfördelningen följer av kommunallagens reglering av styrningen av kommunen eller landstinget/regionen. Fullmäktige är det yttersta beslutande organet och har inga förvaltande och verkställande uppgifter. Maktfördelningen styrs av vem som har rätt att väcka ärende i fullmäktige och beredningstvånget för ärenden i fullmäktige. Att inte ha beredningstvång skulle ge fullmäktige större handlingsutrymme, men det skulle få andra klart mer negativa konsekvenser för styrningen av verksamheten. Professionaliseringen både inom politiken och i beredningen av ärenden är nödvändig med hänsyn till verksamhetens omfattning och komplexitet och medborgarnas berättigade förväntningar och krav på en effektiv verksamhet.

Utredningen lämnar flera rekommendationer om den lokala politikens organisering. Bland annat framförs synpunkten att fullmäktige kan stärka sin roll genom utökad granskning av den interna maktutövningen och att fullmäktige bör besluta om uppdragsbeskrivning för ordförandena i styrelsens och nämnderna samt de förtroendevalda som är engagerade på heltid eller betydande del av heltid. Utredningen

lämnar inget lagförslag om detta vilket är bra. Det bör ankomma på kommuner och landsting/regioner att avgöra detta.

Förslaget att ge möjlighet att hålla allmänpolitisk debatt i fullmäktige är bra och Region Jämtland Härjedalen tillstyrker förslaget.
Utredningens kartläggning över hur medborgardialog och samråd används idag visar att det förekommer många olika former för dialog och samråd. Utredningen pekar på de möjligheter och risker som finns för demokratins legitimitet när man använder dialoger. Utredningens förslag att införa en bestämmelse i kommunallagen om att fullmäktige ska verka för att medlemmarna har förutsättningar att delta och framföra synpunkter inför beslut är i och för sig bra, men som utredningens kartläggning visar förekommer dialog och samråd redan idag. Det kan därför ifrågasättas om den föreslagna bestämmelsen är nödvändig eller ändamålsenlig även om den kan sägas vara uttryck för en demokratisk princip.

Kommunallagen innehåller idag möjlighet för kommuner och landsting/regioner att regler för medborgarförslag. Utredningen kartläggning av användningen av medborgarförslag visar att det har haft begränsade demokratieffekter och använts i begränsad omfattning. Det kan ifrågasättas om förslaget att ändra namn och göra det obligatoriskt får någon positiv effekt på demokratin. Region Jämtland Härjedalen avstyrker förslaget.

Region Jämtland Härjedalen är positiv till att ge unga delaktighet och inflytande i samhället. Delaktighet och inflytande kan ske på många sätt. Det är viktigt att de möjlighet till inflytande som ges är utformade så att de inte ställer för stora krav på ansvarstagande åtminstone för de som inte är myndiga.

Region Jämtland Härjedalen tillstyrker utredningens förslag till försöksverksamhet med sänkt rösträttsålder i kommunala val. Dock ifrågasätter Region Jämtland Härjedalen utredningens motivering till att kommunens verksamhet är bäst lämpad för inflytande för de unga. Motiveringen tyder på att talet om ungdomars inflytande egentligen inte är allvarligt menat eftersom inflytandet kan begränsas till frågor som direkt berör ungas vardag. Om man menar allvar med ungdomars inflytande borde försöksverksamheten avse riksdagsvalet eftersom det är riksdagen som fattar de beslut som har störst påverkan på ungdomars goda levnadsvillkor, makten att forma sina liv och inflytande över samhällsutvecklingen.

Utredningens förslag innebär att rösträtten skiljs från valbarheten. Rösträtten bör dock vara knuten till valbarheten och inte skiljas åt. Rösträtten är knuten till ansvar för resultatet av röstningen. Rösträttsåldern bör därför vara knuten till myndighetsåldern som är den ålder då man anses vara kapabel att ta ansvar för sina handlingar och därmed ha rätt att företa alla rättshandlingar. Inför en eventuell permanentning bör därför övervägas vilken myndighetsålder som ska gälla.

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Margareta Winberg
Regionfullmäktiges ordförande

Björn Eriksson
Regiondirektör.

REGERINGSKANSLIET

Remiss

2016-03-09

Ku2016/00088/D

REGION
JÄMTLAND HÄRJEDALEN

2016 -03- 15

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

Kulturdepartementet

Enheten för demokrati och det civila samhället
Paula Blomqvist
Telefon 08-405 40 17

Betänkandet Låt fler forma framtiden! (SOU 2016:5)

Remissinstanser:

1. Riksdagens ombudsmän
2. Riksrevisionen
3. Kammarrätten i Stockholm
4. Förvaltningsrätten i Göteborg
5. Förvaltningsrätten i Umeå
6. Justitiekanslern
7. Brottsförebyggande rådet
8. Datainspektionen (kapitel 12.7.2)
9. Sveriges Ambassad i Bangkok (kapitel 5.5.5)
10. Sveriges Ambassad i London (kapitel 5.5.5)
11. Barnombudsmannen
12. Myndigheten för delaktighet
13. Skatteverket
14. Kammarkollegiet
15. Statistiska centralbyrån
16. Länsstyrelsen i Västra Götalands län
17. Statskontoret
18. Statens skolverk
19. Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor
20. Folkbildningsrådet
21. Universitetskanslerämbetet
22. Uppsala universitet
23. Lunds universitet
24. Göteborgs universitet
25. Stockholms universitet
26. Umeå universitet
27. Linköpings universitet
28. Linnéuniversitet
29. Örebro universitet

30. Mittuniversitet
31. Vetenskapsrådet
32. Statens medieråd
33. Myndigheten för tillgängliga medier
34. Forum för levande historia
35. Valmyndigheten
36. Sametinget
37. Diskrimineringsombudsmannen
38. Nämnden för statligt stöd till trossamfund
39. Blekinge läns landsting
40. Dalarnas läns landsting
41. Gävleborgs läns landsting
42. Hallands läns landsting
43. Jämtlands läns landsting
44. Jönköpings läns landsting
45. Kalmar läns landsting
46. Kronobergs läns landsting
47. Norrbottens läns landsting
48. Skåne läns landsting
49. Stockholms läns landsting
50. Södermanlands läns landsting
51. Uppsala läns landsting
52. Värmlands läns landsting
53. Västerbottens läns landsting
54. Västernorrlands läns landsting
55. Västmanlands läns landsting
56. Västra Götalands läns landsting
57. Örebro läns landsting
58. Östergötlands läns landsting
59. Ale kommun
60. Alingsås kommun
61. Alvesta kommun
62. Aneby kommun
63. Arboga kommun
64. Arjeplogs kommun
65. Arvidsjaurs kommun
66. Arvika kommun
67. Askersunds kommun
68. Avesta kommun
69. Bengtsfors kommun
70. Bergs kommun
71. Bjurholms kommun
72. Bjuvs kommun
73. Bodens kommun
74. Bollebygds kommun
75. Bollnäs kommun
76. Borgholms kommun
77. Borlänge kommun

78. Borås kommun
79. Botkyrka kommun
80. Boxholms kommun
81. Bromölla kommun
82. Bräcke kommun
83. Burlövs kommun
84. Båstads kommun
85. Dals-Eds kommun
86. Danderyds kommun
87. Degerfors kommun
88. Dorotea kommun
89. Eda kommun
90. Ekerö kommun
91. Eksjö kommun
92. Emmaboda kommun
93. Enköpings kommun
94. Eskilstuna kommun
95. Eslövs kommun
96. Essunga kommun
97. Fagersta kommun
98. Falkenbergs kommun
99. Falköpings kommun
100. Falu kommun
101. Filipstads kommun
102. Finspångs kommun
103. Flens kommun
104. Forshaga kommun
105. Färgelanda kommun
106. Gagnefs kommun
107. Gislaveds kommun
108. Gnesta kommun
109. Gnosjö kommun
110. Gotlands kommun
111. Grums kommun
112. Grästorps kommun
113. Gullspångs kommun
114. Gällivare kommun
115. Gävle kommun
116. Göteborgs kommun
117. Götene kommun
118. Habo kommun
119. Hagfors kommun
120. Hallsbergs kommun
121. Hallstahammars kommun
122. Halmstads kommun
123. Hammarö kommun
124. Haninge kommun
125. Haparanda kommun

126. Heby kommun
127. Hedemora kommun
128. Helsingborgs kommun
129. Herrljunga kommun
130. Hjo kommun
131. Hofors kommun
132. Huddinge kommun
133. Hudiksvalls kommun
134. Hultsfreds kommun
135. Hylte kommun
136. Håbo kommun
137. Hällefors kommun
138. Härjedalens kommun
139. Härnösands kommun
140. Härryda kommun
141. Hässleholms kommun
142. Höganäs kommun
143. Högsby kommun
144. Hörby kommun
145. Höörs kommun
146. Jokkmokks kommun
147. Järfälla kommun
148. Jönköpings kommun
149. Kalix kommun
150. Kalmar kommun
151. Karlsborgs kommun
152. Karlshamns kommun
153. Karlskoga kommun
154. Karlskrona kommun
155. Karlstads kommun
156. Katrineholms kommun
157. Kils kommun
158. Kinda kommun
159. Kiruna kommun
160. Klippans kommun
161. Knivsta kommun
162. Kramfors kommun
163. Kristianstads kommun
164. Kristinehamns kommun
165. Krokoms kommun
166. Kumla kommun
167. Kungsbacka kommun
168. Kungsörs kommun
169. Kungälvs kommun
170. Kävlinge kommun
171. Köpings kommun
172. Laholms kommun
173. Landskrona kommun

174. Laxå kommun
175. Lekebergs kommun
176. Leksands kommun
177. Lerums kommun
178. Lessebo kommun
179. Lidingö kommun
180. Lidköpings kommun
181. Lilla Edets kommun
182. Lindesbergs kommun
183. Linköpings kommun
184. Ljungby kommun
185. Ljusdals kommun
186. Ljusnarsbergs kommun
187. Lomma kommun
188. Ludvika kommun
189. Luleå kommun
190. Lunds kommun
191. Lycksele kommun
192. Lysekils kommun
193. Malmö kommun
194. Malung-Sälens kommun
195. Malå kommun
196. Mariestads kommun
197. Markaryds kommun
198. Marks kommun
199. Melleruds kommun
200. Mjölby kommun
201. Mora kommun
202. Motala kommun
203. Mullsjö kommun
204. Munkedals kommun
205. Munkfors kommun
206. Mölndals kommun
207. Mönsterås kommun
208. Mörbylånga kommun
209. Nacka kommun
210. Nora kommun
211. Norbergs kommun
212. Nordanstigs kommun
213. Nordmalings kommun
214. Norrköpings kommun
215. Norrtälje kommun
216. Norsjö kommun
217. Nybro kommun
218. Nykvarns kommun
219. Nyköpings kommun
220. Nynäshamns kommun
221. Nässjö kommun

222. Ockelbo kommun
223. Olofströms kommun
224. Orsa kommun
225. Orust kommun
226. Osby kommun
227. Oskarshamns kommun
228. Ovanåkers kommun
229. Oxelösunds kommun
230. Pajala kommun
231. Partille kommun
232. Perstorps kommun
233. Piteå kommun
234. Ragunda kommun
235. Robertsfors kommun
236. Ronneby kommun
237. Rättviks kommun
238. Sala kommun
239. Salems kommun
240. Sandvikens kommun
241. Sigtuna kommun
242. Simrishamns kommun
243. Sjöbo kommun
244. Skara kommun
245. Skellefteå kommun
246. Skinnskattebergs kommun
247. Skurups kommun
248. Skövde kommun
249. Smedjebackens kommun
250. Sollefteå kommun
251. Sollentuna kommun
252. Solna kommun
253. Sorsele kommun
254. Sotenäs kommun
255. Staffanstorps kommun
256. Stenungsunds kommun
257. Stockholms kommun
258. Storfors kommun
259. Storumans kommun
260. Strängnäs kommun
261. Strömstads kommun
262. Strömsunds kommun
263. Sundbybergs kommun
264. Sundsvalls kommun
265. Sunne kommun
266. Surahammars kommun
267. Svalövs kommun
268. Svedala kommun
269. Svenljunga kommun

270. Säffle kommun
271. Säters kommun
272. Sävsjö kommun
273. Söderhamns kommun
274. Söderköpings kommun
275. Södertälje kommun
276. Sölvesborgs kommun
277. Tanums kommun
278. Tibro kommun
279. Tidaholms kommun
280. Tierps kommun
281. Timrå kommun
282. Tingsryds kommun
283. Tjörns kommun
284. Tomelilla kommun
285. Torsby kommun
286. Torsås kommun
287. Tranemo kommun
288. Tranås kommun
289. Trelleborgs kommun
290. Trollhättans kommun
291. Trosa kommun
292. Tyresö kommun
293. Täby kommun
294. Töreboda kommun
295. Uddevalla kommun
296. Ulricehamns kommun
297. Umeå kommun
298. Upplands Väsby kommun
299. Upplands-Bro kommun
300. Uppsala kommun
301. Uppvidinge kommun
302. Vadstena kommun
303. Vaggeryds kommun
304. Valdemarsviks kommun
305. Vallentuna kommun
306. Vansbro kommun
307. Vara kommun
308. Varbergs kommun
309. Vaxholms kommun
310. Vellinge kommun
311. Vetlanda kommun
312. Vilhelmina kommun
313. Vimmerby kommun
314. Vindelns kommun
315. Vingåkers kommun
316. Vårgårda kommun
317. Vänersborgs kommun

318. Vännäs kommun
319. Värmdö kommun
320. Värnamo kommun
321. Västerviks kommun
322. Västerås kommun
323. Växjö kommun
324. Ydre kommun
325. Ystads kommun
326. Åmåls kommun
327. Ånge kommun
328. Åre kommun
329. Årjängs kommun
330. Åsele kommun
331. Åstorps kommun
332. Åtvidabergs kommun
333. Älmhults kommun
334. Älvdalens kommun
335. Älvkarleby kommun
336. Älvsbyns kommun
337. Ängelholms kommun
338. Öckerö kommun
339. Ödeshögs kommun
340. Örebro kommun
341. Örkelljunga kommun
342. Örnsköldsviks kommun
343. Östersunds kommun
344. Österåkers kommun
345. Östhammars kommun
346. Östra Göinge kommun
347. Överkalix kommun
348. Övertorneå kommun
349. Centerpartiet
350. Kristdemokraterna
351. Liberalerna
352. Miljöpartiet
353. Moderaterna
354. Socialdemokraterna
355. Sverigedemokraterna
356. Vänsterpartiet
357. Centerpartiets ungdomsförbund
358. Grön Ungdom
359. Kristdemokratiska ungdomsförbundet
360. Liberala ungdomsförbundet
361. Moderata ungdomsförbundet
362. Sveriges socialdemokratiska ungdomsförbund
363. Ungsvenskarna
364. Ung Vänster
365. Afrosvenskarnas Forum för Rättvisa

366. Afrosvenskarnas Riksförbund
367. Arbetarnas Bildningsförbund
368. ASOV Stockholm
369. Barnens Rätt i Samhället
370. Berättarministeriet
371. Delaktighet för unga
372. DemokratiAkademin
373. DHR – Förbundet för ett samhälle utan rörelsehinder
374. Dyslexiförbundet
375. Fanzingo
376. Folkets Hus och Parker
377. Friskolornas Riksförbund
378. Fritidsforum
379. Föreningen Svenskar i Världen
380. Handikappförbunden
381. Hela Sverige ska leva
382. Höj Rösten
383. Hörselskadades Riksförbund
384. Idéburna skolors riksförbund
385. Judiska Centralrådet
386. Katalys
387. Kristliga Föreningen av Unga Människor
388. Landsrådet för Sveriges Ungdomsorganisationer
389. Lika Unika
390. Lärarförbundet
391. Lärarnas Riksförbund
392. Make Equal
393. Megafonen
394. Män för Jämställdhet
395. Nationella Nätverket för Ungas Inflytande
396. Pensionärernas Riksorganisation
397. Riksförbundet Attention
398. Riksförbundet för barn, unga och vuxna med utvecklingsstörning
399. Riksförbundet för homosexuellas, bisexuellas, transpersoners och queeras rättigheter
400. Romano Pasos Research Centre
401. Rädda Barnen
402. Röda Korset
403. Saco Studentråd
404. Samarbetsorgan för etniska organisationer i Sverige
405. SmåKom (De små kommunernas samverkan)
406. SNS – Studieförbundet Näringsliv och Samhälle
407. STIL (Stiftarna av Independent living i Sverige)
408. StreetGäris
409. Studieförbunden
410. Svensk biblioteksförening
411. Svenska Celiakiförbundet
412. Svenska Muslimer för Fred och Rättvisa

413. Svenska Tornedalingars Riksförbund
414. Sverigefinländarnas delegation
415. Sverigefinska Riksförbundet
416. Sveriges Antidiskrimineringsbyråer
417. Sveriges Dövas Riksförbund
418. Sveriges Elevkårer
419. Sveriges elevråd – SVEA
420. Sveriges förenade studentkårer
421. Sveriges Kommuner och Landsting
422. Sveriges Kvinnolobby
423. Sveriges Muslimska Råd
424. Sveriges Pensionärsförbund
425. Sveriges Radio AB
426. Sveriges Television AB
427. Sveriges Ungdomsråd
428. Sveriges Utbildningsradio AB
429. Sverok – Spelhobbyförbundet
430. Synskadades Riksförbund
431. Tidningsutgivarna
432. Timbro
433. Tjejjouren.se
434. U LAND – Ung på landsbygden
435. Ung Minoritet
436. Unga Rörelsehindrade
437. Unga Synskadade

Remissvaren ska ha kommit in till Kulturdepartementet, 103 33 Stockholm senast den 21 juni 2016. Svaren bör lämnas både på papper i ett exemplar och per e-post (som både pdf- och word-fil) till ku.remissvar@regeringskansliet.se med hänvisning till diarienumret.

Remissvaren kan komma att publiceras på regeringens webbplats.

På grund av det stora antalet remissinstanser skickas enbart en kopia av betänkandet ut till varje instans, med undantag för domstolarna. Remissinstanserna kan utan kostnad få ytterligare högst 1 exemplar av betänkandet. Exemplaren beställs hos Wolters Kluwer kundservice, 106 47 Stockholm, telefon 08-598 191 90, e-post: kundservice@wolterskluwer.se. Ange vid beställning att exemplaren är avsett för remissändamål. Betänkandet finns också i elektronisk form på regeringens webbplats www.regeringen.se.

Några av instanserna som får denna remiss kommer också inom kort att få betänkandet EU på hemmaplan (SOU 2016:10) och betänkandet Palett för ett stärkt civilsamhälle (SOU 2016:13) på remiss. Dessa tre utredningar är samtliga framtagna inom ramen för regeringens

demokratipolitik men respektive utredning avser olika aspekter av politikområdet.

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

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

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

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

Daniel Ström
Expeditions- och rättschef

Kopia till
Wolters Kluwers kundservice, 106 47 Stockholm

Betänkande Låt fler forma framtiden, SOU 2016:5

Remiss Låt fler forma framtiden SOU 2016:5 Del A
Remiss Låt fler forma framtiden SOU 2016:5 Del B

Sammanfattning

2014 års Demokratiutrednings uppdrag har varit att utreda hur engagemanget inom den representativa demokratin kan öka och breddas och hur individens möjligheter till delaktighet i och in-flytande över det politiska beslutsfattandet mellan de allmänna valen kan stärkas. Uppdraget berör centrala aspekter av det demokratiska systemet och utredningen har antagit namnet 2014 års Demokrati-utredning – Delaktighet och jämlikt inflytande. Vårt fokus är det som ibland kallas för mellanvalsdemokrati, dvs. individers möjlig-heter att utöva inflytande på andra sätt än genom de allmänna valen.

Uppdraget, såsom det framgår av direktiven (se bilaga 1), rör huvudsakligen två former av politisk påverkan. Det handlar för det första om möjligheten att utöva inflytande som förtroendevald inom ramen för de representativa beslutsformerna och, för det andra, om möjligheterna att som enskild individ eller tillsammans med andra påverka politiska beslutsfattare mellan valen. Sådana aktiviteter kan ske genom formella påverkanskanaler, t.ex. folkomröstningar, medborgarförslag, medborgardialoger och remissvar, eller genom informella påverkanskanaler, t.ex. demonstrationer, medie-kampanjer, namninsamlingar och direkta kontakter med politiker. Enligt direktiven ska vi också belysa frågor om representation och om de förtroendevalda avspeglar befolkningssammansättningen utifrån kön, bakgrund, ålder och funktionsförmåga. Utredningen ska också behandla frågor om ungas politiska representation, delaktighet och inflytande. Utöver de specifika frågor som nämns ovan har utredningen i uppdrag att undersöka och beskriva de samhälls-förändringar som kan påverka individers demokratiska delaktighet och möjligheter till inflytande på sikt.

Vi har under utredningstiden haft ett stort antal avstämningar och möten med förtroendevalda och tjänstemän på olika nivåer i det politiska systemet, med företrädare för de politiska partierna, representanter för civilsamhällsorganisationer och med intresserade från allmänheten. Vi har genomfört ett flertal enkäter, intervjuer och undersökningar samt beställt underlagsrapporter från sammanlagt 24 forskare. Dessa rapporter har presenterats och diskuterats på seminarier runt om i landet och har publicerats i en särskild forskarantologi. Vår ambition har varit att driva offentlig debatt och stimulera till samtal om de frågor som vi har haft i uppgift att utreda, men också att skapa oss en bredare och djupare bild av tillståndet i demokratin. Betänkandet är på detta sätt både en redogörelse för tillståndet i demokratin och en samling förslag, bedömningar och rekommendationer till hur demokratin kan utvecklas och förstärkas.

Demokratin är stark, men den politiska ojämlikheten ökar

Strax efter millenniumskiftet, i februari 2000, överlämnande den förra Demokratiutredningen sitt slutbetänkande till regeringen. Utredningen tillsattes i en tid då demokratin ansågs stå inför ett antal allvarliga utmaningar. Engagemanget inom folkrörelserna hade avtagit, de politiska partierna

hade förlorat medlemmar och valdeltagandet var sjunkande. Intresset för politik ansågs vara lågt, i synnerhet bland unga.

Vissa av dessa utmaningar kvarstår nu, femton år senare. Sam-tidigt måste bilden nyanseras. Även om de traditionella folkrörelse-organisationerna engagerar färre individer är det medborgerliga engagemanget alltjämt högt. Engagemanget tar sig nya uttryck genom nätverksbaserade och mer informellt organiserade rörelser. Partierna är inte längre masspartier med stora medlemskårer, men antalet partiaktiva sjunker inte längre. Förtroendet för de politiska partierna är fortfarande lågt, men har stärkts. Valdeltagandet har ökat i de tre senaste riksdagsvalen. Attitydundersökningar visar att förtroendet för regeringen och riksdagen har ökat under de senaste femton åren. Intresset för politik bland unga är starkt.

Denna utredning kan konstatera att demokratin i dag står stark. Däremot är det politiska inflytandet inte jämnt fördelat. Klyftan mellan de som deltar och de som inte deltar har vidgats. Dessa deltagandeklyftor märks tydligt när det kommer till engagemanget i det civila samhällets organisationer, liksom i de politiska partierna.

De som är aktiva inom civilsamhällsorganisationer och politiska partier är i huvudsak välutbildade och socioekonomiskt resurs-starka personer. Det är i synnerhet personer med låg utbildning och med lågavlönade jobb som har lämnat partierna. Det märks också när det kommer till förtroendet för demokratins institutioner och procedurer. Tilltron till demokratin är betydligt starkare bland resursstarka individer, dvs. personer med hög utbildning och inkomst, än bland resurssvaga. Samma förhållande gäller när det rör upplevelsen av att kunna påverka politiska beslut. Valdeltagandet har ökat under senare år, men skillnaderna mellan resurssvaga och resursstarka grupper är alltjämt stora. I riksdagsvalet var det unge-får 15 procentenheters skillnad i valdeltagande mellan hög- och låg-utbildade liksom betydande skillnader i valdeltagandet mellan svensk och utrikes födda.

Skiljelinjen mellan de ”demokratiskt aktiva” och de ”demokratiskt passiva” sammanfaller i stor utsträckning med andra sociala och ekonomiska klyftor i samhället. De som inte deltar i demokratins processer har lägre utbildning, lägre inkomst och en betydligt svagare förankring på arbetsmarknaden. Vissa undersökningar visar även att gruppen passiva lider av ohälsa i större utsträckning än den demokratiskt aktiva gruppen. Skillnaderna avspeglar sig i vad som skulle kunna beskrivas som ett utanförskap och ett innanförskap eller som vidgade klassklyftor.

Därutöver är skillnaderna mellan dessa grupper i allt större utsträckning rumsliga och geografiska. De demokratiskt aktiva och de passiva bor i skilda bostadsområden, går i olika skolor och utövar sina fritidsintressen på olika platser. Detta avspeglar sig också i valdeltagandet. Skillnaderna mellan de valdistrikt i Stockholm, Göteborg och Malmö som hade högst och lägst valdeltagande var över 40 procentenheter i riksdagsvalet 2014. Vidare framträder deltagandeklyftor i konsumtionen av nyheter. Andelen ”nyhetsundvikare” har ökat under senare år, och denna grupp består i stor utsträckning av personer med svaga socioekonomiska resurser. Den demokratiska arenan, dvs. de platser där tankar, åsikter och intressen utbyts, är allt mer segregerad. Detta är en stor utmaning för demokratin.

Ett ytterligare problem är att flera samhällstendenser såsom glo-baliseringen, digitaliseringen, demografiska förändringar och klimat-hotet kan förstärka olikheterna mellan olika grupper samtidigt som dessa tendenser ställer demokratin och samhället i sin helhet inför nya utmaningar. Dessa samhällstendenser har och kommer under de närmaste åren förändra förutsättningarna för demokratin liksom för ekonomin, arbetsmarknaden och maktrelationerna i samhället. Flera av de utmaningar som vi i dag står inför innebär dessutom att vi kommer behöva fatta svåra beslut rörande fördelningen av resurser. Att med demokratins mekanismer skapa konsensus bakom de beslut som är nödvändiga för samhällets långsiktiga hållbarhet och utveckling är en utmaning inte bara för det politiska systemet utan för hela vårt samhälle.

En ny målsättning för demokratipolitiken

Det är viktigt att demokratipolitiken är inriktad på att möta de utmaningar som nämns ovan. Vi föreslår därför en ny målsättning för demokratipolitiken. Målsättningen ska vara ”en hållbar demokrati som kännetecknas av delaktighet och jämlikt inflytande”. Vi menar att demokratin blir starkare när det är många som deltar och upplever sig vara delaktiga i samhället. Ett brett deltagande ger bättre förutsättningar för att fler röster ska kunna komma till uttryck, vilket gör att inflytandet kan bli mer jämlikt. Ett jämlikt inflytande förutsätter också att alla har samma möjligheter att delta och på-verka den politiska maktutövningen oavsett kön, hudfärg, språklig, etnisk eller religiös tillhörighet, funktionsnedsättning, sexuell läggning, ålder eller socioekonomisk status. Syftet med demokratipolitiken måste därför vara att öka deltagandet och att verka för att inflytandet utövas mer jämlikt.

Vi menar vidare att demokratin måste vara hållbar. Med detta menar vi en demokrati som kännetecknas av starka offentliga institutioner som kan fatta beslut effektivt, rättssäkert och transparent. Det förutsätter också att medborgarna har förtroende för demokratins institutioner och procedurer, att det demokratiska engagemanget är högt och att de flesta upplever att de kan påverka. En hållbar demokrati förutsätter slutligen att de mänskliga rättigheterna respekteras. Denna målsättning måste efterföljas av åtgärder som syftar till att skapa ett jämlikt inflytande och ett ökat och breddat deltag-ande. Regeringen bör genomföra demokratifrämjande insatser inför och mellan valen och dessa bör vara inriktade på att öka den politiska jämlikheten. Det handlar om att ge organisationer i det civila samhället förutsättningar att engagera grupper som annars inte del-tar. Kommuner, landsting och regering har ett särskilt ansvar att ge medborgarna goda förutsättningar att delta och framföra synpunkter i politiska beslutsprocesser. Flera av våra förslag syftar till detta.

Det är dock svårt att i grunden förändra maktförhållanden i samhället genom demokratireformer eller åtgärder för att främja deltagandet. Vårt uppdrag är begränsat till att analysera individers möjligheter till delaktighet och inflytande mellan valen och inte maktrelationerna i samhället ur ett vidare perspektiv. Mot bakgrund av omfattningen och djupet av de samhällsförändringar vi bevittnar i dag föreslår vi att en utredning tillsätts med uppgift att samman-ställa kunskap om hur maktförhållandena i det svenska samhället har förändrats sedan millenniumskiftet. En sådan maktutredning ska bidra med ett underlag som ger politiska beslutsfattare bättre förutsättningar att fatta långsiktiga och ändamålsenliga beslut för att möta de utmaningar som samhället och demokratin står inför på sikt.

De politiska partierna är inte i kris

Vår analys visar att föreställningen om en partikris i stora drag kan avskrivas. Medlemsutvecklingen i partierna är inte längre negativ. Medlemmarna spelar också en annorlunda roll i partierna än tidigare. Kommunikationen med väljarna har underlättats genom den digitala tekniken medan valrörelserna har professionaliserats och partierna har anställt mer personal. Samtidigt hade var fjärde lokal partiorganisation svårigheter att hitta kandidater till vallistorna inför de allmänna valen år 2014. Det är därför viktigt att partierna fort-satt verkar för att rekrytera nya medlemmar.

Partierna måste utveckla sitt rekryteringsarbete

Ett problem för partidemokratin är att personer som uppger att de är lågutbildade, har arbetarklassbakgrund, är födda utanför Sverige, är unga eller kvinnor är underrepresenterade bland medlemmarna. Det kan medföra att partierna har svårt att fånga upp de åsikter och perspektiv som dessa grupper har. Vår översyn visar att samtliga partier arbetar för att värva medlemmar, och att de flesta partier verkar för att rekrytera medlemmar från underrepresenterade grupper, såsom kvinnor, unga och utrikes födda. Samtidigt visar undersökningar att de flesta som engagerar sig i ett parti gör det eftersom de själva befinner sig i ett sammanhang med andra partiaktiva. Sammantaget består partierna av en socialt sammanhållen grupp som ofta har ryggarna utåt.

Vi anser därför att partierna måste utveckla sitt rekryterings-arbete. Partierna bör aktivt arbeta med att söka upp nya medlem-mar utanför de redan aktivas nätverk. För rekryteringen av unga är det av särskild betydelse att partierna är närvarande i skolan, på fritidsgårdar och i föreningslivet. För att kontaktytor ska uppstå med personer som annars inte skulle gå in i ett parti är det också viktigt att partierna är fysiskt närvarande i lokalsamhället, även mellan valkampanjerna. Det gäller särskilt i områden med hög arbetslöshet och en stor andel utlandsfödda.

Motverka professionaliseringen av partierna

De politiska partierna professionaliserar sin verksamhet alltmer. Professionaliseringen leder till att politikutvecklingen inom partierna i stor utsträckning drivs av personer som inte är eller har varit för-troendevalda och därmed inte har erfarenhet av det politiska besluts-fattandet. Det ökade antalet anställda idéutvecklare, s.k. policy-professionella, kan också leda till att medlemmarnas möjligheter att delta i idéutvecklingen minskar. En utveckling med ett ökat antal politikutvecklare som inte har erfarenhet av ett förtroendeuppdrag kan leda till att politiken driver bort från den faktiska verklighet som väljarna upplever och som de förtroendevalda på lokal nivå har att hantera.

Partierna är också mer fokuserade på de opinioner och åsikter som framförs genom olika medier än på kommunikationen med enskilda väljare. Den politiska debatten i media är viktig, men med tanke på att det är allt färre som följer de etablerade medierna och deltar i den åsiktsbildning som sker i dessa finns det en risk att partierna inte fångar upp de bredare åsikterna i samhället. Det finns också en risk att partierna blir mer mottagliga för det påverkansarbete som olika intresseorganisationer och PR-byråer bedriver genom medierna.

Partierna måste reformera sina organisationer

Den del av befolkningen som identifierar sig med ett politiskt parti har sjunkit kraftigt, vilket gör det svårare att mobilisera politiskt intresserade utifrån en ideologisk samhörighet. Denna

utveckling kan delvis förklaras av värderingsförändringar, som individualiseringen och en minskad auktoritetstro. Människor är i dag mer benägna att engagera sig i sakpolitiska frågor än långsiktigt i ett politiskt parti. Förtroendet för de politiska partierna har visserligen stärkts under 2000-talet, men partierna är alltjämt en av de samhällsinstitutioner som allmänheten hyser lägst förtroende för. Det är troligt att många väljer andra sätt att uttrycka sitt politiska engagemang efter-som de inte tror att det är möjligt att påverka genom ett politiskt parti. Vår översyn visar också att en stor del av medlemmarna anser att interndemokratin är dålig, även om medlemsinflytandet har stärkts över tid. De individer som i dag väljer att gå in i ett politiskt parti är mer engagerade och ställer större krav på inflytande än tidigare.

Det är viktigt att partierna inte är exklusiva kanaler för inflyt-ande som enbart är tillgängliga för en liten krets av partiaktiva. Vi menar därför att partierna bör verka för att partimedlemmar på lokal nivå får möjligheteter att delta i idéutvecklingen. Partierna bör också överväga att oftare ha medlemsomröstningar om principfrågor och att öka inflytandet vid val av partiledare. Samtidigt är medlemmar i partierna i dag inte särskilt representativa för samhället i övrigt och en förstärkt interndemokrati skulle därför kunna leda till att partierna fjärmar sig ytterligare från övriga delar av befolkningen.

Det går inte att förvänta sig att partierna kommer att återta den roll i demokratin som de en gång hade. Medlemsminskningen beror inte enbart på partierna själva, utan är också en effekt av att sam-hällsengagemanget som sådant har förändrats. Mot denna bakgrund bör väljarna få möjlighet att förmedla sina intressen och åsikter till beslutsfattarna även på andra sätt än genom de politiska partierna. Våra förslag om att fullmäktige ska verka för att medlemmarna har förutsättningar att framföra sina synpunkter inför beslut liksom införandet av förslagsrätt på lokal och nationell nivå, s.k. folk-motion, förstås mot den bakgrunden.

Se över partistödet

Vår översyn visar att det offentliga stödet till de politiska partierna inte fullt ut används i enlighet med vad det är avsett för. Stödet till riksdagsledamöter, som syftar till att bistå ledamöternas arbete, används i stor utsträckning till annan verksamhet än riksdagsarbete. Därutöver överförs delar av det kommunala partistödet till nationell nivå. Samtidigt visar vår översyn att antalet politiska sekreterare och hel- och deltidsarvoderade förtroendevalda i kommuner och landsting har ökat på senare tid. En anledning till detta är att den politiska majoriteten i kommunerna ofta försäkrar sig om ett stöd från mindre partier genom att bl.a. erbjuda avlönade politiska sekreterartjänster. Sammantaget anser vi att det finns skäl att till-sätta en bredare översyn av partistödet. Översynen bör i första hand ha till uppgift att klargöra i vilken mån de olika formerna av partistöd används på ett ändamålsenligt sätt och om det finns skäl att göra förändringar och förtydliganden om hur stöden ska för-delas, användas och redovisas.

De förtroendevalda och den sociala representativiteten

Vi har gjort en analys av de förtroendevaldas representativitet utifrån kön, bakgrund (födelseland) och ålder. När det kommer till dessa tre aspekter kan vi konstatera att politiken inte är jämställd eller jämlik.

Även om kvinnors representation i riksdagen har minskat de två senaste mandatperioderna har jämställdheten i kommun- och lands-tingsfullmäktige förbättrats över tid. Det är i dag något fler kvinnor som innehar tyngre poster, såsom kommun- eller landstingsstyrelsens ordförande, än vad

det var vid ingången av millenniumskiftet. Totalt sett är dock kvinnor underrepresenterade på inflytelserika positioner. Kvinnliga politiker är mer utsatta för hot, våld och trakasserier och lämnar sina uppdrag under och efter mandatperioden i högre utsträckning än män. Kvinnor är också tydligt under-representerade i kommunala bolagsstyrelser.

Därutöver avspeglar inte de politiska församlingarna den mångfald som i dag finns i det svenska samhället. Utrikes födda är under-representerade på alla nivåer i politiken. Personer som invandrat till Sverige engagerar sig politiskt i lägre utsträckning än inrikes födda, vilket delvis kan förklara underrepresentationen, men delaktigheten ökar med vistelsetiden i Sverige. Upplevelser av diskriminering är också en faktor som påverkar delaktigheten bland utrikes födda. Bostadssegregeringen innebär att det är en stor andel utrikes födda som bor i politikerglesa bostadsområden. Eftersom de flesta som går in i politiken gör det för att de kommit i kontakt med andra partiaktiva är det därmed mindre sannolikt att utrikes födda upp-manas att engagera sig partipolitiskt. Undersökningar visar också att utrikes födda avancerar långsammare mot de tyngre uppdragen än inrikes födda.

Unga under 29 år är den grupp som är mest underrepresenterad i kommun- och landstingsfullmäktige i relation till andelen bland de röstberättigade medan äldre är kraftigt underrepresenterade i riks-dagen. Det kan leda till att ungas och äldres perspektiv inte tillgodoses i det lokala respektive det nationella beslutsfattande. När det gäller unga medför underrepresentationen i den lokala demokratin att det är få unga som får erfarenhet av att ha ett förtroende-uppdrag, vilket är viktigt för det fortsatta politiska engagemanget.

Social representativitet är viktigt för demokratins legitimitet

Vi menar att förutsättningarna för ett jämlikt politiskt inflytande blir bättre när alla delar av befolkningen är representerade i de be-slutsfattande församlingarna. Social representativitet är en rättvise-fråga och en fråga för demokratins legitimitet. Politiker som delar sociala och kulturella erfarenheter med en särskild väljargrupp har en bättre förmåga att fånga upp, lyssna in och förmedla väljares intressen och åsikter. Dessutom påverkar representativiteten delaktigheten i samhället. Det är rimligt att anta att när en individ upplever sig vara representerad blir den också motiverad till att delta.

Ansträngningarna för att uppnå politisk jämlikhet är huvudsakligen en fråga för de politiska partierna och därför lämnar vi ett antal rekommendationer för hur ett arbete med att förbättra representativiteten skulle kunna gå till. Partierna i en kommun eller ett landsting bör t.ex. komma överens om att samordna sin nomineringsprocess på så sätt att könsbalansen i styrelser och nämnder blir jämnare. Detta är särskilt viktigt vid tillsättningen av kommunala bolagsstyrelser där kvinnors underrepresentation är påtaglig. Vi menar också att partierna bör ha som princip att alltid nominera två kandidater: en man och en kvinna. Det skulle underlätta för valberedningen att samordna tillsättningen.

De förtroendevaldas villkor

Den kommunala politikens villkor har förändrats under senare år. Antalet nämnder och uppdrag minskar, samtidigt som uppdragen koncentreras till ett mindre antal förtroendevalda. Inflytandet i den kommunala politiken utövas också av en allt mindre skara av led-ande förtroendevalda. Vi anser att det finns ett värde med att det är en stor andel av befolkningen som har erfarenhet av att delta i politiska beslutsprocesser och därför bör inte uppdragen minska ytterligare vid reformer av den politiska organisationen. För att stimulera det demokratiska deltagandet på lokal

nivå kan kommuner också genomföra försök med direktval för ett begränsat antal platser i en geografisk nämnd.

Medialiseringen av politiken har lett till att politikerrollen blivit mer krävande. Samtidigt sker beslutsgången i ett snabbare tempo och de politiska besluten är i sig mer komplexa. Dessa omständigheter påverkar vem som väljer att engagera sig politiskt. Antalet förtroendevalda som lämnar sina uppdrag i förtid är också högt. Unga under 29 år och kvinnor med hemmavarande barn är överrepresenterade bland de förtroendevalda som hoppar av i förtid.

Villkoren för förtroendeuppdragen måste anpassas så att det går att ägna sig åt ett förtroendeuppdrag och samtidigt ha tid till hel-tidsarbete och familjeliv. Det krävs en ny möteskultur där lång-dragna sammanträden är undantag. Det kan vara lämpligt att tillämpa stopptider liksom att öppna upp för ett mer frekvent användande av deltagande på distans. Åtgärder bör också genomföras för att underlätta för förtroendevalda med barn i behov av tillsyn. Kommuner skulle t.ex. kunna tillämpa mer genenerösa regler för barnomsorg och förskola i samband med politiska möten i kommunen eller landstinget.

Möjlighet att behålla sitt uppdrag trots flytt från kommunen

Under mandatperioden 2010 till 2014 lämnade var femte förtro-endevald sitt uppdrag i förtid. Var tredje avhopp berodde på flytt från kommunen, och när det kommer till unga under 29 år var det 57 procent som lämnade sitt uppdrag av denna anledning. Detta kan förklaras av att unga är mer rörliga då de ännu inte börjat studera eller etablerat sig på arbetsmarknaden. Det finns redan i dag en möjlighet för fullmäktige att besluta att en förtroendevald som är vald av fullmäktige får behålla sitt uppdrag trots flytt från kommunen. Vi föreslår att denna möjlighet också ska omfatta de folkvalda fullmäktigeledamöterna.

Förtroendevalda ska kunna utöva sina uppdrag under trygga och säkra former

Enligt Brottförebyggande rådets kartläggning utsattes en av fem förtroendevalda under 2013 för hot, våld eller trakasserier. Var-annan heltidspolitiker blev utsatt och majoriteten av dessa blev hotade eller trakasserade vid upprepade tillfällen. Med tanke på att en av fyra uppger att de censurerat sig själva på grund av rädsla för trakasserier kan detta anses ha en effekt på demokratin. Vi anser att det är viktigt att samtliga förtroendevalda får ett stöd i det fall de utsätts för våld, hot eller trakasserier och att de därmed kan känna sig trygga när de tar på sig och utför ett förtroendeuppdrag. Vi föreslår därför att det i kommunallagen ska införas en bestämmelse som anger att kommunerna och landstingen ska verka för att de förtroendevalda ska kunna fullgöra sina uppdrag under trygga och säkra former.

Möjlighet att vara ledig från sitt förtroendeuppdrag

Det är viktigt att de ersättningsbestämmelser som gäller inte upplevs som ett hinder för de förtroendevalda. Ersättning för inkomst-bortfall vid möten måste vara skäligt och täcka alla delar av inkom-sten. Vi anser vidare att det finns anledning att anpassa den rättsliga regleringen för uppdragen till den faktiska samhällsutvecklingen. Det gäller inte minst regleringen av sjuk- och föräldraledighet. Det är fler kvinnor än män som hoppar av i förtid eller gör långa uppe-håll i sina politiska karriärer för att vara föräldralediga och detta får sammantaget konsekvenser för jämställdheten i lokalpolitiken. Vi föreslår därför att det ska vara möjligt att under en begränsad tid vara ledig från sitt uppdrag för att vara föräldra- eller sjukledig. Fullmäktige ska kunna tillsätta en ersättare under ledigheten.

Den lokala politikens organisering

Under senare år har en maktförskjutning skett från fullmäktige och fritidspolitikerna till ledamöterna och ordföranden i kommun- och landstingsstyrelsen. Fullmäktige, som enligt kommunallagen är kommunens och landstingets beslutande församling, har en svag ställning. Dessutom sker beredningen av beslut ofta utanför de formella institutionerna, t.ex. genom förhandlingar mellan partier som gemensamt styr kommunen eller landstinget. Detta påverkar både fullmäktiges och väljarnas möjligheter till insyn i beslutsfattandet och ansvarsutkrävande av beslutsfattarna.

För att ge fullmäktige makt att granska och utkräva ansvar anser vi att fullmäktige bör upparbeta en praxis för den interna granskningen av maktutövningen i kommunen eller landstinget. Vi anser vidare att fullmäktige bör fatta beslut om uppdragsbeskrivningar som förtydligar rollfördelningen mellan olika förtroendevalda, i synnerhet den roll som ordförande i styrelsen och nämnder samt övriga kommunal- och landstingsråd har i politiken. Ur ett medborgarperspektiv är det rimligt att kräva att fullmäktige klargör vilka funktioner dessa förtroendevalda har i den lokala demokratin.

För att motverka elitism och maktkoncentration i politiken anser vi att det också är nödvändigt att verka för en ökad omsättning av de kommunala förtroendeuppdragen. Vi anser att partierna internt eller gemensamt i fullmäktige bör överväga en begränsning i hur länge en enskild förtroendevald kan inneha ett tyngre uppdrag, t.ex. som ordförande i styrelsen eller i en nämnd. Det skulle öppna upp möjligheter för fler kandidater att träda fram och få betydelse-fulla positioner inom politiken. Det skulle också kunna bryta den sociala homogenitet som i regel gör sig gällande högre upp i politiken.

För att öka partiernas synlighet i den lokala demokratin bör fullmäktige, på samma sätt som riksdagen, med jämna mellanrum arrangera allmänpolitiska debatter eller debatter om dagsaktuella frågor i kommunen eller landstinget. Sådana debatter kan bidra till att det allmänna intresset för lokalpolitiken ökar och att lokala partiföreträdare får tillfälle att uttrycka sina ståndpunkter i olika samtidsfrågor. Vi föreslår därför att fullmäktigepresidiet ska kunna fatta beslut om att en allmänpolitisk debatt ska hållas utan samband med ordinarie ärendehantering.

Möjligheter att påverka nationella beslutsprocesser genom institutionella kanaler: remiss, samråd och kommittéväsendet

Den formella kanalen för påverkan på den nationella nivån, remiss-väsendet, är viktig för att enskilda och intresseorganisationer ska kunna framföra sina synpunkter inför beslut. Åsiktsutbytet inom remissväsendet sker enligt formella regler och ger därmed förut-sättningar för transparens och ett jämlikt deltagande. Vid sidan av remissväsendet har användningen av samråd, hearings och konsultationer med särskilt inbjudna organisationer blivit ett allt vanligare sätt för Regeringskansliet att inhämta allmänhetens synpunkter, åsikter och intressen och för att stämma av underlag inför regeringsbeslut.

Öppna upp remissprocesserna och samråden

Vår översyn visar att det i huvudsak är etablerade och resursstarka organisationer som deltar i remissväsendet liksom i samråd och hearings. Mot bakgrund av att de traditionella folkrörelseorganisationerna har förlorat medlemmar och fått en svagare lokal förankring, samtidigt som nyare rörelser har uppkommit på lokal nivå, finns det en risk att de synpunkter och

perspektiv som kanaliseras genom dessa formella kanaler inte är representativa för den breda allmänheten. Det är därför viktigt att remisslistorna och inbjudningar till samråd och hearings vidgas så att nya delar av det civila samhället blir representerade. Riktlinjer för samråd och hearings bör utarbetas.

Elektronisk förvaltning och digitala samråd

Regeringen har beslutat om en målsättning om att Sverige ska vara bäst i världen på att använda digitaliseringens möjligheter. Regeringen ska enligt sin e-förvaltningsstrategi verka ”för öppnare förvaltning som stödjer innovation och delaktighet”. Det är i detta sammanhang anmärkningsvärt att Regeringskansliet inte har utvecklat sin elektroniska förvaltning. Regeringskansliet har förvisso en sär-ställning utifrån de krav på säkerhet och sekretessbehandling som kan ställas på den myndighet som ska bistå regeringen, men i flera aspekter leder den bristande digitaliseringen till att insynen och delaktigheten blir lidande. Detta gäller inte minst remisshanteringen.

Vi anser att den formella remissprocessen bör kompletteras med ett digitalt samråd som gör det möjligt att lämna synpunkter på konkreta frågeställningar. Digital teknik bör också användas vid övriga samråd, hearings och konsultationer och därigenom göra det möjligt att lämna synpunkter utan att vara fysiskt närvarande. Slutligen bör Regeringskansliet se över hur den elektroniska förvaltningen kan utvecklas. För att ett sådant utvecklingsarbete ska komma till stånd föreslår vi att en arbetsgrupp sätts upp under Förvaltningsministern eller IT-ministern.

Utredningars och kommittéers förutsättningar att samråda

Enligt vår översyn har enskildas och intresseorganisationers möjlig-heter att påverka politiken genom kommittéväsendet försämrats. Direktiv har blivit mer detaljerade, det är ofta på förhand givet vad utredningarna ska komma fram till och utredningstiden har blivit kortare. Med fler enmansutredningar som har kort tid på sig har kommittéväsendets roll som konsensusbyggare försvagats. Enligt vår bedömning är det därför viktigt att kommittéer och utredningar uppmanas i sina direktiv att samråda och att de ges tillräckligt med tid för att kunna stämma av och inhämta synpunkter från intresse-organisationer och allmänheten.

Möjligheter att påverka nationella beslutsprocesser genom icke-institutionella kanaler

Vår översyn visar att de informella kontakterna mellan intresse-organisationer och beslutsfattare på nationell nivå har ökat i om-fattning under senare år. Denna utveckling är delvis ett resultat av att relationerna mellan beslutsfattandet och intresseorganisationer har ändrat karaktär. Den kan också förklaras av att politiken i sig blivit mer komplex och att kunskaps- och informationsbehovet har ökat. Därutöver har politiken anpassats till nyhetsmedierna, vilket har resulterat i att den politiska kommunikationen har fått en allt större betydelse och att antalet personer som har politisk idé-utveckling och påverkan som heltidssyssla, s.k. policyprofessionella, har ökat. Denna utveckling måste betraktas som en av de största förändringarna av den svenska demokratin som har skett under de senaste femton åren.

Vi anser att det finns skäl att vara vaksam på en utveckling där politik- och idéutvecklingen i större utsträckning sker på arenor där enskilda individer inte har möjlighet att fritt delta eller bli representerade. En sådan utveckling skulle kunna innebära att den enskilde får sämre möjligheter till delaktighet, inflytande och insyn i politiken. Det kan också innebära att förutsättningarna för

väljarna att utkräva ansvar av de folkvalda försämras. Dessutom är påverkans-arbetet en fråga om resurser, vilket inverkar på den politiska jämlikheten.

Kontakterna mellan beslutsfattare och intresseorganisationer bör inte regleras

I nuläget utgör inte lobbyingen i form av informella kontakter mellan beslutsfattare och intresseorganisationer en direkt utmaning för demokratin. Vi förespråkar därför inte att någon form av reglering införs som förändrar förutsättningarna för intresseorganisationernas kontakter med beslutsfattare, t.ex. en registrering av lobbyister. Denna typ av reglering är svår att utforma på ett ända-målsenligt sätt som inte medför negativa effekter för demokratin.

Det påverkansarbete som intresseorganisationer, PR-byråer eller tankesmedjor genomför riktar sig i första hand till medier. För att medborgarna ska ha goda möjligheter till insyn och ansvarsutkrävande är det centralt att det finns medieaktörer som har kapacitet att fritt granska maktutövandet, producera journalistik som håller hög kvalitet och möjliggöra en offentlig debatt där flera olika röster och perspektiv kommer till uttryck. Mot denna bakgrund anser vi att det är viktigt att regeringen vidtar åtgärder för att skapa förut-sättningar för en levnadskraftig, oberoende och mångfacetterad mediamarknad och för en stark och självständig public service.

Medborgerlig förslagsrätt i riksdagen bör införas

För att vitalisera demokratin och stärka de enskilda medborgarnas inflytande över beslutsfattandet föreslår vi att en medborgerlig förslagsrätt i riksdagen, en s.k. folkmotion, ska införas. En folk-motion innebär att en enskild individ som har rösträtt till riksdagen får möjlighet att väcka ett förslag och om detta får stöd av en pro-cent av de röstberättigade till riksdagen ska det tas upp som en motion i riksdagen. Folkmotionen ska kunna lämnas och stödjas över internet. Om motionen fått tillräckligt stöd väcks den i riks-dagen på samma sätt som motioner av riksdagsledamöter och utskottsbehandlas. Beroende på vad motionen kräver kan ett bifall till motionen leda till ett utskottsinitiativ eller ett tillkännagivande till regeringen. Förslaget om folkmotion är inspirerat från det s.k. medborgarinitiativet som finns i Finland.

Med en möjlighet att väcka en folkmotion i riksdagen får alla individer tillgång till en formell kanal för att göra sin röst hörd. Detta skulle kunna innebära att det övertag som de resursstarka organisationerna har i opinionsbildningen kan vägas upp. Det skulle också skapa transparens i påverkansarbetet. Införandet av folk-motion kan också motiveras av de politiska partiernas försvagade ställning och de förändrade formerna för politiskt deltagande och engagemang. En sådan reform skulle innebära en ändring av riksdagsordningen. Vi föreslår därför att införandet av medborgerlig förslagsrätt, folkmotion, ska utredas i särskild ordning.

Insynen i riksdagsarbetet

Mot bakgrund av att de informella kontakterna mellan intresse-organisationer och riksdagen har ökat under senare tid kan det finnas skäl att vidta åtgärder för att försäkra att maktutövandet sker i transparenta former. För att medborgarna ska ha möjlighet att fram-föra sina åsikter och intressen på nationell nivå är det också viktigt att riksdagsledamöterna har goda förutsättningar till kommunikation med medborgarna. I syfte att underlätta kontakten med väljarna anser vi att det kan finnas skäl att se över ledamotsstödet och om delar av detta bör knytas till en finansiering av kansliresurser i ledamöternas valkretsar.

Medborgardialog och samråd i kommuner och landsting

Medborgardialoger och samråd där individer, intresseorganisationer eller andra aktörer bjuds in att delta i beslutsprocesser är vanligt förekommande i kommuner och landsting. Medborgardialoger kan bidra till att beslut kan få en djupare förankring och starkare legitimitet. De kan också bidra till att intressekonflikter eller missnöjesyttringar undviks vid genomförandet av politiska beslut. Medborgardialoger som inger förhoppningar om ett inflyt-ande som inte infrias kan däremot leda till att förtroendet för demokratin som sådan undermineras. Det finns också en risk att medborgardialoger leder till politisk ojämlikhet om deltagandet inte är representativt för kommun- eller landstingsinvånarna.

Fullmäktige ska verka för att medlemmarna har förutsättningar att delta och framföra sina synpunkter inför beslut

För att medborgardialogerna ska ge positiva demokratieffekter är det viktigt att användandet av medborgardialoger och andra sam-rådsprocesser formaliseras. Det måste bli tydligt för medborgarna om när och i vilka frågor som kommuner och landsting avser att hålla ett samråd eller medborgardialog samt vilka möjligheter till påver-kan som dialogerna ger. Vi föreslår därför att det ska framgå av kommunallagen att fullmäktige ska verka för att medlemmarna har förutsättningar att delta och framföra sina synpunkter inför beslut. Med en sådan bestämmelse motiveras fullmäktige att stämma av och förankra beslut samtidigt som fullmäktige har ansvar för be-redningen och beslutsfattandet. Bestämmelsen framhåller värdet av ett medborgerligt engagemang, vilket är en av de uttalade grund-principerna till kommunallagen.

Bestämmelsen är en målsättningsparagraf och ska ses som en demokratisk princip. Det är fullmäktige som beslutar om hur medlemmarna ska kunna delta och framföra sina synpunkter och om vilka beslut som ska beredas med ett medborgerligt deltagande. Förslaget innebär att samtliga medlemmar, även unga och utländska medborgare som är folkbokförda, men som än inte har rösträtt, liksom fastighetsägare som är juridiska personer, såsom ideella organisationer och företag, kan beredas möjligheter att framföra sina synpunkter.

Riktlinjer och principer för medborgardialoger och samråd

Vi menar att det finns fördelar med att fullmäktige antar riktlinjer eller principer om när och inför vilka beslut som medlemmarna ska ges tillfälle att framföra synpunkter samt om hur medborgardia-loger eller samråd ska genomföras. Riktlinjerna eller principerna bör bl.a. omfatta samrådens och medborgardialogernas plats i beredningsprocessen, vilka dialogerna riktar sig till liksom hur kommunerna och landstingen bjuder in och kommunicerar resultaten av samråd och dialog. Vi ger också rekommendationer om att åt-gärder bör vidtas som syftar till att förstärka den politiska jämlikheten vid genomförandet av medborgardialoger. Vi menar vidare att digital teknik bör används i så stor utsträckning som möjligt och att resultaten av medborgardialogerna ska återkopplas till de som har deltagit och berörs. Vi föreslår därutöver att kommunerna och landstingen bör ha en plats på sin webbsida där all information som är relevant för medborgarnas demokratiska delaktighet finns tillgänglig och samlad.

Det förstärkta folkinitiativet

Förstärkningen av medborgarnas möjligheter att påkalla folkomröstningar i kommuner och landsting har lett till att antalet folkinitiativ och lokala folkomröstningar har ökat. Detta har skapat spänningar i den lokala demokratin. Några av de konflikter som uppstått har berott på oklarheter i hur bestämmelserna för folkinitiativet ska tolkas.

För att förenkla initiativprocessen föreslår vi att det inte ska vara nödvändigt för initiativtagare att uppge egenhändiga namnteckningar och att det därmed blir möjligt att samla in underskrifter via internet. Underskrifter som sker över internet och med hjälp av e-legitimation innebär att valideringsprocessen kan bli mer rättssäker, ske snabbare och ta mindre resurser i anspråk. Dessutom är insamling via internet förenligt med de rådande formerna för politiskt engagemang där internet och sociala medier har stor betydelse för det politiska deltagandet. För att en tillförlitlig namninsamling över internet ska bli teknisk möjlig för det stora flertalet föreslår vi att en nationell webbplats för detta ska inrättas.

Vi föreslår vidare ett förtydligande av bestämmelserna om hur det nödvändiga antalet namnunderskrifter för att väcka ett folk-initiativ ska fastställas. Ett problem med de folkomröstningar som inte har hållits i samband med de allmänna valen är att valdeltagandet har varit lågt. Vi anser att konflikter skulle kunna undvikas om de politiska partierna innan folkomröstningen kommunicerar vad som enligt dem krävs för att utslaget i folkomröstningen ska respekteras.

Även om det har uppstått problem i samband med folkinitiativen och folkomröstningarna menar vi att det principiella värdet av att väljarna har en möjlighet till direktdeltagande i politiska beslutsprocesser överväger de negativa erfarenheterna. De flesta folk-omröstningarna som varit sedan år 2011 har stimulerat det demokratiska deltagandet lokalt och det finns inget som tyder på att folkinitiativen har påverkat den politiska jämlikheten eller förtroendet för demokratin negativt. De problem som har uppstått har i första hand berott på att de styrande politikerna inte tagit hänsyn till eller bemött starka folkopinioner som uttryckts av olika väljar-grupper mellan valen. För att förebygga sådana missnöjesyttringar är det viktigt att kommunerna och landstingen i enlighet med vårt förslag ovan verkar för att ge medlemmarna förutsättningar att delta och framföra sina synpunkter inför beslut.

Medborgarförslag och folkmotion

Vår översyn av medborgarförslaget visar att det gett begränsade demokratieffekter. Medborgarförslaget har främst använts som en förslagslåda eller en synpunktshantering för vardagsnära frågor och de fåtal personer som lämnar förslag är inte representativa för befolkningssammansättningen i dess helhet. Behandlingen av medborgarförslagen tar också mycket tid och resurser i anspråk. Där-utöver skapar medborgarförslag en relation mellan enskilda medborgare och förtroendevalda, men inte mellan de förtroendevalda och sammanslutningar av medborgare. Enskilda förslag stimulerar därmed inte till en vidare dialog och ger heller ingen antydan om det finns en stark opinion i den fråga som väcks.

I syfte att stärka dialogen mellan väljare och förtroendevalda och förenkla den administrativa hanteringen för kommunerna och landstingen föreslår vi att medborgarförslaget ersätts av ett nytt verktyg, folkmotion, som blir tvingade för alla kommuner och lands-ting. Alla folkbokförda i en kommun eller en kommun inom lands-tinget, dvs. även de som inte har rösträtt i kommun- och landstingsvalen, ska ha möjlighet att lämna förslag om något som rör kommunens eller landstingets verksamhet. Folkmotioner som under en period av sex månader får ett stöd av minst en procent av de folkbokförda i kommunen eller landstingen ska beredas så att full-mäktige kan fatta beslut inom ett år från det att folkmotionen väcktes. Hanteringen av en folkmotion ska ske

på samma sätt som för ett medborgarförslag, vilket innebär att fullmäktige får överlåta till styrelse eller annan nämnd att besluta i ärenden som väckts genom folkmotion. För undertecknandet av folkmotionen gäller samma regler som för folkinitiativet, dvs. att insamlingen av namn ska kunna ske över internet. Enskilda individer kan därmed för namninsamling till en folkmotion välja att använda den webbportal som vi föreslår ska inrättas på nationell nivå.

Ungas delaktighet och inflytande

De flesta unga upplever att de saknar inflytande över det politiska beslutsfattandet och en stor del av de unga känner sig inte delaktiga i samhället. Unga är därutöver underrepresenterade i de politiska partierna, i de politiska församlingarna och i föreningslivet. På samma sätt som för äldre finns det skillnader i deltagandet utifrån faktorer såsom socioekonomisk bakgrund, kön, funktionsförmåga och utländsk bakgrund. Undersökningar visar samtidigt att det politiska intresset är starkt bland unga i dag. En stor andel av de unga är engagerade och vill påverka politiken. Unga visar en stark tilltro till demokratin och de allra flesta uttrycker ett stöd för de grundläggande demokratiska värderingarna. Sammantaget anser vi att det är nödvändigt med ett perspektivskifte när det kommer till synen på unga. Vi bör inte se unga som en utmaning för demokratin utan i stället bör ungas engagemang och intresse ses som en tillgång för demokratin. Fokus bör vara på att bjuda in unga människor att delta brett i den lokala demokratin.

Försöksverksamhet med sänkt rösträttsålder

Vi föreslår att en försöksverksamhet med sänkt rösträttsålder till 16 år sker vid valen till kommunfullmäktige 2018 och 2022. För-söksverksamheten ska genomföras i kommuner som ansöker till regeringen om detta och den ska därefter följas upp och utvärderas. En sänkning av rösträttsåldern till 16 år innebär att genomsnitts-åldern för förstagångsväljare blir 18 år, från nuvarande 20 år. Det skulle innebära ett incitament för unga att intressera sig för den lokala politiken och därmed motivera fler att vilja ta ett förtro-endeuppdrag. Genom att rösträttsåldern infaller då en person fort-farande går i skolan ökar också samhällets möjligheter att påverka ett röstningsbeteende på längre sikt. Samtidigt ger det skolan ett konkret tillfälle att undervisa om demokratifrågor. En försöksverk-samhet med sänkt rösträttsålder är därutöver i linje med det nationella målet för ungdomspolitiken, enligt vilket unga ska ha inflyt-ande över samhällsutvecklingen. Försöksverksamheten ska enbart gälla kommunala val och folkomröstningar, i vilka flera frågor som direkt berör ungas vardag avgörs. När det gäller val till riksdagen är det viktigt att rösträtten fortsatt är knuten till myndighetsåldern.

Ungas deltagande i beslutsfattande i kommuner och landsting

Vårt förslag om att fullmäktige ska verka för att medlemmarna har förutsättningar att delta och framföra sina synpunkter inför beslut innebär att kommunerna och landstingen även bör tillgodose ungas perspektiv i beslutsprocesserna. Ett sätt att göra detta är genom inflytandeforum, som ungdomsråd eller motsvarande, där unga in-bjuds att medverka i politiska beslutsprocesser. Samråd med sådana inflytandeforum bör vara en formell del i beredningsprocesser på lokal och regional nivå. Samtidigt är det viktigt att dessa forum verkligen är representativa för gruppen unga i kommunen eller landstinget. Det är också viktigt att formerna för samråd anpassas efter ungas förutsättningar att delta. Kommuner och landsting bör anta ett regelverk för hur ungas perspektiv ska tillgodoses i besluts-processerna liksom en policy eller en handlingsplan för den lokala ungdomspolitiken.

Skolans demokratiuppdrag

Vi anser att kunskapen om hur kommuner och landsting fungerar samt formerna för medborgerligt inflytande i det politiska besluts-fattandet bör öka bland skolelever. Skolor bör i större utsträckning samverka med förvaltningen i kommuner och landsting och träffa företrädare för de politiska partierna på lokal nivå. Vi föreslår därför att den lokala demokratins funktionssätt ska ingå som en av insatserna i det nationella skolutvecklingsprogrammet. Detsamma ska gälla för kunskap om kritisk granskning och källkritik. Vi menar vidare att föreningsengagemanget i grund- och gymnasieskolorna måste stödjas.

Även universiteten och högskolorna har en central plats i demokratin. Det är därför viktigt att de politiska studentförbunden, politiska partier och andra föreningar som baseras på en värdegrund av demokrati och mänskliga rättigheter har goda förutsättningar att verka på högskolorna. För att betona högskolornas betydelse för demokratin anser vi att det bör framgå av högskolelagen att hög-skolorna ska verka för att främja demokratins centrala principer och respekten för allas lika värde.

Delaktighet och inflytande för personer med funktionsnedsättning

Personer med funktionsnedsättningar är något mindre delaktiga i demokratin än den övriga befolkning. Detta avspeglar sig i valdeltagandet och i representationen i de politiska församlingarna. Brist-ande tillgänglighet av olika slag utgör fortsatt ett hinder för att kunna delta fullt ut i samhället. Tillgängligheten till möteslokaler för fullmäktigesammanträdena har förbättrats, men är alltjämt otillfredsställande när det kommer till lokaler för nämnd- och i synnerhet partimöten. Det är därför viktigt att tillgänglighetsarbetet fort-sätter och att kommunen eller landstinget tillhandahåller tillgänglighetsanpassade lokaler också för nämnd- och partigruppsmöten och i större utsträckning än i dag möjliggör för beslutsfattande på distans i fullmäktige och nämnder.

Ett särskilt problem för förtroendevalda som är i behov av stöd och service för att kunna fullgöra sitt politiska uppdrag är att det är svårt att kombinera förtroendeuppdraget med familje- och arbets-liv, särskilt om de inte får tid till assistans beviljad för att utöva ett politiskt engagemang. Förtroendevalda som beviljats personlig assistans ska få den assistans som de har rätt till för att kunna fullgöra sina förtroendeuppdrag.

Vårt förslag om att fullmäktige ska verka för att medlemmarna har förutsättningar att delta och framföra sina synpunkter inför beslut har också betydelse för personer med funktionsnedsättning. Med anledning av vårt förslag bör kommuner och landsting inrätta funktionshindersråd som ges reella möjligheter till inflytande. Full-mäktige bör också anta reglementen för rådens funktion i den kommunala organisationen.

I syfte att säkerställa att den demokratiska delaktigheten får större utrymme i funktionshinderspolitiken föreslår vi att demokratisk delaktighet och inflytande för personer med funktionsnedsättning ska utgöra ett eget mål i den kommande funktionshindersstrategin. Genom att ett mål antas betonas vikten av tillgänglighetsarbetet i det demokratifrämjande arbetet och att underlag tas fram för att synliggöra utvecklingen.

Låt fler forma framtiden!

Det är inte möjligt att göra genomgripande förändringar av demokratins funktionssätt genom en statlig utredning. Demokratin för-ändras tillsammans med att samhället förändras. I de fall de demokratiska spelreglerna ändras måste det göras med försiktighet och utifrån en politisk samsyn. Vår uppgift har varit att genom förnyelse och gradvisa förändringar av demokratins spelregler göra demokratin mer relevant för sin samtid. Det övergripande syftet med våra förslag är att förmå fler att bli delaktiga och därmed skapa förutsättningar för ett mer jämlikt inflytande. Vi anser samtidigt att det är viktigt med en debatt om tillståndet i demokratin. Den fortsatta debatten bör ta vid där vi slutar och handla om hur fler ska få vara med och forma framtiden. Med tanke på de stora samhälls-förändringar som nu sker förefaller det sig naturligt att inom ett decennium på nytt utvärdera och se över demokratins funktions-sätt.

.

Helge Jonsson
Samordningskansliet
Tfn: 063-14 76 36
E-post: helge.jonsson@regionjh.se

2016-04-19

Dnr RS/580/2016

Kulturdepartementet

103 33 Stockholm
ku.remissvar@regeringskansliet.se

Svar på remiss av betänkande EU på hemmaplan (SOU 2016:10)

Region Jämtland Härjedalen lämnar följande synpunkter på betänkandet av utredningen om delaktighet i EU – EU på hemmaplan – SOU 2016:10.

Det är ingen positiv beskrivning utredningen lämnar om tillståndet i Sverige när det gäller kunskap om och insyn och inflytande i arbetet med EU-lagstiftning. Region Jämtland Härjedalen instämmer i utredningens blid av tillståndet och i orsakerna till det. Även om bilden inte är så mörk på alla ställen så finns det anledning för alla aktörer att arbeta för att förbättra läget.

En grundläggande orsak till tillståndet är att statens arbete med EU-lagstiftning sker inom ramen för utrikespolitiken och inte som ett led i Sveriges lagstiftningsarbete. Ett ändrat regelverk och arbetssätt här skulle skapa större möjlighet för medborgarna att på ett tidigt stadium i lagstiftningsarbetet få insyn i vad som är på gång, hur förslagen ser ut och vilken inställning staten har till dem.

Region Jämtland Härjedalen har det regionala utvecklingsansvaret och vill därför särskilt trycka på vikten av ett väl fungerande flernivåstyre. För att den regionala nivån ska kunna ta sitt ansvar och utföra de uppgifter det regionala utvecklingsansvaret innebär måste regionerna involveras i den nationella nivåns arbete gentemot EU-nivån, i beslutsfattande, processer och dialog.

Region Jämtland Härjedalen tillstyrker utredningens förslag till åtgärder inom området kunskap om EU. Särskilt viktigt är att möjligheterna till insyns- och inflytande lyfts fram.

Utredningen lyfter fram journalistkåren och media som viktiga aktörer för bevakning av EU-frågor och i det offentliga samtalet. Region Jämtland Härjedalen håller med om den bedömningen. I det svenska medielandskapet är det medieföretagen själva som definierar sitt uppdrag och detta är inte nödvändigtvis ett samhällsuppdrag. Endast de allmänna medieföretagen har ett sådant uppdrag. Även om medieföretagen har tagit på sig ett samhällsuppdrag för ett fritt meningsutbyte är de beroende av intäkter från sin verksamhet. Med tanke på det klena intresset för EU-frågor hos allmänheten får man förstå att medieföretagen kan ha svårt att satsa på det offentliga samtalet kring EU-

frågor. Det allmännas åtgärder gentemot medieföretagen för att stimulera det offentliga samtalet måste utformas med hänsyn till det och sträcka sig utöver utbildningsinsatser för journalister. Det bör också övervägas hur de nya kommunikationsarenorna kan användas för att förbättra det offentliga samtalet.

Region Jämtland Härjedalen instämmer i utredningens förslag till åtgärder och rekommendationer om bättre insyn, delaktighet och inflytande. Förslagen riktar sig till regeringen och myndigheterna och rekommendationerna till kommuner och landsting/regioner. Självfallet har alla offentliga aktörer ett ansvar för att tydliggöra och synliggöra sitt arbete med EU-frågor men, med hänsyn till hur tillståndet är enligt utredningen, bör förslagen vara mer långtgående. Det bör övervägas om det inte krävs lagstiftning för att tydliggöra hur arbetet bedrivs.

Utredningen har inte lämnat förslag kring förhållandet mellan riksdagen och regeringen vad gäller hanteringen av EU-lagstiftningen i Sverige. Möjligtvis beror det på utformningen av direktiven. Det hade varit önskvärt att det hade belysts med hänsyn till att utredningen faktiskt beskriver att EU-lagstiftningen kan ses som en del i Sveriges lagstiftningsarbete och inte som ett arbete med internationella konventioner. Region Jämtland Härjedalen anser att man bör utreda möjligheten att ändra lagstiftningen på så sätt att EU-lagstiftningen redan från EU-kommissionens inledande konsultationer hanteras inom ramen för svenskt lagstiftningsarbete. Allmänheten skulle då få en bättre insyn i förslagen på ett tidigt stadium och också tidigt kunna påverka Sveriges inställning till förslagen. Ett sådant förfarande skulle inte förta enskildas möjlighet att direkt delta i kommissionens konsultationer.

Det bör också övervägas om inte också kommunallagen ska innehålla någon reglering av kommuners och landstings/regioners arbete med påverkan på EU-lagstiftningen. Det kan medföra att frågorna blir synliga på ett annat sätt och mer förankrade i kommunen eller landstinget/regionen än idag då arbetet oftast utförs av de representanter som utsetts att företräda kommunen eller landstinget/regionen i frågorna.

Region Jämtland Härjedalen tillstyrker utredningens förslag och rekommendationer till åtgärder för bättre information om EU.

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Margareta Winberg
Regionfullmäktiges ordförande

Björn Eriksson
Regiondirektör.

REGERINGSKANSLIET

Remiss

2016-03-15

Ku2016/00181/D

REGION
JÄMTLAND HÄRJEDALEN

2016 -03- 18

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

Kulturdepartementet

Enheten för demokrati och det civila samhället
Jesper Svarén
Telefon 08-405 16 85

Betänkandet EU på hemmaplan (SOU 2016:10)

Remissinstanser:

1. Riksdagsförvaltningen (EU-samordningen samt informationsenheten)
2. Justitieombudsmannen
3. Svenska institutet för europapolitiska studier
4. Justitiekanslern
5. Migrationsverket
6. Styrelsen för ackreditering och teknisk kontroll
7. Kommerskollegium
8. Finansinspektionen
9. Statskontoret
10. Konsumentverket
11. Statens skolverk
12. Statens skolinspektion
13. Specialpedagogiska skolmyndigheten
14. Sameskolstyrelsen
15. Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor
16. Folkbildningsrådet
17. Universitets- och högskolerådet
18. Göteborgs universitet (Statsvetenskapliga institutionen, Institutionen för journalistik, medier och kommunikation)
19. Karlstad universitet (Fakulteten för humaniora och samhällsvetenskap)
20. Linnéuniversitet (Institutionen för statsvetenskap)
21. Linnéuniversitet (Medieinstitutet Fojo)
22. Lunds universitet (Juridiska fakulteten och Socialhögskolan)
23. Stockholms universitet (Juridiska institutet, Statsvetenskapliga institutet och Institutet för mediestudier)
24. Umeå universitet (Statsvetenskapliga institutionen)
25. Naturvårdsverket
26. Kemikalieinspektionen

27. Post- och telestyrelsen
28. Statens jordbruksverk
29. Livsmedelsverket
30. Boverket
31. Forum för levande historia
32. Svenska ESF-rådet
33. Arbetsmiljöverket
34. Europaparlamentets informationskontor i Sverige
35. Europeiska kommissionen i Sverige
36. Sveriges Radio AB
37. Sveriges Television AB
38. Sveriges Utbildningsradio AB
39. Dalarnas läns landsting
40. Gävleborgs läns landsting
41. Jämtlands läns landsting
42. Norrbottens läns landsting
43. Skåne läns landsting
44. Smålands läns landsting
45. Stockholms läns landsting
46. Västernorrlands läns landsting
47. Västerbottens läns landsting
48. Västra Götalands läns landsting
49. Värmlands läns landsting
50. Östergötlands läns landsting
51. Aneby kommun
52. Arboga kommun
53. Arvidsjaur kommun
54. Bräcke kommun
55. Båstad kommun
56. Dals-Ed kommun
57. Falu kommun
58. Göteborgs kommun
59. Hultsfred kommun
60. Hässleholms kommun
61. Höör kommun
62. Kiruna kommun
63. Knivsta kommun
64. Leksand kommun
65. Ljusdal kommun
66. Lomma kommun
67. Lysekil kommun
68. Malmö kommun
69. Mora kommun
70. Mörbylånga kommun
71. Partille kommun
72. Sigtuna kommun
73. Skara kommun
74. Solna kommun

75. Stenungsunds kommun
76. Stockolms kommun
77. Umeå kommun
78. Åmål kommun
79. Åre kommun
80. Östersund kommun
81. Göteborgsregionens kommunalförbund (GR Utbildning)
82. Centerpartiet
83. Kristdemokraterna
84. Liberalerna
85. Miljöpartiet
86. Moderaterna
87. Socialdemokraterna
88. Sverigedemokraterna
89. Vänsterpartiet
90. Centerpartiets ungdomsförbund
91. Grön Ungdom
92. Kristdemokratiska ungdomsförbundet
93. Liberala ungdomsförbundet
94. Moderata ungdomsförbundet
95. Sveriges socialdemokratiska ungdomsförbund
96. Ungsvenskarna
97. Ung Vänster
98. Företagarna
99. Jusek
100. Kommunal
101. Landsorganisationen i Sverige (LO)
102. Lärarförbundet
103. Lärarnas riksförbund
104. Saco
105. ST
106. Svenska Journalistförbundet
107. Svenskt näringsliv
108. Tjänstemännens centralorganisation (TCO)
109. Unionen
110. Universitetslärarförbundet
111. CIVOS – Civilsamhällets organisationer i samverkan
112. Forum – idéburna organisationer med social inriktning
113. Landsrådet för Sveriges Ungdomsorganisationer (LSU)
114. Studieförbunden
115. Europarörelsen
116. Forum för EU-debatt
117. Nej till EU
118. Svenska kvinnors Europanätverk
119. Svenska Paneuropaföreningen
120. Amnesty international
121. Bankföreningen
122. Concord

123. DemokratiAkademin
124. Folkets hus och parker
125. Föreningen Norden
126. Greenpeace
127. Handikappförbunden
128. IOGT-NTO
129. Naturskyddsföreningen
130. Riksförbundet för sexuell upplysning (RFSU)
131. Riksidrottsförbundet
132. Rädda barnen
133. Röda korset
134. Sveriges allmännyttiga bostadsföretag
135. Samarbetsorgan för etniska organisationer i Sverige (SIOS)
136. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)
137. Swedish Standards Institute (SIS)
138. Svensk bibliotekförening
139. Svensk Försäkring
140. Svensk Handel
141. Svenska handikappidrottsförbundet & Sveriges Paralympiska kommitté
142. Svenska läromedel
143. Svenskt friluftsliv
144. Sverigefinska ungdomsförbundet
145. Sveriges konsumenter
146. Teknikföretagen
147. Tidningsutgivarna
148. TV4 AB
149. Vetenskap & Allmänhet
150. Världsnaturfonden
151. Arena idé
152. Fores
153. Global Utmaning
154. Timbro
155. Islamiska samarbetsrådet i Sverige
156. Judiska centralrådet i Sverige
157. Svenska kyrkan
158. Sveriges kristna råd

Remissvaren ska ha kommit in till Kulturdepartementet, 103 33 Stockholm, senast den 21 juni. Svaren bör lämnas både på papper i ett exemplar och per e-post (både som pdf- och word-fil) till ku.remissvar@regeringskansliet.se med hänvisning till diarienumret.

På grund av det stora antalet remissinstanser skickas enbart en kopia av betänkandet ut till varje instans. Remissinstanserna kan utan kostnad få ytterligare högst ett exemplar av betänkandet. Exemplaret beställs hos Wolters Kluwer kundservice, 106 47 Stockholm, telefon 08-598 191 90, e-post: kundservice@wolterskluwer.se. Ange vid beställning att exemplaret är avsett för remissändamål. Betänkandet finns också i elektronisk form på regeringens webbplats www.regeringen.se.

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

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

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

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

Daniel Ström
Expeditions- och rättschef

Kopia till
Wolters Kluwers kundservice, 106 47 Stockholm

EU på hemmaplan SOU 2016:10

Remiss: Betänkandet EU på hemmaplan (SOU 2016:10)

Sammanfattning och förslag

Utredningens uppdrag har varit att utreda möjligheterna att främja insyn, delaktighet och inflytande för individer och aktörer i Sverige när det gäller frågor som beslutas inom EU. Det övergripande syftet har varit att bidra till en demokratisk utveckling i linje med demokratipolitikens mål att stärka individens möjligheter till inflytande.

Ett uppdämt förändringsbehov

I en välmående demokrati behöver den som vill påverka politiska beslut, visioner och vägval ha förutsättningar att göra det. I dag är dessa förutsättningar olika beroende på var besluten fattas. Individer och organiserade intressen har väsentligt sämre möjligheter till insyn och inflytande i de politiska frågor som beslutas gemensamt på EU-nivå jämfört med i de frågor som inte har en sådan koppling. I takt med att allt fler frågor beslutas på europeisk nivå har denna obalans blivit större.

I någon mån beror obalansen på att det kan upplevas som svårare att påverka ett stort och komplext politiskt system som EU än ett mindre system som det svenska. Men politik som beslutas på EUnivå kan, förutom via EU:s institutioner, påverkas genom flera olika nationella kanaler som i dag inte är tillräckligt öppna och inbjudande. Det svenska politiska systemet har inte, trots dryga 20 års EUmedlemskap, förändrats på ett sätt som fullt ut möjliggör för medborgaren att tillvarata existerande kanaler i Sverige. Det offentliga samtalet bidrar inte heller till att synliggöra politiken på europeisk nivå. En stor del av det som ofta kallas EU:s demokratiska underskott är i realiteten ett svenskt demokratiskt underskott.

Kunskapsbrist

Ett grundläggande problem är den omfattande kunskapsbrist som finns i samhället om det svenska demokratiska systemets relation till EU-nivån, och vice versa. Särskilt allvarligt är de bristfälliga kunskaperna i grupper som står för kunskapsförmedling om demokrati och politik. Många folkvalda och tjänstemän i kommunerna har t.ex. svårt att redogöra för hur kommunens verksamhet är relaterad till beslut på EU-nivå. Åtskilliga journalister känner sig osäkra på hur EU fungerar. I skolan vittnar lärare om att de undviker EU i samband med demokratiundervisning på grund av sina egna bristande kunskaper. Inte ens universitetslärare i statsvetenskap känner sig bekväma med ämnet.

Den grundläggande kunskap som behövs för att medborgaren ska kunna skaffa sig insyn och ha möjligheter att påverka politiken saknas i hög grad. Sådan kunskap handlar t.ex. om en grundläggande förståelse för hur gemensamma beslut fattas i unionen, förståelse för att både riksdagsval och val till Europaparlamentet – om än på olika sätt – handlar om att välja representanter som ska fatta beslut i en union av 28 länder, förståelse för att en stor del av de beslut som fattas i riksdagen är en direkt följd av redan fattade EU-beslut och förståelse för vilka frågor som beslutas på vilken nivå. Det behövs bättre kunskap för att öka individens och andra intressenters möjlighet att ifrågasätta, ställa följdfrågor, göra sin röst hörd och utkräva ansvar.

EU på hemmaplan SOU 2016:10

Förutom kunskapsbristen är det två övergripande faktorer som sedan EU-inträdet samverkar negativt och förstärker obalansen i individers och andra intressenters möjligheter till insyn, delaktighet och inflytande. Den ena handlar om maktförskjutningar och förändrade roller för de politiska institutionerna. Den andra handlar om frånvaron av ett kontinuerligt offentligt samtal om EU-relaterade frågor, en frånvaro som förefaller att bli större över tid.

Maktförskjutning

Flera typer av maktförskjutningar har gradvis skett i Sverige till följd av EU-medlemskapet. Först och främst har regeringen, på riksdagens bekostnad, fått allt större lagstiftande makt i de frågor som beslutas på EU-nivå. Ur ett demokratiperspektiv medför denna maktförskjutning ett större ansvar för regeringen att löpande informera om utvecklingen och säkerställa förankring av politiken inför och under lagstiftningsarbetet. Detta sker inte fullt ut i dag. I EUrelaterade frågor används t.ex. utredningsväsendet och remissförfarandet – som möjliggör för intressenter utanför Regeringskansliet att bidra med synpunkter i lagstiftningsarbetet – i normalfallet först efter att beslut om ny EU-lagstiftning har fattats. Vid denna tidpunkt är de reella möjligheterna att påverka beslutet i stort sett obefintliga eftersom endast det nationella genomförandet återstår. Regeringen har ännu inte anpassat sitt utåtriktade arbetssätt för att möjliggöra samma typ av dialog med det omgivande samhället i frågor som beslutas på EU-nivå som på nationell nivå.

Även regeringens myndigheter har gradvis fått en ökad roll i både utformningen och genomförandet av beslut som fattas på EU-nivån. Detta har medfört en allt större gråzon av oklara ansvarsförhållanden mellan departementen och myndigheterna. Det är många gånger upp till myndigheten att välja omfattning på sin EU-relaterade utåtriktade information och att avgöra om och när intressenter i det omgivande samhället ska bjudas in till dialog om pågående lagstiftningsarbete på EU-nivå. Vissa myndigheter väljer en minimalistisk linje och osynliggör därmed en stor del av myndigheternas arbete i EUrelaterade sakfrågor. Som en följd försvåras det omgivande samhällets insyn, påverkan och möjligheter till ansvarsutkrävande.

Även på den regionala och lokala nivån har EU-medlemskapet förändrat de demokratiska förutsättningarna. Långt ifrån Bryssel, och oftast även långt ifrån Stockholm, är det via kommuner och landsting/regioner som EU på det mest konkreta sättet möter medborgarna i vardagen. Kommunala folkvalda och deras tjänstemän är ofta de dagliga uttolkarna och i praktiken genomförarna av beslut som har fattats av Europeiska unionen. De bedriver även ett påverkansarbete för invånarnas räkning – enskilt eller via sammanslutningar som t.ex. SKL – gentemot EU:s institutioner. Ytterst få kommuner har övervägt hur denna förändrade roll bör avspeglas i demokratiarbetet. I många kommuner förekommer varken politiska debatter eller dialoger med väljare och andra intressenter om hur kommunerna bör bedriva sitt EU-relaterade arbete.

Politisk tystnad

Politik på EU-nivån får även en allt mer perifer roll i det offentliga samtalet. Flera tecken tyder på att de aktörer som har störst möjlighet att påverka det offentliga samtalet – politiska partier och media – i allt högre grad undviker att förmedla den nationella politikens koppling till EU-nivån. Trots att en stor del av verksamheten i både riksdag och regering är relaterad till politiska beslut på EU-nivån, debatterar politiska partier i väldigt liten utsträckning EU-relaterade frågor. Oftast

förmedlar inte heller media de politiska alternativ eller sakpolitiska skiljelinjer som finns i pågående frågor på EU-nivå. ”Konflikterna” porträtteras snarare som om ”Sverige” och ”EU”, eller Sverige och andra EU-länder, inte är överens. Detta är särskilt problematiskt ur ett delaktighetsperspektiv, eftersom skiljelinjerna i många frågor i realiteten snarare går mellan olika intressen inom det svenska samhället. När dessa politiska skiljelinjer inte blir synliga i det offentliga samtalet minskar också individers och organiserade intressens möjligheter att bli uppmärksammade på, ta ställning till och försöka påverka sakfrågorna.

Den sammantagna bilden blir att det i Sverige – bortom de interna samtalen i och mellan de politiska institutionerna och förvaltningen – i stort sett råder politisk tystnad om politiken på EU-nivån. Ett mer livaktigt offentligt samtal skulle mer än något annat förbättra de demokratiska förutsättningarna för insyn och deltagande i frågor som beslutas på EU-nivå. Kunskapsbristen skulle minska och möjligheterna till delaktighet och inflytande skulle öka ifall politiska partier och media i högre grad bidrog till att föra in EU-nivån i det offentliga samtalet.

Ett livaktigt offentligt samtal kan däremot inte kommenderas fram. Därför är det viktigt att de offentliga institutionerna tar ett större ansvar för att förmedla information, föra dialog, och på andra sätt öka samhällets kunskap. Då kan också förutsättningarna öka för ett framtida offentligt samtal som bättre speglar hur många stora (och många små) politiska beslut fattas.

I detta betänkande förtydligar och fördjupar vi delar av denna problembeskrivning i separata kapitel och föreslår åtgärder på tre övergripande områden: åtgärder för att höja kunskapen, åtgärder för att öka möjligheterna till insyn och delaktighet samt åtgärder för att förbättra informationstillgången. De tre områdena har många beröringspunkter med varandra. Korrekt genomförda kan därför även åtgärderna förstärka varandra och sammantaget öka möjligheterna till ett bredare deltagande i frågor som beslutas på EU-nivå.

Åtgärder för att höja kunskapen

I utredningens direktiv framgår den ambition som borde vara vägledande för alla kunskapsförmedlare: Kunskapen om EU:s beslutsfattande bör vara i nivå med kunskaperna om nationellt beslutsfattande. Den samlade kunskapsbilden, som vi redogör för i kapitel 3, visar att detta är långt ifrån verklighet i dag. Olika former av kunskapshöjande åtgärder, i skolan och det bredare utbildningssystemet men även bland andra kunskapsförmedlare som folkvalda, tjänstemän och journalister är viktiga instrument för att långsiktigt säkerställa goda förutsättningar för ett brett samhälleligt deltagande.

Undervisningen i grundskolan och gymnasieskolan förmedlar sällan tillräcklig kunskap om EU-nivåns betydelse för demokratins förutsättningar och individens inflytandemöjligheter. Därför föreslår vi dels en förstärkning av den lärarfortbildning i EU-relaterade ämnen som i dag genomförs inom ramen för det s.k. EU-skolambassadörsprogrammet, dels att uppdraget att inkludera EU-nivån i undervisningen ska stärkas ytterligare i grund- och gymnasieskolans styrdokument. Vi föreslår även att regeringen ska stödja skolorna att anordna skolval till Europaparlamentet.

Vi föreslår vidare att lärare vid landets journalistutbildningar ska erbjudas särskilda utbildningar som är inriktade på journalistiskt arbete med EU-relaterade frågor och att regeringen ska

möjliggöra fortbildningar för yrkesverksamma journalister om Europeiska unionen. Vi föreslår även att kommuner och landsting/regioner ska verka för att förtroendevalda och tjänstemän har en hög EU-kompetens, bl.a. genom fortbildning för att öka kunskapen och medvetenheten om EU:s betydelse för den lokala nivån och där medborgarnas möjlighet till insyn, delaktighet och inflytande i EU-relaterade frågor utgör ett centralt tema.

Åtgärder för att främja insyn och delaktighet

Den dialog som regeringen, dess myndigheter och kommunerna har med det omgivande samhället i EU-relaterade frågor är, i den mån den alls förekommer, ofta sporadisk och av informell karaktär. Dessutom sker den ofta i en sen fas i lagstiftningsprocessen, när påverkansmöjligheterna är små eller obefintliga. Därmed är det svårt för enskilda och andra aktörer att få insyn i vilka EU-relaterade frågeställningar som är aktuella och vilka möjligheter som finns för inflytande och delaktighet, både direkt gentemot EU:s institutioner och via de statliga och kommunala aktörer som deltar i EU:s lagstiftnings och genomförandearbete.

Regeringen bör tidigarelägga och stärka sin dialog med intresseorganisationer och andra aktörer under det förberedande arbete som sker parallellt med kommissionens utveckling av lagstiftningsförslag och inför förhandlingsarbetet i unionen. Vi föreslår därför att Regeringskansliet ska bjuda in olika intressenter att delta i särskilda EUberedningsgrupper för viktigare sakfrågor som väntas leda till ny EUlagstiftning. Genom att synpunkter inhämtas fortlöpande förenklas också utredningsarbetet och den formella remissbehandlingen i samband med det nationella genomförandet.

Vi föreslår vidare att regeringen ska skapa former för nationella e-samråd i samband med det förberedande lagstiftningsarbetet i EU. De lagstiftningsprocesser på EU-nivå som förväntas leda till rättsakter som ska införlivas i svensk lagstiftning ska även beskrivas i EU-promemorior som publiceras i en särskild serie. Dessutom ska regeringen alltid redovisa inkomna synpunkter från EU-beredningsgrupperna och e-samråden som del av sitt informationsunderlag till riksdagen.

Vi föreslår även att regeringen i sina instruktioner till myndigheterna ska förtydliga myndigheternas samrådsansvar i sitt EU-relaterade arbete och att myndigheterna ska skapa formella och transparenta samrådsformer i frågor som beslutas på EU-nivå.

Vidare rekommenderar vi att kommuner och landsting/regioner ska öka omfattningen av dialog och samråd med lokala och regionala intressenter och andra aktörer i det EU-relaterade arbetet och att de aktivt ska arbeta för att tydliggöra att många EU-relaterade frågor är en del av den kommunala demokratin.

Åtgärder för att förbättra informationstillgången

Det finns ett behov av bättre informationstillgång i EU-relaterade frågor. Detta innefattar dels information som ger baskunskaper om hur politiska beslut fattas på EU-nivå och hur politiska beslut som berör EU-nivån fattas i Sverige, dels löpande informationsförmedling om det politiska innehållet i pågående processer och resultatet av dessa. Informationen behöver vara tillgänglig i god tid före beslut fattas och språkligt och innehållsmässigt kunna förstås av en allmänintresserad medborgare.

EU på hemmaplan SOU 2016:10

Ur ett brett samhällsperspektiv har politiska partier och media den i särklass viktigaste rollen som informationsspridare. Vi har ovan nämnt åtgärder för att förbättra journalisters kunskap om EU-relaterade processer.

Utöver detta föreslår vi att Regeringskansliet ska skapa en EUportal på regeringen.se med information om regeringens politik på EU-nivå och alla viktigare pågående processer, inklusive EU-lagstiftningsarbetet. Vi rekommenderar även att verksamheten för riksdagens EU-upplysning, som de senaste åren har nedprioriterats och minskat i omfattning, återställs till den nivå som rådde fram till år 2012.

Vi föreslår också att regeringen i regleringsbrev ska förtydliga myndigheternas informationsansvar när de har EU-relaterade uppgifter. Vi rekommenderar även att kommunerna genomför informationshöjande insatser om hur den lokala och regionala demokratin är integrerad med politik på EU-nivån. Slutligen föreslår vi att Svenska institutet för europapolitiska studier, Sieps, ska sträva efter att tydligare bidra till en fördjupad diskussion i samhället i de ämnen som berörs i Sieps publikationer.

Stiftelsen för näringslivet Jämtland-Härjedalen
Org.nr 893202-3198

Region Jämtland-Härjedalen

Box 654 831 27 Östersund

Begäran om yttrande angående ledamot till styrelse i Stiftelsen för Näringslivet i Jämtland-Härjedalen

Stiftelsen bildades 1993-02-10 av SIB-Invest AB genom överföring av Statens aktier i Z-Invest AB till **Stiftelsen för Näringslivet i Jämtland-Härjedalen.** Stiftelsen har organisationsnummer 893202-3198. Ändamålet för stiftelsen var att förvalta aktierna i dåvarande Z-Invest AB. Dessa aktier har genom fusion uppgått i aktier i Investa Företagskapital AB. Genom permutation av Kammarkollegiet 2013-11-19 är stiftelsens ändamål därför att förvalta aktieinnehavet i Investa Företagskapital AB.

Stiftelsens stadgar föreskriver att styrelsen skall utses med en ledamot representerande Jämtlands läns landsting, två ledamöter representerande Företagarnas Jämtlandsavdelning samt två ledamöter representerande Jämtlandsavdelningen av Västernorrlands och Jämtlands läns Handelskammare.

De organisationer som utser styrelsen, har samtliga genomgått organisatoriska förändringar, varigenom styrelsens nuvarande medlemmar ej utsetts av rätt juridisk person. I detta läge har styrelsens medlemmar utsetts av Länsstyrelsen i Västernorrlands län, i enlighet med Stiftelselagens bestämmelser.

Styrelsen består av följande ledamöter, utsedda av Länsstyrelsen Västernorrland 2016-03-02:

Bengt-Owe Palmgren, Östersund för Företagarna, ordförande
Elizabeth Persson Hansdotter, Gällö för Företagarna
Thomas Hägg, Mörsil för Region Jämtland-Härjedalen
Kjell-Åke Pettersson, Östersund för Handelskammaren Mitt
Lennart Ivarsson, Rödön för Handelskammaren Mitt

I syfte att bland annat ändra stadgarna avseende vilken organisation som skall utse styrelse, har styrelsen ansökt hos Kammarkollegiet om permutation av stadgarna på denna punkt.

Stiftelsen för näringslivet Jämtland-Härjedalen

Org.nr 893202-3198

Kammarkollegiet har begärt att ni skall intyga att ni kommer att i framtiden utse ledamot till stiftelsen.

Ert yttrande ber vi att ni per e-post eller brev, sänder till Stiftelsen för Näringslivet i Jämtland-Härjedalen, Pedagogens väg 2, 831 40 Östersund eller till Bengt-Owe Palmgren, b.o.palmgren@bopab.se.

Yttrandet kan ex vis vara formulerat enligt följande:

Till Kammarkollegiet

Yttrande angående utseende av representant i styrelsen för Stiftelsen för Näringslivet i Jämtland-Härjedalen

Undertecknad organisation intygar härmed att vi framdeles kommer att utse representant till styrelsen i Stiftelsen för Näringslivet i Jämtland-Härjedalen.

Östersund 2016-

För

Region Jämtland-Härjedalen

…… ……

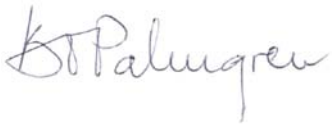
Namnförtydligande Namnförtydligande

Stiftelsen för näringslivet Jämtland-Härjedalen
Org.nr 893202-3198

Östersund 2016-03-21

För

Stiftelsen för Näringslivet i Jämtland-Härjedalen



Ordförande

Bilaga: Kammarkollegiets begäran om yttrande

KAMMARKOLLEGIET
Advokatfiskalsenheten

Begäran om komplettering

1. Vänligen kom in med handlingar som visar att de fem styrelseledamöterna som närvarade vid mötet den 11 maj 2015 är valda i enlighet med gällande föreskrifter. Vissa frågetecken finns kring detta eftersom ni yrkar ändring av styrelsens sammansättning med motiveringen att de som ska utse ledamöter har omorganiserats.

2. Om styrelsen är behörig i enlighet med beslutet den 11 maj 2015 måste detta beslut kompletteras med bilagan som det hänvisas till i punkten 5 a i protokollet.

3. Yttranden från Region Jämtland-Härjedalen, Företagarna Jämtland-Härjedalen och Handelskammaren Mitt av vilka det framgår att respektive organisation åtar sig att utse ledamöter till stiftelsens styrelse.

Kompletteringarna bör ha kommit in senast den 23 december 2015. Kontakta undertecknad om ytterligare anstånd behövs.

Birgitta Nordenfelt
Advokatfiskal

Bilaga

Stiftelsehandling med stadgar

.

Reglemente avseende finansiering och skuldförvaltning samt förvaltning av likviditet och pensionsmedel

REGION
JÄMTLAND
HÄRJEDALEN

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

REGLEMENTE AVSEENDE FINANSIERING OCH SKULDFÖRVALTNING SAMT FÖRVALTNING AV LIKVIDITET OCH PENSIONSMEDEL 1

1 INLEDNING 4

1.1 Bakgrund 4

2 LIKVIDITETSFÖRVALTNING 4

2.1 Mål och riskbegränsnings principer 4

3 LÅNGSIKTIG KAPITALFÖRVALTNING (PENSIONSMEDEL) 5

3.1 Beskrivning 5

3.2 Mål och riskbegränsnings principer 6

3.3 Avsättningar till pensionsportföljen 6

4 PLACERINGSREGLER 6

4.1 Tillåtna tillgångsslag 6

4.2 Tillgångsfördelning och limiter 7

4.3 Limiter för räntebärande värdepapper 7

4.3.1 Kreditrisk 7

4.4 Aktier och aktierelaterade instrument 9

4.5 Strukturerade produkter 9

4.6 Alternativa tillgångar 9

4.7 Valutarisk 9

4.8 Värdepappersfonder 10

4.9 Belåning 10

4.10 Etisk och miljömässig hänsyn 10

4.11 Åtgärder vid överskridande av limit samt nedgraderingar 10

4.12 Motparter 11

4.13 Förvar 11

5 FINANSIERING OCH SKULDFÖRVALTNING 11

5.1 Upplåning allmänt 11

5.2 Mål och övergripande riskbegränsning 12

5.3 Tillåtna instrument 12

5.4 Riskhantering 12

5.4.1 Finansieringsrisk 12

5.4.2 Ränterisk 13

5.4.3 Valutarisk....13
5.4.4 Likviditetsrisk....13
5.4.5 Derivatinstrument....13
5.4.6 Förfinansiering och lån för placering....13
5.4.7 Leasing....14
6 RAPPORTERING OCH UPPFÖLJNING....14
6.1.1 Utvärdering mot index....14
6.2 RAPPORTERING OM TILLGÅNGSFÖRVALTNING....15
6.2.1 Månadsrapportering....15
6.2.2 Rapport i samband med delårsbokslut....15
6.2.3 Årsrapport....15
6.3 RAPPORTERING SKULDFÖRVALTNING....16
6.3.1 Månadsrapportering....16
6.3.2 Rapport i samband med delårsbokslut....16
6.3.3 Årsrapport....16
7 ANSVARSFÖRDELNING....16
7.1 Regionfullmäktiges ansvar....16
7.2 Regionstyrelsens ansvar....17
7.3 Regiondirektörens ansvar....17
7.4 Ekonomidirektörens ansvar....17
7.5 Finansekonomens ansvar....18
8 VERKSTÄLLIGHET AV LIKVIDITETS-, PENSIONSMEDELS- OCH SKULDFÖRVALTNING....18
8.1 Ansvarsfördelning i organisationen och intern kontroll....18
8.1.1 Syfte och mål....18
8.1.2 Rätten att företräda Regionen....18
8.1.3 Fördelningen av ansvar för verkställighet....19
8.2 Rutiner för handläggning av köp eller försäljning av värdepapper samt upplåning....19
8.3 Internkontroll....20
8.3.1 Kontroll av delegationsbeslut....20
9 DEFINITIONER....21

1 INLEDNING

1.1 Bakgrund

Av Kommunallagen framgår att kommunerna och landstingen/regionerna ska förvalta sina medel på ett sådant sätt att krav på god avkastning och betryggande säkerhet kan tillgodoses. Fullmäktige ska meddela föreskrifter om medelsförvaltningen och särskilda föreskrifter om förvaltning av medel avsatta för pensionsförpliktelser.

Regionens finansförvaltning är i huvudsak uppdelad i tre områden:

- Kortsiktig/medellång likviditetsförvaltning
- Långsiktig kapitalförvaltning (pensionsmedel)
- Skuldförvaltning

Den övergripande målsättningen med finansförvaltningen är att vid varje tillfälle säkerställa betalningskapaciteten för Regionen. Regionen har härutöver ett långsiktigt åtagande att möta framtida pensionsförpliktelser.

Inriktningen är att normalt avsätta medel motsvarande pensionsskuldens förändring oavsett eventuellt investerings/finansieringsbehov, och med strategin att särskilja kapitalförvaltning från skuldförvaltning.

Policyn ska löpande hållas uppdaterad, med hänsyn till aktuella förhållanden inom Regionen samt med beaktande av utvecklingen på de finansiella marknaderna. Varje år görs en bedömning av behovet av att uppdatera policyn.

2 LIKVIDITETSFÖRVALTNING

Detta avsnitt beskriver hur regionen ska agera för att säkerställa att fullgod betalningsberedskap upprätthålls vid alla tillfällen.

2.1 Mål och riskbegränsnings principer

Likviditetsförvaltningens syfte ska vara

- Att erhålla en god avkastning för de medel som ej bedöms behövas i den löpande driften. Vid likviditetsförvaltning skall en analys avseende syftet med avsättningen göras. Syftet med avsättningen bestämmer därefter lämplig risknivå, lämpliga aktuella limiter för tillgångsslagen samt relevant avkastningsmål. Med en relativt kort placeringshorisont bör risken i förvaltningen vara låg och likviditeten god för att målet med förvaltningen ska

kunna säkerställas. Kapitalet bör därför placeras i instrument med låg förlustrisk. Målet är en avkastning på motsvarande OMRX T-bill index plus en procent.

- Att tillhandahålla likvida medel för löpande driftsutbetalningar och investeringar. För detta syfte ska alltid en likviditetsreserv finnas tillgänglig.

Som likviditetsreserv räknas kortfristiga placeringar, behållning på Regionens bankkonton, samt checkräkningskrediten och eventuella kreditlöften. Likviditetsplaneringen ska upprättas så att god betalningsberedskap och likviditetshantering säkerställs.

Riskerna vid medelsförvaltning kan sammanfattas som en osäkerhet om placeringarnas framtida avkastning och värde. Två huvudprinciper för riskbegränsning, som ska vara vägledande vid förvaltningen av Regionens medel, är *matchningsprincipen* och *diversifieringsprincipen*:

Matchningsprincipen innebär att placeringarnas löptid matchas mot de tidpunkter då de likvida medlen ska tas i anspråk för utbetalningar. Avsikten är att minska ränterisken. Den årliga likviditetsplanen, finansieringsbudgeten i Regionens treårsplan samt annan information om Likviditetsutvecklingen utgör underlag för matchningen.

Diversifieringsprincipen innebär vid kortsiktig likviditetsförvaltning att placeringarna sprids på olika emittenter i syfte att minska likviditets- och kreditrisker. En diversifiering kan uppnås genom att sprida placeringarna på olika löptider och placeringsinstrument.

3 LÅNGSIKTIG KAPITALFÖRVALTNING (PENSIONSMEDEL)

3.1 Beskrivning

Regionen har ett åtagande för medarbetarnas pensioner vilka återfinns både som ansvarsförbindelse och som skuld i balansräkningen. Det närmaste decenniet kommer pensionsutbetalningarna att öka kraftigt samtidigt som kostnaderna för regionens verksamhet förväntas öka. I syfte att klara av detta började Regionen 1999 att flytta en del av de likvida medlen till en långsiktigt förvaltad värdepappersportfölj.

pensionsåtagande har följande uppdelning:

Balansräkningen	
Avsatt för pensioner inklusive särskild löneskatt	ca 1,2 Miljarder kronor
(Inom linjen) Ansvarsförbindelse för pensioner	ca 2,4 Miljarder kronor
Totalt	ca 3,6 Miljarder kronor

Avsatt till pensioner innehåller summan av varje års intjänade pension sedan 1997 avseende lönedelar över 7,5 basbelopp, plus årlig ränteuppräkning och med avdrag för pensionsutbetalningar.

Ansvarsförbindelse för pensioner omfattar pensioner intjänade till och med 1997-12-31. Ansvarsförbindelsen räknas om varje år men förändringarna i värde belastar inte resultaträkningen. Pensionsutbetalningarna kopplade till ansvarsförbindelsen bokas däremot som en kostnad i resultaträkningen.

3.2 Mål och riskbegränsnings principer

Givet Regionens åtagande att säkerställa framtida pensionsutbetalningar är det långsiktiga avkastningsmålet 2 procent per år under en 5-års period i reala termer. Inflation mäts som förändringen av konsumentprisindex. Avkastningsmålet ska ses långsiktigt och omprövas vid behov för att säkerställa att det överensstämmer med Regionens långsiktiga strategi samt marknadens förutsättningar.

I syfte att minska förlusterna vid kraftiga börsfall ska andelen riskfyllda tillgångar (i huvudsak andelen aktier) i kapitalförvaltningen styras dynamiskt med målsättningen att portföljen som mest kan falla 10% från den högsta nivån som uppnåtts de senaste 24 månaderna.

3.3 Avsättningar till pensionsportföljen

Årliga avsättningar motsvarande den årliga skuldökningen för pensionsskulden i balansräkningen bör göras till pensionsportföljen. Avsättningarna bör göras med hänsyn till Regionens behov av likviditetsbuffert och planerade verksamhetsinvesteringar.

4 PLACERINGSREGLER

4.1 Tillåtna tillgångsslag

- Nominella räntepapper
- Realränteobligationer
- Svenska aktier, aktiefonder och aktierelaterade instrument
- Utländska aktiefonder och aktierelaterade instrument
- Likvida medel i svenska kronor
- Alternativa tillgångar

För den kortsiktiga/medellånga förvaltningen är alternativa tillgångar ej tillåtet och aktierelaterade instrument ska ha kapitalgaranti. Med aktierelaterade instrument avses aktieindexobligationer samt andra typer av instrument för att nå aktieindexexponering som inte står i strid med övriga

begränsningar i detta reglemente. Tillgångsslag som inte är definierade i policyn får inte investeras i.

4.2 Tillgångsfördelning och limiter

Vid beräkning av en tillgångs andel av respektive portfölj tillämpas aktuellt marknadsvärde.

Tabell 5:1 Övergripande limiter för tillgångsslagen, i procentandel av den marknadsvärderade pensionsportföljen

Tillgångsslag	Min	Normal	Max
1. Likvida medel	0 %	0%	10 %
2. Nominella räntepapper	0 %	55%	100 %
Duration	0 år		10 år
3. Realränteobligationer	0 %	10%	100 %
Duration	0 år		20 år
4. Aktier	0 %	35%	50 %
5. Varav svenska aktier	0 %	25%	50 %
6. Varav utländska aktier	0 %	75%	100 %
5. Alternativa tillgångar	0 %	0%	15 %

Normallimiterna avser illustrera hur portföljallokeringen bör se ut över tiden. Den aktuella allokeringen styrs av hur portföljen utvecklas i förhållande till riskprincipen(3.3)

Tabell 5:2 Övergripande limiter för tillgångsslagen, i procentandel av den marknadsvärderade likviditetsportföljen

Tillgångsslag	Min	Max
1. Likvida medel	0 %	15 %
2. Nominella räntepapper	0 %	100 %
Duration	0 år	5 år
3. Realränteobligationer	0 %	50 %
4. Strukturerade aktieinstrument med kapitalgaranti	0 %	50 %
5. Varav svenska aktier	0 %	15 %
6. Varav utländska aktier	0 %	35 %

4.3 Limiter för räntebärande värdepapper

4.3.1 Kreditrisk

Kreditrisk definieras som summan av exponeringen i placeringar och derivat. Procenttalen i tabellen nedan avser andelar av den totala portföljens marknadsvärde samt max andel per emittentkategori. Summan av exponeringen i emittent- och durationskategorierna får aldrig

överstiga limiten för den högsta kategorin i summeringen. Som exempel får summan av exponeringen i området DL:FN aldrig överstiga 60% (ruta DL).

Nedanstående limiter gäller endast direktägda instrument. Kreditexponering genom placering i likvida väldiversifierade räntefonder i SEK är tillåten så länge förvaltningens inriktning inte väsentligt avviker från riskbegränsningarna i denna policy. Fonder som inte uppfyller detta krav definieras som alternativa tillgångar.

Tabell 4:2 Limiter för tillåtna placeringar i olika räntebärande värdepapper utifrån emittentens rating och duration, i procentandel av den marknadsvärderade pensionsportföljen

Emittent/värdepapper		Emittent-kategori	Emittent-kategori	Emittent-kategori	Emittent-kategori	Max andel per emittent
	Duration	K. 0 - 1 år	L. 1 - 3 år	M. 3-7 år	N. >7 år	
		∑ K till N	∑ L till N	∑ M till N	N	
A. Stater, kommuner och landsting eller dess motsvarighet inom Euro-området, med rating om lägst AAA/Aaa eller av motsvarande stater, kommuner, landsting garanterat värdepapper	∑ A till F	100%	100%	100%	100%	30%
B. Värdepapper[1] med rating om lägst AAA /Aaa	∑ B till F	100%	100%	90%	80%	30%
C. Värdepapper med rating om lägst AA- /Aa3	∑ C till F	100%	90%	70%	50%	20%
D. Värdepapper med rating om lägst A- /A3	∑ D till F	80%	60%	40%	20%	20%
E. Värdepapper med rating om lägst BBB-/Baa3	∑ E till F	20%	10%	5%	0%	5%
F. Värdepapper med rating lägre än BBB-/Baa3 eller ingen rating	F	10%	5%	0%	0%	5%

Kommuner och landsting utan rating hamnar i kategori C. Ovanstående gäller rating enligt Standard & Poor's eller Moody's. Om låntagaren har rating från både Standard & Poor's och Moody's, krävs att minst en av dem ligger på angiven nivå.

Placering i värdepapper emitterade av Regionen eller närstående bolag är inte tillåtet.

[1] Omfattar banker, bostadsinstitut, företag, kommuner och landsting eller motsvarande.

4.4 Aktier och aktierelaterade instrument

Regionen tillåter placering i en portfölj av börsnoterade aktier eller i andelar av aktiefonder. Aktier hänförliga till ett enskilt bolag, eller bolag inom samma koncern, får utgöra maximalt 10 procent av aktieportföljens marknadsvärde.

4.5 Strukturerade produkter

Med strukturerade obligationer avses räntebärande värdepapper och derivat i kombination. Ett vanligt exempel på strukturerade produkter är så kallade *aktieindexobligationer*. Placeringar i strukturerade obligationer får endast göras om instrumentets totala risk är jämförbar med eller lägre än den totala risken i de underliggande tillgångarna som instrumentets framtida avkastning är hänförlig från.

Placering får ej ske i strukturerade obligationer vars konstruktion innebär en kreditrisk som är högre än de limiter som avser kreditrisk i Tabell 4.2. Strukturerade produkter ska ha en kapitalgaranti kopplad till underliggande emittent och får högst köpas med 5% överkurs.

Aktierelaterade instrument ska som huvudregel betraktas som en aktieplacering i det lands aktiemarknad som instrumentet skapar exponering gentemot. Undantag medges för kapitalgaranterade produkter där aktieinslaget är av obetydligt värde. Investeringen kan då klassificeras som en obligationsplacering med kreditrisk som motsvarar den underliggande emittenten.

4.6 Alternativa tillgångar

Genom att investera i tillgångar som uppvisar låg korrelation med den befintliga portföljen kan den totala portföljrisken reduceras och avkastningen höjas. Exempel på sådana tillgångar kan vara fastigheter, råvaror, realtillgångar (ex skog, mark, produktionsanläggningar) och hedgefonder. Investeringar klassas som alternativa efter exponering snarare än den juridiska form som investeringen görs i. Mot bakgrund av detta är investeringar i de nämnda tillgångarna tillåtna. Syftet med en investering i dessa tillgångar ska vara att minska den totala portföljrisken samt att skapa en positiv avkastning.

Investeringar i illikvida alternativa tillgångar ska alltid föregås av ett beslut i regionstyrelsen.

4.7 Valutarisk

Placeringar i utländska obligationer ska valutasäkras.

4.8 Värdepappersfonder

Placeringar får ske i andelar i värdepappersfonder vars placeringsinriktning i allt väsentligt överensstämmer med bestämmelserna i detta reglemente, som står under tillsyn av Finansinspektionen eller annan motsvarande tillsynsmyndighet inom EU och som uppfyller kraven i lag om investeringsfonder.

4.9 Belåning

Portföljens tillgångar får ej belånas med undantag för sådan tillfällig belåning som följer av gällande likvidschema vid avyttring av värdepapper.

4.10 Etisk och miljömässig hänsyn

Regionen vision är att verka för god hälsa och positiv livsmiljö i Jämtlands län. Av etiska skäl och med hänsyn till Regionen helhetssyn på förhållandet ekonomi, miljö och hälsa, gäller följande restriktioner:

- Placeringar får ej göras direkt i företag vars huvudsakliga verksamhet är produktion och/eller försäljning av krigsmateriel, tobak- eller alkoholvaror eller som har verksamheter kopplade till sexindustrin.

- Placeringar får inte ske i företag vars huvudsakliga verksamhet är utvinning av fossila bränslen.**2** Placeringar ska även undvikas i företag som på annat sätt är inblandade i framställningen av fossila bränslen genom t.ex. produktion och prospektering.

- Om sådana företag som har verksamheter kopplade till punkt ett eller två ovan ingår i värdepappersfonder får varje sådant företags andel av fondens marknadsvärde utgöra högst 2 procent. Om sådant företags andel av fonden skulle överstiga 2 procent av fondens marknadsvärde ska fondandelarna avyttras så snart det kan ske utan förluster.

4.11 Åtgärder vid överskridande av limit samt nedgraderingar

Om någon max/min limit överskrids ska finansfunktionen göra en bedömning av effekten av portföljens totala risk och avkastning som överskridandet leder till. Vid avvikelser där limiterna överskrids ska innehavet antingen avyttras eller så ska händelsen rapporteras till Regionstyrelsen tillsammans med förslag till åtgärd.

Både åtgärdade avvikelser och ej åtgärdade avvikelser ska rapporteras till styrelsen.

---

2 Undantag medges vid placering i fonder förutsatt att det inte finns tillgängliga alternativ inom ramen för önskad placeringsinriktning. Detta undantag gäller till 2019-12-31.

Om den situationen uppstår att kreditbetyget för ett befintligt värdepappersinnehav nedgraderas och att kreditbetyget därefter understiger den angivna nedre gränsen enligt tabellen i avsnitt 4.3.1 ska en bedömning göras av värdepapperets risk och händelsen ska rapporteras till styrelsen med ett förslag till åtgärd.

4.12 Motparter

Godkända motparter vid transaktioner med portföljens tillgångar är

- Värdepappersinstitut som har finansinspektionens tillstånd för utförande av order avseende finansiella instrument på kunders uppdrag, enligt gällande lag för värdepappersmarknaden eller motsvarande tillstånd från motsvarande tillsynsmyndighet inom EU.

Transaktioner ska ske enligt principen betalning mot leverans.

4.13 Förvar

Portföljens tillgångar ska förvaras hos värdepappersinstitut som har finansinspektionens tillstånd att ta emot värdepapper för förvaring, enligt gällande lag om värdepappersmarknaden eller motsvarande tillstånd från motsvarande tillsynsmyndighet inom EU.

Utländska institutioner som har tillstånd liknande det som anges ovan och som står under tillsyn av myndighet eller annat behörigt organ.

5 FINANSIERING OCH SKULDFÖRVALTNING

5.1 Upplåning allmänt

Upplåning får genomföras för långfristiga investeringsfinansieringar eller kortfristig betalningsberedskap. Låneportföljens förfallotidpunkter ska harmonisera med förväntat kapitalbehov och fastställda risker vid finansiering. En jämn förfallostruktur ska därför eftersträvas varvid även likviditetsaspekter av större ränteförfall ska beaktas.

Upplåning ska ske med beaktande av likviditetssituationen, aktuellt marknadsläge samt planerad investeringstakt.

5.2 Mål och övergripande riskbegränsning

Målet med skuldförvaltningen är att optimera regionkoncernens finansiella resultat inom givna risklimiter. Detta ska uppnås genom en effektiv och långsiktig skuldförvaltning utan spekulativa inslag. Finansieringens löptider ska anpassas till planerad/prognostiserad Likviditetsutveckling de närmaste åren.

Utifrån normalportföljen för skuldförvaltningen, vilket definieras under finansierings- och ränterisk nedan är målsättningen med skuldförvaltningen att de genomsnittliga räntekostnaderna inte skall fluktuera med mer än 0,65% från ett år till ett annat. Detta mått definieras som den övergripande riskbegränsningen för skuldförvaltningen och ska följas upp löpande.

5.3 Tillåtna instrument

Lånefinansiering får ske enligt nedan:

- lån hos
  - svenska staten
  - bank eller bankägt finansbolag
  - svenska försäkringsbolag och pensionsanstalter
  - svenska kommuner och landsting
  - Kommuninvest i Sverige AB
- utgivande av kort- och/eller långfristiga skuldebrev på penning- och kapitalmarknaden (certifikats- och obligationslån)
- leasing
- Checkräkning/koncernkontokredit.

5.4 Riskhantering

Risker uppkommer i all finansiell verksamhet. Genom nedanstående begränsningar säkerställs att regionkoncernens risker i upplåningsverksamheten hanteras på ett ansvarsfullt sätt.

Syftet med limiterna är att hantera risken i en större skuldportfölj (över 150 MSEK) Under uppbyggnad eller avveckling av skuldportföljen kan portföljen tillfälligt avvika från de uppsatta limiterna.

5.4.1 Finansieringsrisk

Finansieringsrisk innebär att medel inte kan lånas upp eller bara lånas upp till kraftigt ökade kostnader. Refinansieringsrisk innebär att det i vissa situationer kan vara svårt att till fördelaktiga villkor låna upp stora volymer. Refinansieringsrisken i portföljen är större om betydande belopp ska lånas om vid ett enda tillfälle i jämförelse med om mindre lånebelopp förfaller över en längre

tidsperiod. Genom att sprida låneportföljens förfallotider jämnt över tiden, blir också refinansieringsrisken mindre.

Finansieringsrisken begränsas genom att:

- Den externa skuldens genomsnittliga kapitalbindningstid normalt ska vara 2 år.
- Tillåtet intervall för genomsnittlig kapitalbindning: 1,5-4 år.
- Maximalt 35% av kapitalet får förfalla inom 1 år

5.4.2 Ränterisk

Ränterisken beror främst på räntebindningstiden. För att begränsa ränterisken bör räntebindningstiden för olika lån spridas över tiden.

Ränterisken begränsas genom att:

- Den externa skuldens genomsnittliga duration normalt ska vara 2 år.
- Tillåtet intervall för genomsnittlig duration: 1,5-4 år.
- Maximalt 35% av ränteförfallen få ligga inom 1 år.

5.4.3 Valutarisk

Valutarisker får inte tas vid upplåning. Sker upplåning i utländsk valuta ska valutarisken försäkras bort. Vid köp av varor och tjänster med betalning i utländsk valuta och med framtida betalning ska valutarisken elimineras med hjälp av terminskontrakt om inköpen avser större belopp.

5.4.4 Likviditetsrisk

Likviditetsrisk innebär bl.a. att en god betalningsberedskap inte kan upprätthållas dvs. att regionen inte har tillgång till likvida medel vid förutsedda utbetalningstillfällen. Regionen ska tillhandahålla likvida medel för löpande driftsutbetalningar och investeringar, för detta syfte ska alltid en likviditetsreserv finnas tillgänglig.
Grunden till god betalningsberedskap bygger främst på koncernsamordning. Vissa typer av garantier kan också förekomma.

5.4.5 Derivatinstrument

Inga derivatinstrument såsom exempelvis ränteswappar, optioner etc, är tillåtet i skuldförvaltningen.

5.4.6 Förfinansiering och lån för placering

Förfinansiering får ske av praktiska skäl med ett belopp motsvarande högst 10% av totala låneportföljen och högst tre månader i förväg.

Upplåning som uteslutande syftar till att skaffa medel för placering med ränteförtjänst (arbitrageaffärer) är inte tillåten med två undantag:

- Tillfälligt nyttjande av regionens checkkredit vid kortare perioder, exempelvis dagarna innan landstingsskatten inbetalas till regionens konto varje månad.
- Regionens likviditetssituation kan förbättras snabbare än prognostiserat. Om regionen då har bundna lån, som endast kan lösas i förtid med extra kostnader som följd, är det tillåtet att invänta lånens förfall.

5.4.7 Leasing

Leasing är en finansieringsform som ska jämställas med upplåning. Beslutet om anskaffande av lös egendom fattas i enlighet med gällande delegationsordning, beroende på beloppsstorlek, i enlighet med delegationsbestämmelser för regiondirektören.

Beslutet om huruvida finansieringen av anskaffandet ska ske med regionens egna likvida medel, extern upplåning eller finansiell leasing ska kopplas till det beslut om finansiering som regionfullmäktige fattat i regionplanen för de kommande tre åren och till eventuellt beslut om leasing fattat av regionstyrelsen. I de fall regionfullmäktige och regionstyrelsen fattat beslut som innebär att finansiell leasing tillåts ska hanteringen ske av regionens upphandlingsenhet.

6 RAPPORTERING OCH UPPFÖLJNING

Det övergripande syftet med uppföljningen är att kontrollera att portföljerna uppfyller avkastningsmålet, förvaltas inom riktlinjerna i policyn samt att riskmålen för respektive portfölj uppfylls.

6.1.1 Utvärdering mot index

Förvaltningsresultatet ska även utvärderas mot relevanta index som mäter utvecklingen på de olika marknader på vilka placeringarna görs.

Tabell 4.3 Exempel på jämförelseindex vid förvaltningsutvärdering

Tillgångsslag	Index
Nominella räntebärande värdepapper	OMRX Bond eller motsvarande
Svenska reala räntebärande värdepapper	OMRX Real eller motsvarande
Svenska aktier	SIX Portfolio Return eller motsvarande
Utländska aktier	MSCI AC World (total return i SEK) eller motsvarande

6.2 RAPPORTERING OM TILLGÅNGSFÖRVALTNING

Det ska finnas en intern eller extern funktion för riskkontroll och rapportering som löpande ska följa upp risk utifrån detta reglemente. Funktionen rapporterar till ekonomidirektör- och/eller finansekonom eller motsvarande i regionen.

6.2.1 Månadsrapportering

Finansfunktionen ansvarar för att rapport om portföljens/portföljernas fördelning och utveckling sammanställs månatligen. Rapporteringen ska minst innehålla:

- Förteckning över innehaven
- Tillgångsfördelning
- Marknadsvärde
- Avkastning och prestation relativt index och mål
- Uppföljning av dynamiska riskprincipen
- Eventuella avvikelser från reglementet.
- Procentuell fördelning på emittenter med olika rating i förhållande till limiterna i avsnitt 4.3.1.

6.2.2 Rapport i samband med delårsbokslut

Till Regionstyrelsen ska i samband med varje delårsbokslut en skriftlig redogörelse lämnas avseende förvaltningen. Redogörelsen ska innehålla samma information som månadsrapporteringen samt en uppföljning och kommentar kring portföljens/portföljernas totala avkastning sedan årsskiftet.

6.2.3 Årsrapport

Till Regionstyrelsen ska en årsrapport över tillgångsförvaltningen lämnas. Denna ska innehålla en redogörelse över det gångna årets placeringsverksamhet samt en bedömning av det kommande årets utveckling. I övrigt ska rapporten innehålla samma punkter som delårsbokslutsrapporten samt en

- Information om pensionsskulden och dess utveckling
- Uppföljning om efterlevnad mot etik- och miljökravet

6.3 RAPPORTERING SKULDFÖRVALTNING

6.3.1 Månadsrapportering

Funktionen för riskkontroll ansvarar för att månatligen ta fram en finansiell rapport enligt nedan som lämnas till regionstyrelsen. Rapporter ska minst innehålla följande uppgifter:

- Avstämning mot uppsatta regler och limiter i reglementet
- Skuldportföljens volym och sammansättning
- Förändring enligt ovanstående punkt sedan föregående rapport
- Skuldportföljens genomsnittliga räntesats
- Skuldportföljens genomsnittliga kapital- och räntebindningstid

6.3.2 Rapport i samband med delårsbokslut

I samband med delårsbokslutsrapporten skall en rapport avseende skulden tas fram vilken skall innehålla informationen beskriven ovan samt en beskrivning av det gånga året samt:

- Aktuell likviditetssituation
- Eventuell likviditetsprognos

6.3.3 Årsrapport

Till Regionstyrelsen ska en årsrapport över skuldförvaltningen lämnas. Denna ska innehålla samma information som delårsrapporteringen samt en redogörelse över det gångna årets verksamhet med en bedömning av det kommande årets utveckling.

7 ANSVARSFÖRDELNING

7.1 Regionfullmäktiges ansvar

Det är Regionfullmäktiges ansvar att

- förvaltningen sker i överensstämmelse med gällande kommunallag
- fastställa och besluta om förändringar i reglemente avseende finansiering och skuldförvaltning samt förvaltning av likviditet och pensionsmedel
- fastställa lånefinansiering vilket anges i finansplanen för kommande år

7.2 Regionstyrelsens ansvar

Det är Regionstyrelsens ansvar att

- tillse att förvaltningen och finansieringsverksamheten verkställs enligt lag och reglerna i detta reglemente
- besluta om direktinvesteringar i andra tillgångsslag än aktier och ränteplaceringar
- besluta om upprättande av certifikat- och/eller obligationsprogram
- besluta om finansiell leasing och upptagande av obligationslån
- fastställa regler för intern kontroll
- årligen besluta om behovet av att uppdatera reglementet
- rapportera status och utveckling av förvaltning samt eventuell skuldportfölj i delårs- och årsrapportering till fullmäktige.

7.3 Regiondirektörens ansvar

- ha det övergripande ansvaret för tjänstemannaförvaltningen under regionstyrelsen enligt gällande delegationsbestämmelser för regionstyrelsen
- informera Regionstyrelsen om beslutade affärer och upptagna lån genom de delegationsbeslut som Regiondirektören meddelar styrelsen.

7.4 Ekonomidirektörens ansvar

- ha ansvar för att tillse att regionen har en väl fungerande finansfunktion, att minst årligen och vid behov ompröva detta reglemente och vid behov föreslå lämpliga förändringar.
- ha rättigheter att besluta om upplåning och korta placeringar enligt gällande delegationsbestämmelser för regiondirektören
- ha ansvar att tillse att kontrollfunktion finns avseende finansförvaltningen
- förse regionstyrelsen med månatlig rapportering av medelsförvaltning samt eventuell skuldförvaltning
- förse regionstyrelsen med årlig utvärdering av medelförvaltningen samt eventuell skuldförvaltning

7.5 Finansekonomens ansvar

- har ansvar för det löpande arbetet i finansfunktionen och det operativa ansvaret för att finansförvaltningen sker i enlighet med fastställt reglemente, delegationsbestämmelser för regiondirektören m.m.
- svara för planering, uppföljning och rapportering samt utförande av den löpande finansiella förvaltningen inklusive operativa åtgärder för att genomföra beslutade transaktioner.
- dokumentera och anmäla beslut till regiondirektören som i sin tur rapporterar till styrelsen
- vara kravställare på andra funktioner, projekt och processer som påverkar de finansiella flödena

8 VERKSTÄLLIGHET AV LIKVIDITETS-, PENSIONSMEDELS- OCH SKULDFÖRVALTNING

8.1 Ansvarsfördelning i organisationen och intern kontroll

8.1.1 Syfte och mål

Syftet med en tydlig ansvarsfördelning och en god internkontroll är att primärt att hantera operativa risker vilket innebär att:

- Se till att finansverksamheten bedrivs på ett kontrollerat sätt och att finansfunktionen vid varje tidpunkt har korrekt information om positioner och risker så att beslut kan fattas på korrekta grunder.
- Minimera förluster på grund av fel i processer, system eller på grund av bristande kontroll.

Det ska finnas en process för löpande identifiering, värdering och hantering av operativa risker inom finansverksamheten. Till processen ska det finnas en dokumenterad instruktion. Vidare ska dualitetsprincipen ska gälla, d.v.s. en och samma person får inte göra allt.

Innan eventuella nya finansiella instrument får användas ska det säkerställas att de kan hanteras i systemen, både redovisnings- och värderingsmässigt. Vidare ska det tillses att organisationen besitter tillräckligt god kunskap för att hantera desamma.

8.1.2 Rätten att företräda Regionen

Beslutanderätten avseende köp och försäljning av värdepapper samt upptagande av lån utses enligt gällande delegationsbestämmelser.

8.1.3 Fördelningen av ansvar för verkställighet

Fördelning av ansvar för verkställighet sker enligt gällande delegationsbestämmelser, attest och utbetalningsreglemente. För att uppnå säkerhet och intern kontroll fördelas ansvaret på minst två funktioner, med en klar uppdelning mellan de som verkställer och de som kontrollerar värdepappersaffärer och upplåning.

- Utsedd befattningshavare enligt delegationsbestämmelserna fattar beslut om köp respektive försäljning av värdepapper samt upplåning, i enlighet med bestämmelserna i detta reglemente.

- Internkontrollfunktion. De personer som omfattas av denna funktion utför intern kontroll av enskilda affärer och eventuella lån och avstämmer dessa reglemente. De bokför även transaktionerna mot avräkningsnotor samt lånehandlingar, samt avstämmer att skuld och tillgångsförvaltningen håller sig inom fastställda limiter.

I syfte att upprätta kompetens samt hög säkerhet bör flera personer kunna utföra och granska arbetet. Vid varje tidpunkt bör det därför finnas ersättare utsedd för varje funktion.

Den tjänsteman som innehar den interna kontrollfunktionen ska rapportera direkt till Regionstyrelsens ordförande och till Regionen revisorer om misstanke skulle uppkomma om oegentligheter i finansfunktionen.

8.2 Rutiner för handläggning av köp eller försäljning av värdepapper samt upplåning

Intern avräkningsnota på beslutat köp eller försäljning av värdepapper eller tecknad lånehandling ska upprättas av finansfunktionen så snart en affär är uppgjord. Denna nota ska utan dröjsmål lämnas till internkontrollfunktionen.

Finansfunktionen ska skriva ett delegationsbeslut för köp eller försäljning av värdepapper som lämnas till Regiondirektören via internkontrollfunktionen varje ny affär.

Ekonomidirektören ska skriva ett delegationsbeslut för tecknad lånehandling som lämnas till Regiondirektören via internkontrollfunktionen efter varje ny affär.

När avräkningsnotan anländer från banker eller fondkommissionärer ska internkontrollfunktionen avstämma avräkningsnotan mot den interna avräkningsnotan.

Bokföringsordrar gällande köp och försäljning samt upptagande eller avslut av lån upprättas av internkontrollfunktionen och attesteras av ekonomidirektören.

Betalningsuppdrag till banker i samband med värdepappersaffärer ska alltid undertecknas enligt fullmakt att disponera regionens bankkonton där det anges vilka personer som är befullmäktigade att utkvittera medel innestående på Regionens konton, med kontrasignation av ytterligare en person. Betalningsuppdrag alltid ska signeras av två personer i förening. Finansfunktionen får aldrig befullmäktigas att utkvittera medel innestående på Regionen konton.

8.3 Internkontroll

Internkontrollfunktionen ska kontrollera följande:

- Att informationen i delegationsbeslutet kontrolleras mot avtalade villkor enligt avräkningsnota och, i förekommande fall, prospekt. I de fall delegationsbeslutet rör lån ska informationen kontrolleras mot avtalade villkor enligt avräkningsnota eller andra lånehandlingar

- Innehav, andelar, nominellt belopp, ränta, löptid etc. som rapporteras ska vid delårs- och årsbokslut stämmas av mot depåbesked från bank/fondkommissionär.

- Innehavens bokförda värden i innehavsförteckningen ska vid dessa tidpunkter även stämmas av mot regionens huvudbok.

- Motsvarande avstämningar ska ske av Regionens lån enligt huvudboken mot lånehandlingar, engagemangsbesked och transaktionslistor från långivare.

- att innehav följer reglerna i avsnitt 4.

8.3.1 Kontroll av delegationsbeslut

Samtliga delegationsbeslut överlämnas till internkontrollfunktionen innan de skickas vidare till Regiondirektören. Internkontrollfunktionen ska kontrollera följande:

- Delegationsbeslutet ska innehålla de viktigaste uppgifterna för att man ska kunna fastställa att placeringen eller lånet ryms inom ramarna för reglementet, exempelvis
  1. emittent, samt placeringskategori/kreditrating
  2. tillgångsslag
  3. belopp
  4. återstående löptid/duration
  5. avkastning eller kostnadsränta
  6. motpart (bank/fondkommissionär)

9 DEFINITIONER

Duration
Ett räntebärande värdepappers återstående löptid i genomsnitt. Måttet beskriver samtidigt värdepapperets räntekänslighet, d v s hur mycket priset på värdepapperet förändras när räntan förändras med en procentenhet. Till skillnad från begreppet ”återstående löptid” tar durationsmåttet hänsyn till effekten av återinvesteringen av obligationens räntekuponger. Värdet på en obligation går ned när räntan går upp. Samtidigt kan obligationens räntekupong återinvesteras till en högre ränta vilket till en viss grad motverkar värdenedgången. Durationen för en fastförräntad kupongobligation är därför alltid kortare än dess faktiska återstående löptid.

Emittent
Organisation som ger ut en obligation och därigenom lånar pengar på penningmarknaden.

Kreditrisk
Risken att låntagaren inte fullgör sina betalningsförpliktelser.

Likviditetsrisk
Risken att ett värdepapper inte går att sälja när som helst på andrahandsmarknaden till ett känt pris.

Ratingkategorier
Ratinginstituten Standard & Poor´s (S & P´s) och Moody´s Investors Service Inc (Moody´s) klassificering av långfristig upplåning kan illustreras enligt följande:
S&P´s kreditvärdighetsbedömningar av svenska företagscertifikat och kommuncertifikat baserar sig på en inhemsk ratingskala som sträcker sig från K-1 till K-5. En emittent av penningmarknadsinstrument som hänförs till kategori K-1 bedöms ha en mycket god kapacitet att möta aktuella betalningsförpliktelser medan en emittent som placerats i kategori K-5 är, eller förväntas bli, ur stånd att i tid möta aktuella betalningsförpliktelser.

Ratinginstitut	Mycket hög kredit-värdighet	Hög kredit-värdighet	Spekulativ kredit-värdighet	Mycket låg Kreditvärdighet
S & P’s	AAA till AA-	A+ till BBB-	BB+ till B-	CCC till D
Moody’s	Aaa till Aa3	A1 till Baa3	Ba till B	Caa till C

Ränterisk
Risken för att variationer i det allmänna ränteläget leder till kapitalförluster eller ger oförutsedda effekter på räntenettot.

Valutarisk
Risken att värdet i svenska kronor förändras för placeringar och lån i utländsk valuta.

.

Riktlinjer för Företagsstöd utifrån regional-ekonomiska 1.1-medel

1. Bakgrund

Region Jämtland Härjedalen beslutar om företagsstöd till investeringar, utvecklingsprojekt och särskilda konsultinsatser i företag. De stödformer som är aktuella i denna riktlinjer är stöd enligt förordningarna för:

- statligt stöd för att regionalt främja små och medelstora företag (SFS 2015:210)
- statligt stöd till regionala investeringar (SFS 2015:211)

Syftet med företagsstöden är att främja en hållbar tillväxt och ökad konkurrenskraft i företag och därmed en hållbar regional tillväxt.
Stödgivningen ska bidra till att nuvarande och kommande generationer kan erbjudas sunda ekonomiska, sociala och miljömässiga förhållanden.

Dessa riktlinjer är framtagen för företagsstöd inom område näringsliv av berörda handläggare. Den ska fungera som ett stöd för bl. a hur förordningar ska tolkas och hur prioriteringar ska göras i syfte att tydliggöra grunderna för hur beslut om stöd till företag fattas. Riktlinjerna beslutas av Regionfullmäktige.

Effekterna av riktlinjerna följs upp fortlöpande.

2. Sammanfattning

- ✓ Hanteringen av företagsstöden är sammanhållen, d v s en i huvudsak likartad hantering och bedömning av ärenden oavsett vilken stödform som tillämpas. För såddfinansiering kan vissa undantag komma i fråga.
- ✓ Gemensamt i all handläggning av företagsstöd är att hållbarhetsaspekten beaktas, d.v.s. att de ekonomiska, sociala och miljömässiga hållbarhetskriterierna är en integrerad del i handläggningsprocessen. Avseende den sociala aspekten uppmärksammas särskilt jämställdhet.
  Region Jämtland Härjedalen arbetar med en gemensam budget för alla stödformer.
- ✓ Utgångspunkten för riktlinjerna är ett maximalt utnyttjande av de medel som avsätts till företagsstöd. Varje enskilt investeringsärende ska därför hanteras optimalt, såväl utifrån dess förutsättningar att skapa tillväxt som företagets behov av bidrag för att investeringen skall kunna genomföras.
- ✓ Vid ärendehandläggningen används en rad bedömningsfaktorer. Dessa är: företagets verksamhetsområde, tillväxtpotential i företaget/investeringen och i regionen, företagets utvecklingsfas, typ av investering, investeringens storlek, företagets ekonomi, utjämnande av konkurrensförutsättningar etc.

3. Förutsättningar – förordningarna

Förordningarna för företagsstöd innehåller en rad stödformer. Om inte egna begränsningar följer av denna riktlinjer tillämpas det utrymme förordningen ger möjligheter till.

3.1 Statligt stöd för att regionalt främja små och medelstora företag (2015:210)

Förordningen innehåller, med ett undantag, regler för stöd till ”mjuka” investeringar. Följande stödformer är tillgängliga i hela landet, då det inte finns några begränsningar med stödområden.

Stöd till konsulttjänster, tillämpas enligt förordningen
- produktutveckling
- marknadsföring
- kompetensutveckling etc

Stöd till företagsutveckling, maximeras till 50% och 1 500 000 kr.
- produktutveckling
- marknadsföring
- kompetensutveckling
- mikrobidrag som kan innefatta investeringar i maskiner/inventarier på högst 60.000 kronor
- stödformen kan även användas till innovationscheck inom såddfinansiering

Stöd till deltagande i mässor, tillämpas enligt förordningen
- för ett första deltagande

Stöd till forsknings- och utvecklingsprojekt (kan i delar användas som ”Såddfinansiering)

- grundforskning	prioriteras bort
- industriell forskning	prioriteras bort – om ej särskilda skäl
- experimentell utveckling	innovationscheck/ villkorslån inom såddfinansiering max 45%.
- genomförbarhetsstudier	prioriteras bort – om ej särskilda skäl
- innovationskluster	prioriteras bort – om ej särskilda skäl
- innovationsstöd	prioriteras bort – om ej särskilda skäl
- process- och organisationsinnovation	prioriteras bort – om ej särskilda skäl

Såddfinansiering beviljas som villkorslån eller s.k. innovationscheck.
- Villkorslån beviljas till kostnadsmässigt större projekt och är inriktade mot utvecklingsprojekt i företag.
- Innovationschecken riktas i första hand mot uppfinnare/innovatörer som avser att utveckla helt nya produkter/tjänster. Kravet är att sökande är ett företag. Innovationschecken är ett bidrag som beloppsmässigt begränsas till 150 000 kronor.

Initialt begränsas villkorslånen beloppsmässigt till 1.500 000 kronor om det inte i ärendet finns särskilda förhållanden som talar för högre ett belopp. Maximal stödnivå är 45 % av godkända kostnader.

Innovationscheckarna hanteras i samarbete med ALMI Företagspartner, och ärendena bereds av ALMI Företagspartner. Ärendet prioriteras sedan för beslut av Jämtlands innovationsråd där Region Jämtland Härjedalen är representerad och fattar beslut i ärendet.

Stöd till utbildning

- Stöd till utbildning lämnas i normalfallet till utbildning som avser ”icke yrkesutbildning” till personer i företagsledning eller annan nyckelposition.

3.2 Statligt stöd till regionala investeringar (2015:211)

Regionalt investeringsstöd
Hela länet tillhör stödområde A (högsta stödområde) och Region Jämtland Härjedalen beslutar i alla ärenden med ett redovisat kostnadsunderlag upp till 25 mnkr. För investeringar över 25 mnkr är det Tillväxtverket som fattar beslut efter yttrande från Region Jämtland Härjedalen.

Stödnivåerna maximeras till 35 %, 25 % och 15 % för små, medelstora respektive stora företag. Små företag: har högst 49 anställda och har en årsomsättning eller balansomslutning lägre än 10 miljoner euro. Medelstora företag har högst 249 anställda och har en årsomsättning lägre än 50 miljoner euro eller en balansomslutning lägre än 43 miljoner euro.

Kostnader som är stödberättigade är investeringar i:
- byggnader – nybyggnad, tillbyggnad, ombyggnad
- maskiner/inventarier
- immateriella tillgångar som är avskrivningsbara (ex patent- och licensrättigheter)
- lönekostnader

Särskilt investeringsstöd till små och medelstora företag
I länets glesbygdsområden är maximal bidragsnivå för särskilt investeringsstöd till små och medelstora företag 50 %. I områden inom stödområde A som inte utgör glesbygd, d v s resten av länet, är den maximala bidragsnivån 40 %. Den lägre nivån gäller även kommunhuvudorterna. I Östersundsområdet begränsas nivån till 20 % om det inte finns särskilda skäl. Beloppsmässigt begränsas det särskilda investeringsstödet till små och medelstora företag till 1 500 000 kronor under en period om tre skatteår.

Kostnader som är stödberättigade är investeringar i:
- byggnader – nybyggnad, tillbyggnad, ombyggnad
- maskiner/inventarier

Därtill kommer en rad stödformer av varierande karaktär

Investeringsstöd till forskningsinfrastruktur
Investeringsstöd till energieffektiviseringsåtgärder
Stöd till bredbandsinfrastruktur
Investeringsstöd till nystartade innovativa företag - stöd kan beviljas både som bidrag och lån
Investeringsstöd till lokal infrastruktur - beslutas av Tillväxtverket efter yttrande från Regionen

De tre första stödformerna som kan beslutas av Region Jämtland Härjedalen prioriteras bort av budgetskäl, då den årliga budgeten för företagsstöd alltid har utnyttjas fullt för att stödja företag som nyetableras eller företag som vill vidareutvecklas.
Investeringsstöd till nystartade innovativa företag kan beviljas om det finns särskilda skäl.

Gemensamt förhållningssätt vid handläggning av alla företagsstöd:

- Vid prövning av stödärenden ska det särskilt beaktas om den investering för vilket stöd söks kan leda till arbetstillfällen för både kvinnor och män.
- Investeringsstöd får lämnas om verksamheten tillförsäkrar de anställda en tillfredställande arbetsmiljö och om företaget arbetar aktivt med att underlätta kvinnor och mäns föräldraskap, kartlägga kvinnor och mäns löner och verka för att de är likvärdiga.
- Löner och andra anställningsförmåner ska vara minst likvärdig med vad som följer av tillämpligt kollektivavtal.

4. Utgångspunkter för riktlinjerna

4.1 Sammanhållen hantering

Alla stödformerna handläggs utifrån samma utgångspunkt. Företagsstöden hanteras sammanhållet, d.v.s. en i huvudsak likartad hantering/bedömning av ärenden oavsett vilken stödform som kommer i fråga. Bedömningsgrunderna kan dock vara andra för mikrostödsföretag och inom såddfinansieringen.

4.2 Gemensam budget

I och med den likartade hanteringen av alla stödärenden är budgeten gemensam för alla stödformer. Inom budgeten finns även ett utrymme med beloppstak för stöd till kommersiell service.

4.3 Länets prioriteringar styr

En övergripande utgångspunkt vid bedömningen av företagsstödsärenden är de prioriteringar som finns i länets regionala utvecklingsstrategi (RUS) och länets regionala tillväxtprogram (RTP). Den mer övergripande och långsiktiga regionala utvecklingsstrategin anger följande prioriterande områden som viktigast för länets utveckling:

Smart Tillväxt	Företagande, innovation, forskning och utveckling
	Kompetens och kunskapsutveckling
Hållbar Tillväxt	Resurssnålare och effektivare
	Besöksnäring och attraktivitet
Tillväxt för alla	Infrastruktur och samhällsservice
	Socialt inkluderande och ett sunt liv
	Demografiska möjligheter

Det regionala tillväxtprogrammet har kortare horisont och är mer inriktat på den direkta verksamheten för stödgivningen och de områden som lyfts fram är:

- Innovation och förnyelse
- Kompetensförsörjning och ökat arbetskraftsutbud
- Tillgänglighet
- Strategiska gränsöverskridande samarbeten

5. Riktlinjer för handläggning av företagsstöd

5.1 Huvudmål med stödhantering

Det främsta målet för användningen av de regionalpolitiska medlen för företagsstöd är att: Varje enskilt investeringsärende ska hanteras optimalt, så att den totala effekten av tillgängliga medel för företagsstöd blir så stor som möjligt. Investeringen skall bedömas skapa hållbar tillväxt och företagets behov av bidrag för att kunna genomföra investeringen ska bedömas med hänsyn till övriga finansieringsmöjligheter och andra relevanta omständigheter.

Hållbar tillväxt förutsätter att stödgivningen ska bidra till att nuvarande och kommande generationer kan erbjudas sunda ekonomiska, sociala och miljömässiga förhållanden. Tillväxt ur ett jämställdhetsperspektiv spelar en central roll i den framtida kompetensförsörjningen för företag. Förutsättningen är att företag ger både kvinnor och män möjlighet till anställning.

5.2 Bedömningsfaktorer

För att kunna besluta om detta används ett antal bedömningsfaktorer som redovisas nedan. Företag som beviljas företagsstöd bedöms/förväntas bidra till att uppfylla de nationella hållbarhetsmålen miljö, jämställdhet och etnisk mångfald.

5.2.1 Företagets verksamhetsområde

Kravet för bidrag är att företaget har produktion av varor eller tjänster vid ett fast verksamhetsställe i länet, och som har eller bedöms komma att få, en marknad som innebär export från länet, alternativt ersätter import till länet. Verksamheten ska ha/generera sysselsättning i anslutning till investeringsstället.

Företaget är verksamt på en marknad där det finns konkurrenter utanför regionen. Om bidrag beviljas ett företag som har hela sin marknad i regionen och om alla dess konkurrenter finns på samma regionala marknad, sker ingen regional hållbar tillväxt då ökad kundtillströmning till stödföretaget innebär en minskad omsättning hos konkurrenterna i regionen (snedvridning av lokal/regional konkurrens).
Bedöms företagets verksamhet från miljösynpunkt vara särskilt positiv kan en förhöjd bidragsnivå vara aktuell.

5.2.2 Företagets storlek

Små företag prioriteras framför medelstora företag.
Medelstora företag prioriteras framför stora företag.
Stora företag kan endast beviljas stöd till nyinvesteringar som skapar ny ekonomisk verksamhet eller diversifierar befintlig verksamhet till nya varor/tjänster.

5.2.3 Bedömd tillväxtpotential

Företaget och investeringen ska bedömas ge verksamheten tillväxtpotential. Förutsättningar ska finnas för ökad omsättning, på sikt ökad lönsamhet och som resultat generera ökad och varaktig sysselsättning för både kvinnor och män. Kravet är att ”hårda” investeringar ska ge ökad produktion, förädlingsgrad och/eller förhöjd kvalitet (väsentlig förbättring).
När det gäller ”mjuka” investeringar ska produktutveckling innebära framtagande av nya produkter/tjänster eller produktionsmetoder, ej omkonstruktion av befintlig produkt eller

produktanpassning. Om företaget har en funktion/enhet som kontinuerligt är verksam med produktutveckling så bedöms kostnader för produktutveckling som en driftskostnad och därmed ej stödberättigad. Marknadsföring (kunskapsspridning, informationskampanjer) ska resultera i ökad avsättning på nya produkt- och/eller geografiska marknader.

Tillväxtpotentialen ska också bedömas i ett regionalt perspektiv. Bidrag ska även kunna beviljas företag där den största tillväxteffekten primärt uppnås i ett annat eller i andra företag i området/regionen (exempelvis turistiska företag).

5.2.4 Företagets utvecklingsfas

Vid val av stödnivå till nyetablering av företag kontra stöd till utveckling av befintligt företag bedöms osäkerheten/riskfaktorn större för företag i etableringsfasen. Därför är behovet av ett procentuellt högre bidrag större för nyetablerade företag än för befintliga företag. Etableringsfasen anses här vara i upp till tre år.

Vid avknoppningar eller bildande av dotter- eller systerbolag görs en särskild bedömning om företaget/verksamheten, i stödsammanhang, är att räkna som nyetablering.

5.2.5 Typ av investering

Investeringen ska vara strategisk för det företag som beviljas bidrag. Investeringar som bedöms strategiska i ett vidare perspektiv, infrastrukturellt eller som annars har markanta tillväxteffekter utanför stödföretaget, prioriteras framför de investeringar som i huvudsak är strategiska för företaget.

Till reinvesteringar utgår inget bidrag. Till reinvesteringar räknas även investeringar i utrustning som på ett nytt sätt ersätter en funktion som redan finns i företaget. När äldre utrustning ersätts av ny utrustning som har bättre prestanda, exempelvis högre kapacitet – bättre kvalitet (högre precision etc.), kan ersättningsinvesteringen till viss del bedömas vara en nyinvestering och därmed godkännas som stödunderlag. Mycket stor restriktivitet gäller vid s.k. driftsinvestering, mindre investeringar som underlättar driften men samtidigt inte är av någon direkt strategisk betydelse för den bedrivna verksamheten. Rationaliseringsinvesteringar som syftar till en utveckling av företaget kan stödjas. Likaså teknik- och kompetenshöjande investeringar samt expansionsinvesteringar inriktade på utveckling.

Investering i befintliga objekt som genomförs på grund av krav i annan lagstiftning godkänns i princip inte som underlag för stöd. Om en sådan investering även skulle innebära (betydande) produktions- och omsättningsökning och/eller ökad förädlingsgrad, högre kvalitet, ökad sysselsättning osv, skulle investeringen kunna anses bidragsgrundande under förutsättning att det inte är fråga om en reinvestering.

Utpräglade ”mjuka” investeringar som exempelvis marknadsföring och produktutveckling bedöms utifrån dess effekter och risknivå. Investeringen ska även bedömas med hänsyn till företagets normala aktivitet på området. Investeringen skall vara begränsad i tid och åtgärder.
Till vad som kan bedömas vara kostnader för företagets normala drift utgår inget bidrag. Exportinriktade och för företaget kompetenshöjande investeringar prioriteras.

En investerings miljöpåverkan, positiv eller negativ, ska bedömas. En investering som bedöms ha en positiv miljöpåverkan (som kanske kostar mer än ett mindre miljövänligt alternativ) ska kunna beviljas en förhöjd bidragsnivå.

Bidrag grundat på eget arbete beviljas i normalfallet inte. Som eget arbete räknas även arbetsinsatser som faktureras stödföretaget av företag i ägarkretsen eller närstående av annan orsak. Bidrag grundat på eget arbete kan beviljas då den personal som ska genomföra ett projektarbete ersätts av externt tillförd personal. Även personal som projektanställs särskilt för att genomföra en investering räknas till den kategorin. Säsongsanställd personal, som annars riskerar att sägas upp, och behålls under lågsäsong för att arbeta med investeringar kan också räknas dit. Den egna arbetsinsatsen innebär då en verklig merkostnad för företaget i genomförandet av projektet. Inom ramen för såddfinansiering kan eget arbete med viss restriktivitet godkännas som stödgrundande kostnad även om den kan hänföras till företagets normala drift men är en förutsättning för projektets genomförande.

Bidrag till eget material och egna maskinarbeten tillämpas med stor restriktivitet.

Investeringar i turistisk verksamhet koncentreras till orter/områden som har eller kan visa att man får ett sådant utbud av aktiviteter och attraktioner, den reseanledning, som kan locka till sig turister som stannar en längre tid. Orter som uppfyller dessa kriterier definieras som destinationer. Under sommarsäsongen kan vissa vägsträckor bedömas ha ”destinationsstatus” och verksamheter längs den sträckan kan vara föremål för stöd till turistiska investeringar avseende attraktioner/aktiviteter.

Stöd till turistiskt kommersiellt boende kan innebära att bidraget lämnas till investeringar som ökar i värde med tiden. Det är därför viktigt att säkerställa att boendet fortsätter att vara kommersiellt under en längre tid, upp till femton år efter slutligt beslut. Detta säkerställs genom ett avtal med bolaget om att realsäkerheter i form av pantbrev får kvarstanna i Region Jämtland Härjedalens hand under samma tid. Med kommersiellt turistiskt boende avses ett boende som korttidsuthyres i förvärvssyfte.

När det gäller husvagnsparkeringar som uteslutande används till stationär uppställning under vintersäsongen lämnas inget stöd då boendet i husvagnarna inte hyrs ut veckovis, som i det kommersiella boendet, utan blir detsamma som i privata fritidshus.

5.2.6 Investeringens totala storlek

Stödnivån kan begränsas för beloppsmässigt större investeringar. Begränsningar gäller också för små investeringar, dvs. beloppsmässigt små i förhållande till balansomslutning, eller till andra ekonomiska faktorer som kan komma ifråga. För befintliga företag gäller för närvarande att investeringar understigande 200 000 kronor i normalfallet ej beviljas bidrag. I Östersundsområdet är motsvarande beloppsgräns satt till 400 000 kronor. Begränsningsnivåerna kan komma att påverkas av konjunktur och tillgång på medel.

Mikrobidrag är prioriterade främst för nystartade företag med investeringar upp till 60 000 kronor. Minsta godkända kostnadsunderlag är 10 000 kronor.

5.2.7 Företagets ekonomi

I företag/koncern med mycket eller extremt god ekonomi kan både möjligheten att beviljas bidrag och bidragsnivån påverkas. Detta gäller särskilt när stora belopp överförs från verksamheten i stödområdet. Uppmärksamhet riktas gentemot stora aktieutdelningar samt stora koncernbidrag, och då särskilt ut ur länet/stödområdet och/eller till ej stödberättigad verksamhet. Beviljas bidrag kan konsolideringskrav ställas när koncernbidrag o/e aktieutdelning förekommer eller kan bedömas komma ifråga. Att ett företag som bygger upp eller vidareutvecklar sin verksamhet i länet har en finansiellt stark ägare diskvalificerar ej med automatik företaget från att kunna beviljas bidrag.

5.2.8 Utjämna konkurrensförutsättningar

Regionalpolitiskt företagsstöd lämnas för att utjämna ett företags konkurrensförutsättningar gentemot likartade företag utanför stödområdet. Bidragsnivån anpassas efter olika nivåer av brist på infrastruktur, avståndsrelaterade kostnader, möjligheter till bankfinansiering och närmarknadens betydelse etc. Ett grundkriterium vid nyetablering är att orten/området har tillfredsställande förutsättningar för att den planerade verksamheten ska kunna bedrivas. För befintliga företag kan också företagets betydelse på orten påverka bedömningen.

5.2.9 Konjunkturen/Tillgång på bidragsmedel

Om det vid lågkonjunktur samtidigt är god tillgång på medel kan högre bidragsnivåer vara möjliga. Även kravet på miniminivåer vad avser investeringsunderlag kan mildras. Det kan vara den faktor som påverkar ett företag att genomföra en investering som företaget planerat senarelägga.

Begränsad tillgång på medel innebär hårdare prioriteringar vid bedömning om avslag eller om bidrag ska beviljas. Vid beslut om bidrag innebär en begränsad tillgång på medel även hårdare prioriteringar avseende de faktorer som påverkar bidragsnivån.

5.3 Beslutsgång – steg ett

I ett första steg bestäms om bidrag ska beviljas eller ej. Med hjälp av ovanstående bedömningsfaktorer och beaktande av de horisontella kriterierna ska avgöras vilken tillväxtpotential/effekt investeringen har och i hur stor utsträckning ett beviljat bidrag är en förutsättning för att investeringen ska genomföras. Med det som grund avgörs om bidrag ska beviljas eller ej och det sammanfattas i bedömning av företagets/investeringens tillväxtpotential samt dess additionalitet (se nedan).

5.3.1 Tillväxtpotential/effekt

En bedömning görs av tillväxteffekten (låg – medel – hög**)** avseende den investering företaget sökt bidrag till.

5.3.2 Additionalitet

En bedömning görs av företagets behov av bidrag för att investeringen ska kunna genomföras. Bidrag skall (i första hand) beviljas i ärenden där bidraget är en förutsättning för att

investeringen ska kunna genomföras. Bidragets betydelse som investeringsförutsättning (additionalitet) ska bestämmas i nivå till: låg – medel – hög.

5.3.3 Sammantagen bedömning Tillväxtpotential-Additionalitet

Om bedömningen i ett ärende är att både tillväxtpotential och additionalitet är höga är motivet starkt för ett bifall. Bedöms båda faktorerna vara låga bör det innebära ett avslag. Alla kombinationer mellan ytterligheterna måste även de bedömas utifrån investeringsärendets unika förutsättningar. Bedöms tillväxtpotentialen i investeringen vara låg, beviljas inget bidrag även om additionaliteten bedöms vara hög. Undantag kan göras för mikrobidrag.

5.4 Beslutsgång – steg två

I ett andra steg bestäms, i de ärenden som beviljas bidrag, en lämplig bidragsnivå utifrån ovanstående bedömningskriterier**.**

5.4.1 Utgångsnivå för bidrag

Utgångsnivå för bidrag enligt förordningen om statligt stöd för att regionalt främja små och medelstora företag (SFS 2015:210) och förordningen om statligt stöd till regionala investeringar (SFS 2015:211) är hälften av den maximala nivån i länet. Detta gäller för investeringsstöden särskilt investeringsstöd till små och medelstora företag, maximal bidragsnivå 50 %, och regionalt investeringsstöd, maximal bidragsnivå 35 %. (lägre för medelstora och stora företag). Främjandeförordningen (2015:210) har varierande maximala stödnivåer beroende på stödform. Utgångsnivån i det enskilda stödärendet är 25 % för stöd enligt båda förordningarna m.h.t. gemensam budget och likartad ärendehandläggning. För mikrobidraget är bidragsnivån normalt 50 %, inom Östersunds-Brunflo-Frösön-Krokom-området högst 25 %.

I handläggningen av det enskilda ärendet kan sedan bidragsnivån påverkas mot en högre alternativt lägre nivå beroende av bedömningsfaktorerna.

I den diskussion som är förenad med varje ärende kan företaget argumentera för en högre bidragsnivå. Region Jämtland Härjedalen kan utifrån ärendets förutsättningar, både på företagsnivå och ur ett länsperspektiv, motivera antingen höjd eller sänkt bidragsnivå.

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Tjänstemannaförslag

Regional utveckling Kultur
Charlotte Funseth
Tfn: 063-14 75 51063-14 67 03
E-post:

2016-04-26

RS/827/2016

Utredning om att bli fristad för förföljda konstnärer

Bakgrund

I en motion inlämnad till landstinget (LS/715/2014) föreslog Liberalerna, dåvarande Folkpartiet, att Region Jämtland Härjedalen, dåvarande Jämtlands läns landsting, ska söka medlemskap i ICORN, ensamt eller tillsammans med Östersunds kommun, samt utreda möjligheterna och förutsättningarna att bli en fristad för förföljda kulturskapare. Landstingsfullmäktige beslutade att avslå den del som avser medlemskap i ICORN men biföll den del som avser utredning om förutsättningar att bli fristad. En liknande motion lämnades till Östersunds kommun varför en gemensam utredning föreslogs.

Regionala utvecklingsnämnden fick i uppdrag att utreda frågan. I ett avtal med Östersunds kommun (RUN/1441/2015) beslutades att genomföra en gemensam utredning kring förutsättningar och möjligheter att bli fristad för förföljda konstnärer. Begreppet konstnär används genomgående för fristadsstipendiater inom alla konstformer. Utredningen genomfördes av Åsa Eriksson Ahnfeldt på uppdrag av Kultur- och Fritidsförvaltningen i Östersunds kommun. Utredningen svarar på frågor rörande medlemskap i ICORN, ekonomiska förutsättningar, juridiska frågor, bostad- och säkerhetsaspekter samt kommunal och regional samverkan.

Fristadsprogrammet kan i vissa avseenden beskrivas som ett konstnärligt residensprogram men med en viktig skillnad; grunden för att erbjuda en fristad för konstnärer handlar inte om konstnärliga meriter utan om värnandet av yttrandefrihet och demokratiska värden och behovet av att komma i säkerhet och göra sin röst hörd. En fristadskonstnär är en inbjuden gäst som erbjuds skydd undan hot och förföljelse och ska inte blandas ihop med flyktingar. I Kulturplan för Region Jämtland Härjedalen 2015-2018 framgår att regionen vill öka kompetens och kunskap om fristadsprogrammet och långsiktigt verka för att ta emot fristadsförfattare.

Sammanfattning av utredningen

ICORN (International Cities of Refuge Network) är en medlemsorganisation som består av 50 fristäder som tillsammans tagit emot mer än 130 fristadskonstnärer. I Sverige är tolv kommuner och fyra regioner medlemmar i ICORN och sedan kammarrätten i mars 2016 fastslog att fristadsarbete är förenligt med svensk lagstiftning är fler på gång att söka medlemskap.

Fristadsperioden omfattar två år och åtagandet innebär bland annat att medlemmen ska ansvara för och bekosta resan till och från fristaden för konstnären och hens eventuella familj, tillhandahålla och bekosta en fullt utrustad bostad, utbetala ett stipendium som täcker skäliga levnadsomkostnader, ansvara för att fristadsgästen integreras på lämpligt sätt både yrkesmässigt och socialt, ombesörja att gästen och hens familj får nödvändig

undervisning i svenska samt skolgång för barnen samt garantera att gästen får det skydd som situationen kräver. Fristaden åtar sig även att utse en koordinator på 20-25 procent som planerar vistelsen, sköter kontakten med ICORN, är behjälplig med myndighetskontakter och ser till att gästen har ett fungerande nätverk. Fristaden ska bekosta koordinatorns och fristadsgästens deltagande i ICORN:s möten och konferenser. Fristaden ska också planera för ett bra avslut på fristadsperioden och skapa så bra förutsättningar som möjligt för fristadskonstnärens framtid.

Utredningen har samlat erfarenheter från jämförbara kommuner och regioner. Utredaren har bland annat intervjuat Landstinget Dalarna som står som ensam huvudman där en folkhögskola tar en aktiv roll samt Region Jönköpings län som är medlem i ICORN och för tillfället endast samarbetar med Jönköpings kommun. Vikten av nätverk understryks där utredningen framför allt lyfter de professionella nätverk som finns för bildkonstnärer och författare. Fristadskoordinatorn har en viktig roll i detta arbete. När det gäller bostad så är det en avgörande fråga som bedöms måste kunna lösas snabbt när kommunen/regionen bestämt sig för att bjuda in en fristadskonstnär. Även säkerhetsfrågan är av central betydelse för att gästen ska kunna få det skydd som behövs.

När det gäller kostnaderna för att vara en fristad varierar detta över tid. Exempelvis kostar första året av en fristadsvistelse mer än andra året och under tiden mellan två gäster är kostnaderna begränsade till vissa fasta utgifter. Kommuner och regioner finansierar själva sin fristadsverksamhet men kulturrådet kan ge vissa bidrag för kostnader i anslutning till gästens vistelse, exempelvis för uppläsningar, seminarier, publika evenemang eller översättningar. Baserat på en sammanvägning av uppgifter från existerande fristäder så föreslår utredningen en kostnadsfördelning mellan region och kommun där regionen står för medlemskap, koordinatorns lön och mötesdeltagande samt halva stipendiet till konstnären. Total årsbudget beräknas till 457-505 tkr beroende på om gästen kommer själv eller tillsammans med familj. För regionens del så innebär detta en kostnad på mellan 225-249 tkr. Tillkommer gör övriga kostnader inom organisationen som är svåra att uppskatta, exempelvis expertis från andra förvaltningar. Nuvarande rekommendation för fristadsstipendium är på 10 tkr/mån för en ensam gäst och 14 tkr/mån för en familj. Utbetalning av stipendiet kan periodiseras kvartals- eller halvårsvis.

Sammanfattningsvis så bedömer utredningen att förutsättningar finns för att Region Jämtland Härjedalen och Östersunds kommun skulle kunna delta i fristadsprogrammet genom ett delat huvudmannaskap. Utredningen föreslår dessutom att regionen ansöker om medlemskap under innevarande år, 2016, som är utnämnt som Tryckfrihetens år i Sverige. En mängd myndigheter, organisationer och föreningar kommer att ha aktiviteter som uppmärksammar det fria ordet och rätten till fri information. Den 2 december firas 250-årsminnet av den svenska tryckfrihetsförordningen.

Tjänstemannaförslag

Utredningen föreslår Region Jämtland Härjedalen, under förutsättning att nödvändiga och vederbörliga beslut fattas av Östersunds kommun, besluta att

- gemensamt med Östersunds kommun arbeta för att en fristad i Jämtland Härjedalen ska bli verklighet under 2016

- söka medlemskap i ICORN
- finansiera kostnader för koordinator 25% samt koordinatorns resor till ICORN:s konferenser m.m.
- instifta och finansiera hälften av ett stipendium till fristadsgästen
- gemensamt med Östersunds kommun inrätta en styrgrupp med två representanter vardera från regionen och kommunen
- gemensamt med Östersunds kommun upprätta ett avtal som reglerar hur ansvar och kostnader för fristadsarbetet ska fördelas samt att detta avtal gäller under den första fristadsperioden, det vill säga två år, och därefter kan omförhandlas.
- utöka kulturens ram med 200 tkr för kostnader i samband med fristadsprogrammet. Övriga kostnader finansieras inom ram.

.

ÖSTERSUNDS KOMMUN

Trygg men inte tyst

Om hur Östersunds kommun och Region JH kan bli en fristad för förföljda konstnärer

Kultur- och fritidsförvaltningen
Åsa Eriksson Ahnfelt
Dnr 80/2016

”I isoleringscellen målade jag med tepåsar som jag blött upp.
Jag gjorde en pensel av strån från mitt hår som jag skar av med metallbiten på en pennvässare. Skaftet till penseln fick bli en tandpetare som jag hittade på golvet i cellen, och jag band ihop skaft och hårstrån med en tråd från mina strumpor. Sedan målade jag porträtt som av rena tillfälligheter liknade mina cellkamrater.
Det gjorde att jag kände mig mindre ensam i isoleringscellen.”
Soudabeh Ardavan, bildkonstnär som satt fängslad
i åtta år i hemlandet Iran innan hon kom till Sverige 1996.
Intervjuad av Lisa Nordenhem i Amnesty Press i maj 1996.

”We survive under great difficulties.
And sometimes we do not survive.”
Anna Politkovskaya (1958-2006)

”Under nästa år vet jag att vi kommer att se flera initiativ som lyfter fram betydelsen av det fria ordet och rätten till konstnärlig frihet. Just nu är det viktigare än någonsin att peka på ur angelägen denna fråga är och att det fria ordet inte är någonting vi kan ta för givet. Jag ser fram emot att fira detta år med er!”
Alice Bah Kuhnke, kultur- och demokratiminister
i en gästkrönika på kulturradet.se i december 2015

Innehåll

1. Bakgrund..... 3

2. Varför fristad?..... 3

3. ICORN..... 4

4. Vad innebär åtagandet?..... 4

5. Vem kan bli fristadsgäst?..... 5

6. Fristäder i Sverige…..... 6
***6.1 Tolv kommuner, fyra regioner*..... 6**
***6.2 Den rättsliga prövningen*..... 6**
***6.3 Regionernas roll*..... 7**
***6.4 Rapportens inriktning*..... 7**

7. Samlade erfarenheter…..... 7
***7.1 Skellefteå*..... 7**
***7.2 Landstinget Dalarna*..... 8**
***7.3 Gävle*..... 8**
***7.4 Sigtuna*..... 10**
***7.5 Karlstad*..... 11**
***7.6 Region Jönköpings län*..... 12**
7.6.1 Jönköping..... 12
7.6.2 Tranås..... 14
***7.7 Växjö*..... 14**

8. Nätverk…..... 15
8.1 Flera olika behövs*..... *15
8.2 Nätverk för författare*..... *15
8.2.1 Författarnas organisationer/nationellt..... *15*
8.2.2 Författarnas organisationer/lokalt..... *17*
8.2.3 Biblioteken..... 17
8.2.4 Andra lokala resurser..... *18*
8.3 Nätverk för bildkonstnärer*..... *18
8.3.1 Bildkonstnärernas organisationer/nationellt..... 18
8.3.2 Bildkonstnärernas organisationer/lokalt..... 19
8.3.3 Konstkonsulenten..... 20

9. Bostad..... 21

10. Säkerhet…..... 22

11. Koordinatorsrollen…..... 23

12. Huvudmannaskap..... 23

13. Finansiering..... 24

14. Sammanfattning…..... 26

15. Beslutsförslag…..... 26

Bilagor

Bilaga 1: Intervjuade
Bilaga 2: Tryckta källor och källor på Internet
Bilaga 3: Checklista för fristadskoordinatorn

1. Bakgrund

Frågan om en fristad i Östersund/Jämtland väcktes 2014 av Liberalerna, dåvarande Folkpartiet, i motioner till Östersunds kommunfullmäktige och till fullmäktige i dåvarande Jämtlands läns landsting (från 2015 Region Jämtland-Härjedalen).

Motionärerna föreslog att en utredning skulle göras om förutsättningar och möjligheter att söka medlemskap i organisationen ICORN, för att därigenom kunna erbjuda en fristad för hotade författare, dramatiker, journalister och andra professionella skribenter som lever under hot i sina hemländer.

I såväl kommun som landsting mottogs motionerna positivt.

Östersunds kommunfullmäktige beslutade 2015-02-05 att avvakta en pågående rättsprocess där Kammarrätten prövade om det är förenligt med svensk lagstiftning att kommuner och regioner blir fristäder för utländska kulturarbetare. Om domstolsutslaget skulle bli att fristadsarbete ingår i den kommunala kompetensen beslutade kommunfullmäktige att starta ett gemensamt utredningsarbete tillsammans med Region Jämtland-Härjedalen om former, möjligheter och förutsättningar för kommunen och regionen att gemensamt svara för ett fristadsprojekt.

Även i dåvarande landstingsfullmäktige blev det (2014-10-13/14) bifall till en utredning om förutsättningarna för att bli fristad. I regionens kulturplan för 2015-2018 står också att man vill öka kompetens och kunskap om fristadsprogrammet och långsiktigt verka för att regionen tar emot fristadsförfattare.

2015-03-25 föll domen i Kammarrätten i Sundsvall, som fastslog att fristadsarbete är förenligt med svensk lagstiftning. Domen överklagades inte.

Detta öppnade för att sätta igång denna utredning av förutsättningarna för att bli fristad. Utredningen bekostas gemensamt av Östersunds kommun och Region JH, och har utförts av kommunens kultur- och fritidsförvaltning. Arbetet har pågått under tiden december 2015-februari 2016 och här föreligger nu utredningsrapporten, som förhoppningsvis kan utgöra underlag för ett beslut i fristadsfrågan under 2016.

2. Varför fristad?

”Var och en har rätt till åsiktsfrihet och yttrandefrihet. Denna rätt innefattar frihet att utan ingripande hysa åsikter samt söka, ta emot och sprida information och idéer med hjälp av alla uttrycksmedel och oberoende av gränser.” (Artikel 19 i FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna, 1948.)

Yttrandefriheten är en grundläggande mänsklig rättighet och en förutsättning för demokratin, och Sverige har i århundraden värnat om det fria ordet. 2016 uppmärksammas 250-årsminnet av vår tryckfrihetsförordning, som antogs 1766 som det första dokumentet i sitt slag i världen. Denna förordning ligger fortfarande till grund för vårt öppna, demokratiska samhälle. Förutom regler om tryckfrihet innehåller tryckfrihetsförordningen även regler om meddelarskydd och om offentliga handlingar. Sverige är ensamt om att ha dessa principer så detaljerat reglerade i grundlag.

Men åsikts- och yttrandefrihet är långt ifrån självklarheter i stora delar av vår omvärld. 2016 får vi, kanske mer än någonsin förut, ständiga rapporter om hur

dessa grundläggande rättigheter begränsas och hur frispråkiga människor straffas vad de tänker, tycker och uttrycker. Författare och andra konstnärer står ofta i första ledet, och blir därigenom särskilt utsatta för hot, censur, trakasserier och fångenskap. En del straffas till och med med döden.

Att erbjuda en hotad konstnär en fristad är ett sätt att markera att man vill hävda yttrandefrihet och demokratiska värden och ska inte ifrågasättas utifrån att landet/regionen/staden samtidigt tar emot stora skaror av flyktingar. En fristadskonstnär är inte en flykting utan *en inbjuden gäst*. Grunden för inbjudan måste vara just att man vill erbjuda gästen skydd, och inte i första hand en förhoppning om att åtagandet ska ha en positiv inverkan på kommunens image.

3. ICORN

Idén att bilda ett nätverk av städer som erbjuder skydd åt förföljda författare kom i början av 1990-talet genom International Parliament of Writers (IPW), där Salman Rushdie var ordförande. Vid en kongress i Strasbourg initierades den första samarbetsorganisationen för fristäder, International Network of Cities of Asylum (INCA), som knöts till Europarådet. Strasbourg förklarade sig i samband med detta som ”City of Asylum” och erbjöd Salman Rushdie att stanna permanent i staden.

1995 började rekryteringen av städer till INCA. Barcelona och Stavanger blev de två första städerna att ta emot fristadsförfattare och fler städer följde snabbt efter. IWP och INCA fick efterhand stora problem med administration och ekonomi och lades därför ner 2004. Fristäderna bestod dock och startade gemensamt den nuvarande organisationen International Cities of Refuge Network (ICORN). ICORN är alltså en medlemsorganisation som utgörs av fristäderna själva. 1 januari 2015 hade ICORN drygt 50 medlemmar i Europa och Nordamerika, som tillsammans tagit emot mer än 130 fristadsgäster.

ICORN har sitt huvudkontor i Stavanger, Norge, och därifrån organiseras årliga möten och konferenser i olika medlemsstäder. I december 2015 hölls ”Safe Haven Conference” i Malmö. Generalförsamling hålls vartannat år. I mars 2016 hålls generalförsamling i Paris.

Ursprunget för fristadsrörelsen var fristäder för författare, men i dag används begreppet konstnär genomgående för fristadsstipendiater inom alla konstformer. Beslut om att bredda fristadsprogrammet fattades vid ICORN:s kongress i Ljubljana 2014. I dagsläget finns såväl bildkonstnärer som filmare och musiker bland fristadskonstnärerna.

De flesta medlemmar i ICORN är städer, men i vissa fall är det regioner som står för medlemskapet.

4. Vad innebär åtagandet?

I och med ICORN-medlemskapet förbinder man sig att bjuda in en fristadskonstnär, som väljs ut i samråd med ICORN. Fristadsperioden omfattar två år och åtagandet innebär att kommunen/regionen ska:

– ansvara för och bekosta resan till och från fristaden för konstnären och hens eventuella familj och se till att de får ett bra mottagande vid ankomsten och en bra introduktion på orten.

– tillhandahålla och bekosta en fullt utrustad bostad med telefon, tv och bredband.

– utbetala ett stipendium som täcker skäliga levnadsomkostnader. Nuvarande rekommendation är en summa på 10.000 kronor i månaden för en ensam gäst och 14.000 för en familj.

– ansvara för att fristadsgästen integreras på lämpligt sätt både yrkesmässigt och socialt. Här ingår att se till att gästen har adekvata möjligheter att utöva sitt konstnärskap och tillgång till professionellt utbyte med andra konstnärer. Om gästen vill och kan delta i det offentliga kulturlivet och ställa upp på debatter, föredrag med mera ska möjlighet till detta ges. Man kan dock inte kräva att gästen ska ställa upp på sådant. Skyddsbehovet och gästens egna önskemål avgör.

– ombesörja att gästen och hens familj får nödvändig undervisning i svenska. Skolgång för barnen.

– garantera att gästen får det skydd som hens situation kräver. Det kan vara allt från hemlig adress och skyddade personuppgifter till fullständig anonymitet.

Fristaden ska också utse en koordinator på 20-25 procent som planerar vistelsen, sköter kontakten med ICORN, är behjälplig med myndighetskontakter och ser till att gästen har ett fungerande nätverk. Fristaden ska bekosta koordinatorns och fristadsgästens deltagande i ICORN:s möten och konferenser, såväl inom Sverige som utomlands. Fristaden ska också planera för ett bra avslut på fristadsperioden och skapa så bra förutsättningar som möjligt för fristadskonstnärens framtid.

5. Vem kan bli fristadsgäst?

Vilken konstnär som helst, i vilket land som helst, som i sitt hemland är utsatt för hot eller förföljelse på grund av att hon eller han uttrycker sina åsikter genom sitt professionella, konstnärliga arbete, har möjlighet att ansöka om att få omfattas av ICORN:s fristadsprogram. Varje ICORN-stad har sina egna kriterier för urval av konstnärer till det lokala fristadsprogrammet, men inga fristäder accepterar kandidater som förespråkar våld i någon form.

Ansökningsprocessen sker i tre steg: 1. Sökande, 2. Kandidat, 3. Gästkonstnär.

En ansökningsblankett finns tillgänglig som PDF på ICORN:s hemsida. Om den sökande inte själv har möjlighet att fylla i blanketten kan det göras av en ställföreträdande person. Alla uppgifter tas emot och behandlas konfidentiellt av ICORN:s administration i Stavanger.

ICORN samarbetar med PEN International, vars underorganisation Writers in Prison Committee (WiPC) genom sina internationella nätverk gör en kontroll av den sökandes bakgrund och skyddsbehov. Om ansökan godtas går den sökande vidare till att bli en ICORN-kandidat. Detta innebär att när det finns en tillgänglig plats i en fristad, kan ICORN:s administration göra kandidatens profil tillgänglig på en lista där staden kan välja sin nästa gästförfattare.

En kandidat har rätt att avböja inbjudan från en stad utan att det skall påverka dennes möjligheter att få en inbjudan från en annan stad i nätverket. ICORN kan dock inte garantera någon kandidat en plats i en fristad. Det skall också poängteras att ICORN inte är en flyktingorganisation.

6. Fristäder i Sverige

6.1 Tolv kommuner, fyra regioner

Idag är tolv kommuner – Eskilstuna, Gävle, Göteborg, Karlstad, Linköping, Malmö, Norrköping, Sigtuna, Skellefteå, Stockholm, Uppsala och Växjö – och fyra regioner/landsting – Dalarna, Jönköping, Skåne och Västra Götaland – medlemmar i ICORN. Göteborg blev den första svenska fristaden 1996.

Sveriges fristäder har just nu elva författare/konstnärer/musiker under ICORN-programmet. Några städer har bjudit in nya fristadsförfattare. Allt som allt har 24 författare/konstnärer hittills fått fristadsuppehåll i Sverige.

Regeringen har inför märkesåret 2016 aviserat flera initiativ som lyfter fram betydelsen av det fria ordet och rätten till konstnärlig frihet. Bland annat kommer Statens Kulturråd att få ett förtydligat uppdrag att verka för fler fristäder och främja samverkan mellan fristadskonstnärerna och det övriga kulturlivet i Sverige. Alldeles nyligen utsåg kulturminister Alice Bah Kuhnke förra Sveriges Radio-chefen Kerstin Brunnberg att biträda regeringskansliet i arbetet med att stödja och främja fristadssystemet.

Kommuner och regioner finansierar själva sin fristadsverksamhet, men Kulturrådet kan ge bidrag för kostnader i anslutning till fristadsgästens vistelse i Sverige. Det kan gälla debatter, seminarier, uppläsningar, möten och andra publika evenemang samt översättningar.

6.2 Den rättsliga prövningen

En av de senast tillkomna fristäderna är Gävle, som blir först i världen med att ta emot bildkonstnärer. Den första fristadsgästen väntas anlända under 2016.

Gävles beslut att bli fristadskommun fattades av kommunfullmäktige i februari 2014 och överklagades av fullmäktigeledamoten Daniel Kvarnlöf (m). Han krävde att beslutet skulle upphävas på tre grunder: att utredningen som föregick beslutet var alltför bristfällig, att den månatliga ersättningen till fristadskonstnären inte kunde anses vara ett stipendium utan ett understöd till enskild (vilket kommunen inte har rätt att utge enligt kommunallagens förbud mot stöd för enskild) samt att ett beslut om medlemskap i ICORN skulle vara en utrikespolitisk opinionsyttring som faller utanför den kommunala kompetensen.

Förvaltningsrätten i Falun ansåg inte att de första två punkterna var skäl att upphäva beslutet. På punkt tre, däremot, var rätten överens med Daniel Kvarnlöf, och domstolsutslaget blev därmed att kommunfullmäktiges beslut skulle upphävas.

Gävle kommun överklagade då i sin tur till kammarrätten i Sundsvall, som upphävde förvaltningsrättens beslut. Kammarrätten slog fast att utrikes- och biståndspolitik traditionellt hör till det statliga ansvarsområdet. Inom kulturområdet, däremot, gör både kommunerna, landstingen och staten insatser. Dessutom måste mänskliga rättigheter vara en fråga som berör i princip alla politikområden och inte enbart utrikespolitiken. Regeringen har också understrukit i sin handlingsplan för de mänskliga rättigheterna, att kommuner och landsting har en viktig roll och ett stort ansvar för att Sverige ska kunna fullfölja sina åtaganden om mänskliga rättigheter. Kommunfullmäktiges beslut att göra Gävle till en fristadskommun och bli medlem i ICORN bör därför anses som en kommunal angelägenhet och falla inom ramen för den kommunala kompetensen, fastslog kammarrätten.

Således bifölls kommunens överklagande och förvaltningsrättens dom upphävdes.

Denna dom har inte överklagats till högre instans och därmed får det anses som klarlagt en gång för alla att det är förenligt med svensk lagstiftning att kommuner och regioner blir fristäder och medlemmar i ICORN.

6.3 Regionernas roll

De regioner som är ICORN-medlemmar har lite olika roller.

Region Skåne arbetar stödjande och samordnande med fristadsfrågor gentemot sina kommuner. Malmö är hittills den enda kommunen i regionen som tagit emot fristadsgäster. Kommunen har sedan 2010 ett eget ICORN-medlemskap och har hittills tagit emot tre författare och en musiker som fristadsgäster.

Region Jönköpings län är med i ICORN och samarbetar just nu med Jönköpings kommun, som står som värdkommun för en författare från Honduras men som än så länge avvaktar med att bli fullvärdig ICORN-medlem.

Västra Götalandsregionen är ICORN-medlem och har en regional fristadskoordinator på 50 procent, som arbetar med att intressera kommunerna i regionen för att bli fristadskommuner och stödja dem som redan är det. I mars 2016 väntas regionens kulturnämnd fatta beslut om att gå in med halva kostnaden för att vara fristad till tre kommuner; Göteborg, Uddevalla (som precis har fattat beslut om att söka ICORN-medlemskap) och dessutom en till – vilken det blir beror på vilken av flera intresserade som först fattar beslut om att bli fristad.

I Dalarna är det regionen som är ICORN-medlem och ensam huvudman, ingen kommun är iblandad.

6.4 Rapportens inriktning

I arbetet med denna rapport har tyngdpunkten lagts på att kontakta mindre städer och regioner och ta del av deras erfarenheter av fristadsarbetet. Det har känts naturligt att lägga gränsen vid ett invånarantal på 100.000, vilket innebär att vi koncentrerat oss på Gävle (98.000), Karlstad (88.000), Sigtuna (44.000), Skellefteå (72.000) samt Växjö (87.000). Beträffande regionerna har vi valt att kontakta Dalarna (279.000) och Jönköping (337.000).

7. Samlade erfarenheter

Här kommer i kort sammandrag de tillfrågade städernas och regionernas erfarenheter – vi börjar norrifrån:

7.1 Skellefteå

I Skellefteå kom idén om att bli författarfristad upp för några år sedan, i samband med utvecklingen av Skellefteå som Berättarnas stad. Skellefteå försöker även ligga i framkant när det gäller hbtq-frågor, så när det kom till att ”välja ut” författare i samarbete med ICORN meddelade kommunen att man gärna ville ta emot en författare som förföljts på grund av sin sexuella läggning.

I juli 2015 anlände Ahmed Mohamed, som är somalisk medborgare men född och uppvuxen i Abu Dhabi i Förenade Arabemiraten. I Skellefteå har han för

avsikt att skriva sin tredje bok, Sinful, som handlar om att vara ung homosexuell muslim.

Skellefteå hade även önskemål om att få ta emot en öppen och utåtriktad författare som skulle kunna delta aktivt i kulturlivet i kommunen, och Ahmed Mohamed har hela tiden velat höras, synas och delta i debatten. Inte desto mindre säger koordinatorn Olga Pettersson så här i efterhand, att man borde ha varit försiktigare med vad man gick ut med i början. Ahmed Mohamed presenterades med både namn och bild i lokalpressen och fick efter det ta emot många hot, inte minst från landsmän här i Sverige.

”Hade vi vetat hur det skulle bli hade vi gjort på ett annat sätt”, säger Olga Pettersson, men hon konstaterar också att Ahmed Mohamed inte skrämts till tystnad av hoten. Han fortsätter att diskutera och debattera.

Vad som kommer att hända med Ahmed Mohamed efter de två åren i Skellefteå är för tidigt att sia om, men det kan bli omöjligt för honom att vända tillbaka till sitt hemland. Det finns möjlighet att söka asyl, en sorts fördröjd asylprövning, efter avslutad fristadsperiod, och om man har lyckats få en anställning eller startat eget företag kan man beviljas arbetstillstånd och på så sätt få stanna i Sverige.

Skellefteå kommun är ensam ansvarig för fristadsprojektet, något ekonomiskt stöd från regionen utgår inte. Däremot finns möjligheten att söka bidrag hos regionen när man arrangerar speciella evenemang där fristadsförfattaren medverkar.

Om Skellefteå ska ta emot en ny författare efter Ahmed Mohamed kommer att beslutas av kommunfullmäktige när de här två åren är över. Man binder sig alltså bara för en period i taget.

7.2 Landstinget Dalarna

I Dalarna är det landstinget som driver fristadsprojektet. Monika Fredriksson på Mora folkhögskola är koordinator. Just nu har man en fristadskonstnär, en bildjournalist från Iran, som kom vintern 2014 och bor på folkhögskolan.

Hussein, som vi kan kalla honom, tyckte först inte att idén med att bo på internat var så bra, men nu tycks han se fördelarna med det, uppger Monika Fredriksson. Hussein har vad man kallar första gradens skyddsbehov. Det innebär till exempel att man ej lämnar ut adressen om någon frågar.

Hussein deltar mer och mer i offentligheten, berättar gärna sin historia när det efterfrågas. Klart är att han inte kommer att kunna återvända till Iran när fristadsperioden är slut, och han jobbar nu för att etablera sig som fotograf/bildjournalist i Sverige. Han har startat eget och skaffat f-skattsedel, han har tagit kontakt med många redaktioner och erbjudit sina tjänster och det finns planer på att han ska ställa ut på bibliotek och på Dalarnas museum.

Om man kommer att bjuda in fler fristadskonstnärer när Husseins två år har gått ut är inte bestämt. Separat beslut tas för varje ny fristadsperiod.

7.3 Gävle

I Gävle går det framåt, om än långsamt, säger Hanna Nordell, som är fristadskoordinator inom ramen för sin tjänst som intendent på Gävle konstcentrum.

”Först var det ju hela processen med överklagandet, och sen har det faktum att Gävle blir först med att ta emot en bildkonstnär inneburit att det tar lite tid att få fram en fristadsgäst. Möjligheten att söka måste ju göras känd för bildkonstnärer

över hela världen och det har tagit sin tid för ICORN i första hand, men även för oss i kommunen. Och även om det finns internationella nätverk för bildkonstnärer så finns det ingen självklar samarbetspartner likt PEN-klubben på författarsidan.”

Trots att Gävle var först i världen med att säga att man ville ha en bildkonstnär, och att Hanna Nordell själv jobbar med bildkonst, så tycker hon att man som fristad inte ska binda sig för en enda konstform. ”Kalla det fristadskonstnär rätt och slätt, då blir man mer flexibel och kan anpassa sig efter till exempel vilka av de sökande som har störst skyddsbehov för tillfället.”

Inom vilken konstart man har störst möjlighet att mobilisera ett bra nätverk kan variera över tid och det är också en anledning att inte binda sig för en av konstarterna.

I sitt arbete som koordinator samarbetar Hanna Nordell mycket med socialförvaltningen, där hon har en speciell kontaktperson. Hon tycker det är viktigt att flera förvaltningar är inblandade: ”Det rimmar väl med att det är hela staden som tar emot fristadsgästen.”

För att förankra satsningen hos kommunmedborgarna skrevs avtalet med ICORN under vid en festlig middag med många inbjudna, där även representanter för ICORN:s kontor i Norge deltog.

Inför ICORN-medlemskapet var det mycket att göra för Hanna Nordell, just nu är det lugnare men när det är dags att ta emot den första gästen lär det bli fullt upp igen. Det är viktigt att anställa en koordinator som kan vara flexibel och jobba när det behövs, säger hon. Viktigt också att koordinatorns lön är budgeterad.

ICORN är ett ovärderligt stöd i arbetet och man får alltid hjälp när man hör av sig till kontoret i Stavanger, säger Hanna Nordell. Organisationen har generalförsamling i Paris vartannat år och dit kan man också åka som observatör om man inte är medlem ännu. Generalförsamlingarna är mycket nyttiga, där får man verkligen en bild av vad det handlar om.

I Gävle, där det råder stor bostadsbrist, har det inte varit möjligt att få loss en stor lägenhet. Därför har kommunen sagt att det bara kan bli aktuellt att ta emot en singelperson som fristadsgäst. Lägenheten är nu nästan färdigmöblerad. Den är hyrd på ett vanligt långtidskontrakt, så det är tänkt att den ska fungera under fler fristadsperioder om inte skyddsbehov och annat gör att man måste byta efter första perioden. Att det kan bli ett glapp mellan fristadsperioderna, då lägenheten står tom, är något man får leva med.

Säkerhetsansvarig vid kommunen kommer att kopplas in när det står klart vem den första fristadsgästen blir. Hittills har Hanna Nordell inte haft så mycket kontakt med den personen, och inte heller med polisen. ”Men självklart är den säkerhetsansvarige en nyckelperson som det är viktigt att ha bra kontakt med.”

Hanna Nordell hoppas kunna ordna en hel del programverksamhet inom ramen för budgeten. Om fristadskonstnären inte har möjlighet att medverka offentligt finns det andra sätt att sätta ljuset på yttrandefrihet och liknande frågor, menar hon.

”Regeringsbrevet till kulturrådet håller på att omarbetas och det ska bli intressant att se hur fristadsfrågan kommer att adresseras där. Men redan idag kan man söka pengar från Kulturrådet för att ordna aktiviteter kring fristadspersonen.”

”Det är jätteviktigt att nå ut med vad detta handlar om även om personen i sig måste vara hemlig”, säger Hanna Nordell, som också funderar särskilt på hur man ska nå unga.

Konstnärerna i länet har inte mobiliserats på allvar än, det kommer att göras när man vet vilken fristadsgäst som kommer. Men det är helt klart att intresset finns för att bilda nätverk kring gästen och att det är jätteviktigt att engagera så många som möjligt. Andra instanser som biblioteket och Folkteatern har också visat intresse för att bidra.

Slutligen: När det gäller beslutet om vilken fristadsgäst man ska ta emot så kommer det att fattas av tre personer: kommundirektören, kultur- och fritidschefen och förvaltningschefen för sociala avdelningen. Hanna Nordell är med som sakkunnig.

”Se till att det är tjänstemän och inte politiker som fattar beslut om vem som ska bjudas in. Det beslutet ska inte vara politiskt.”

7.4 Sigtuna

Sigtuna var den sjätte kommunen i Sverige som blev fristad, och att man nyligen sagt adjö till sin första fristadsgäst, den turkiske författaren Ragip Zarakolu.

Precis som här i Östersund och Region JH var det Liberalerna (dåvarande Folkpartiet) i kommunen som väckte frågan om att bli fristad, berättar koordinatorn Lena Gustafson Randau.

Sigtuna är en förhållandevis liten kommun, 45.000 invånare, men har en fin gammal tradition av att ta emot författare. En litterär och kulturell miljö, som Lena Gustafson Randau beskriver det. Här finns Sigtunastiftelsen, en kulturstiftelse på kristen ekumenisk grund som ända sedan 30-talet delat ut naturastipendier till både svenska och finlandssvenska författare.

Att fristadsarbetet skulle bedrivas i samverkan mellan kommunen och Sigtunastiftelsen stod klart redan från början. ”Sigtunastiftelsen står för boendet, vilket gör att vi inte kan ta emot publicister med alltför stort skyddsbehov. Stiftelsens verksamhet är mycket utåtriktad och det är svårt att vara helt anonym om man bor där”, säger Lena Gustafson Randau.

Ragip Zarakolus fristadsvistelse avslutades i december och han har nu bosatt sig på en annan ort i Sverige, sedan han visat att han kan försörja sig på sin publicistiska verksamhet och därmed kunnat få permanent uppehållstillstånd.

”Nu väntar vi på nästa gäst, som förhoppningsvis anländer under april”, säger Lena Gustafson Randau.

Hittills har budgeten legat på 350.000 kronor per år, men Lena Gustafson Randau säger att på grund av sämre tider kommer denna att sänkas, oklart hur mycket det blir i praktiken.

Kommunen står för alla kostnader. Stiftelsen står för bostad men blir alltså ersatt av kommunen för detta.

Fristadsarbetet leds av en styrgrupp bestående av kommunens hållbarhetschef, Sigtunastiftelsens direktor och fristadskoordinatorn Lena Gustafson Randau. ”När jag började som koordinator var jag enhetschef på Sigtuna bibliotek. Nu är jag bibliotekschef, och det arbetet är svårt att kombinera med att vara koordinator. Därför kommer jag snart att lämna över till en annan person som arbetar inom biblioteket”, säger hon.

Hon tycker att koordinatorssysslan bör ligga på någon som arbetar inom kultursektorn, men att det är bra om det finns en kontaktperson inom socialförvaltningen att vända sig till när det gäller sociala frågor.

Såväl det internationella ICORN-nätverket som det svenska nätverket av koordinatorer är utomordentligt bra att ha och man lär sig alltid mycket av att träffa de andra på möten och konferenser, tycker Lena Gustafson Randau.

Hon poängterar till sist att man inte får förvänta sig att kunna ”passa in” fristadsarbetet i kommunens agenda och tidsplaner. Det kan gå fort att få en fristadsgäst, men det kan också ta väldigt lång tid.

”Här handlar det om helt andra parametrar än kommunen vanligtvis jobbar efter. Man får aldrig glömma att det handlar om att ge skydd i första hand. Och att det krävs enighet om man ska ge sig in i detta. Det får inte bli partipolitik!”

7.5 Karlstad

Husein Dautkerejev är fristadskoordinator i Karlstad. Han berättar att kommunen varit fristad i drygt ett år och att den första fristadsgästen anlände i maj 2015. Gästen är en författare från Afghanistan, som numera har fått skyddad identitet p g a hot som dykt upp efter ankomsten till Sverige.

Författaren vill inte synas och höras offentligt utan är mest ute efter att få lugn, ro och tid att skriva. Han har sedan tidigare ett par bekanta i Karlstad som spelat en viktig roll för honom. Att de fanns bidrog till att han själv bad att få komma just till Karlstad, och även till att Karlstad valde honom bland de fristadsgäster som ICORN föreslog.

Vem som skulle bjudas in var ett politiskt beslut och inbjudan undertecknades av socialdirektören.

Fristadsgästen var i akut behov av en fristad, han befann sig tidigare i Indien men var tvungen att fort ta sig därifrån. Från det att inbjudan skickades tills han var på plats i Karlstad tog det bara ungefär en månad. En månad av intensivt arbete där man bland annat tog hjälp av Sveriges ambassad i Indien och Migrationsverket. Något uppehållstillstånd hann han inte få under den korta tiden men det löstes genom att han fick komma in i landet på ett tremånaders turistvisum.

Bostad gick bra att ordna eftersom det fanns en överenskommelse med det kommunala bostadsbolaget. Då det fanns ett politiskt beslut om att kommunen skulle göra detta var det inga problem att få igenom den överenskommelsen, säger Husein Dautkerejev.

Husein Dautkerejev är handläggare av försörjningsstöd i Karlstads kommun. Det är en ovanlig lösning att lägga koordinatorskapet under socialförvaltningen och Husein tycker inte att lösningen är bra. Koordinatorn ska vara någon som är insatt i kulturfrågor, som kan kulturlivet på orten. Kunskaper om hur samhället fungerar kan man få genom att ha en kontaktperson på socialförvaltningen.

”I början behövdes min kompetens väldigt mycket, men nu när allt är ordnat kring vår gäst känner jag att det vore bättre med en koordinator från kultursidan”, säger Husein Dautkerejev. Han tycker dessutom att han fått sköta koordinatorskapet vid sidan av alla sina ordinarie arbetsuppgifter, vilket blev tungt eftersom han under månaderna närmast före och efter gästens ankomst måste jobba åtminstone 50 procent med fristadsuppdraget.

Både Husein Dautkerejev och fristadsgästen har deltagit i de möten och konferenser som hållits i ICORN:s regi, och båda tycker att det varit mycket givande.

Husein Dautkerejev rekommenderar att man noga tänker igenom vilken sorts fristadsgäst man tar emot och gärna inventerar om man har någon särskilt

nationalitet bland sina invandrade medborgare som kan bli ett nätverk för gästen. Han tycker också att man bör välja en ensamstående fristadsgäst första gången.

Budgeten för fristadsprojektet i Karlstad ligger på omkring 300.000 kronor per år, vilket enligt Husein Dautkerejev är alldeles för lite. De pengarna förbrukades fort. Kring 500.000 anser han är en rimligare summa.

7.6 Region Jönköpings län

7.6.1 Jönköping

Region Jönköpings län blev ICORN-medlem 2013. Regionen vill understödja kommunerna att bli medlemmar i ICORN och mottagare av fristadskonstnärer. En process som tar tid, konstaterar regionens kulturchef Jörgen Lindvall.

Hittills är det bara Jönköpings kommun som tagit emot en fristadsgäst. Kommunen har under två år varit värdkommun för en poet från Honduras, men avvaktar än så länge med att bli fullvärdig medlem av ICORN. I dealen mellan region och kommun ingår att kommunen står för lägenhet (via det kommunala bostadsbolaget) och arbetsverktyg. Regionen står för 0,25 procents tjänst som koordinator, för stipendiet till författaren och för merparten av utrustningen till lägenheten. Det första fristadsåret kostade regionen runt 300.000, andra året 250.000. Däri ingår inte koordinatorns lön.

Jönköpings första fristadsgäst hade ett relativt stort skyddsbehov, hon var synnerligen aktiv i det offentliga kulturlivet i regionen men det skedde under pseudonym. Hon fick bara fotograferas bakifrån, och skulle hon bli intervjuad i etermedia förvrängdes rösten.

”Vi hade ett fantastiskt bra samarbete med polisen”, säger Jörgen Lindvall. Märit Lundsten, regionens fristadskoordinator, håller med: ”Polisen var alltid informerad om vad som skulle hända kring poeten och hennes man, som är bildkonstnär. Samarbetet, framför allt med två personer som jobbar just med sådana här frågor, fungerade klanderfritt, och enligt vad jag vet förekom inga hot medan paret var här.”

Dock, säger Märit Lundsten, vet man att poetens dator ”stod under kontroll”, det hände att saker försvann och ikoner flyttades runt. Vid mailväxling mellan koordinatorn och författaren var de noga med att aldrig skriva ut tid och plats när de skulle träffas och så vidare.

Mot slutet av fristadsvistelsen utgavs en diktsamling med författarinnans dikter på svenska och spanska. Den utgavs enligt hennes eget önskemål under hennes rätta namn. Nu har paret precis lämnat Sverige och kommer att ta sin tillflykt till ett annat land i Latinamerika. Det har aldrig varit tal om att de skulle stanna i Sverige, de tycker att det är för långt hemifrån.

Nu är regionen i färd med att skriva ett nytt avtal med Jönköpings kommun och har meddelat ICORN att man kan ta emot en ny fristadsgäst. Dock inte i samma lägenhet. Av skyddsskäl vill man inte att en speciell lägenhet ska bli känd som ”fristadslägenheten”.

Att bygga relationer är mycket viktigt för att allt ska fungera runt en fristadskonstnär, påpekar Jörgen Lindvall. ”Det är också viktigt den som blir koordinator är rätt person för jobbet. Det handlar både om att kunna ta itu med praktiska saker och att vara psykologiskt stöd och samtalspartner för fristadskonstnären.”

Märit Lundsten säger att nätverket av koordinatorer i alla Sveriges fristadskommuner har varit ovärderligt. ”Postar man en fråga är det alltid någon som svarar. Det sparar mycket kraft att slippa uppfinna hjulet själv.”

Att mobilisera ett nätverk kring fristadsförfattaren var ”både-och”. Märit Lundsten som har jobbat länge i regionen hade naturligtvis många egna kontakter men behövde också skaffa nya. Men eftersom fristadsförfattaren och hennes man var så sociala själva så gick det bra.

Personligen tycker hon det varit oerhört inspirerande och fantastiskt att få lära känna fristadsgästerna som blev hennes nära vänner (och hemskt att höra deras historia och vilka förfärliga hot de utsatts för i hemlandet), och hon tycker att det har gått bra att vara ”privatsocial” och involvera dem i sin egen tillvaro.

Det finns en styrgrupp bestående av regionens och kommunens kulturchefer, fristadskoordinatorn och chefen för Öxnehaga bibliotek, som är ett s k internationellt bibliotek och som som spelat en stor roll i nätverket kring författaren. Ingen speciell kontaktperson inom socialförvaltningen, men Märit Lundsten menar att det fungerat bra ändå. Jörgen Lindvall poängterar att det är bra om så få personer som möjligt är med och tar beslut om vem man ska ta emot. I Jönköpings fall fattades beslutet av två personer. När det var klart vem som skulle komma bjöd man in ett tilltänkt nätverk till ett möte ”under festligare former” och presenterade författaren.

När hon kom frågade hon: ”Vilka förväntningar har ni här i Jönköping på mig?’ Svaret var: ”Våra förväntningar är uppfyllda i och med att du kom hit.’”

Jörgen Lindvall vill alltså poängtera att grunden för att erbjuda en fristad måste vara just att man vill erbjuda en hotad konstnär skydd, inte att det ska verka positivt på kommunens image utåt. ”Utfallet kan bli väldigt olika beroende på vem man tar emot och det är viktigt att förbereda för det”, säger han.

I regionens kulturplan för 2012-2014 fanns en långsiktig målsättning att regionen skulle bli fristadsregion. Den målsättningen ligger kvar i nuvarande kulturplan, 2015-2018, och nu har man alltså meddelat ICORN att man är beredd att ta emot en ny fristadskonstnär.

I Märit Lundstens arbetsuppgifter ingår att sprida information och kunskap om fristäder till regionens övriga kommuner. Tranås, Värnamo och Gislaved har visat intresse men än är inget beslut fattat hos någon av dem. Men ambitionen är att Jönköping ska bli en verklig fristadsregion och att medlemmarna även ska ha egna ICORN-medlemskap. När det gäller andra kommuner än Jönköping menar Märit Lundsten att det är bäst att kommunerna själva anställer koordinatorer som står för allt praktiskt kring fristadsgästen medan regionkoordinatorn jobbar mera stöttande, med ekonomifrågor och att sprida kunskap och kompetens.

Region Jönköpings län har inte bundit sig för att ta emot just författare, men eftersom regionen driver ett stort projekt med inriktning på litteratur och yttrandefrihet ligger det nära till hand att fortsätta ta emot författare, menar Jörgen Lindvall.

Det är mer regel än undantag att fristadskonstnärer inte kan återvända till hemlandet, men som fristadsvärd har man inte skyldighet att sörja för fortsatt skydd. I och med att de två fristadsåren är slut så upphör ansvaret. ”Det måste finnas ett eget ansvar. Men naturligtvis har vi varit med och stöttat och diskuterat med författaren ifråga”, säger Jörgen Lindvall. Det händer också att konstnärer flyttar vidare till någon annan av ICORNS fristäder, eller att man återvänder till ett land där man tidigare vistats på flykt från hemlandet.

Jörgen Lindvall tycker att man ska vara tänka efter noga vilken sorts fristadskonstnär man klarar att ta emot. Bra att försöka få någon som inte är *för* hotad första gången. Man kan också försöka se till att det kommer en singelperson och inte en hel familj, då det senare innebär ett mycket större

åtagande. Där måste man ju se till att tillvaron fungerar för alla familjemedlemmar.

Jörgen Lindvall avslutar med att ge argument för att satsa på fristadsförfattare också just nu, när flyktingströmmen är så stor till Sverige och kritiska röster kan tänkas ifrågasätta varför man ska satsa så mycket energi och pengar på en enda person i stället för att hjälpa många.

”Det här handlar inte om flyktingar. Det här handlar om att fristadsregionen eller -kommunen *bjuder in* en person som en markering av att man vill hävda demokratiska värden och yttrandefrihet. En demokratisk handling som alla medborgare borde känna stolthet över.”

7.6.2 Tranås

Nästa kommun att ta emot en fristadsförfattare i Region Jönköpings län blir förmodligen Tranås. Där berättar bibliotekschefen Pär Jonsson att man jobbar på detta, att man har en dialog med region Jönköping och att man gör det för att man vill synas på kartan. Fristadssatsningen har inget direkt att göra med den välutvecklade verksamhet med konstnärsresidens som föreningen Kultivera driver i Tranås. Att ge skydd åt en hotad kulturarbetare är det primära. Tranås är en liten kommun, men detta räknar man med att klara genom samverkan. Bostadsbolaget, näringslivet, många ska hjälpas åt.

Pär Jonsson säger att Tranås kommun fattade beslut om att försöka bli fristadskommun innan rättsfallet i Gävle blev aktuellt. När det kom upp bestämde man sig för att avvakta utgången, och efter det har det inte hänt något mer. Region Jönköpings län står som tidigare nämnts idag för ett medlemskap i ICORN, men Pär Jonsson säger också att Tranås kan tänka sig att bli fristadskommun och ICORN-medlem ”på egen hand”. Att det är en liten kommun, bara drygt 18.000 invånare, ses inte som något hinder.

7.7 Växjö

Växjö har varit fristad sedan 2012. Med hänsyn till bygdens litterära arv är man inriktad på att ta emot författare och kommer att fortsätta med det. Karin Hansson, som jobbar på Det fria ordets hus i Växjö, är fristadskoordinator och dessutom samordnare för alla fristadskoordinatorer i Sverige.

Fristadsprojektet kostar cirka 450.000 kronor per år. Detta är beräknat på ett stipendium om 12.000 kronor per månad då de just nu har ett par boende hos sig. För en singelperson är stipendiet på 8.000 kronor per månad. Verksamheten finansieras av Växjö kommun och sköts av Det fria ordets hus.

Växjös första fristadsförfattare var Nasrin Madani, författare och journalist från Iran, som var stadens gäst 2012-2014. Nuvarande fristadsförfattare är Erol Özkoray, turkisk journalist som kommer att vara i Växjö till 2017.

När det gäller nätverk och samarbetspartners är Karin Hanssons generella tips att höra sig för med Svenska PEN och Sveriges författarförbund och se om de har medlemmar i regionen som vill ställa upp som nätverk. Även titta efter andra nätverk, professionella som personliga. ”Har till exempel biblioteket ett nätverk nationellt? Gallerier? Konsthallar? Privata aktörer? Kanske är det så att ni ska ta mot en musiker som ni ska arbeta ihop med Storsjöyran? Utgå från vad ni har och bygg vidare på det.”

8. Nätverk

8.1 Flera olika behövs

Kring en fristadsgäst måste det finnas flera olika nätverk. Även om personen i fråga har stort skyddsbehov, eller kanske just därför, måste det finnas förtrogna runt omkring som stöttar. Man bör vara uppmärksam på de psykologiska effekterna av att leva i exil och försöka arbeta för att förebygga depressioner och motarbeta känslan av utanförskap.

Många fristadsgäster har snabbt funnit sina första vänner bland landsmän på orten, så det kan finnas anledning att inventera om man har några medborgare från aktuella länder i samband med att man väljer vilken fristadsgäst som ska bjudas in.

Grannar och andra sociala kontakter som gästen möter i sitt dagliga liv är också betydelsefulla, men att identifiera det nätverket låter sig givetvis inte göras på det här stadiet. Däremot är det viktigt att visa gästen tillrätta vid ankomsten och peka på naturliga samlingspunkter i närområdet. Kan gästen vara öppen med sin identitet och framträda offentligt utan risk kan man ha ett välkomstmöte på central plats i kommunen, men det kan också vara idé att samla till informationsmöten i mindre skala i stadsdelen eller bostadsområdet.

Fristadskoordinatorn har här en viktig roll och det yttersta ansvaret för att fristadsgästen inte blir isolerad mot sin vilja.

Dessutom måste det givetvis finnas ett professionellt nätverk av människor som är yrkesverksamma inom samma konstområde som gästen. Efter samråd med många olika personer, såväl inom kulturförvaltningarna som utanför, har vi i den här rapporten inriktat oss på att identifiera möjliga nätverk för författare respektive bildkonstnärer.

Även om förslaget är att hotade kulturarbetare från alla konstområden ska vara välkomna hit så bedömer vi att den första fristadsgästen troligtvis kommer att vara antingen författare eller blidkonstnär.

8.2 Nätverk för författare

8.2.1 Författarnas organisationer/nationellt

Sveriges Författarförbund har frågan om fristäder med på listan över litteraturpolitiska kärnfrågor 2014-2016, där de bland annat skriver:

> – *Sveriges författarförbund bevakar att frågan om ett internationellt utbytesprogram för författare och översättare förverkligas i enlighet med våra medlemmars intresse och behov.*
>
> – *Sveriges Författarförbund arbetar solidariskt med författare och översättare i andra länder, deltar aktivt i det svenska fristadsprogrammet och ger särskilt stöd till fängslade författare.*

Under rubriken Fristäder på förbundets hemsida skriver förbundets ordförande Gunnar Ardelius:

> *– Vi författare och konstnärer stärks alltid av att stå enade både lokalt och över nationsgränser.*
>
> *– Fristäderna räddar liv, inte bara författarens eget.*

– För varje författare som får verka fritt ökar friheten för tusentals andra människor. Att försvara andras yttrandefrihet är det bästa sättet att försvara sin egen.

– Det är därför vårt ansvar att vara med och bidra till att våra städer står till förfogande för utländska författare i akut behov av skydd från förföljelse.

För att stärka nätverken kring fristadsförfattarna har Sveriges Författarförbund, tillsammans med Det fria ordets hus i Växjö och Svenska PEN, utarbetat ett nytt inslag i Författarförbundets verksamhet: fristadskollegor, i syfte att skapa förutsättningar för ett utökat, förstärkt och fördjupat kollegialt utbyte och personliga möten mellan fristadsförfattarna och Författarförbundets medlemmar. Verksamheten bygger på ett slags mentorskap, där Författarförbundets medlemmar kan bli ”mentorer” åt en fristadsförfattare. Uppdraget är frivilligt och ideellt.

Fristadsförfattarna erbjuds kostnadsfritt medlemskap i Sveriges Författarförbund under sina fristadsår i Sverige. Deras behov av stöd från kollegor handlar dels om allmän kännedom om Författarförbundets verksamhet, och dels om mer specifika råd kring översättningar och utgivningar, men också om förlagsrelaterade frågor (till exempel distribution och marknadsföring).

Författarförbundets kollegiala mentorskapsverksamhet är ett komplement till de nätverk som finns kring fristadsprogrammet. Förbundsmedlemmarna kan bidra med kunskap om skrivande, översättande och litteraturbranschen (som fristadskoordinatorerna inte kan förväntas ha i samma utsträckning). Att stärka fristadsförfattarna genom ett kollegialt utbyte med författare och översättare i Sverige är ett initiativ som stöder fristadsförfattarnas eget skapande. Det främjar och ökar deras möjlighet att ta del av och delta i konstnärliga och sociala sammanhang.

Svenska PEN-klubben är en ideell författarorganisation som bedriver ett opinionsbildande arbete. Den svenska PEN-klubben bildades 1922 och är därmed en av de äldsta i den världsomspännande organisationen. De nationella PEN-klubbarna är samlade i PEN-International, vars underavdelning Writers in Prison Committee (WiPC), enligt en överenskommelse med ICORN gör bakgrundskontroll av de personer som ansöker om att bli fristadsförfattare.

PEN har sedan fristädernas uppkomst varit en nära samarbetspartner för fristäderna, de enskilda fristadsförfattarna och ICORN. Genom sitt nätverk kan Svenska PEN stötta fristadsförfattarna i landet med kollegiala nätverk och tips och råd när det gäller skribenters villkor i landet, samt förmedla kontakter med till exempel förlag.

Man har också viss programverksamhet där fristadsförfattare ibland kan delta i offentliga debatter och liknande. PEN är en internationell organisation som finns representerad i drygt 100 länder vilket ger tillgång till ett stort nätverk och god insyn i frågor rörande hoten mot yttrandefrihet och förföljda författares situation runt om i världen.

Genom PEN-International kan man i vissa fall hjälpa till med att förmedla känslig information mellan fristadsförfattare och personer i det internationella nätverket. Företrädare för Svenska PEN kan med fördel bjudas in att hålla föredrag eller delta med sin kunskap i debatter om yttrandefrihetsfrågor.

Svenska PEN driver också Dissidentbloggen som ger utrymme åt det fria ordet.

8.2.2 Författarnas organisationer/lokalt

Theres K Agdler är regionombud för Författarförbundet i Jämtlands län. Hon lyfte fristadsfrågan redan 2011, i en förstudie för Mittnordiska Kulturarbetsgruppen som fick namnet ”Litterära hållplatser i Mittnorden”. Där föreslår hon att det ska skapas ett litteraturhus på en central plats i länet, med stipendiebostad/arbetsrum för tillresta författare (artists in residence).

”Här skulle man kunna samarbeta med Kulturrådets satsning på fristadsförfattare”, skriver hon, och fortsätter: ”Litteraturliv behöver injektioner utifrån. Stipendiaten förpliktar sig därför att hålla läsningar och workshops både för professionella författare och amatörskrivare”.

När vi nu samtalar om att detta önskemål kan komma att krocka med en fristadsgästs behov av skydd och anonymitet, konstaterar hon att sådana aktiviteter inte nödvändigtvis behöver vara offentliga. Ett inspirerande utbyte kan även försiggå mer i skymundan inom det nätverk som skapas kring fristadsförfattaren.

Theres K Agdler berättar också att en fristad funnits med som önskemål från flera författare i enkätsvaren till rapporten om Litteraturens och Författarnas villkor i Jämtland-Härjedalen, som nyss kommit från trycket. I rapporten listas 66 personer som är författare eller blivande författare i länet. 23 av dem är organiserade i Författarförbundet och/eller Litteraturcentrum Norr. En person är verksam som estradpoet. 27 personer är publicerade men inte organiserade, medan 15 är att betrakta som blivande författare.

”I en nationell jämförelse har vi inte så många författare här i regionen, men just därför vore det extra viktigt och roligt om vi kunde bli fristad”, säger Theres K Agdler. ”Vi måste värna om det vi har och se till att våra författare får input utifrån. Och i dessa dagar känns det viktigare än någonsin förut att markera att vi värnar det fria ordet också här i länet.”

Ett författarnätverk är just nu under uppbyggnad i Jämtland-Härjedalen. Det kommer till att börja med att ha träffar två gånger per år, berättar Theres K Agdler, som ser nätverket som en självklar samarbetspartner i ett kommande fristadsprojekt.

I regionen finns även föreningen Jämtlitt, som är en arrangörsförening i första hand. Föreningen ordnar litteraturkvällar under rubriken ”Sätt litteraturen på Jämtlandskartan”. Där får jämtländska författare en kanal för att ut till sin publik. För Jämtlitt vore det självklart att en fristadsförfattare som så önskar skulle kunna omfattas av det arbetet, säger Theres K Agdler.

Tre litterära sällskap – Axel Lindström-sällskapet, Hedenvind-sällskapet och Hildegard Löfbladh-sällskapet – finns också i regionen. De har givetvis som sin viktigaste uppgift att skapa intresse och sprida kunskap om just sina författare, och de har i nuläget inte fått frågan om de skulle kunna tänka sig att medverka på något sätt i nätverket kring en fristadsförfattare. Men visst skulle det kunna vara en intressant tanke att låta en fristadsförfattare möta dessa författarskap och kanske ordna litteraturkvällar där man läser, jämför och diskuterar?

8.2.3. Biblioteken

I alla de fristäder som vi talat med, som tagit emot författare som fristadsgäster, har biblioteken spelat en viktig roll. I Jönköping finns ett internationellt bibliotek

i den stadsdel där den första fristadsförfattaren bodde, och det blev en viktig nod i nätverket kring författaren. I Sigtuna har vice bibliotekschefen varit fristadskoordinator. I Tranås är det bibliotekschefen som leder arbetet med att göra kommunen till en fristad.

Biblioteken kan vara till stor hjälp för en författare, både när det gäller att hålla sig à jour med vad som händer i hemlandet och när det gäller att lära känna kultur och samhällsliv i Sverige. Om författaren kan vara öppen och offentlig är biblioteket en naturlig arena för författaraftnar, debatter och andra möten där hen kan nå ut till en svensk publik.

Catarina Lundström, som är regional biblioteksutvecklare på Region JH, konstaterar att fristadsarbete är inskrivet som ett utvecklingsområde i regionens kulturplan för 2015-2018. Att ta emot en författare som fristadsgäst tycker hon skulle kunna vara ett värdefullt inslag det arbete som just nu pågår för att organisera författarna i länet. Som regional utvecklare ser hon positivt på förslaget att regionen skulle ta på sig ICORN-medlemskapet, vilket skulle öppna för att fler kommuner i länet skulle kunna bli fristäder längre fram. Hon nämner i sammanhanget särskilt Härjedalens kommun. Där finns Kulturcentrum Mankell på biblioteket och författare kommer på stipendievistelser till den skrivarlya i Överberg som Henning Mankell donerat.

8.2.4 Andra lokala resurser

I många fristäder runt om i världen sker mottagandet av fristadskonstnärer i samarbete med stadens universitet. Inom ramen för denna utredning har frågan ställts till Mittuniversitetets fakultet för humanvetenskap, om hur man där ställer sig till att delta i fristadsarbetet. Fakulteten omfattar bland annat humaniora, utbildningsvetenskap och de samhällsvetenskapliga avdelningarna på universitetet, och utbildar såväl lärare, litteraturvetare och journalister som socionomer, samhällsvetare och risk- och krishanterare.

Avdelningschefen för humaniora, Tomas Berglund, ser positivt på att Östersund och Region JH arbetar för att bli fristad och menar att det absolut skulle kunna vara intressant för universitetet att ingå i det lokala nätverket kring en fristadsgäst. Vad beträffar delat ansvar och finansiering har frågan gått till fakultetens dekan, som lovat ta upp frågan med universitetets ledning. Något svar därifrån har inte kommit än.

Folkhögskolor, studieförbund och lokala kulturföreningar är andra resurser som skulle kunna ingå i ett nätverket kring en fristadsförfattare. Journalister och skribenter, anställda vid medierna i regionen såväl som frilansar, likaså.

8.3. Nätverk för bildkonstnärer

8.3.1 Bildkonstnärernas organisationer/nationellt

KRO/KIF (Konstnärernas Riksorganisation/Föreningen Sveriges konsthantverkare och Industriformgivare) företräder professionella bild- och formkonstnärer i Sverige. Tillsammans representerar organisationen mer än 3.300 medlemmar.

Under rubriken Konstpolitiska utmaningar och framgångar listar KRO/KIF på sin hemsida 13 förslag som skulle förändra den svenska konstscenen. Under punkt 8 skriver man:

> *– Garantera kulturskapare konstnärlig frihet, och upprätthåll principen om en armlängds avstånd mellan konstnärer och politiker. Stimulera fler*

kommuner att bli fristäder för hotade och förföljda konstnärer i vår omvärld.

– Runt om i vår omvärld lever författare, konstnärer och kulturskapare under hot och kränkningar som beskär deras yttrandefrihet och möjlighet att vara konstnärligt verksamma. Därför har svenska kommuner blivit fristäder för författare som lever under hot i sina hemländer. Det finns i dag ett stort antal fristäder globalt inom nätverket International Cities of Refuge Network (ICORN).

– För närvarande pågår en rörelse i Norden för att bredda fristadsrörelsen, som uppstod som stöd för hotade skribenter, till att omfatta även andra konstnärliga yrkesgrupper såsom musiker, bildkonstnärer, filmare etcetera, som också drabbas av censur och förtryck. KRO/KIF är mycket positiv till denna utveckling.

8.3.2. Bildkonstnärernas organisationer/lokalt

Linda Petersson är kontaktperson för KRO/KIF i norra Sverige, bosatt och verksam i Östersund. Hon säger att hon och gruppen kring henne i KRO i länet definitivt skulle vara intresserade av att hjälpa till och ta emot en bildkonstnär som fristadsgäst. Yttrandefrihet och konstnärlig frihet är någonting som de ständigt diskuterar, och som bara blir mer och mer aktuellt på alla nivåer.

Linda Petersson säger att det är ont om lokaler i Östersund men att det måste gå att ordna en ateljé åt fristadsgästen när det blir aktuellt. Konstverkstaden i Härke på Frösön är ett alternativ som kommer upp, men Linda tycker inte att det självklart är den bästa lokaliseringen. Det är en lite problematisk plats som ligger långt på sidan, menar hon.

Åredalens folkhögskola är en annan plats som kommit upp i sammanhanget, men inte heller där är Lina Petersson hundraprocentigt positiv. Hon tycker att utbildningen ändrat fokus och standarden sjunkit sedan skolan flyttade från Frösön, nu är det inte förberedande för högre konstutbildning på samma sätt som förut utan mera som en ”vanlig” folkhögskoleutbildning eller en estetisk gymnasieutbildning. ”I dag lutar det kanske mer åt konsthantverk. Men för en person som är intresserad av sådant skulle det förstås kunna vara rätt, det beror alltså på vem som kommer”, säger Linda Petersson.

Sammanfattningsvis är Linda Petersson mycket positiv till att ta emot en bildkonstnär som fristadsgäst: ”Det skulle bli en vitamininjektion för konstnärer i hela länet”, säger hon.

Eirin Solheim Pedersen, konstnär i Åre tillika ordförande i Konstnärscentrum Nord, är inte lika kritisk till Åredalens konstutbildning. De har visst ambitionen att skicka folk vidare till högre utbildningar, säger hon. Möjligen kan ett problem vara att konstskolan drivs på kristen grund. Också beroende av vilken fristadsgäst som kommer, förstås.

Eirin Pedersen tror dock att det vore klokast att ta emot en eventuell bildkonstnär i Östersund. Här finns fler kolleger, och vill man jobba med grafik så är Härkeverkstaden ingen dålig lösning. Staden ligger ganska centralt i landet med bra förbindelser med andra städer, och fristadsgästen kan ha kontakt med såväl konsthögskolan i Umeå och Akademin i Trondheim om så önskas, menar hon.

”Det finns ett sug efter input och nya impulser i länet, så för konstlivet vore det ett lyft om vi blev en fristad”, säger Eirin Pedersen till sist.

På **Härke konstcentrum** finns 14 konstnärsateljéer, utställningsutrymmen och en gästbostad. I källarvåningen inryms en grafikverkstad, som drivs av föreningen Östersunds kollektiva grafikverkstad.

Härke konstcentrums styrelse har formulerat följande brev som svar på vår förfrågan om de är villiga att medverka i ett fristadsprojekt:

> *Vi på Härke KC anser att fråga om möjligheten att erbjuda förföljda konstnärer skydd genom fristadsarbetet är en viktig fråga.*
>
> *Härke KC kan erbjuda konstnärer en social gemenskap och möjlighet att arbeta i vår kollektiva grafikverkstad.*
>
> *På Härke arbetar idag yrkesutövande konstnärer och konsthantverkare och här finns möjlighet till social kollegial gemenskap i de gemensamma utrymmena. Vi tror också att det i mottagandet måste finnas en tydlig plan för hur en person i den situationen tas emot. Det måste finnas resurser både med personer och pengar och en tydlig plan för hur ansvaret skulle fördelas mellan kommunen och oss om Härke KC blir en part i arbetet. För oss på Härke tror vi att det skulle kunna bli en tillgång och möjlighet till erfarenhetsutbyte.*
>
> *Idag har vi 14 ateljéer på Härke. Platserna fördelas via en kölista där yrkesutövande konstnärer kan anmäla sig. Härke KCs ekonomi är beroende av att alla ateljéer ständigt är uthyrda. Om en fristadkonstnär skulle behöva en ateljé på Härke, har vi trots att vi tycker det är viktigt, svårt att se hur en sådan lösning skulle kunna gå att förverkliga i dagsläget. Vi kan inte säga upp konstnärer för att bereda plats. Utan som det ser ut idag så är systemet med kölista svårt att kringgå.*
>
> *Dock vet vi ju inte idag vad en fristadskonstnär skulle vara i behov av för typ av lokal. Idag är vi ju trångbodda på Härke och vi skulle gärna se att de lokaler (gamla Loppisladan vid 4:ans busshållplats) som kommunen äger och som idag står tom och förfaller skulle rustas upp till enkla konstnärsverkstäder. Vi har i ett förslag till kommunen skissat på det. I en upprustad lokal skulle vi kunna erbjuda konstnärskurser, gästateljé för fristadkonstnär mm.*
>
> *Så vi ställer oss positiva till förfrågan och vill bli en del i det mottagande som Östersunds kommun kan erbjuda.*

8.3.3. Konstkonsulenten

Karin Kvam, konstkonsulent på Bildkonsten, som sorterar under Länskulturen på avdelningen för regional utveckling på Region JH, tycker att fristadsfrågan är viktig och att det skulle falla sig naturligt för henne att vara med och stötta ifall det kommer en bildkonstnär som fristadsgäst till länet.

Hon understryker vikten av att ha någonstans att vara, ett sammanhang att höra till, och tycker att en ateljé i Härke absolut skulle kunna fungera för en fristadskonstnär. Hon tycker inte att Härke ligger avsides utan poängterar tvärtom att det finns mycket goda allmänna kommunikationer dit, liksom en fantastisk miljö att inspireras av. Östersund ligger inte heller isolerat i Sverige, det är lätt att ta sig till andra platser både inom och utom landet.

Karin Kvam ser gärna ett utbyte mellan olika konstformer och menar att även en författare skulle ha utbyta av att komma till Härke för att umgås med andra kreativa människor. Kanske man rentav kan hitta en plattform för gemensamma gränsöverskridande projekt där.

Hon nämner också Designcentrum på Färjemansgatan som ett ställe där både författare och konstnärer skulle kunna få plats om de vill sitta och arbeta tillsammans med andra.

”Mitt nätverk som länskonstkonsulent är absolut något som en fristadskonstnär skulle kunna ha nytta av”, säger Karin Kvam också. Hon menar att hon skulle kunna fungera som en professionell kontaktperson för fristadsgästen om koordinatorn skulle bli en person som inte har specifik kompetens på bildkonstområdet.

”Det tråkiga är väl att vi just nu ser en dipp inom konstlivet i länet med flera gallerier som slår igen och så vidare. En fristadsgäst skulle inte komma till ett sjudande konstliv direkt, men å andra sidan är det nära till andra människor och lätt att skapa kontakter här”, avslutar Karin Kvam.

9. Bostad

De fristäder som vi pratat med har hittat lite olika lösningar på bostadsfrågan. I Dalarna bor fristadsgästen på internat vid en landstingsägd folkhögskola, i Sigtuna är det Sigtunastiftelsen som upplåter en av sina gästbostäder. De flesta andra erbjuder vanliga lägenheter, oftast är det det kommunala bostadsbolaget som står som hyresvärd.

Vissa fristäder har en speciell ”fristadslägenhet” som får stå tom och vänta under perioderna mellan två fristadsgäster. Andra skaffar fram en ny lägenhet för varje fristadsperiod, dels för att kunna anpassa bostaden efter varje gästs familjesituation och andra önskemål, dels för att man anser att det är bättre ur säkerhetssynpunkt.

I de flesta fall, men inte alla, bor fristadsgästen ganska centralt i staden. I Skellefteå, där det råder stor bostadsbrist, ligger den bostad som man fick loss till fristadsgästen i ett mindre samhälle fyra mil från staden. Men det fungerar, menar koordinatorn. Det finns bra förbindelser och gästen verkar trivas.

I denna utredning har det känts naturligt att i första hand vända sig till Östersundshem och fråga hur de skulle kunna hjälpa till att lösa bostadsfrågan. Malin Gunnarsson, kommunikationschef, svarar att Östersundshems grundinställning är positiv, men att bolaget i dagsläget har mycket begränsad tillgång till lägenheter. Detta beror på två faktorer – dels den förestående avyttringen av 1.700 lägenheter, dels den omfattade bostadsbrist som råder i Östersunds kommun. Östersundshem kan därför inte garantera en särskild förtur för en eventuell sökande, däremot kan en bostadsansökan behandlas via det ordinarie förturssystemet. Det innebär att den hotade konstnären får söka på samma premisser som andra utsatta grupper i stort behov av ett akut boende.

Givetvis är det också fullt möjligt att söka en bostad för fristadsgästen hos andra hyresvärdar, men att göra några sådana sonderingar faller inte inom ramen för detta utredningsuppdrag. Det kan däremot göras så snart avtalet med ICORN undertecknats, så att det finns en viss beredskap inför mottagandet av den första fristadsgästen. Som vi sett av de andra fristädernas berättelser måste det ibland gå väldigt fort när man bestämt sig för vem man ska bjuda in.

10. Säkerhet

En fristadskommun är ansvarig för sin gästs säkerhet under de två år hen vistas i fristaden och under tiden omedelbart före och efter fristadsperioden. Redan när man börjar kommunicera med gästen, skickar inbjudan och så vidare, kan det vara nödvändigt att vara mycket försiktig – inte ta upp frågor som kan vara laddade och uttrycka kritiska åsikter om regimen i hemlandet. Man bör inte hänvisa till andra personer i nätverket och utgå ifrån att all kommunikation kan vara övervakad och avlyssnad.

I beslutsprocessen kring en enskild fristadskonstnär rekommenderas att endast ett fåtal inom förvaltningen har tillgång till personens namn och bakgrundsinformation. Namn och andra personuppgifter bör inte protokollföras. Reglerna om utlänningssekretess i OSL (Offentlighets- och sekretesslagen) 21:5 kan tillämpas om man bedömer att det behövs. När ICORN skickar ut en lista över fristadskandidater är det viktigt att följ organisationens instruktioner, det vill säga att skriva ut, dela ut och radera mailet.

Kulturrådet rekommenderar i sin fristadshandbok att all mailkorrespondens avidentifieras och att identitetsuppgifter tas över telefon. Känsliga mail kan märkas i ärenderubriken med ”sekretess” samt hänvisning till aktuell lagparagraf. Offentlig handling lagras i krypterad form. Om någon begär ut mail eller annan offentlig handling ska ärendet granskas av kommunens säkerhetsavdelning innan utlämning.

När fristadsgästen väl är på plats kan det bli aktuellt med hemlig adress och skyddade personuppgifter. Bostadens belägenhet bör noga tänkas igenom. När det gäller fristadsgästens medverkan i offentliga sammanhang kan expertis på läget i det aktuella landet kontaktas för bedömning av säkerhetsläget.

Alla dessa frågor om säkerhet och sekretess kan vara svåra att ta ställning till i början, i och med att det kanske inte finns så mycket information om stipendiaten. Men det är viktigt att börja tänka över läget och diskutera med polisen, eventuellt SÄPO och med kommunens säkerhetsansvariga innan fristadsgästen anländer.

Säkerhetsansvarig på Östersunds kommun är Lars-Åke Wallin. Han ser inte att kommunen kan göra så mycket i ett förberedande syfte: ”Det handlar om att skapa rutiner för mottagande om kommunen beslutar att gå in i detta och då handlar det om att använda de befintliga nätverk som finns inom säkerhetsområdet.” Lars-Åke Wallin kan inte se några stora problem med det hela men poängterar att det beror mycket på vilken person som ska få fristad och hur aktiv den personen är under tiden hen finns här.

Chefen för polisen i Östersunds kommun, Peter Moberg, berättar att det finns en grupp poliser i Östersund som jobbar med skydd och säkerhet för enskilda, och de har ständigt uppdrag av olika art och omfattning. Poliserna tillhör en regional personskyddsgrupp, men är alltså stationerade i Östersund. De jobbar med personskydd över hela länet, men Peter Moberg menar att det naturligtvis är lättare om det inte handlar om ren glesbygd. Kranskommunerna har ofta få poliser så om det handlar om en person med stort skyddsbehov kan det vara enklast och säkrast om hen får sin fristad i Östersund. Peter Moberg tycker att det är bra och viktigt att polisen får vara med från början i diskussionen om vem som ska tas emot.

Om skyddsbehovet är stort och det uppstår många frågor som säkerhet som ska hanteras, så rekommenderas i Fristadshandboken att man avlastar

fristadskoordinatorn genom att ta in förstärkning som har kompetens í samhällsfrågor, till exempel en socionom på timanställning under den första tiden.

11. Koordinatorsrollen

En sammanvägning av samtliga tillfrågade fristäders erfarenheter talar för, att man bör utse en koordinator med förankring i stadens och regionens kulturliv. Denna person kan sedan knyta till sig annan expertis på till exempel säkerhet och sociala frågor.

Enligt ICORN bör koordinatorn kunna ägna 20-25 procent av heltid åt koordinatorssysslan. Ingen av de koordinatorer vi talat med bedömer att det fungerar med mindre än 25 procent. Arbetsbelastningen kan variera högst betydligt över tid, varför det måste finnas möjlighet att vara flexibel.

I den checklista för fristadskoordinatorer som Kulturrådet tagit fram, och som medföljer som bilaga till denna rapport, finns arbetsuppgifterna noggrant specificerade. I inledningen av checklistan sammanfattas koordinatorns ansvar så här:

> *– Koordinatorer arbetar med författarens och eventuell medföljande familjs möjligheter till en trygg, fungerande och stimulerande vardag i arbete och vila. Koordinatorn skall sträva efter att underlätta fristadsförfattarens integration i fristaden genom att initiera kontakt med lokalsamhällets fria kulturliv och institutioner, samt erbjuda eller hänvisa till lämpligt stöd i olika uppkomna situationer gällande arbets- eller privatliv.*
>
> *– Koordinatorn är stadens representant i ICORN:s internationella och nationella nätverk av fristäder och samarbetar med övriga koordinatorer i organisationen. Koordinatorn fungerar också som kontaktperson för ICORN och ska delta i ICORN:s arbete genom att närvara vid ICORN:s konferenser, seminarier och dylikt. Det nationella nätverket av fristadskoordinatorer utgör en viktig resurs för projektets utveckling och aktivt deltagande i nätverksträffar är ett prioriterat arbetsområde.*
>
> *– Koordinatorn ansvarar för projektets struktur, planering, genomförande och utvärdering, samt representerar staden i fristadssammanhang. I arbetsuppgifterna ingår också kontakt med myndigheter samt sökande av tillstånd. Stadens fria kulturutövare, dess kulturinstitutioner med flera ingår i koordinatorns lokala nätverk och utgör möjliga samarbetsparter.*

12. Huvudmannaskap

Som vi har sett i kapitel 7 finns det många olika sätt att organisera ett fristadsprojekt på. Utgångspunkten för denna utredning har varit att titta på hur Östersund och Region Jämtland-Härjedalen tillsammans och/eller var för sig skulle kunna bli fristad.

Med tanke på att Region Jämtland-Härjedalen är en liten region och Östersund en relativt liten kommun torde det vara bra att göra detta tillsammans, att dela på ansvar och kostnader.

Eftersom det endast behövs ett medlemskap i ICORN skulle man kunna tänka sig att regionen står för ICORN-medlemskapet och sedan samarbetar med kommunen, som tar på sig ansvaret för att ta emot den första fristadskonstnären.

En fördel med denna konstruktion, utöver delade kostnader (se förslag under kapitel 13), skulle kunna vara att det ger andra kommuner i länet möjlighet att längre fram komma med i fristadsarbetet ”under regionens paraply”. Kommande fristadsgäster kan då placeras i den kommun som har de bästa förutsättningarna att ta emot dem.

Blir det en musiker kanske Östersund är lämpligast, eftersom musiklivet är mest aktivt här. Kommer det en bildkonstnär kan man fundera på om Åre kommun med konstutbildningen vid Åredalens folkhögskola är rätt plats. Är gästen en författare från Uzbekistan vore Strömsund möjligen bästa mottagarkommun, eftersom det finns en koloni av uzbeker där (och det dessutom kan antas att man där dragit slutsatser om hur hotade personer ska skyddas efter fallet med den skjutne imamen).

Under utredningsarbetets gång har idén kommit upp om man skulle kunna samarbeta med landstinget i Västernorrland, inte minst med tanke på att någon sorts sammanslagning till större regioner verkar vara i antågande. Region JH och Västernorrland samarbetar ju redan idag mycket över gränsen, med de regionala institutionerna som turnerar i båda länen, med övergripande kultursamverkansråd och så vidare. Mittuniversitetet, som skulle kunna vara en viktig samarbetspartner, täcker också båda områdena.

Efter att ha sonderat terrängen med såväl landstinget i Västernorrland som Sundsvalls kommun har vi dock beslutat oss för att inte gå vidare med den idén. Fristadsfrågan har hittills inte väckts på politisk nivå i varken landsting eller kommun i Västernorrland, varför det torde ta lång tid att komma till ett beslut om man skulle göra gemensam sak i fristadsfrågan. För Region JH och Östersunds kommun vore det angeläget att komma till beslut under 2016, varför bedömningen blir att det vore bättre att vi ”går före”. Längre fram kan vi så ta med oss fristadskapet in i den nya organisationen om och när en sammanslagning till en större region blir aktuell.

13. Finanisering

Kostnaderna för att vara fristad varierar över tiden. År ett av en fristadsvistelse kostar mer, år två kostar mindre. Under tiden mellan två fristadsgäster är kostnaderna begränsade till vissa fasta utgifter såsom medlemsavgift i ICORN och koordinatorns lön.

Om kommun och region ska göra detta tillsammans, är det viktigt att göra en genomtänkt fördelning av kostnaderna och noggrant specificera vem som ska stå för vad. Om man förutsätter att kostnaderna ska fördelas lika, är en tänkbar lösning att regionen står för ICORN-medlemskapet, koordinatorns lön och konferensresor samt hälften av stipendiet till fristadskonstnären. Kommunen står för övriga kostnader. Då blir fördelningen nästan exakt 50/50.

Baserat på en sammanvägning av de uppgifter som tagits in från existerande fristäder i Sverige skulle en årsbudget för fristadsarbetet i Region J/H och Östersund kunna se ut så här:

	Region JH	Östersunds kommun
+ ICORN-medlemskap (2000 euro/år)	20.000	
+ Koordinatorslön (25% av 30.000/mån x 1,5)	135.000	
+ Resor till ICORN-konferenser m m (koordinatorn)	10.000	
+ Stipendium fristadsgästen (10.000-14.000/mån beroende på om hen kommer ensam eller har med sig familj)	60.000-84.000	60.000-84.000
+ Resa till och från hemlandet alternativt annan uppehållsort	25.000	
+ Hyra inklusive el, tele, bredband (7.000 x 12 mån)		82.000
+ Utrustning av bostad		25.000
+ Försäkringar m m		10.000
+ Resor till ICORN-konferenser m m (fristadsgästen)		10.000
+ Övrigt (information, översättningar med mera)		20.000
Summa:	225.000-249.000	232.000-256.000

Tillkommer gör övriga kostnader inom organisationen, kostnader som är svåra att uppskatta. De kan till exempel uppstå när fristadsansvariga behöver anlita expertis från andra förvaltningar. Detta behov är svårt att uppskatta, då det kan variera beroende på vilken fristadsgäst man tar emot, hur stort skyddsbehovet är, vilket hälsotillstånd hen befinner sig och andra personliga omständigheter. Var man lägger koordinatorskapet spelar också in. Väljer man en koordinator från kultursektorn behövs med all säkerhet support från socialförvaltningen och vice versa.

Ingen av de fristäder som vi varit i kontakt med har kunnat bidra med någon siffra på vad dessa övriga kostnader uppgår till för deras del, så här kan vi bara göra en mycket ungefärlig uppskattning. Om vi utgår ifrån att det utses en koordinator som sorterar under regionens kulturförvaltning, så behövs det med all säkerhet en kontaktperson inom kommunens socialförvaltning. Särskilt i inledningen av en fristadsvistelse kan det behövas ganska stora insatser från denna kontaktperson, liksom från kommunens säkerhetsansvariga. Om fristadsgästen är författare kan det också vara lämpligt att utse en kontaktperson på biblioteket.

Om vi räknar med att dessa tre personer vardera kan behöva ägna 5-10 procent av sin arbetstid åt fristadsarbetet, så skulle kostnaden (räknat på 30.000 kronor i månadslön) bli mellan 81.000 kronor och 162.000 kronor per år, förmodligen mer år ett och mindre år två av fristadsvistelsen.

13. Sammanfattning

Fristadsprogrammet kan i vissa avseenden beskrivas som ett konstnärligt residensprogram. Men det finns en viktig skillnad; det viktigaste kriteriet vid urval är inte konstnärliga meriter, utan i stället behovet av att komma i säkerhet och göra sin röst hörd. Det handlar om att hjälpa en konstnär att komma ifrån en farlig situation, där hen genom sitt arbete riskerar förföljelse.

Men det handlar inte bara om att erbjuda skydd. Att vara en fristad är också en manifestation för yttrandefriheten och för allas rätt att framföra sina åsikter i offentliga sammanhang. Yttrandefriheten är sedan 1766 inskriven i den svenska grundlagen, och som svenska medborgare tar vi den ofta för självklar. Detta trots att den även i vårt land ifrågasatts och angripits på olika sätt genom åren. Och från omvärlden får vi snart sagt dagliga rapporter om hur människor förföljs, fängslas och tystas.

Fristadsrörelsen har existerat i drygt 20 år och i dag finns det över 50 fristäder i världen som tillsammans tagit emot mer än 130 fristadsgäster. I Sverige är tolv kommuner och fyra regioner medlemmar i fristadsrörelsen, och sedan kammarrätten i mars 2016 fastslog att fristadsarbete är förenligt med svensk lagstiftning är många fler på gång att söka medlemskap.

Denna utredning visar att förutsättningarna finns för att också Östersunds kommun och Region JH skulle kunna delta i fristadsprogrammet. Utredningens förslag har förankrats hos tjänstemän på regionen, som varit positiva till ett delat huvudmannaskap. Under förutsättning att nödvändiga politiska beslut fattas i såväl kommun som region skulle det vara möjligt att bli ICORN-medlem under innevarande år. Kanske skulle vi också hinna ta emot en första fristadsgäst under 2016.

2016 har utnämnts till Tryckfrihetens år i Sverige och en mängd myndigheter organisationer, föreningar och andra intressenter kommer att ha programaktiviteter som uppmärksammar det fria ordet och rätten till fri information. Den 2 december firas 250-årsminnet av den svenska tryckfrihetsförordningen. Hur ska vi fira här i Östersunds kommun och Region Jämtland-Härjedalen? Kanske genom att välkomna vår första fristadsgäst?

14. Beslutsförslag

Utifrån denna utredning föreslås Region Jämtland-Härjedalen och Östersunds kommun besluta

- att gemensamt arbeta för att en fristad i länet ska bli verklighet under 2016
- att regionen så snart vederbörliga beslut fattats söker medlemskap i ICORN
- att regionen står för en koordinator på 25 %, kostnader för koordinatorns resor till ICORN:s konferenser m m samt hälften av stipendiet till fristadsgästen
- att kommunen står för den andra halvan av stipendiet samt övriga kostnader såsom fristadsgästens resor till och från hemlandet samt till ICORN-konferenser mm, hyra inklusive el, tele och bredband, utrustning av bostad, försäkringar samt övriga kostnader (information, översättningar o s v)
- att kommunen avdelar en kontaktperson, förslagsvis inom socialförvaltningen, som kan vara koordinatorns stöd i sociala och andra samhällsfrågor

- att en styrgrupp inrättas med högst två representanter vardera från regionen och kommunen
- att regionen och kommunen upprättar ett avtal som reglerar hur ansvar och kostnader för fristadsarbetet ska fördelas
- att detta avtal gäller under den första fristadsperioden, det vill säga två år, och kan därefter omförhandlas

Bilaga 1. Intervjuade

Följande personer förtjänar ett varmt tack för att de svarat på våra frågor och delat med sig av sina erfarenheter:

Theres K Agdler
författare, regionombud Författarförbundet, 070-603 49 19, info@frososkrivarforum.se

Tomas Berglund
avdelningschef humaniora Mittuniversitetet, 010-142 81 65, tomas.berglund@miun.se

Hans Carlsson
vice vd Östersundshem, 063-14 04 39, hans.carlsson@ostersundshem.se

Marie Chrysander
enhetschef Skellefteå kommun, 0910-73 50 00, marie.chrysander@skelleftea.se

Husein Dautkerejev
fristadskoordinator Karlstad, 054-540 00 00, husein.dautkerejev@karlstad.se

Elisabeth Dyvik
Programdirektör ICORN, +47 51 50 79 17, edy@icorn.org

Christer Falk
kultur- och fritidschef Sundsvalls kommun, 060-19 18 66, christer.falk@sundsvall.se

Monika Fredriksson
koordinator Dalarna, 070-391 23 39, monika.fredriksson.mora@folkbildning.net

Lena Gustafson Randau
koordinator Sigtuna, 08-591 262 66, lena.gustafsonrandau@sigtuna.se

Karin Hansson
koordinator Växjö, nationell fristadssamordnare, 0470-414 15, 0709-91 25 53, karin.hansson2@vaxjo.se

Eira Högforsen
fristadskoordinator Västra Götaland, 010-441 33 12, eira.hogforsen@vgregion.se

Pär Jonsson
bibliotekschef Tranås, 0140-682 02, par.jonsson@tranas.se

Karin Kvam
konstkonsulent Region Jämtland-Härjedalen, 063-14 67 27, karin.kvam@regionjh.se

Jörgen Lindvall
kulturchef Region Jönköpings län, 036-32 45 25, jorgen.lindvall@rjl

Märit Lundsten
Fristadskoordinator Region Jönköpings län, 010-241 00 00, marit.lundsten@rjl.se

Catarina Lundström
regional biblioteksutvecklare Region Jämtland-Härjedalen, 063-14 67 09, catarina.lundstrom@regionjh.se

Peter Moberg
chef Polisen Östersund, 077-114 14 00, peter.moberg@polisen.se

Märta Molin
kulturchef landstinget Västernorrland, 0611-802 74, 070-388 86 59, marta.molin@lvn.se

Leif Mårtensson
ledningskoordinator kulturförvaltningen Umeå, 090-16 33 52, leif.martensson@umea.se

Hanna Nordell
fristadskoordinator Gävle, 026-17 94 55, hanna.nordell@gavle.se

Eva Nordlinder
bibliotekskonsulent landstinget Västernorrland, forskare Mittuniversitetet, 0611-865 57, 070-81 08 37, eva.nordlinder@lvn.se

Eirin Solheim Pedersen
bildkonstnär, ordförande i KC Nord, 0647-101 06 / 070-635 62 46, eirin.pedersen@tele2.se

Linda Petersson
konstnär, kontaktperson KRO/KIF, 073-996 58 82, linda_art@hotmail.com

Olga Pettersson
Fristadskoordinator Skellefteå, 0910-71 29 17, olga.pettersson@skelleftea.se

Ingrid Printz
kulturchef Region J/H, 063-14 67 00, ingrid.printz@regionjh.se

Eirin Solheim Pedersen
konstnär, aktiv i KRO, styrelseledamot i KC Nord, 070-635 62 46,

Linda Petersson
Konstnär, regional kontaktperson KRO, 073-996 58 82, linda_art@hotmail.com

Katarina Rhensbo
kundtjänstansvarig Östersundshem, 063-14 04 37, katarina.rhensbo@ostersundshem.se

Lars Sahlin
biträdande kulturchef Umeå, 090-16 34 76, lars.sahlin@umea.se

Claes Sjökvist
kultursekreterare Tranås, 0140-682 32, claes.sjokvist@tranas.se

Anders Suneson
illustratör, ordförande Härke Konstecntrum, 070-58 08 469 anders@tecknadebilder.se

Lars-Åke Wallin
säkerhetschef Östersunds kommun, 063-14 32 56, larsake.wallin@ostersund.se

Andrea Wiktorsson
vd Storsjöyran, 063-12 00 76, andrea@storsjyran.se

Susanna Öhman
dekan humanvetenskapliga fakulteten Mittuniversitetet, 010-142 81 85, susanna.ohman@miun.se

Bilaga 2. Tryckta källor och källor på Internet

Tryckta källor:

Niels Hebert & Amanda Hårsmar (red): Fristäder, gästfrihet och yttrandefrihet (Nätverkstan 2015)

Källor på Internet:

Kammarrättens dom i Gävle-målet:
http://www.gavle.se/PageFiles/226037/fristad.pdf

Kulturrådets fristadshandbok:
http://kulturradet.se/sv/Handbok-for-fristadsforfattare/

ICORN:
http://icorn.org/

Författarförbundet:
http://www.forfattarforbundet.se/

Svenska PEN-klubben:
http://www.svenskapen.se/

Internationella PEN-klubben:
http://www.internationalpen.org.uk/

KRO/KIF:
http://www.kro.se/

Bilaga 3. Checklista för fristadskoordinatorn

Checklista för fristadskoordinatorn _____

Fristadsprogrammets syfte
Fristadsprogrammet syftar till att värna yttrandefriheten och försvara det fria ordet genom att ge en förföljd författare möjlighet att utöva sitt yrke i en trygg miljö, som erbjuder såväl goda levnads- som arbetsvillkor. Fristadsförfattaren erbjuds skydd, främjande av sitt yrkesutövande samt deltagande i värdstadens kulturliv, i enlighet med ICORN:s devis ”Protect – Promote – Participate”, där protect, det vill säga beskydda, har första prioritet.

Samordnarens roll och arbete
Enligt avtalet med ICORN ska fristaden utse en koordinator som ansvarar för projektet. Koordinatorer arbetar med författarens och eventuell medföljande familjs möjligheter till en trygg, fungerande och stimulerande vardag i arbete och vila. Koordinatorn skall sträva efter att underlätta fristadsförfattarens integration i fristaden genom att initiera kontakt med lokalsamhällets fria kulturliv och institutioner, samt erbjuda eller hänvisa till lämpligt stöd i olika uppkomna situationer gällande arbets- eller privatliv.
Koordinatorn är stadens representant i ICORN:s internationella och nationella nätverk av fristäder och samarbetar med övriga koordinatorer i organisationen. Koordinatorn fungerar också som kontaktperson för ICORN och ska delta i ICORN:s arbete genom att närvara vid ICORN:s konferenser, seminarier och dylikt. Det nationella nätverket av fristadskoordinatorer utgör en viktig resurs för projektets utveckling och aktivt deltagande i nätverksträffar är ett prioriterat arbetsområde.
Koordinatorn ansvarar för projektets struktur, planering, genomförande och utvärdering, samt representerar staden i fristadssammanhang. I arbetsuppgifterna ingår också kontakt med myndigheter samt sökande av tillstånd. Stadens fria kulturutövare, dess kulturinstitutioner samt mfl ingår i koordinatorns lokala nätverk och utgör möjliga samarbetsparter.

Arbetsgång inför mottagandet av en fristadsförfattare

Administrativa insatser:
- Tecknande av medlemskap i ICORN
- Undertecknande av avtal mellan ICORN och staden/kommunen
- Utarbetande av projektplan
- Utarbetande av kommunikationsplan
- Genomgång av budget
- Redovisa planeringen av det praktiska genomförandet vad gäller mottagandet av fristadsförfattare, samt tidplan för kulturnämnden
- Rapportera till eventuell styrgrupp eller chef.
- Koordinatorn kontaktar ICORN för förslag på gäst.
- Kontakta Polis/SÄPO, kommunens säkerhetsansvarig för en riskanalys.
- Eventuell styrgrupp föreslår en gästkandidat för kulturnämndens ordförande och vice ordförande (om kommunen har valt att urvalet skall vara ett politiskt beslut).
- Kulturnämnden eller presidiet beslutar om val av gäst att bjuda in (om kommunen har valt att urvalet skall vara ett politiskt beslut – annars beslutar de eller den som har delegation att göra det).

 Gör en plan för att lösa eventuella behov av sjukvård de första veckorna innan personnummer har beviljats.

 Mobilisera lokala nätverkskontakter, bjud t ex in till ett informationsmöte.

 Ta kontakt med fristadsansvariga i övriga fristäder, ev. regionen och Kulturrådet för uppdaterad information och erfarenhetsutbyte.

Praktiska insatser inför ankomsten
 Koordinatorn skickar inbjudan till gästen, undertecknad av exempelvis förvaltningschefen och kulturnämndens ordförande.

 Ställ i ordning bostad. Finns husgeråd? Fungerar datoruppkoppling, TV och telefon?

 Kontakta Migrationsverktet och ordna med visum och uppehållstillstånd

 Boka resa, säkerhetsrisk, personnummer, försäkring, bankkonto,

 Ordna förskola/skola för eventuellt medföljande barn,

 Förbered arbetsutrustning och eventuell arbetsplats

 Se till att alla nycklar till lägenhet, tvättstuga osv finns på plats och att lägenheten är städad.

 Förbered svenskundervisning, t ex SFI, Kursverksamheten eller annat.

 Sätt samman ett välkomstpaket med viktiga telefonnummer, karta, busstidtabeller, kommuninformation etc.

Under vistelseperioden

Administrativa insatser under vistelsen
 Fyll i folkbokföringsblanketter hos Skatteverket

 Ansök om personnummer hos Skatteverket

 När personnummer beviljats - ordna bankkonto.

 Anmäl författaren till försäkringskassan

 Ansök eventuellt om skyddade personuppgifter hos Skatteverket

 Erbjud undervisning i svenska.

 Inled samtal med gästförfattaren om att göra en plan för vad som skall hända efter stipendietidens slut.

Praktiska insatser under vistelsen
 Månatlig utbetalning av stipendium. Betala eventuellt den första månadens stipendiebelopp kontant eftersom det kan dröja några veckor att få personnummer och bankkonto.
 Gör en gemensam plan för den första tidens aktiviteter.

 Presentera gästförfattaren för personer och organisationer i det lokal nätverket.

 Orientera författaren i geografiskt i staden och visa centrala samhällsfunktioner.

 Samtal och planering med gästen om planer efter stipendietidens slut

 Ordna kontakt med kollegiala organisationer som Svenska PEN och Författarförbundet.

 Ordna möten med andra fristadsförfattare i närområdet.

 Ge branschinformation, t ex angående stipendier, förlag, tidningar och tidskrifter.

 Var behjälpligt att samordna kontakter med olika arrangörer, om författaren så önskar.

 Håll kontakt. Även mm gästförfattaren vill undvika offentligheten, behöver hon eller han sociala kontakter.

 Var lyhörd för om författaren kan behöva kontakt med psykolog eller psykiater.

 Var behjälplig med skol/dagiskontakter

Mot slutet av vistelsen

Administrativa insatser inför avslutning av stipendieperioden

 Organisera eventuellt avslutningsarrangemang.

 Boka eventuell hemresa, alternativt resa till annan ort.

Praktiska insatser inför avslutning av stipendieperioden

 Inled tidigt samtalen om vad som skall hända efter stipendieperioden.

 Var från början mycket tydlig med vad som kan förväntas och vilka möjligheter som står till buds.

 Informera om vilka samhällsinstanser som ansvarar för vad och ge fristadsförfattaren redskap att själv söka information - en hel del information finns på flera språk.

 Var behjälplig i att hitta tjänstemän och individer som har kunskap och kompetens som inte finns inom Kulturförvaltningen.

 Mobilisera nätverken för att se om det finns möjligheter till stödinsatser där.

Kostnader

Vilka kostnader skall staden/kommunen stå för?

 Ett skattefritt stipendium som utbetalas månadsvis.

 Kostnad för bostad, inklusive el, telefon, dator och uppkoppling.

 Medlemsavgift till ICORN.

 Eventuella försäkringar.

 Vissa representationskostnader

 Resor för författare och koordinator till ICORN: s årliga möten och andra nätverksträffar.

 Vissa informationskostnader och översättning av grundläggande information till fristadsförfattarens hemspråk.

Vilka kostnader skall fristadsförfattaren stå för?

 Vardagliga levnadsomkostnader som livsmedel, tvål, shampoo, rengöringsprodukter, tvättmedel, kläder, medicin mm.

 Sjukvård

 Tandvård

 Personförsäkringar och i vissa fall hemförsäkring

 Förbrukningsmateriel, tidningar, tidskrifter och liknande.

 Sport, fritid och rekreation.

 Arbetsresor, om inte annat överenskommits.

 Eventuella betaltjänster som tillförts telefonräkningen.

(Källor: Enkät till de svenska fristäderna, Scholars at Risk: How to host, New Tactics: Art Spaces Hosting Activism)

Regional utveckling Kultur
Charlotte Funseth
Tfn: 063-14 75 51063-14 67 03
E-post:

2016-04-26

RS/827/2016

Förslag till avtal med Östersunds kommun om fristadsprogrammet

1. Allmänna förutsättningar

Region Jämtland Härjedalen (nedan kallad regionen) är medlem i ICORN och samverkar med Östersunds kommun (nedan kallad kommunen) i mottagandet av en gäst inom fristadsprogrammet. Syftet med samverkan är att på bästa sätt och genom delat ansvar ombesörja ett bra mottagande för en konstnär som riskerar hot eller förföljelse, ge gästen det skydd som krävs samt ge goda möjligheter för gästen att utöva sitt konstnärskap. Fristadsarbetet går ut på att säkra yttrandefriheten och allas globala rätt att få sina synpunkter framförda i offentliga sammanhang. En viktig uppgift för fristaden är därför att ge möjlighet till arbetsro, kollegial och social gemenskap, översättningsmöjligheter och självständigt arbete fritt från påtryckningar och trakasserier.

2. Förbindelse

Parterna förbinder sig att samverka enligt innehållet i detta avtal samt att verka utifrån medlemsavtalet med ICORN.

Regionen ansvarar för medlemskap i ICORN, kostnader för fristadskoordinator samt övriga verksamhetskostnader som kan tillkomma.

Kommunen ansvarar för boende, försäkring, fristadsgästens resor, skyddsbehov, socialtjänst samt övriga verksamhetskostnader som kan tillkomma.

Region och kommun ansvarar gemensamt för stipendiekostnad, styrgrupp och uppföljning.

3. Styrgrupp

En styrgrupp inrättas bestående av kulturchef från vardera regionen och kommunen, fristadskoordinator samt en person som representerar aktuellt konstområde. Styrgruppen ansvarar för genomförande och uppföljning av fristadsprogrammet under aktuell fristadsperiod.

Kulturcheferna i styrgruppen beslutar om val av fristadskonstnär utifrån överenskomna kriterier och i samråd med ICORN.

Beslut rörande ekonomi fattas av kulturcheferna i styrgruppen inom de ramar som är satta för verksamheten.

Styrgruppen kan vid behov besluta att utse extern referensgrupp.

4. Ekonomi

Kostnaden för fristadsprogrammet delas mellan region och kommun enligt bifogad budget. (bilaga 1). Indirekta kostnader för exempelvis skyddsbehov och socialtjänst kan tillkomma. Övriga uppkomna kostnader delas genom beslut i styrgruppen.

5. Avtalstid

En fristadsperiod omfattar två år. Upprättat avtal gäller till och med första fristadsperioden är över.

6. Uppföljning, utvärdering och omförhandling

Båda parter har rätt att ta initiativ till särskild uppföljning och samråd under avtalsperioden. Utvärdering och eventuell omförhandling sker under sista avtalsåret. Om väsentliga förändringar av förutsättningarna för detta avtal inträffar under avtalsperioden, kan parterna när som helst begära omförhandlingar.

7. Giltighet

Detta avtal är giltigt när avtalet undertecknats. Avtalet är upprättat i två likalydande exemplar, varav parterna erhållit var sitt. Avtalet kan ej överlåtas på annan part.

Östersund 2016 -	Östersund 2016 -
För Region Jämtland Härjedalen	För Östersunds kommun
.....	.....
Ingrid Printz Kulturchef Region Jämtland Härjedalen	Johan Palm Kulturchef Östersunds kommun

Bilaga 1 – Årlig budget

	Region Jämtland Härjedalen	Östersunds kommun
ICORN-medlemskap	20 000	
Koordinator lön (25%)	135 000	
Resor till ICORN-konferenser m.m. (koordinator)	10 000	
Stipendium (10 000 kr/mån för en ensam fristadsgäst, 14 000 kr/mån för en familj)	60 000-84 000	60 000-84 000
Resa till och från hemlandet eller annan uppehållsort		25 000
Hyra ink el, tele, bredband (7 000 kr/mån)		82 000
Utrustning av bostad		25 000
Försäkringar m.m.		10 000
Resor till ICORN-konferenser m.m. (fristadsgästen)		10 000
Övrigt (verksamhet, information, översättningar, referensgrupp m.m.)	40 000	20 000
Summa	**265 000-289 000**	**232 000-256 000**

ICORN international cities of refuge network

AGREEMENT
Between

The International Cities of Refuge Network (ICORN)

And

The Member-City/Region .....

I. Declaration

In accordance with the Charter adopted by ICORN at the general assembly June 3rd 2010, and the ICORN Statutes adopted by ICORN at the general assembly April 22nd 2009, the city in question proclaims itself an "ICORN City of Refuge for Persecuted Writers".

II. Commitments Entered Into By the ICORN Administration Centre

In accordance with the ICORN Charter and the ICORN Statutes, the ICORN Administration Centre agrees that:

A. The ICORN Administration Centre will provide the city with an informed recommendation regarding a writer or writers suitable for the City of Refuge in question.

1. Through formal cooperation with the WiPC of International PEN, ICORN will provide documentation that the writer in question is:

    a. A legitimate writer
    b. Being threatened, persecuted or imprisoned as a consequence of what he/she has written

2. Establish contact between the writer and the City of Refuge, and will advise in the relocation of the writer and his/her family within the City of Refuge.

B. The ICORN Administration Centre will provide support for and advise in practical matters surrounding the placement:

    1. The ICORN Administration Centre will implement and maintain reliable communications with the writers hosted, as well as provide and maintain a communications network for and among the guest writers.

    2. The ICORN Administration Centre will implement and maintain reliable communications with the cities' designated coordinators, as well as provide and maintain a communications network for and among the City of Refuge Coordinators.

    3. If the writer cannot return to his/her home country, ICORN will support the city and the writer in regard to the necessary steps for securing an extended or permanent residency or seeking alternative placement.

    4. The ICORN Administration Centre will conduct fundraising for ICORN. It will establish and maintain an ICORN Emergency Fund, with the aim to be able to cover parts of unforeseen and not proportionate expenses the member cities are exposed to while inviting and hosting their guest writers.

C. In an effort to promote Freedom of Expression, the ICORN Administration Centre will also:

    1. Implement and maintain a website which may be used for:

        a. Promotion of the guest writer and their works
        b. Exposure of and information about the member cities
        c. Publishing information about all kinds of ICORN activities
        d. Sharing experiences and information concerning ICORN issues between all involved parties
        e. Fundraising, promotion and recruitment for ICORN Cities of Refuge

    2. Facilitate seminars, literary events in order to create marketplaces for the ICORN guest writers' work.

    3. Assist the cities in encouraging the writer to undertake literary, cultural and academic responsibilities (the nature of which will be determined in dialogue with the host city) during his/her residency.

III. Commitments Entered Into By The City

A. The membership city commits to adhering to the agreement as set forth below:

1. Each writer will be hosted for a standard period of two years unless otherwise agreed upon with the ICORN Administration Centre.

2. The city will provide one furnished residential accommodation for the writer and his/her family.

3. The city will facilitate the acquisition of a legal status (visa, residence permit) that will enable the writer and his/her family to reside in the city for the duration of the ICORN guest writer period. If permanent residency were an option, ICORN would welcome such an option.

4. The city is to provide the writer with a scholarship/grant to be paid directly to the writer in monthly instalments. The amount is agreed with the ICORN Administration Centre, according to an internationally certified standard of living indexes.

B. The city will take the following steps to ensure the welfare of the writer and his/her family:

1. The city must maintain absolute confidentiality in regard to all communications and intensions (declared and/or under consideration) among the city, the writer and ICORN; and in regard the movements of the writer and his/her family prior to their safe arrival within the host city.

2. The city is to cover all travel expenses concerning the journey of the writer and his/her family. These expenses will include, for example, fees for passports and visas.

3. The city will designate coordinator(s) to work with the writer and his/her family to facilitate integration within the host city and to address issues concerning the writer and his/her family, providing, or providing for, appropriate support.

4. The city is responsible for implementing and maintaining safe, appropriate working and living conditions for the writer and his/her family.

5. During the period of refuge, the city is required to provide the available health and residential insurances, for the writer and his/her family.

6. Whenever possible, the city is to enable the writer to benefit from municipal public services (such as urban transport services, libraries, schools, etc.), and to facilitate meetings between the writers and the city's literary organizations.

7. The coordinator is to facilitate possibilities for the writer by initiating contact with local schools and wider public arenas in which the writer can promote his/her identity as a writer and/or utilize other skills.

8. The city is to provide access to services that will enable the writer to learn the language of the host country.

C. The city will comply with the following cooperative terms of agreement:

1. The city's selection of the writer will be made in agreement with ICORN, and based on the ICORN Administration Centre's proposal.

2. In any and all media events (interviews, press release, public event, etc.) the city is required to indicate the ICORN program as the framework for the writer's residency and for the city's status as an "ICORN City of Refuge".

3. Upon the signing of this agreement the city will pay the ICORN Administration Centre an annual membership fee. The membership fee is decided by the General Assembly. The membership fee may vary in exceptional circumstances, for example in the case of agreements between ICORN and a region*.

**A region status of member-city co-operations will be defined by the General Assembly. The region will be required to designate a Regional Coordinator.*

IV. Duration of Agreement

Unless a formal declaration of termination is made (see article VI), the present agreement is renewed, by tacit accord, every two years.

V. Mediation

Should a conflict arise between the ICORN Administration Centre and a member-city/region, the situation will be addressed within the existing legal system of the country in which the Administration Centre is located.

VI. Termination of the Membership Agreement

Any member that does not fulfill the duties in the Membership Agreement may be excluded from the network's services by the next General Assembly. A member may terminate its membership by giving written notice to the Board. The membership terminates 6 (six) months after the Board has received and accepted the notice. If the resigning member has a writer in residence (placed by ICORN) the member must fulfill its obligations towards the writer until the end of the writer's placement term as agreed in the Membership Agreement.

_____ _____

City of ..... ICORN Board

_____

ICORN Administration Centre

Date: Initials:

Folkpartiet Liberalerna
Jämtland Härjedalen

JÄMTLANDS LÄNS LANDSTING
2014 -05- 05
Dnr LS/715/2014

Motion

till landstingsfullmäktige i Jämtlands läns landsting

KULTURFRISTAD - fristad för författare, dramatiker, journalister och andra professionella skribenter som lever under hot i sina hemländer

I början 1990-talet lanserade organisationen International Parliament of Writers (IPW) med Salman Rushdie som ordförande en idé om starta ett nätverk av städer som erbjuder skydd åt förföljda författare. Resultatet blev att en särskild organisation bildades för ändamålet, International Network of Cities of Asylum (INCA). Från början av 1995 började IPW rekrytera städer till INCA. Efter det att IPW och INCA lagts ned 2004 bildades i stället 2005 den nuvarande organisationen International Cities of Refuge Network (ICORN) där fristäderna ingår som medlemmar. Den första svenska fristaden blev Göteborg, 1996. I Norrland är Skellefteå fristad. Jönköpings län blev fristad 2013.

På Kulturrådets hemsida finns information om kulturfristäder inklusive en handbok för att starta och driva fristäder i Sverige, http://www.kulturradet.se/sv/Handbok-for-fristadsforfattare/Svenska-fristader/

Yttrandefriheten är grunden för vår demokrati. Vi bör göra allt vad vi kan för att upprätthålla yttrandefriheten och då inte endast i Sverige.

Kulturfristäder är ett utomordentligt sätt att stärka yttrandefriheten inte bara i Sverige utan i världen.

Vi motionerar om att Jämtlands läns landstings fullmäktige beslutar att:

> ***Jämtlands läns landsting i syfte att för landstinget eller Region Jämtland Härjedalen söka medlemskap i ICORN ensamt eller tillsammans med Östersunds kommun ska utreda möjligheterna och förutsättningarna att bli en fristad för författare, dramatiker, journalister och andra professionella skribenter som lever under hot i sina hemländer***

Östersund 28 april 2014

Mats El Kott Finn Cromberger Kia Carlsson

§ 219 Ändring i fullmäktiges arbetsordning och styrelsens, regionala utvecklingsnämndens och vårdvalsnämndens reglementen (LS/185/2014)

Ärendebeskrivning

Landstingsfullmäktige beslutade hösten 2013 om politisk organisation som gäller om landstinget inte får det regionala ansvaret för utvecklingsfrågorna. Landstingsfullmäktige beslutade 2014-04-15 -- 16, § 78 om ändring i den politiska organisationen med anledning av landstingets ansökan om att från och med den 1 januari 2015 få överta det regionala utvecklingsansvaret.

Med hänsyn till det nyvalda landstingsfullmäktiges sammansättning behöver ändringar i den politiska organisationen göras. Fullmäktiges presidium föreslås få ett utökat uppdrag, regionstyrelsen föreslås få en tredje och en fjärde vice ordförande och regionala utvecklingsnämnden en andre vice ordförande. Antalet ledamöter och ersättare i vårdvalsnämnden föreslås minskas till 5 ledamöter och 5 ersättare. För särskilda budgetberedningen bör mandattiden anpassas till valperioden för fullmäktiges presidium eftersom det bör vara personunion mellan fullmäktiges presidium och särskilda budgetberedningens ledamöter.

Vidare föreslås att styrelsen och nämnderna får möjlighet att besluta om att hålla offentliga möten för att öka insynen i regionen.

I regionstyrelsens och regionala utvecklingsnämndens reglemente bör under avsnittet om uppgifter orden ”ha hand om” bytas ut mot ”ansvara för” för att förtydliga ansvaret.

Beslutsunderlag

Arbetsordning för regionfullmäktige i Region Jämtland Härjedalen
Reglemente för regionstyrelsen i Region Jämtland Härjedalen
Reglemente för regional utvecklingsnämnd
Reglemente för vårdvalsnämnd
Reglemente för patientnämnden i Region Jämtland Härjedalen

Landstingsdirektörens förslag

Landstingsstyrelsen föreslår landstingsfullmäktige

1. I arbetsordningen för regionfullmäktige i Region Jämtland Härjedalen under punkten 2.2 Presidiets uppgifter görs tillägg
   - *”ansvara för dialog och utveckling av regionens råd, länshandikappråd, pensionärsråd och ungdomsråd.*
   - *ha övergripande ansvar för jämställdhet och jämlikhet”*

2. I arbetsordningen för regionfullmäktige Region Jämtland Härjedalen under punkten 17.1 ersätts andra stycket med följande:

”Ledamöter och eventuella ersättare väljs av fullmäktige för tiden fram till och med den 14 oktober det år då val till fullmäktige sker i hela landet.”

3. I reglementet för regionstyrelsen i Region Jämtland Härjedalen under avsnitt 1 Ledamöter och presidium ersätts andra stycket med följande:
”Regionstyrelsen har en ordförande, en 1:e vice ordförande, en 2:e vice ordförande, en 3:e vice ordförande samt en 4:e vice ordförande (presidiet), som väljs av fullmäktige för den tid de valts som ledamöter i regionstyrelsen.”

4. I reglementet för regionstyrelsen i Region Jämtland Härjedalen under avsnitt 2.1.1 Ledning och styrning i uppräkningen i andra stycket ersätts orden *”ha hand om”* med *”ansvara för*”.

5. I reglemente för den regionala utvecklingsnämnden under avsnitt 1 Ledamöter och presidium ersätts andra stycket med följande:
”Regionala utvecklingsnämnden har en ordförande, en 1:e vice ordförande samt en 2:e vice ordförande (presidiet), som väljs av fullmäktige för den tid de valts som ledamöter i regionala utvecklingsnämnden.”

6. I reglementet för den regionala utvecklingsnämnden under avsnitt 2.1 i uppräkningen ersätts orden *”ha hand om”* med *”ansvara för”*.

7. I reglementet för vårdvalsnämnden under avsnitt 1 Ledamöter och presidium ersätts *”9 ledamöter och 9 ersättare”* med *”fem ledamöter och fem ersättare”*.

8. I reglementet för regionstyrelsen förs en ny punkt in under avsnitt 4 Sammanträden med följande innehåll:
”Styrelsen får besluta att dess sammanträden ska vara offentliga med de undantag som framgår av kommunallagen.”

9. I reglementena för den regionala utvecklingsnämnden, vårdvalsnämnden och patientnämnden förs en ny punkt in under avsnitt 4 Sammanträden med följande innehåll:
”Nämnden får besluta att dess sammanträden ska vara offentliga med de undantag som framgår av kommunallagen.”

Yrkanden

Ann-Marie Johansson (S) yrkar följande tillägg i regionfullmäktiges arbetsordning punkt 2.2 Presidiets uppgifter
”Ha övergripande ansvar för jämställdhet och jämlikhet *samt integration”*

Ann-Marie Johansson (S) yrkar vidare att den politiska organisationen ska utvärderas hösten 2016.

Finn Cromberger (FP) yrkar följande:
”Jag yrkar avslag på landstingsdirektörens förslag med hänvisning till Folkpartiets Landstingsplan 2015-2017 där vi menar att den politiska budgeten skall ligga i samma nivå

som 2014 med ett tillägg om 500 000 kr för det regionala ansvaret som tidigare Regionförbundet hade."

Proposition

Ordföranden ställer proposition på landstingsdirektörens förslag och Finn Crombergers yrkande och finner landstingsdirektörens förslag antaget.
Ordföranden ställer proposition på Ann-Marie Johanssons första yrkande och finner det antaget.
Ordföranden ställer proposition på Ann-Marie Johanssons andra yrkande och finner det antaget.

LANDSTINGSSTYRELSENS BESLUT

Landstingsstyrelsen föreslår landstingsfullmäktige

1. I arbetsordningen för regionfullmäktige i Region Jämtland Härjedalen under punkten 2.2 Presidiets uppgifter görs tillägg
   - *"ansvara för dialog och utveckling av regionens råd, länshandikappråd, pensionärsråd och ungdomsråd.*
   - *ha övergripande ansvar för jämställdhet och jämlikhet samt integration"*

2. I arbetsordningen för regionfullmäktige Region Jämtland Härjedalen under punkten 17.1 ersätts andra stycket med följande:
   "Ledamöter och eventuella ersättare väljs av fullmäktige för tiden fram till och med den 14 oktober det år då val till fullmäktige sker i hela landet."

3. I reglementet för regionstyrelsen i Region Jämtland Härjedalen under avsnitt 1 Ledamöter och presidium ersätts andra stycket med följande:
   "Regionstyrelsen har en ordförande, en 1:e vice ordförande, en 2:e vice ordförande, en 3:e vice ordförande samt en 4:e vice ordförande (presidiet), som väljs av fullmäktige för den tid de valts som ledamöter i regionstyrelsen."

4. I reglementet för regionstyrelsen i Region Jämtland Härjedalen under avsnitt 2.1.1 Ledning och styrning i uppräkningen i andra stycket ersätts orden *"ha hand om"* med *"ansvara för"*.

5. I reglemente för den regionala utvecklingsnämnden under avsnitt 1 Ledamöter och presidium ersätts andra stycket med följande:
   "Regionala utvecklingsnämnden har en ordförande, en 1:e vice ordförande samt en 2:e vice ordförande (presidiet), som väljs av fullmäktige för den tid de valts som ledamöter i regionala utvecklingsnämnden."

6. I reglementet för den regionala utvecklingsnämnden under avsnitt 2.1 i uppräkningen ersätts orden *"ha hand om"* med *"ansvara för"*.

7. I reglementet för vårdvalsnämnden under avsnitt 1 Ledamöter och presidium ersätts *"9 ledamöter och 9 ersättare"* med *"fem ledamöter och fem ersättare"*.

8. I reglementet för regionstyrelsen förs en ny punkt in under avsnitt 4 Sammanträden med följande innehåll:
”Styrelsen får besluta att dess sammanträden ska vara offentliga med de undantag som framgår av kommunallagen.”

9. I reglementena för den regionala utvecklingsnämnden, vårdvalsnämnden och patientnämnden förs en ny punkt in under avsnitt 4 Sammanträden med följande innehåll:
”Nämnden får besluta att dess sammanträden ska vara offentliga med de undantag som framgår av kommunallagen.”

10. Den politiska organisationen ska utvärderas hösten 2016.

Reservation
Finn Cromberger (FP) reserverar sig till förmån för sitt eget yrkande.

Yrkanden
Thomas Andersson (C) yrkar följande:
”Avslag på 3:e och 4:e vice ordförande i regionstyrelsen och 2:e vice ordförande i regionala utvecklingsnämnden.”

Ronny Karlsson (SD) yrkar följande:
”Avslag på 3:e och 4:e vice ordförande i regionstyrelsen.”

Ronny Karlsson (SD) yrkar följande:
I Arbetsordning för regionfullmäktige under punkt 9 Interpellationer, sista stycket, stryks ”…bara om ersättaren tjänstgör som ledamot också vid det tillfället.”

I Arbetsordning för regionfullmäktige under punkt 10 Frågor, tredje stycket, ändras ”två vardagar” till ”innan landstingsfullmäktiges öppnande”.

Bengt Bergqvist (S), Ann-Marie Johansson (S) och Anna Hildebrand (MP) yrkar bifall till landstingsstyrelsens förslag.

Mats El Kott (FP) yrkar bifall till Thomas Anderssons (C) yrkande.

Bengt Bergqvist (S) yrkar avslag på Ronny Karlssons (SD) yrkande.

Monalisa Norrman (V) och Joel Nordkvist (M) yttrar sig.

Proposition
Ordföranden ställer proposition på landstingsstyrelsens förslag punkt 3 och

Thomas Anderssons och Ronny Karlssons yrkande avseende punkt 3 och finner landstingsstyrelsens förslag antaget.

Omröstning
Omröstning begärs.

Propositionsordning
Den som bifaller landstingsstyrelsens förslag röstar ”Ja”
Den som bifaller Thomas Andersson och Ronny Karlssons yrkande röstar ”Nej”

Omröstningsresultat
Med 28 ja-röster och 27 nej-röster antas landstingsstyrelsens förslag punkt 3 (se bifogat omröstningsprotokoll).

Proposition
Ordföranden ställer proposition på landstingsstyrelsens förslag punkt 5 och Thomas Anderssons yrkande avseende punkt 5 och finner landstingsstyrelsens förslag antaget.
Ordföranden ställer proposition på Ronny Karlssons första ändringsyrkande och finner det avslaget.
Ordföranden ställer proposition på Ronny Karlssons andra ändringsyrkande och finner det avslaget.
Ordföranden ställer proposition på landstingsstyrelsens övriga förslag och finner dem antagna.

LANDSTINGSFULLMÄKTIGES BESLUT
1. I arbetsordningen för regionfullmäktige i Region Jämtland Härjedalen under punkten 2.2 Presidiets uppgifter görs tillägg
   - *”ansvara för dialog och utveckling av regionens råd, länshandikappråd, pensionärsråd och ungdomsråd.*
   - *ha övergripande ansvar för jämställdhet och jämlikhet samt integration”*

2. I arbetsordningen för regionfullmäktige Region Jämtland Härjedalen under punkten 17.1 ersätts andra stycket med följande:
   ”Ledamöter och eventuella ersättare väljs av fullmäktige för tiden fram till och med den 14 oktober det år då val till fullmäktige sker i hela landet.”

3. I reglementet för regionstyrelsen i Region Jämtland Härjedalen under avsnitt 1 Ledamöter och presidium ersätts andra stycket med följande:
   ”Regionstyrelsen har en ordförande, en 1:e vice ordförande, en 2:e vice ordförande, en 3:e vice ordförande samt en 4:e vice ordförande (presidiet), som väljs av fullmäktige för den tid de valts som ledamöter i regionstyrelsen.”

4. I reglementet för regionstyrelsen i Region Jämtland Härjedalen under avsnitt 2.1.1 Ledning och styrning i uppräkningen i andra stycket ersätts orden *”ha hand om”* med *”ansvara för”*.

5. I reglemente för den regionala utvecklingsnämnden under avsnitt 1 Ledamöter och presidium ersätts andra stycket med följande:
”Regionala utvecklingsnämnden har en ordförande, en 1:e vice ordförande samt en 2:e vice ordförande (presidiet), som väljs av fullmäktige för den tid de valts som ledamöter i regionala utvecklingsnämnden.”

6. I reglementet för den regionala utvecklingsnämnden under avsnitt 2.1 i uppräkningen ersätts orden *”ha hand om”* med *”ansvara för”*.

7. I reglementet för vårdvalsnämnden under avsnitt 1 Ledamöter och presidium ersätts *”9 ledamöter och 9 ersättare”* med *”fem ledamöter och fem ersättare”*.

8. I reglementet för regionstyrelsen förs en ny punkt in under avsnitt 4 Sammanträden med följande innehåll:
”Styrelsen får besluta att dess sammanträden ska vara offentliga med de undantag som framgår av kommunallagen.”

9. I reglementena för den regionala utvecklingsnämnden, vårdvalsnämnden och patientnämnden förs en ny punkt in under avsnitt 4 Sammanträden med följande innehåll:
”Nämnden får besluta att dess sammanträden ska vara offentliga med de undantag som framgår av kommunallagen.”

10. Den politiska organisationen ska utvärderas hösten 2016.

Reservationer

Thomas Andersson, Berit Johansson, Cristine Persson, Marianne Larm-Svensson, Carina Asplund, Eva Hellstrand, Jörgen Larsson, Elin Lemon (samtliga C) och Christer Siwertsson, Susanné Wallner, Jan-Olof Andersson, Anna-Karin Vernberg, Victor Ericsson, Elise Ryder Wikén, Elisabeth Svensson, Margareta Gladh, Joel Nordkvist, Lise Hjemgaard-Svensson och Veronica Eklund (samtliga M) reserverar sig till förmån för Thomas Anderssons (C) yrkande.

Lars-Erik Olofsson och Hans-Olof Andersson (båda KD) reserverar sig till förmån för Thomas Anderssons (C) yrkande.

Mats El Kott och Kia Carlsson (båda FP) reserverar sig till förmån för Thomas Anderssons (C) yrkande.

Ronny Karlsson, Peter Johansson, Bengt-Åke Arendolf och Thomas Johansson Nordqvist (samtliga SD) reserverar sig till förmån för Ronny Karlssons yrkanden.

Regional utveckling Kultur
Helena Wiktorsson
Tfn: 063-14 66 30063-14 67 03
E-post:

2016-05-117

RS/909/2016

Förslag till motivering för Region Jämtland Härjedalens Kulturpris 2016

Regionens kulturpris tilldelas författaren Theres K Agdler för hennes konstnärliga gärning och engagemang för litteraturens utveckling i Jämtland Härjedalen.

Theres är en professionell författare som har stor betydelse för länets kulturliv och som medverkat till att utveckla konst- och kulturlivet i länet, både genom eget kulturskapande, genom pedagogisk verksamhet och gränsöverskridande samarbeten. Hon driver ett eget litterärt arbete med hög ambitionsnivå och som håller hög konstnärlig kvalitet. Genom engagemanget i ”Sätt litteraturen på Jämtlandskartan” har hon medverkat till att synliggöra den samtida jämtländska litteraturen. Hon har också med friskt mod kastat sig in i det gränsöverskridande området ”Artist books”.

Theres är en outtröttlig kulturskapare som i alla lägen hävdar professionalism, kulturens egenvärde och litteraturens ställning.

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Regional utveckling Kultur
Helena Wiktorsson
Tfn: 063-14 66 30063-14 67 03
E-post:

2016-05-117

RS/909/2016

Nomineringsförteckning Kulturpris 2016

Namn	Område	Nominerarens motivering	Nominering
Theres K Agdler	Litteratur	Theres K Agdler har tagit den Jämtländska litteraturen till en högre nivå. Hennes språk är detaljrikt, förtrollande och oemotståndligt. Hon har också arbetat mycket för att sätta den Jämtländska litteraturen på kartan genom sitt arbete i Författarcentrum Norr, och med "Litterära hållplatser i Mittnorden". Hon är också en stor inspiratör för andra som vill skriva genom sina skrivarkurser. Det är dags för en författare att få kulturpriset. Info om Therese finns på http://www.frososkrivarforum.se/ Hon har tidigare fått ett antal utmärkelser och stipendier: STIPENDIER, PRISER (urval) - Norrlands Litteraturpris, 2007 - 1-årigt arbetsstipendium från Författarfonden, 2008 - 1-årigt arbetsstipendium från Författarfonden, 2009 - Vistelsestipendium Ariane Wahlgrens Hus, Aten, från Författarförbundet, 2010 – Vistelsestipendium Henning Mankells gård, Sveg från Författarförbundet, 2010 - Resestipendium från Författarfonden samt Vistelsestipendium Ariane Wahlgrens Hus, Aten från Journalistförbundet, juni 2012 - Resestipendium till Island (research om Ariane Wahlgren), Kulturkontakt Nord, 2013 - Konstnärsbidrag från Författarfonden, hösten 2013 - Vistelsestipendium Ariane Wahlgrens Hus, Aten, från Författarförbundet, 2014	Karin Thomasson
Eirin Marie Solheim Pedersen	Konst	Eirin är värd kulturpriset eftersom hon har påverkat många människor i regionen. Dels genom direkt uppmuntran eller rådgivning till många konstnärer eller elever men också genom att initiera olika konstprojekt och tex rädda Kulturhuset i Järpen mm. Eirin driver ett stort konstprojekt i Järpen sedan 2011- Spegla och göra synligt.Jag gick en konsteorikurs hon startade 2006 som var givande för mig, vi lärde känna varandra då och jag blev medbjuden till BASTIONEN 1 (2008). Eirin har varit konstnärlig rådgivare åt landstinget. Ställt ut på Ahlbergshallen, Härke o Järpen (givetvis på andra ställen i Sverige o Norge). Arbetat som bildlärare på grundskolan och som undervisande konstnär på Estetiska programmet i Järpen. Ordförande i Konstnärcentrum Nord sen 5 år tillbaka. Är handledare/mentor till elever på Åredalens konstskola. Är så kunnig och kompetent! Borde få ett erkännande i Regionen . Hon behövs i Regionen. Synliggör konstnärens kompetens o roll i samhället. Till sist vill jag säga att hon har hunnit verka och påverka mycket och många på 10 år på olika nivåer i samhället.	Elisabeth Athle

Nordcirkus	Teater	Cirkuskompaniet Nordcirkus består av Sara och Daniel Oja. De startade kompaniet 2009. De arbetar med scenkonst inriktning teater/cirkus och dans för barn och unga. Arbete med skapande skola omfattande teaterföreställningar, cirkusprovapå och workshop. De genomför även event utifrån efterfrågan och önskemål. De är värda regionens kulturpris bla för sitt genustänk, allas lika värde och sitt pedagogiska arbetssätt med barn och unga, att få alla att delta, att våga prova på. Att alla känner sig inkluderade och att ingen ska känna sig utanför. Har arbetat i regionen under ett flertal år och därmed mött ett stort antal barn och unga. Under 2015 mötte Nordcirkus ca 2500 barn i föreställningar och workshops till största delen i regionen.	Maud Wennerberg
Maud Hedén Wikander	Konst, Teater	I 19 år har Maud drivit Hackås Bildskola för både barn och vuxna. Med små resurser och utan större externa bidrag har hon lyckats bedriva en ambitiös verksamhet där fokus hela tiden har legat på det personliga uttrycket i bild. Trots att allt försvann när Hackås Föreningshus brann i somras har hon fortsatt i provisoriska lokaler med full verksamhet. Dessutom har hon haft flera kommunala utsmyckningsuppdrag, och av en av länets teaterrecensenter kallats " länets bästa kostymmakare" för kostymerna till " Den inbillade sjuke " Det är dags att uppmärksamma en envis kulturarbetare som själv varken söker centrum eller rampljus!	Anders Hedén
Håkan Borgsten	Teater, Film och rörlig bild	Håkan är en fantastisk skådespelare, förebild och kulturskapare som utbildat sig på Öland och i Malmö, och sedan återkommit och kämpat och gnetat de senaste 10-12 åren för att ge länet så mycket mer än fotboll (men även det, då han var med och lanserade ÖFKs kultursatsning). Håkan förtjänar kulturpriset för saker han gjort och saker han kommer att göra. Han är en unik deltagare i Jämtlands teaterliv, han är det levande beviset på att det går att leva och verka i länets teaterliv och hur hårt arbete lönar sig.	Björn Johnsson
Rebecca Meiselbach	Musik	Rebecca är en lysande musiker, fantastisk trummis och människa. Hon har en positivitet som smittar av sig till andra och hennes engagemang till musiken är lika stark och färgsprakande som hennes personlighet och hårsvall. Jag vill nominera Rebecca då hon gått från klarhet till klarhet i musikbranschen och fortfarande utvecklas med ständigt nya mål och utmaningar i sikte. Rebecca är idag på god väg att bli en förebild för unga kvinnliga musiker som vill satsa på slagverk, en förebild som tyvärr idag är ovanlig. Genom att satsa och våga ta sig an nya projekt låter Rebecca oss åhörare fortsatt få njuta av hennes rytmer med spänning och glädje. Rebecca har på ett fantastiskt sätt kämpat sig fram i den hårda konkurrensen av andra enastående artister i Sverige. Hon har som trummis växt på mycket kort tid och blivit anlitad av många stora tunga namn (Marlena Ernman, Darin, Danny, Tommy Körberg, Ola Salo mfl) Hon är en sann kämpe som lever och andas musiken! Hon är en av mina största inspirationskällor och förtjänar detta pris som ett bevis på att hårt arbete och ödmjukhet för sitt artistskap lönar sig!	Anna Hammar Sjödin Johanna Andersson Jenni Olofsson

Elisabeth Sundin	Musik	Elisabeth Sundin är min dotter. Hon är född och uppvuxen i Hede, där vi föräldrar fortfarande bor. Elisabeth började sjunga innan hon kunde prata riktigt och när hon började skolan deltog hon i Härjedalens kommuns musikskola. Efter grundskolan blev det estetiskt musikprogram på Palmcrantzskolan och det var också där hon fick upp ögonen för den klassiska sången. Två år på Birka Folkhögskola och fyra år på musikkonservatoriet i Trondheim följde på det. Utbildningen i Trondheim ledde till en bachelor i klassisk sång. Nu går Elisabeth sista terminen, på Operahögskolan i Stockholm, där hon bland många sökande som en av sex kom in, och om någon månad tar hon en master i opera. Jag tycker att Elisabeth är värd ett pris för sin aldrig sinande kamp för att nå målet att bli operasångerska. Vägen dit har varit lång och bitvis snårig, men hon har aldrig någonsin gett upp! Opera är något som hon verkligen brinner för och ett pris vore en stor uppmuntran inför hennes framtida yrkesliv som operasångerska. Hemsida finns, elisabethsundin.com	Barbro Dahl
Els-Marie Frisk/Perolof Pettersson	Dans	Hej dessa personer har under många år ca 20 dansat polskor och lärt ut till många människor både i Jämtland och Härjedalen och i USA och Paris. Dom är med i Östersunds folkdansgille. Och varje vecka lär dom ut många olika polskor som dom gjort i många år. Så dom är mycket duktiga och har ett enormt intresse av inte polskdansen ska försvinna i Jämtland. Dom har tagit många medaljer. Och har en stor och bred kunskap om dansen och dess historia i Jämtland. Och alltid trogen att lära ut. Dom har nu en cd skiva med danserna gjorda.	Helen Frisk

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

2014-10-14
Fastställt i landstingsfullmäktige 2014-11-25 § 226

LS/927/2014

Reglemente för kulturpris och stipendier

§ 1 Syfte

Region Jämtland Härjedalens kulturpris till Peterson-Bergers minne och Region Jämtland Härjedalens kulturstipendium till Peterson-Bergers minne är avsedda att stödja och uppmuntra förtjänstfull verksamhet inom skilda konstnärliga områden så som litteratur, musik, konst, slöjd, teater, film, dans och andra jämförbara områden. Priset och stipendierna utdelas till personer eller grupper som är folkbokförda i Jämtlands län eller genom sin konstnärliga verksamhet eller personliga bakgrund har nära anknytning till länet.

§ 2 Kulturpris

Kulturpriset skall ses som ett erkännande och stimulera till fortsatt skapande och utvecklande konstnärligt arbete. Kulturpristagaren skall vara en professionell utövare eller aktör som haft stor betydelse för länets kulturliv, ha medverkat i att utveckla länets konst- och kulturliv och i sin gärning visat prov på högtstående konstnärskap. Det står var och en fritt att föreslå lämplig mottagare av kulturpriset. Även en organisation eller sammanslutning kan lämna förslag. Det går inte att ansöka om kulturpriset för egen del.

§ 3 Kulturstipendium

Kulturstipendiet skall ses som ett stöd och uppmuntran i konstnärlig utveckling och framtida verksamhet. Stipendiesumman kan årligen delas mellan fler stipendiater, max fem. Kulturstipendiet ansöks för egen del och är avsett för förkovran, stimulans eller utbildning. Stipendiater får vara max 30 år. Till stipendieansökan skall bifogas motivering, arbetsprover och styrkta kopior av de handlingar och intyg som den sökande vill åberopa.

§ 4 Samiskt stipendium

Det Samiska stipendiet skall tilldelas från länet bördig eller i länet verksam person som medverkat till att bevara och föra vidare det sydsamiska kulturarvet.

§ 5 Ansökan och nominering

Kulturpriset och stipendierna skall utlysas genom annons i dagstidningarna, på hemsida eller på annat lämpligt sätt under februari månad, minst en månad före ansökningstidens utgång. Sista datum för ansökan eller nominering tillkännages vid utlysningen.

§ 6 Beslut om kulturpris och kulturstipendier

- Regionala utvecklingsnämnden föreslår mottagare om kulturpris och kulturstipendier.
- Regionfullmäktige beslutar om kulturpris och kulturstipendier.

.

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Regional utveckling Kultur
Helena WiktorssonEriksson
Tfn: 063-14 66 30063-14 67 03
E-post:

2016-05-117 RS/911/2016

Ansökningsförteckning Kulturstipendium 2016

Namn	Område	Motivering	Bilagor
Rose-Marie Björklund, 28	**Musik**	MItt namn är Rose-Marie Björklund och är från Åsarna. Jag började spela fiol när jag var sex år för Annelie Rydh och därefter för Bo Öberg på Palmcrantzskolan i Östersund. Efter studenten följde ett år av fiolstudier på Ingesunds folkhögskola för professor Magnus Ericsson. Just nu studerar jag vid Högskolan för Scen och musik i Göteborg på musikerprogrammet med inriktning klassisk violin. Denna termin är min sista på kandidatnivå och till hösten kommer jag förhoppningsvis att fortsätta på masternivå, antingen i Malmö eller i Stockholm. Jag har ansökt och provspelat. Jag söker detta stipendium för att kunna fortsätta studera. På grund av mer än sex års högskolestudier har jag inte längre tillgång till stöd från CSN. Jag är mer motiverad än någonsin att utvecklas ännu mer som violinist, både tekniskt och musikaliskt. Om jag inte blir antagen till någon skola till hösten planerar jag att ta privatlektioner för min nuvarande violinlärare Marja Inkinen, stämledare i Göteborgssymfoniker (GSO). Jag brinner mycket för klassisk musik men det händer även att jag spelar några jämtländska Lapp-Nilspolskor! I framtiden drömmer jag om ett orkesterjobb och/eller att bli kammarmusiker. På somrarna har jag spelat mycket i kyrkor runt om i länet. Jag har även varit medlem i Östersunds Orkesterförening samt i Ovikens kammarorkester, med vilka jag även framträtt som solist. Andra orkestrar jag varit med i är Sweden Symphony Orchestra, som förra året turnerade i "Rhapsody in Rock" med Robert Wells.	Intyg Högskolan för scen och musik i Göteborg CSN-beslut Tre ljudspår
Elisabeth Sundin, 30	**Musik**	Jag heter Elisabeth Sundin och är operasångerska från Hede. Jag gick Estetiska programmet med inriktning musik på Palmcrantzskolan i Östersund och studerade klassisk sång på Birka folkhögskola. Jag gick en kandidatutbildning i klassisk sång i Trondheim och i år blir jag färdig med min masterutbildning i opera vid Operahögskolan i Stockholm. Nu väntar ett arbetsliv med få jobb och stenhård konkurrens, och mina studier är inte över bara för att jag tar min masterexamen. Jag måste fortsätta ta sånglektioner och betala pianister/coacher för att vara så gott förberedd som möjligt när jag gör auditions. Stipendiet skulle hjälpa mig mycket med dessa utgifter och jag skulle även kunna köpa det notmaterial jag behöver. Som liten tjej i Hede hade jag aldrig kunnat ana att jag skulle vara där jag är nu, och jag vill nå ännu längre. Mitt mål är att arbeta på scener i både Sverige och utomlands. Här kan man läsa mer om mig: http://elisabethsundin.com http://www.operahogskolan.se/studenter/master-2/elisabeth-sundin https://clyp.it/lwpzjmki https://clyp.it/br2xfuxp	Intyg Stockholms konstnärliga högskola

Johan Nilsson, 27	**Musik**	Jag vill ansöka om stipendium för ett musikprojekt för kulturellt utbyte i Indien. Mitt namn är Johan Nilsson och arbetar som musiker. Jag har en kandidatexamen i musik från Kungliga Musikhögskolan i Stockholm. Jag har sedan i november turnerat i Indien med en grupp som heter Massive Vibe Live! Jag håller även konserter som sologitarrist, samt i duo och trio. Sedan 2014 har ett produktionsteam som heter Massive Vibe Live skrivit, producerat och framfört musik och visuella projektioner. Syftet är att inspirera och stärka människor att stå upp för mänskliga rättigheter, bygga broar mellan människor och främja förståelse mellan människor och kulturer. I teamet finns människor från många olika länder. Massive Vibe Live har haft konserter i Sverige och England och är nu på en turné i Indien. Turnén i Indien har hittills fått mycket gott mottagande och bland annat resulterat i 24 konserter i 7 olika städer, TV-intervjuer, samframträdande med två av Indiens främsta Bollywood-sångare, privat konsert för Sri Sri Ravi Shankar samt kontrakt med en musikarrangör för vidare samarbete i Indien över längre tid. Under förra året har det kommit in en del privata donationer täcker kostnader för tekniken kring arrangemangen men inte personalkostnader. Jag är mycket glad och stolt över att ha blivit inbjuden på denna turné. Det är särskilt roligt att vara med och knyta kulturella band mellan Sverige och Indien. Tidigare utmärkelser är bl.a. Bräcke kommun kulturskolas musikstipendium, Folkmusikpriset i Riksfinalen Musik Direkt, Karl-Fredrik Jehrlanders musikstipendium, finalist i Uppsala Internationella Gitarrfestivals ”Unga förmågor”, och Helge Ax:son Johnson Kulturstipendium.	Intyg Kungl. Musik-högskolan Inbjudan från Massive Vibe Live Bilder från turnén Tre ljudspår
Anna Melin, 25	**Film och rörlig bild**	Jag heter Anna Melin och är filmare i Jämtland/Härjedalen. För mig har det alltid varit ett självklart val att bo och verka i länet. Som filmare har jag uppmärksammats för mina filmer “Hey, it’s only pinball” och “Farväl”. Bland annat fick jag 2014 juryns hedersomnämnande på ungVERA Filmfestival för Hey, it’s only pinball. Parallellt med filmskapandet har jag också samlat på mig utbildningar, bland annat dokumentärfilm i två år på väl ansedda Biskops Arnö. Sedan drygt två år tillbaka driver jag en verksamhet inom film och foto där jag även arbetar pedagogiskt med barn och unga i regionen. Jag har dessutom engagerat mig ideellt i Östersunds kulturliv, bland annat genom att vara delaktig i uppstarten och driften av dokumentärfilmsklubben Doc Lounge Östersund. Kulturstipendiet skulle göra det möjligt för mig att ägna mer tid åt själva filmskapandet genom att skapa ekonomiskt utrymme för manusarbete.	CV Intyg Biskops Arnö Nordens Folkhögskola Tre tidningsartiklar Två filmer
Olof Runsten, 26	**Teater**	Registudent. Uppväxt på bondgård i Alsen och ordförande i frigruppen Teater Verbal från 2009 tills idag. Jag har inom gruppen utvecklat mitt konstnärskap som regissör och totalt medverkat i ett tiotal produktioner, t.ex Kulturkollektivet, Ett drömspel, Hamletmaskinen och senast föreställningen Amputation Parts. Sedan 2012 har jag varit verksam som regiassistent i Tyskland (Berlin och Essen) fram till det att jag kom in på en Kandidatutbildning i Teaterregi på Stockholms Dramatiska Högskolan (StDH, fd Dramatiska Institutet). Nu är jag halvvägs genom denna utbildning och går ut i arbetslivet våren 2017. Totalt är vi fyra regissörer i en klass med intag vartannat år, detta snäva urval visar också hur snäv branschen är som sådan och hur brokig en väg som frilansande regissör i teaterfältet kommer att vara även om du lyckats ta dig genom en snäv dörr. Mitt konstnärskap går ofta ut på att genom regirollen sammanföra olika konstformer och praktiker i teatersituationer, så som skådespeleri, musik, bildkonst, text och dans. Det är ofta dessa krockar av	CV Två arbetsprover

		konstformer och teaterns kleptomaniartade egenskap som fångar mitt intresse gång på gång. Detta i kombination med teman som ligger mig nära, så som makt, natur och arbete. Under hösten 2016 gör jag min praktik som regissör och manusförfattare på Göteborgs Stadsteater men en uppsättning baserad på material av Karin Boye. Ett stipendium skulle innebära att jag kunde avsätta viss tid för att arbeta med planläggning av repetitioner och arbetet med manus och på så vis stimulera den situation jag befinner mig i.	
Andreas Hansson, 30	**Musik**	Mitt namn är Andreas Hansson, jag är klassisk gitarrist med examen från Musikkonservatoriet i Trondheim, NTNU Institutt for musikk. Jag bor numer i Östersund men är ursprungligen från Oviken.. Jag har länge tänkt att jag skulle vilja sitta ned och arrangera musik av Peterson-Berger. Framför allt skulle jag vilja arrangera några av sångerna för sång och gitarr, men även se om något ur solorepertoaren kan göras rättvist på gitarr. Det är fantastisk musik som jag gärna skulle fördjupa mig i. Jag påbörjade detta med en sång ur Marits visor i ett projekt under studierna. Tror att det är möjligt att höra via länken. https://soundcloud.com/hanserikandreas/marits-visor-no-3/s-HXlye Hur som helst gjorde det mig väldigt motiverad, men jag har sedan dess gång på gång blivit tvungen att prioritera annat. Jag minns inte när jag först hörde Peterson-Bergers musik men mitt arbete som guide i Frösö kyrka har verkligen fördjupat min bild av honom och hans liv. Jag söker detta stipendium för att känna att jag i lugn och ro kan sätta detta högst på dagordningen en tid framöver! Jag har också en hemsida: www.gitarru.se	Noter
Johanna Östlund, 28	**Slöjd och konst-hantverk, Konst, Design, Foto, Övrigt**	Mitt namn är Johanna Östlund och är uppväxt i Brunflo. Sedan 7 år tillbaka har jag bott i Göteborg och varit verksam inom konst och textil. Nu är jag åter bosatt i Östersund. Min dröm är att kunna vara verksam på både platserna och väva ihop en hel del samarbeten eller utbyten mellan de två. Jag är utbildad inom konst, form, grafik, textil design och webbdesign. Mina största inspirationskällor är natur, evolutionsbiologi, science fiction och musik. Speciellt insatt är jag i konstnärerna och musikerna Karin Dreijer och Olof Dreijer samt Darwinismen med allt som ingår. Även fokus på återvändande av diverse material bidrar till min kreativitet, innovation samt inspiration. Med tiden har jag förstått att jag inte skulle kunna göra något annat än att skapa konst och kultursammanhang då jag förstått vilken viktig faktor detta är för att människor ska må bra. När jag tecknar eller formger, när jag lyssnar till min inre röst samt blickar ut mot världen så tolkar jag de inre blixtar (läs: känslor eller bilder) som uppstår. Det bildar en slags personlig dimension av intryck och uttryck som jag sedan försöker gestalta. Det är ungefär samma känsla som när en går i en skog och dras till en viss plats och en hamnar vid en tjärn eller stor mossig sovande sten. Där dyker tankarna upp, associationerna, visionerna, en stund som inspirerar till konst. Detta stipendium behöver jag för att fortsätta mitt konstnärskap och framför allt vill jag investera i olika material och en bra Air Brush-maskin som skulle underlätta betydligt vid måleri av tavlor och skulpturer med mera. PS: Det saknas ett intyg från ArtCollege; Mode Design heltidsutbildning från HT 2010- VT 2011 men jag hittade tyvärr inte det i tid så hoppas det räcker med de som jag har bifogat.	Intyg: Saint Martins College of Art and Design Folkuniversitetet Göteborgs konst-skola Östersunds konstskola Diplom vetenskapsfesti-valen Konststip. JLK Sex arbetsprover

Björn Johnsson, 29	**Teater, Film och rörlig bild**	Mitt namn är Björn Johnsson och jag söker härmed stipendium för att kunna förkovra mig och utbilda mig inom scenkonst. Jag har sökt Valla folkhögskolas linje för Scenkonst, en skådespeleriutbildning som har hög konstnärlig ambitionsnivå och endast har intag vartannat år. Jag har varit aktiv inom teaterlivet de senaste 14 åren som både amatör och semiprofessionell, med scendebuten som statist i Arnljot sommaren 2002. Sedan dess har det blivit återkommande rolltolkningar i Arnljot, och i flera andra sammanhang. Jag gick gymnasiet på Palmcrantzskolans estetiska program med inriktning drama. Det var en väldigt givande och utvecklande period för mig där jag lärde mig mycket värdefullt både för scenen och för att växa som människa. Utbildningen avslutades med en slutföreställning på Storsjöteatern där min klass satte upp pjäsen Den kaukasiska kritcirkeln, en ganska okänd pjäs av Berthold Brecht som vår lärare valde i bjärt kontrast till skolans tidigare dramaklassers barnteaterfokus. Efter gymnasiet började jag på Folkmusiklinjen på Birka Folkhögskola. Där fick jag även träna min röstförmåga på nya sätt vilket har hjälpt mig mycket i min användning av rösten på scen. Sedan dess har jag valt att engagera mig i olika föreställningar och föreningar. Tillsammans med Teater Verbal satte jag upp pjäsen "Först föds man ju" på bakgården av Gamla Tingshuset på Yranveckan 2010. Senare det året skrev jag ett manus baserat på pjäsen "Jeppe på berget" vilken jag satte upp tillsammans med skådespelaren Håkan Borgsten., Pjäsen turnérade till Palmcrantzskolan och Birka folkhögskola. Jag var med och grundade föreningen Östersund Stagefighting 2012 och har tränat med dem sedan dess. Att verka inom Jämtlands kulturliv har alltid varit en dröm för mig.	
Lisa Gideonsson 30	**Konst**	Mitt namn är Lisa Gideonsson och jag arbetar som konstnär tillsammans med Gustaf Londré sedan 6 år tillbaka. Efter att vi avslutat våra masterstudier vid Kungl. Konsthögskolan 2014 flyttade vi till Jämtland, där vi på olika sätt bygger upp något varaktigt, både för att det är där vi vill leva och verka, men också för att visa att det kan fungera att vara konstnär utanför staden. Vi arbetar med gränslinjen mellan vårt vardagliga liv och vår konstnärliga praktik (ofta mer eller mindre sammanblandat), och försöker att träda över denna gräns, genom att hänge oss till olika performativa strukturer som ett sätt att skapa konst och att leva. I detta arbete uppkommer ofta olika objekt, ofta som rena funktionella ting, som blir en del av den struktur som vi bygger upp. I ett senare skede blir vissa skulpturer, med viljan att maximera den funktion som vi behöver för just det performancet. Mer som en medaktör än objekt, där den performativa handlingen styr deras utformning. För tillfället jobbar jag också med att starta upp ett Konstfrämjandet i Jämtland. Min vision är att lyfta frågor och ämnen knutna till den lokala situationen och utforma en scen för konsten att verka i Jämtland. Detta sker i relation till Naturum Vålådalen där människans relation till naturen och kulturen är i fokus. Jag söker stipendiet för att kunna fortsätta att ägna mig åt detta projekt samt som ett bidragande medel för att verka som konstnär på heltid.	CV Examensbevis Kungl Konsthögskolan Fem arbetsprover
Lina Åkerblom, 19	**Musik, Konst**	Jag heter Lina Åkerblom och jag har alltid älskat kultur i alla dess former - bild, litteratur, dans, teater mm. men har själv funnit mitt uttryck i bildkonst och musik men framför allt teckning. Jag hade min första utställning på Urbn Arts i Östersund och fick då mycket goda omdömen från bl a konstkritikern Christer B Jarlås. Mittuniversitetets konstklubb köpte en av tavlorna. Tillsammans med Henrik Ljusberg höll jag även workshop i Hemvändartältet under Storsjöyran där målet var att inspirera folk i alla åldrar att ägna sig åt kulturuttryck i	Trå arbetsprover En artikel Webbutdrag Krokoms ungdomskultur-stipendium

		form av graffiti, tröjor med egna prints eller bara rita och lyssna på musik. Där sålde jag även mina egna prints från tidigare utställning. Utöver det gör jag också beställningsjobb, mestadels tavlor men även väggar, tatueringar och annat. Jag har även uppdrag att designa albumomslaget till den svenska musikern Ibbes nya singel. Jag går sista året på Humanistiska programmet med inriktning kultur. Efter gymnasiestudierna vill jag främst utbilda mig inom konst och litteratur för att vidareutveckla mitt uttryck och mina kunskaper. Jag har bland annat tittat på möjligheter att ta del av fristående kurser vid bl a Konstfack men också andra studiemöjligheter, både i Sverige och utomlands. Jag har verkligen hittat det jag brinner för och vill syssla med livet ut och även inspirera andra att uttrycka sig på deras egna vis om det så är dans, bild, foto eller kanske något helt annat.	
Aima Daorana Björk, 21	**Teater, Konst, Film och rörlig bild, Foto**	Jag fotograferar på magkänsla inspirerad av gamla och nya filmer, Drag Queens, mode och gamla kläder jag hittar på vinden. Jag syr även eget och använder mig av smink och hår som form för känsla i bilderna. Det mesta går på känsla och jag har inte formulerat mina tankar runt varför jag skapar men har ett behov för att formulera mig i bild, kläder och genom film. Jag har ett behov av att provocera med mitt skapande, genom att bryta isär normer. Jag är bäst på att uttrycka mig i bild inte med ord. Jag söker stipendiet för att kunna göra en utställning och kunna täcka resekostnaderna för de amatörmodeller som jag vill fotografera och eventuellt filma utanför storstan. Jag vill även ha resurser till att skapa olika situationer i olika miljöer, använda och göra kläder, hitta locations att skapa illusioner i. Jag vill utveckla mitt fotograferande och filmskapande bl.a. genom att använda mig av andra modeller än mig själv, vilket jag redan gör men som jag inte visar här. Just nu visar jag mest mina bilder på sociala medier men vill expandera min horisont och visa fysiska bilder.	Sju arbetsprover
Isabelle Sirelius Larsson, 27	**Teater, Film och rörlig bild**	Jag har sedan länge varit intresserad av högskolestudier i teater och jag känner mig idag mogen att uppta mina studier. Jag har gått en del folkhögskolor och förberedande utbildningar i teater. Jag har alltid älskat att spela teater och har alltid drömt om att bli skådespelerska. Jag läste Drama A och B på gymnasiet och efter studenten läste jag teater på New York Film Academy. Hemma i Sverige läste jag några kurser i film och teater på Stockholms universitet, bl.a. postkoloniala perspektiv på rörliga bilder samt dramaturgi och teaterhistoria. Senare gick jag ett år på Kulturama och ett halvår på Actors studio i Gamla Stan. Jag har skolor i Stockholm och Los Angeles och jag hoppas mest på att jag kommer in på Stockholms universitet. Båda är universitetskrediterade och omfattar vardera 3 år. Utbildningen i Stockholm är gratis medan den i Los Angeles är privat och kostar runt 400 000 kr per läsår. Jag kommer att behöva söka pengar till mat, boende och resor. Jag har ej rätt till CSN, då jag tog ut lån på utbildning som jag ej avslutade. Om jag kan få stipendier så skulle jag kunna fokusera helt på mina studier och inte känna mig obligerad till att helgjobba eller dylikt. I framtiden ser jag mig själv som professionell yrkesutövare inom teater och film. Jag hoppas kunna arbeta både i Sverige och med produktioner utomlands. Kanske kan jag även komma att göra filmer själv, jag har redan nu en del idéer till dessa.	

Ludvig Nordgren, 25	**Musik**	Jag heter Ludvig Nordgren och är född och uppvuxen i Umeå men bor för tillfället i Ås där jag studerar jazz/improvisation vid Birka folkhögskola. Musik ger mig tillgång stora delar av mitt känslospektrum då allt från glädje och kärlek till ilska och ångest ryms inom dess ramar. Musik får mig att känna mig kreativ och delaktig i något större. Jag tycker att det är mäktigt att uppleva musikens magi och kraft och minst lika mäktigt att kunna förmedla alla dessa känslor vidare till andra människor. Musiken och jag blev vänner då jag var 12 år i samband med att jag blev kär i musikstilen reggae. Kärleken till musiken växte med åren och det stod klart för mig att jag ville gå musiklinjen på gymnasiet. Under andra gymnasieåret började jag spela saxofon. I takt med att min lust för gitarren minskade ökade min lust för saxofonen och jazzen. Min gymnasieskola var väldigt jazzvänlig och steget var inte långt in i jazzens värld. Improvisation och Arrangering och Komposition var mina två favoritämnen inom musiken. Vid sidan av skolan spelade jag i reggaeband där mina improvisationskunskaper kunde tillämpas. Samtidigt som jag älskar improvisation finner jag även att arrangerad och redan komponerad musik har sin charm och funktion. Jag älskar också hur improvisation i mångt och mycket kan ersätta talan och orden men ändå förmedla samma sak. Jag har spelat saxofon i flertalet konstellationer inom jazz och gospel och är med i ett reggaeband som heter Partiet som har tusentals fans runt om i Norden spelar på välkända festivaler och scener. Inom bandet har jag skrivit en del musik, skrivit en del arrangemang för blåssektion och varit med och arrangerat nästan allt vi skapat och spelat in. Dessa år av bandverksamhet ledde till att jag törstade efter mer kunskap inom musiken som konstform och därför sökte jag mig norrut igen till Birka folkhögskola där jag kunnat testa musikaliska idéer, fått fin hjälp att utvecklas och haft tid till att hitta mig själv inom konstformen improvisation samt arrangering. Jag ska nu i vår söka vidare till musikhögskolan i Göteborg och Malmö samt till jazzlinjen vid Lunnevads folkhögskola. Jag hoppas på att kunna jobba med pedagogik och undervisningen f ör att jag älskar att lära ut och att få någon annan att få grepp om något de innan inte kände till. Stipendiemedlen kommer alltså gå till min fortsatta skolgång men om jag inte skulle komma in så kommer pengarna gå till saxofonlektioner och musikutrustning.	Ansökan till Lunnevad Fem ljudspår Noter

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Regional utveckling Kultur
Helena Wiktorsson
Tfn: 063-14 66 30063-14 67 03
E-post:

2016-05-117

RS/912/2016

Nomineringsförteckning Samiskt stipendium 2016

Namn	Område	Nominerarens motivering	Nominering
Ewa Ljungdahl	**Litteratur**	Nominering till Samiskt stipendium. Med stöd av bifogande handlingar vill jag (se bilaga) nominera Ewa Ljungdal till Samiskt stipendium. Ewa Ljungdal har varit projektledare för "Lär känna din Historia" som genomförts av Gaaltije under den senaste 10-årdperioden. Projektet har byggt på att samebyarna i det sydsamiska området gjort inventeringar med stöd av Ewa. Hon har sammanställt materialet. Projektet har resulterat i ett stort antal skrifter som framgår av bilagda underlag.	Ingrid Rehnfeldt med stöd av samebyar
Inga Marja Steinfjell	**Litteratur, Samiskt språk**	Jag är verksam som krönikör för Tidningen Härjedalen och bloggar på orreaejkie.blogspot.com på svenska om samiska ämnen, både interna och externa förhållanden. I synnerhet är det inläggen om kvinnorna roll i det samiska samhället som väcker debatt och delas flitigt, mycket för att ämnet är så tabubelagd. Jag har fått förfrågningar om att översätta texterna till sydsamiska och att skriva mera. En av texterna kommer användas i ett sydsamiskt läromedel i retorik. Just nu är det tiden som begränsar mig från att skriva på sydsamiska. Med ett stipendium skulle jag producera mera och översätta flera texter för att utge dessa. Sydsamiska böcker är det stor brist på och flera samiska förlag i Norge har visat intresse för projektet. Det är i Norge de samiska förlagen finns. Därför Norge.	Egen ansökan
Tomas Magnusson	**Slöjd och konsthantverk**	Tomas Magnusson är verksam inom dem sydsamiska slöjden och tar sin inspiration i det traditionella men med en personlig prägel. Sedan några år är Tomas också verksam som lärare inom området sameslöjd för barn över hela länet och därav min nominering. Som relativt ung slöjdare möter Tomas många barn och unga i syfte att föra ett traditionellt arv vidare och väcka intresse för vilka möjligheter som finns att hämta ur naturen och handens kunskap.	Anneli Westin

REGION
JÄMTLAND
HÄRJEDALEN

REGION
JÄMTLAND HÄRJEDALEN
2016 -02- 24
Dnr RS/414/2016

Medborgarförslag

Till
Region Jämtland Härjedalen
Box 654
831 27 Östersund

Datum: 20160223

Namn: HARRIET PERSSON

Gatu

Post

Tele

E-p COM

Förslaget i korthet:
ETT TEAM MED UNDERSKÖTERSKOR SOM ARBETAR PÅ ALLA AVDELNINGAR PÅ SJUKHUSET.
TEAMET SKA HA EXTRA KOMPETENS I ATT BEMÖTA DEMENTA.
DE SKA VARA FLEXIBLA OCH JOBBA PERSONCENTRERAT.

Motivering (beskriv och motivera ditt förslag): VÄRDEGRUND!
INNEBOENDE DEMENTA PATIENTER BEHÖVER EXTRA TRYGGHET FÖR ATT INTE STÖRA ANDRA PATIENTER. EN NY ARBETSGRUPP SKULLE AVLASTA PERSONAL SOM INTE HINNER MED DE SOM ÄR MYCKET OROLIGA. JAG SKULLE GÄRNA JOBBA MED DETTA, ATT MED SÅNG, BERÖRING OSV. LUGNA UTAN ATT DE BEHÖVS SÅ MYCKET LÄKEMEDEL

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: Harriet Persson

REGION
JÄMTLAND
HÄRJEDALEN

REGION
JÄMTLAND HÄRJEDALEN
2016 -03- 08
Dnr RS/512/2016

Medborgarförslag

Till
Region Jämtland Härjedalen
Box 654
831 27 Östersund

Datum: 2016 03 07

Namn:

Gatuadr

Postnun

Telefon-

E-postac

Förslaget i korthet:
Inrätta några dialysplatser på Hälsocentralen i Strömsund.

Motivering (beskriv och motivera ditt förslag):

Att två eller tre gånger i veckan åka in till Ösd för dialysbehandling är mycket påfrestande för den som inte har full hälsa. Strömsunds kommun är stor. Min man åker 2 x 100 km, två gånger i veckan. För den som bor i utkanten blir resan längre.

Välja bort dialysen är som vi vet, inget hållbart alternativ.

Några dialysplatser i Strömsund skulle spara många tårar, göra att orken räcker längre samt ge avsevärt ökad livskvalitet för dem det gäller.
Och för deras anhöriga.

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: Margareta Ragnarsson