

 **Hälso- och sjukvårdsnämnden**

Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning

TJÄNSTEUTLÅTANDE

2009-04-16

HSN 0807-0914

LS 0804-0375

*Handläggare:**Gunnel Blomgren***Yttrande över motion 2008:14 av Håkan Jörnehed (v) m.fl. om att utreda huruvida vårdgarantin har en baksida.****Ärendet**

Landstingsstyrelsen har begärt att hälso- och sjukvårdsnämnden ska yttra sig över motionen.

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att överlämna förvaltningens förslag

Förvaltningens synpunkter*Motionen*

Motionärerna önskar få belyst huruvida en nedprioritering sker av vård efter behov med anledning av vårdgarantin inom Stockholms läns landsting och vidare påkallas en översyn av hur det fungerar med utskrivningar och ansvaret mellan kommunal och landstingssjukvård.

Förvaltningens synpunkter**Vårdgaranti**

Inom hälso- och sjukvården utgör vårdgarantier ett ytterligare komplement för att stärka patientens ställning. Det främsta syftet med vårdgarantier är att sätta en borte gräns för hur länge en patient ska behöva vänta på medicinskt motiverad vård.

Målet för denna tillgänglighetsreform innebär också att ökad tillgänglighet kan påverka behandlingsresultaten och därmed patientens, närståendes och vårdpersonalens tillfredsställelse med vårdprocessen. Vidare medför en ökad tillgänglighet en samhällsekonomisk vinst då, i förekommande fall, arbetsförmåga på grund av långa sjukskrivningsperioder medför ett produktionsbortfall.

I internationella sammanhang är vårdgarantier en av de vanligaste åtgärderna för att förkorta väntetider i länder med skattefinansierad vård.

De vårdgarantier som tillämpats i Sverige sedan år 1992 har haft som mål att ingen ska behöva vänta längre än tre månader på planerad specialistvård. Vårdgarantin från 1998 omfattade besök till primärvården och till den specialiserade vården. Den 1 januari 2007

fastställdes en nationella Vårdgaranti med tidsintervallerna, 0-7-90-90, till att omfatta även behandling inom den planerade specialiserade vården. Vårdgarantin gäller därmed all planerad vård som är medicinskt motiverad. I vissa fall kan väntetiden till behandling ändå överstiga 90 dagar, om patienten vill komma till en viss enhet/läkare alternativt om medicinska skäl föreligger för en längre väntetid. Om landstinget inte klarar av att erbjuda vård inom vårdgarantins tidsgränser ska landstinget aktivt hjälpa till att ordna vård hos annan vårdgivare, utan extra kostnader för patienten. Detta innebär att landstinget ska ersätta patienten för eventuella merkostnader (sjukresor, hotell, ledsagare m m). Även privata vårdgivare med offentlig finansiering ska tillämpa vårdgarantin.

I Stockholms läns landsting är Vårdgaranti ett samlingsnamn för behandlingsgaranti, besöksgaranti och tillgänglighetsgaranti som gäller all planerad hälso- och sjukvård.

Stockholms läns landsting har dessutom beslutat om en högre tillgänglighet och om ett väsentligt tidigare omhändertagande av patienten än i övriga Sverige.

Vårdgaranti i SLL; är i dagar sett, 0 -5 -30 – 90.

- 0 - samma dag som någon söker hjälp ska kontakt erhållas med vårdcentral eller Vårdguiden per telefon 320 100
- 5 - läkare ska kunna träffas på vårdcentral eller husläkarmottagning vid behov
- 30 - det ska ta mindre än 30 dagar för att få komma till den specialiserade vården oavsett om patienten är remitterad (eller från det att läkaren beslutat att remiss ska skrivas varvid remissdatum gäller). Detta gäller också för remiss till psykoterapi remiss skrivs av ansvarig läkare inom psykiatrin sedan klinikerns bedömargrupp för psykoterapi bedömt behovet
- 90 - anser läkaren i den specialiserade vården att behandling är påkallad ska den inledas så snart som möjligt och senast inom 90 dagar efter beslutet

Denna tillgänglighetsgaranti medför oftast att patienten erbjuds att byta till ny vårdgivare för att garantin ska kunna uppfyllas.

Tid för utredning, exempelvis röntgen räknas inte in i vårdgarantin.

Aktuella väntetider inom landstinget finns tillgängliga på IT-portalen "Vårdguiden".

Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning tar fram två rapporter årligen över tillgängligheten i sjukvården. Uppföljning av tillgängligheten i den specialiserade vården sker varje månad.

Vårdgarantin är också ett komplement till de långtgående möjligheter att välja vårdgivare som redan finns i den svenska hälso- och sjukvården. Dessa beslut bygger på en strävan att underlätta för patienten att söka vård där det av olika skäl passar bäst. Patienten kan alltid söka öppenvård i annat landsting på samma villkor som i hemlandstinget. För val av behandling i annat landsting är möjligheten densamma för vårdgarantin – att hemlandstinget beslutat. Skillnaden mot vårdgarantin är här att valmöjligheten finns oavsett väntetidens längd och att patienten själv får stå för

eventuellt utökade resekostnader. Samverkansavtal med Gotland och mellanlänsavtalet (ABC-avtalet) med Uppsala får beaktas i särskild ordning.

För att valmöjligheterna och vårdgarantin ska fungera krävs att patienterna är informerade. De patienter som vill söka vård på annat håll ska ges erfoderligt stöd. Vid HSN förvaltning finns ett vårdgarantikansli som medverkar till att vara patienter behjälpliga i detta sammanhang

Vårdgarantin är en strukturell förändring som kräver metodutveckling och ett systematiskt arbete kring utarbetande av indikatorer för mätning och uppföljning av vårdens kvalitet samt dess resultat. Adekvata vårdprogram ska användas och data inrapporterade till kvalitetsregister kan användas för uppföljning. Parallellt krävs uppföljning både för att identifiera resursbehov och hur indikationer och prioriteringar påverkas. Genom inrapportering till Centrala Väntetidsregistret (CVR) följs väntetiderna för de mottagningar och behandlingar/åtgärder som följs upp i den nationella vårdgarantin.

Denna styrsignal ska ge patienten en ökad kvalitet i vården. Det ska också i allas intresse medföra en effektiv, utvecklingsinriktad och kostnadseffektivt omhändertagande. Ett omhändertagande som baserar sig på de prioriteringsregler som gäller svensk hälso- och sjukvård och av landstinget antagna utfästelser.

Socialstyrelsen framhåller sin rapport 2008-02-06 bl a att Vårdgarantireformen från 2005 generellt haft begränsade effekter på väntetiderna. Sedan april 2006 och oktober 2007 ökade väntetiden till specialistbesök i hälften av landstingen medan väntetiden till behandling ökade i drygt en tredjedel av landstingen. I landsting där väntetiderna minskat påtagligt kan den positiva utvecklingen, enligt Socialstyrelsens bedömning, till stor del kopplas till de tillgänglighetssatsningar som genomförts i enlighet med reformen.

I SLLs Långtidsutredning 2008-2025 hänvisas till att uppgifter från Sveriges Kommuner och Landsting -SKL- gör gällande att vårdgarantin hade en signifikant effekt på väntetider direkt efter införandet i november 2005, men att denna effekt avtog under första halvåret av 2006. Det fanns också tecken på att förhållandevis unga patienter med relativt god hälsa var överrepresenterade bland dem som får vård i annat landsting. Variationerna i väntetider mellan landstingen är dock stora. De stora skillnader som finns mellan landstingens IT-system och IT-miljöer påverkar möjligheterna att utveckla och införa gemensamma landstingsövergripande system. Socialstyrelsen påpekar att det krävs en enhetlig uppföljning av personer i varje landsting som får ett konkret erbjudande om vård utanför det egna landstinget

Socialstyrelsen anger vidare att arbetet med att ta fram och införa enhetliga medicinska indikationer för behandling har varit en komponent i vårdgarantireformen. Enhetliga medicinska indikationer ger förutsättningar för prioriteringar, jämförelser av redovisade väntetider och en mer enhetlig behandlingspraxis. Utgångspunkten för behandling är att

det medicinska behovet avgör vilka patienter som behandlas först och vilka som får vänta längre eller inte ska behandlas alls.

I Stockholms läns landsting bedrivs och har bedrivits ett omfattande arbete med att ta fram regionala vårdprogram som anger evidens, nytta, patientfokus och kostnads-effektivitet. De regionala vårdprogrammen ska finnas med i kravspecifikationer och avtal samt följas upp.

Undanträngning

Avvikelser från gällande prioriteringsriktlinjer som antagits av riksdagen benämns undanträngning.

I vårdgarantisammanhang finns tre huvudsakliga former av undanträngning som bör beaktas och följas upp;

1. undanträngning inom samma patientgrupp genom att de som ligger nära tidsgränsen för vårdgarantin eventuellt kan tränga ut patienter med högre prioritet.
2. undanträngning av patientgrupper som inte täcks av vårdgarantin och
3. undanträngning av patienter i den delen av vårdkedjan som inte täcks av vårdgarantin.

Att besluta om en vårdgarantireform innebära ett tydligt åtagande gentemot patienten vilket ökar kraven på prioriteringsarbetet. Den aktuella verksamhetens prioriteringar och indikationsgränser får vårdgarantin att träda i kraft och möjligheten att söka vård även i annat landsting. Därmed skärps vikten av att vården kontinuerligt bedriver ett medicinskt programarbete som leder till överenskomna prioriteringar såväl mellan olika vårdområden som inom dessa. På så sätt kan de medicinska konsekvenserna för olika sjukdomsgrupper vägas in, vilket bör minska risken för undanträngningseffekter.

Detta torde ytterligare kunna stimulera utvecklingen av en mer säker och evidensbaserad vård. Vidare bör detta leda till en ökad tydlighet om vårdens åtaganden samtidigt som krav ställs på vårdens arbete med vertikala prioriteringar.

Socialstyrelsen har funnit att det finns "vissa tecken på att vårdgarantirelaterad undanträngning förekommer" men att det saknas underlag för att kvantifiera undanträngningseffekter till följd av vårdgarantin och därmed dra några slutsatser kring prioriteringar inom hälso- och sjukvården.

Det har också funnits farhågor om att vårdgarantins konstruktion skulle leda till att patientgrupper som inte omfattas av vårdgarantin trängs undan, exempelvis patienter med kronisk sjukdom. I Socialstyrelsens rapport 2008-02-06 framgår att utifrån det underlag som Socialstyrelsen använder sig av för att följa utvecklingen inom hälso- och sjukvården har man inte på ett mer kvantitativt sätt kunnat fastställa huruvida undanträngning förekommer på en övergripande nivå.

En stor del av hälso- och sjukvårdens uppgift och ansvar omfattar kroniskt sjuka människor –långt mer än 50 % av vårdbelastning och resurser-. Sjukdomsgrupper är hjärt-kärlsjukdom, diabetes, cancer och de psykiska sjukdomstillstånden.

De stora kroniska sjukdomsgrupperna är viktiga att beakta i utvecklingen av hälso- och sjukvårdssystemet.

Tillgänglighet

Styrning och ledning av vårdgarantin följer den ansvarslinje som landstinget beslutat om, vilket innebär att ett stort ansvar ligger på varje produktionsenhet. Ett påbörjat samlat systematiskt förbättringsarbete inom olika aktivitetsområden har påbörjats vid HSN-förvaltningen för att få ett samlat helhetsgrepp för att långsiktigt kunna öka tillgängligheten, ge en ökad demokratisk insyn, och därmed fullfölja intentionerna med reformen.

För att göra väntetiderna till en bättre tillgänglighetsindikator och öka jämförbarheten av väntetid över tid är det nödvändigt att landstinget systematiskt förbättrar inrapportering och datasäkerheten. Det är vidare av vikt att väntetidsdata analyseras och i möjligaste mån kompletteras med eventuella avvikelser från gällande prioriteringsriktlinjer.

Förvaltningen tar fram två rapporter årligen över tillgängligheten i sjukvården, därutöver lämnas sammanställningar i boksluten.

Förvaltningen har under 2008 haft som övergripande målsättning ”noll köande utöver vårdgarantins gränser per den första januari 2009”. Målsättningen blev inte uppnådd under 2008, men tillgängligheten förbättrades betydligt, se HSN:s rapport ”Tillgänglighetsprojektet 2008”. Vidare har rapporteringsgraden ökat till centralt väntetidsregister vilket medför ökade möjligheter till uppföljning och styrning. På uppdrag av förvaltningen redovisar Medical Management Centre vid Karolinska Institutet i en forskningsrapport att man konstaterar att fler individer har kommit fram i vården inom alla områden i länet, vilket tyder på en förbättrad jämlikhet i omhändertagandet.

Förvaltningens tillgänglighetsarbete kommer även att fortsättningsvis fokuseras på bl a ökade kommunikationsinsatser till länets invånare och till verksamhetsföreträdare inom hälso- och sjukvården. Vidare kommer vårdgarantikansliet att särskilt beakta och följa upp neuropsykiatriska utredningar.

Körevision

Förvaltningen har initierat en revision av köhanteringen på sjukhusen. Berörda kliniker finns inom specialiteterna ortopedi, hud, öron-, näsa-, halssjukdomar samt kliniker som utför obesitasoperationer. Berörda sjukhus är Karolinska Universitetssjukhuset (Solna och Huddinge), Södersjukhuset AB, Danderyds Sjukhus AB, Capio S:t Görans sjukhus AB samt Södertälje sjukhus.

Utifrån resultaten av revisionen rekommenderade revisorerna bland annat att en kvalitetskontroll av inrapporteringen av väntetider till mottagningsbesök och till behandling/åtgärd ska göras. Andra områden som belystes är remissflödet mellan

sjukhus och mellan sjukhus och andra vårdgivare samt hur informationen till patienterna om väntetider/vårdgaranti fungerar.

Målen för verksamheten bör vara köfrihet då väntande patienter ska administreras, informeras, dokumenteras och prioriteras. Långa väntetider och köer kan vara en konsekvens av bristande resurser i förhållande till behovet. Faktorer som beror på brister i verksamhetsstyrning, vårdlogistisk och i produktionsplanering är viktiga moment att uppmärksamma för att vårdgarantin ska bli den tillgänglighetsreform som utlovats.

Ny avtalsmodell för akutsjukhusen

Den nya ersättningsmodellen avses gynna effektivitet. De förändringar i avtalen som **bl** a är aktuella i detta fall är införandet av

- Tillgänglighetskrav för sjukhusen kopplat till ekonomiskt ansvar, dvs det är sjukhusens ansvar att hjälpa patienten till vård i rätt tid –att hålla vårdgarantin. Inga remisser får skickas tillbaka till remitterande läkare. Inom ramen för vårdgarantin är det sjukhusets ansvar att i samråd med patienten hjälpa dem till snabbare vård hos någon annan vårdgivare. Om patienten ändå föredrar att bli behandlad hos sjukhuset får denne föras upp på väntelista men kan då inte åberopa vårdgarantin.

Sjukhusen får ett tillgänglighetsansvar i linje med vårdgarantin för de specialiteter de har inom uppdraget, för de patienter som kräver sjukhusets nivå av specialistkompetens och resurser. Sjukhusen fokuserar på att möta detta genom omprioritering mellan sjukhusets olika verksamhetsområden och aktivt arbete med granskning av remisser och relevans av den vård som genomförs. Sjukhusen förväntas optimera sin produktion genom samarbete med underleverantörer vilket kan inkludera andra sjukhus, och sjukhusen får en väsentligt utökad informationsplikt om vårdgarantin gentemot patienten. I de fall patienter inte kan erbjudas vård inom vårdgarantin (hos mottagande sjukhus eller annan vårdgivare) och patienten inte frivilligt väljer att kvarstå i sjukhusets kö ska sjukhuset erbjuda kontakt med Vårdgarantikansliet.

Får patienten vård hos annan vårdgivare via Vårdgarantikansliet återförs kostnaden på sjukhuset. Istället för detaljstyrning i form av klinikbeställningar styr beställaren således genom att definiera utbudskartan och vårdgivarnas uppdrag, samt att prioritera ekonomiska ramar mellan vårdgivare och vårdtyper för att uppnå bästa möjliga systemeffektivitet. Även ett ökat samarbete krävs med kommunerna.

Vårdguiden

Vårdguiden har utvecklat den webbaserade internet tjänsten "Mina vårdkontakter" som erbjuder patienter att ha kontakt med sina vårdmottagningar inom primärvården och specialistmottagningarna utanför akutsjukhusen.

Från och ned 2009 kommer "Mina vårdkontakter" att införas på Danderyds sjukhus, varvid sjukhuset förväntar sig en minskad belastning på telefonerna och därmed en ökad telefontillgänglighet för de patienter som inte har så stor vana av Internet. Vidare kan "Mina vårdkontakter" bidra till att reducera antalet besök där patienter uteblir pga. av svårigheter att nå mottagningarna för att kunna avboka ett besök. Med ytterligare en kommunikationskanal till mottagningarna ökar därmed den totala tillgängligheten.

Rutiner inför utskrivning från slutenvård och ansvaret mellan kommun och landstinget

En samverkansöverenskommelse träffades 2007 mellan Stockholms läns landsting och Kommunförbundet Stockholms län (KSL) angående samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård. Överenskommelsen omfattar praktiska rutiner kring inskrivningsmeddelande, kallelse till vårdplanering, vårdplan, begreppet utskrivningsklar, betalningsansvar och uppföljning av överenskommelsen. Som stöd finns ett ärendehanteringssystem –WebCare-, som ska förenkla den administrativa hanteringen och öka informationsöverföringen vid in- och utskrivning från slutenvården.

WebCare innehåller en adresskatalog över de sjukvårdande enheterna som har avtal med Stockholms läns landsting och över berörda enheter i länets kommuner. WebCare ska förenkla uppgiften att hitta rätt bland vård- och omsorgsgivare till en patient. En snabb och ändamålsenlig informationsöverföring samt vårdplanering vid utskrivning är en av förutsättning för att patienten ska få en säker och god vård i komplicerade vårdkedjor. Vidare underlättas tillämpningen av regelverket kring betalningsansvaret mellan kommun och landsting.

Grundläggande bestämmelser om samverkan vid in- och utskrivning i slutenvård finns i lag (SFS 1990:1404, ändring införd 2003:193) om kommuners betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård och Socialstyrelsens föreskrifter om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård (SOSFS 2005:27).

I enlighet med fattat beslut i landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden sker under våren 2009 en samverkan kring en gemensam uppföljning med KSL för att säkerställa ett gott och säkert omhändertagande samt att de administrativa rutinerna underlättar kommunikationen inom och mellan de båda huvudmännen. En partsammansatt arbetsgrupp har bildats för uppgiften.

Stockholms läns landsting och KSL har genomfört en uppföljning utifrån separata frågemallar med verksamhetsföreträdare från berörda vårdgrenar och förvaltningar under februari 2009. Under april månad görs en sammanställning och analys av inkomna svar tillsammans med KSL. Därefter kommer resultatet att kommuniceras med chefläkargruppen och företrädare för produktions- och sjukhusledningarna.

I uppdraget ingår vidare att säkerställa att befintligt IT-stöd –WebCare för somatisk specialistvård och geriatrik tillsammans med en WebCare lösning för psykiatri, kan komma att utgöra ett "trygghetskvitto" i vården.

Vid presidiummötet mellan SLL och KSL i mars 2009 uppdrogs till arbetsgruppen för

översynen av avtalet att också se över hur planering vid storhelger och semestrar kan optimeras.

Redovisning av lämnade uppgifter från verksamheten och införande av "trygghetskvitto" i hela länet samt förslag till en eventuell revidering av samverkansöverenskommelsen ska presenteras vid ett presidiummöte mellan SLLs hälso- och sjukvårdsnämnd och KSLs vård- och omsorgsberedning i juni 2009.

Avslutning

Hälso- och sjukvårdssystemet är förutom sin komplexitet även utsatt för krav, intressen att inom tillgängliga ramar klara en växande efterfrågan och belastning som demografi och den medicin och medicintekniska utvecklingen medför.

Hälso- och sjukvården är en kunskapsorganisation där kvalitetsredovisningar, resultatvärderingar och ekonomistyrning kräver att alla nivåer i sjukvårdssystemet är införstådda i hur interaktionen påverkar det totala resultatet.

En offentligt öppen redovisning av vårdens resultat och tillgänglighet är en pågående verksamhetsprocess liksom utarbetande av modeller och metoder att erbjuda kvalitetsjämförelser för patientens val av vårdgivare.

Meningsfulla öppna kvalitetsredovisningar förväntas leda till högre kvalitet i vårdprocesserna och till bättre vårdresultat. Här finns en uppenbar länk mellan allmänhetens och patienternas kvalitetsintresse, den öppna redovisningen och processerna att utveckla hälso- och sjukvården.

Diskussionen kring vård efter behov utifrån medicinska indikationer kräver att uppdragsgivaren är observant på variationer i det medicinska omhändertagandet, tendensen att vidga indikationerna och att identifiera eventuellt behov av begränsningar –prioriteringar.

Vidare står Stockholms hälso- och sjukvård inför ytterligare utmaningar mot bakgrund av kommande lagstiftning och utredningar där prioriteringar och ett förtydligande av patientens ställning i vården är aktuellt. Vård i enlighet med överenskomna nationella riktlinjer och regionala vårdprogram är andra områden som behöver aktualiseras.

Förvaltningens tillgänglighetsarbete kommer vidare att fokuseras på ökade kommunikationsinsatser med inriktning mot länets invånare och till verksamhetsföreträdare inom hälso- och sjukvården.

Catarina Andersson Forsman

Henrik Almkvist



Vänsterpartiet

| |
|---------------------------|
| Ankom |
| Stockholms läns landsting |
| 2008-04-08 |
| Dnr. LS 0804-0375 |

SJR 2008:14

8 april 2008

Motion av Håkan Jörnehed (v) m.fl. om att utreda huruvida vårdgarantin har en baksida

Införandet av vårdgarantin har fungerat bra i stora delar. Vård i rätt tid är en viktig del av vård efter behov, och delar av vården har behövt förbättra sina inre processer och bättre se medborgarna och patienterna. Men varje fråga som prioriteras leder till att något annat nedprioriteras. Det finns en viss risk för att patienter med lägre prioritet får vård före patienter med större behov. Därför är det viktigt att bredda fokus inom hälso- och sjukvården till att uppmärksamma det som möjligen prioriteras bort genom vårdgarantiarbetet.

Från sjukvårdspersonal, patientorganisationer och forskarhåll har vi hört varningar om att vårdgarantin har en baksida. Att ensidigt hävda 90 dagar för nästan alla grupper är inte vård efter behov. I Socialstyrelsens rapport varnas det i ganska starka ordalag för undanträngning och andra debattörer har pekat på ytterligare problem som vårdgarantin kan ha skapat:

- Garantitiden på 90 dagar riskerar att leda till att kötiden går före vårdbehovet.
- Utredningstider riskerar att förlängas till följd av fokus på nybesök och behandling.
- Kvantifierbara åtgärder och snabba behandlingar kan komma att prioriteras, medan patienter med kroniska sjukdomar eller behov av återbesök och rehabilitering riskerar att prioriteras ner. Denna sista undanträngning gäller både inom primärvård och sjukhusvård. Det handlar om stora grupper av äldre och multisjuka som enligt de nationella riktlinjerna har hög prioritet.
- Fokus på produktivitet och korta vårdtider för att klara vårdgarantin riskerar att leda till att omvårdnaden blir lidande genom överbeläggningar och stress.
- Fokus på genomströmning riskerar att leda till att patienter skrivs ut för tidigt, så att den kommunala hemsjukvården inte kan ta hand om dem, vilket ökar risken för återinskrivningar.
- Felprioritering genom att de som aktivt söker sig till andra vårdgivare får snabbare vård.

Ovanstående är viktigt att ta i beaktande när vi talar om vårdens kvalitet och vård efter behov.

Förslag till beslut

Vänsterpartiet föreslår landstingsfullmäktige besluta

att Landstingsstyrelsen får i uppdrag att i samverkan med Hälso- och sjukvårdsnämnden göra en genomgripande kartläggning och analys av konflikten mellan vård efter behov och vårdgaranti i enlighet med ovanstående formuleringar, i syfte att säkerställa en vård efter behov

att Landstingsstyrelsen ges i uppdrag att i samverkan med Hälso- och sjukvårdsnämnden, primärvården, sjukhusen och kommunerna göra en översyn av hur det fungerar med utskrivningar och ansvaret mellan kommunal och landstingssjukvård?

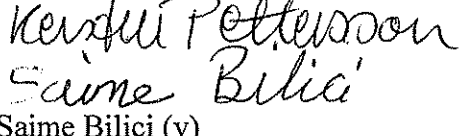

Håkan Jönheden (v)

Birgitta Sevefjord (v)


Kerstin Pettersson (v)



Thomas Magnusson (v)

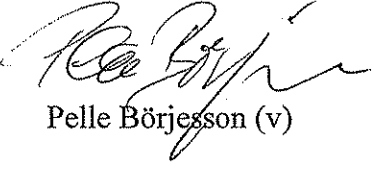

Mats Skoglund (v)


Saima Bilici (v)


Necla Bora (v)


Jan Wattsgård (v)


Gunilla Roxby-Cromvall (v)


Pelle Börjesson (v)