

Samordningskansliet
Helge Jonsson
Tfn: 063-14 76 36
E-post: helge.jonsson@jll.se

2013-05-28

Delårsbokslut 2013-04-30 (LS/458/2013)

Ärendebeskrivning

Protokollsutdrag – Ekonomiutskottet 2013-04-29, § 55 Delårsbokslut 2013-04-30 (LS/458/2013)

Ärendebeskrivning

Delårsbokslutet efter april visar att hälften av verksamhetsmålen redan ligger i nivå med målet för året men än återstår stort arbete innan alla mål är uppfyllda. Områden med särskilt fokus är medicinska resultat, tillgänglighet och ekonomi.

Landstingets ekonomi är fortsatt svag. Det ekonomiska resultatet efter april för landstingets verksamheter är 0,3 miljoner kronor. Finansnettot försämrar resultatet till - 6,8 miljoner. När även effekten av den sänkta ripsräntan räknas in, en kostnad som samtliga landsting drabbas av, är resultatet efter april -124,7 miljoner kronor. Jämfört med april 2012 har resultatet förbättrats med 19,4 miljoner, om Rips-ränteeffekten på 117,8 miljoner kronor räknas bort.

De ekonomiska förutsättningarna har förändrats i positiv riktning under året. Skatteintäkter och generella statsbidrag beräknas bli 15,7 respektive 3,9 miljoner högre än budgeterat. Detta motverkas delvis av statsbidraget för läkemedelsförmånen som bedöms bli 14 miljoner kronor lägre än budgeterat. Det finns fortfarande ingen överenskommelse mellan SKL och regeringen så prognosen grundar sig på de månadsbelopp som hittills betalats ut. Finansnettot bedöms bli 1,3 miljoner bättre än budget, främst beroende på lägre finansiella kostnader för pensioner.

Prognos för helår är - 54 miljoner kronor exklusive Rips-ränteeffekt och -172 miljoner kronor inklusive Rips-effekten. Prognosen inkluderar inga riktade statsbidrag som landstinget ännu inte uppfyllt kravet för. I prognosen ingår ett förväntat underskott i Länstrafiken med 6,1 miljoner kronor. Kravet från landstingsstyrelsen på verksamheten är ett ekonomiskt nollresultat, bortsett från effekterna av ripsräntan och underskottet i länstrafiken.

Arbetet med att sänka verksamhetens kostnader är fortsatt högt prioriterat.

Beslutsunderlag

Delårsbokslut för Jämtlands läns landsting 2013-04-30

Tjänstemannaförslag

Ekonomiutskottet föreslår landstingsstyrelsen

Landstingsstyrelsen föreslår landstingsfullmäktige

Delårsbokslut per 2013-04-30 godkänns.

EKONOMIUTSKOTTETS BESLUT

Ekonomiutskottet föreslår landstingsstyrelsen

Landstingsstyrelsen föreslår landstingsfullmäktige

Delårsbokslut per 2013-04-30 godkänns.

Delårsbokslut april 2013

Jämtlands läns landsting



Innehåll

Vision och verksamhetsidé för Jämtlands läns landsting	4
Viktiga händelser under januari – april 2013	5
Uppföljning av landstingsdirektörens verksamhetsplan	6
God hälsa och positiv livsmiljö	9
Bättre kvalitet i vården.....	11
Patientsäkerhet	13
Vård i rimlig tid	16
Läkemedel	22
Miljöarbetet går framåt	23
Regional utveckling	24
Medarbetare.....	25
Ekonomi	28
Kommentarer till prognoser för helår 2013.	30
Likviditeten på oförändrad nivå	32
Investeringar.....	33
Finansförvaltning.....	34
Räkenskaper	35

Foto framsidan : Calle Bredberg/Bildarkivet.se

Färre stafettläkare men fortsatt svag ekonomi

Delårsbokslutet efter april visar bland annat att Jämtlands läns landsting har minst problem med trycksår i hela landet, att antalet stafettläkare minskat och att utskrivningen av antibiotika är fortsatt låg.

Den ekonomiska situationen är dock fortsatt mycket svår. Verksamheter och staber arbetar hårt och fokuserat på att hitta besparingar men även på att blicka framåt. Det långsiktiga arbetet med en verksamhetsstrategi som grundar sig på Lean-filosofin är påbörjad, samtliga chefer har gått en introduktionsutbildning och ett samarbete med Mittuniversitetet är inlett. Avsikten med att arbeta enligt Lean är att med medarbetarnas hjälp utveckla och effektivisera verksamheten så att den kommer patienten bäst till del samtidigt som arbetsmiljön förbättras.

- **Kostnader**

Nyttjandet av inhyrd personal inom landstinget, i första hand stafettläkare, har minskat med 10 procent jämfört med 2012. Minskningen är störst inom primärvården och Centrum för diagnostik, teknik och service.

Det ekonomiska resultatet för landstingets verksamheter stannar efter delåret i april på ett knappt plusresultat, 300 000 kronor. Underskottet i de finansiella posterna drar dock ner resultatet till – 6,8 miljoner.. Om effekten av den sänkta ripsrörelsen räknas in, en kostnad som samtliga landsting drabbas av, är resultatet -124,7 miljoner kronor efter april.

Prognosen för helåret 2013 ligger på - 54 miljoner kronor utan Rips-rörelseffekt och -172,2 miljoner kronor inklusive Rips-rörelseffekten. Kravet från landstingsstyrelsen är ett ekonomiskt resultat som slutar på 0 bortsett från effekterna av ripsrörelsen.

Nettokostnadsökningen var efter april något för hög för att landstinget ska klara ekonomin för året.

- **Tillgänglighet**

Målen för tillgänglighet till vården, att patienten får komma på besök och behandling inom vissa tidsramar, uppnås inte, några pengar från kömiljarden går därför inte att räkna hem. Vårdgarantin uppfylls inte.

Andelen medborgare som skaffat konto i Mina vårdkontakter är knappt tio procent, målet är att 15 procent av medborgarna i länet ska ha skaffat ett konto vid årets slut.

- **Medicinsk kvalitet**

Andelen patienter som återinskrivs inom 30 dagar efter en behandling är lägre än förra året och antibiotikaförskrivningen i länet är fortsatt låg. Vårdrelaterade infektioner för inlagda patienter minskade under april och klarar uppsatt mål. Vid en nationell mätning om trycksår utmärkte sig Jämtlands läns landsting som bäst i landet.

Andelen patienter som får vänta som längst fyra timmar på akutmottagningen är 62%. Målet är 80%.

Vision och verksamhetsidé för Jämtlands läns landsting

Visionen är: ”God hälsa och positiv livsmiljö för alla i Jämtlands län.”

Så lyder Jämtlands läns landstings vision. Alla människor i Jämtlands län – oavsett kön, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, sexuell läggning eller funktionshinder – ska ha god hälsa och kunna hålla sig friska längre i ett hälsofrämjande län. De ska också kunna ha ett gott liv i en positiv livsmiljö, utifrån sina olika förutsättningar.

Verksamhetsidé

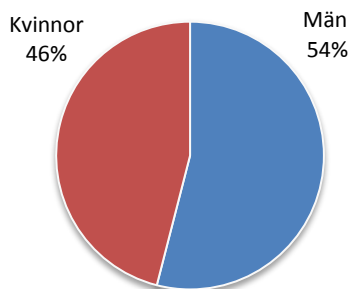
Hälso- och sjukvård: Jämtlands läns landsting ska tillhandahålla en tillgänglig och god vård som tillfredställer medborgarnas behov av en trygg tillvaro med god livskvalitet genom att ha kvalitet och effektivitet som ledningsstrategi.

Regional utveckling: Jämtlands läns landsting ska, genom att samverka optimalt med andra aktörer aktivt bidra till att de resurser som finns och kan utverkas används effektivt till en hållbar utveckling av regionen.

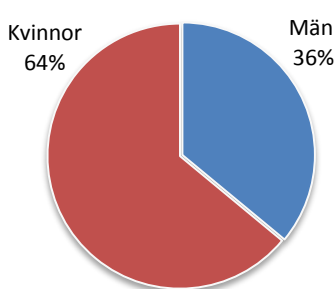
Jämtlands läns landstings organisation



Könsfördelning, ledamöter i landstingsstyrelsen, 13 st



Könsfördelning, landstingets ledningsgrupp, 14 st



Viktiga händelser under januari – april 2013

Tf landstingsdirektör

Karin Strandberg Nöjd slutade sin tjänst som landstingsdirektör och ersattes tillfälligt av personalchef Björn Ahlnäs. Ny landstingsdirektör beräknas tillträda efter sommaren.

Landstinget ansöker om regionbildning

Jämtlands läns landsting har beslutat att ansöka om att bilda en egen region från 2015. Om samtliga kommuner i länet ställer sig bakom en regionbildning kommer en ansökan att skickas till regeringen senast sista juni. Regeringens besked förväntas komma våren 2014.

Stafettläkarstopp

Styrelsen beslutade införa stopp för stafettläkare i Östersundsområdet från 1 juni 2013.

Köp av 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. Affären blev klar i april och besparingen beräknas bli runt 2,4 miljoner kronor per år de närmaste åren.

Jämtland förskriver minst antibiotika i Sverige

Smittskyddsinstitutets kvartalsrapport med siffror över landets antibiotikaförskrivning visar att Jämtland ligger lägst i landet med den totala användningen av antibiotika. Dessutom har länet den absolut lägsta förbrukningen av antibiotika bland barn.

Gilla landstinget på Facebook!

Från april finns landstingets officiella Facebooksida! Här blandas nyheter och information om allt från enkla tips på hur man kan förbättra sin hälsa till annonser om lediga jobb. Facebooksidan kommer framförallt att vara en service till våra medborgare.

Screening av aorta

Fysiologavdelningen på Östersunds sjukhus erbjuder nu alla män som bor i Jämtlands län och fyller 65 år en ultraljudsundersökning av stora kroppspulsådern, även kallat screening av aorta. Det är en förebyggande satsning för att minska dödligheten i brustet pulsåderbräck.

Länets hälsocentraler fortfarande bland de bästa!

Resultaten av den årliga patientenkäten kring länets hälsocentraler visar att länets patienter är nöjda med sin primärvård och att den fortfarande är bland de bästa i landet. Liksom 2011 kommer landstinget på sjätte plats av landets 21 landsting.

Sverige bäst på att undvika trycksckador

Vid en nationell mätning av trycksår inom alla slutenvårdsavdelningar var Jämtland bäst i landet och hade lägst andel patienter med trycksår, 8,7%. Andelen var lägre än tidigare års mätningar. Riksgenomsnittet för mätningen var 15%.

Produktions- och kapacitetsplanering samt Lean

Under hösten 2012 genomfördes en förstudie kring produktions- och kapacitetsplanering. Den blev klar i februari med en rad förslag på åtgärder som direktörens ledningsgrupp beslutat att landstinget ska genomföra. Lean är ett beprövat och framgångsrikt sätt att arbeta på inom såväl industrin som inom flera landsting. Nu har även Jämtlands läns landsting börjat arbeta enligt Leans principer. Produktions- och kapacitetsplaneringen är en del i det.

Uppföljning av landstingsdirektörens verksamhetsplan

För att arbeta mot landstingets vision skapas olika planer. Jämtlands läns landsting arbetar i huvudsak med fyra olika typer av planer:

- Långsiktiga utvecklingsplaner; har ett tolvårsperspektiv och revideras vart fjärde år
- Landstingsplan; har ett treårsperspektiv och revideras varje år
- Verksamhetsplaner; har ett ettårsperspektiv och skapas nya varje år
- Landstingsövergripande handlingsplaner

De långsiktiga utvecklingsplanerna ägs av och beslutas av fullmäktige. Dessa långsiktiga utvecklingsplaner ligger till grund för landstingsplanen som även den ägs av och beslutas av fullmäktige. Landstingsplanen innehåller de övergripande mål och framgångsfaktorer som gäller för den kommande treårsperioden och en övergripande budget för dessa tre år. Landstingsdirektören skapar en verksamhetsplan där mått och mätetal beskrivs utifrån vision, övergripande mål och framgångsfaktorer. I verksamhetsplanen ingår också de landstingsövergripande handlingsplaner som ska följas upp av styrelsen och LD ledningsgrupp. Landstingsdirektörens verksamhetsplan godkänns av Landstingsstyrelsen

I tabellen nedan anger grön pil att målet är uppnått. Gul pil anger målavvikelse med mindre än 10 procent. Röd pil anger målavvikelse med mer än 10 procent.



= Förbättring med mer än 5 procent jämfört med föregående år.



= Försämring med mer än 5 procent jämfört med föregående år.



= Samma värde som föregående år inom intervallet +/- 5 procent.

Samhälle

Mål 2013	Målvärde 2013	Resultat per 2013-04	Kommentarer
Andel patienter i öppenvård i den specialiserade vården som dokumenterat tillfrågas om alkohol, tobak, kost och motion.	Högre andel patienter tillfrågas än utfall 2012. Utgångsvärde 2012: Reuma 70 %, Hjärta 46 %, Diabetes 59 %, Kärl/ övervikt 50 %	Reuma:74% Hjärta: 45% Diabetes: 70% Kärl/ övervikt 100% 	Osäkerhet avseende mätmetod. Måttet kan bli mer preciserat i samband med implementering av nationella riktlinjer för sjukdoms förebyggande metoder Ortopedi; alla patienter. som ska opereras tillfrågas om rökning
Andel av tobaksbrukare som är tobaksfria 6 mån efter insats	Högre andel ska vara tobaksfria jämfört med utfall 2012: 3,0 %, 6st	14st	Hittills är det ett blygsamt antal uppföljda patienter.
Återinskrivning inom 30 dagar oavsett orsak, 65 år och äldre Måttet ingår i överenskommelsen om Bättre liv för sjuka äldre.	Lägre andel återinlagda patienter än 2012 Helår 2012 18,9%	17,4% 	Resultaten för januari- april visar lägre antal återinskrivna inom 30 dagar. För att ta del av prestationsersättningarna ska landstinget klarar 4 av 6 månader under perioden april – september.
Jämställd sjukskrivning. Andel sjukdagar av totala antalet sjukdagar	Minskad andel sjukdagar för kvinnor med 1%-enhet. Utgångsvärde: 2012: Kvinnor 62,70 % Män 37,30 %	Kvinnor 62,7% Män 37,3% Utfallet avser januari - mars 	Nästan ingen förändring har skett sedan december 2012.

Antibiotikaförskrivning inom öppenvården. Långsiktigt mål högst 250 recept/1000 inv.	Högst 312 recept per 1000 invånare(gränsen för att nå ersättning från Patientsäkerhetssatsning en 2013)	304 recept per 1000 invånare 	Trenden är en fortsatt minskning av recept på de flesta av hälsocentralerna. Lokala Stramagruppen har dock identifierat ett par hälsocentraler som kommer att besökas i ett försök till att även de ska minska sin förskrivningen.
Energianvändningen ska minska.	Minska med 1% per år under fem år från 2009 Mål 2013: högst 213,8 kWh/m ² .	Utfallet ligger inom målkurvan för perioden 	En varm sommar (ökat behov av kylaggregat) och kall höst kan dock medföra att målet inte nås.

Patient

Mål 2013	Målvärde 2013	Resultat per 2013-04	Kommentarer
Tillgänglighet 1) Väntande till besök och behandling inom specialiserad vård inom 60 dagar (kömiljarden).	Minst 70 % av patienterna ska ha väntat max 60 dagar Utgångsvärde dec 2012: Besök 68 % Behandling 67 %	Utfall genomsnitt perioden jan-april Besök 69% Behandling 65% 	De verksamheter som har problem att klara målet väntande till besök är: kirurgi, ortopedi, ögon och öron. Den verksamhet som under perioden haft problem att klara målet för väntande till behandling är ögon.
2) Genomförda besök och behandlingar inom specialiserad vård inom 60 dagar (kömiljarden).	Minst 70 % av patienterna. ska ha fått ett första besök eller behandling inom 60 dagar.	Utfall genomsnitt perioden jan-april Besök 68% Behandling 59% 	Se ovan samma enheter som har problem med att klara genomförda besök och behandlingar.
Jämställda villkor vid läkemedelsförskrivning Behandling med TNF alfa hämmare vid ledgångsreumatism (ATC-kod L04AB) (diagnoskod M05.x)	Lika andel behandlade män och kvinnor gällande vid samma svårighetsgrad	56 förskrivningar till kvinnor och 51 till män 	Rimlig fördelning; fler kvinnor än män har ledgångsreumatism.
Dokumenterad information av läkare till patient angående beslut om palliativ vård, s.k. brytpunktssamtal.	Lägst 37 % av aktuella patienter	46,2 % kvartal 1 	Brytpunktsamtal har förbättrats ur ett länsperspektiv jämfört utfall 2012. Inom specialiserade vårdens verksamheter är det ganska stor variation avseende måluppfyllelse.
Fortsätta utveckla e-hälsa med Mina vårdkontakter	15% av länets befolkning ska vara anslutna till Mina vårdkontakter	9,5% 	"Mina vårdkontakter" har införts på samtliga hälsocentraler och 28 av 37 specialistmottagningar.

Verksamhetsresultat

Mål 2013	Målvärde 2013	Resultat per 2013-04	Kommentarer
Diabetesvård: Andel patienter med diabetes som är registrerade i nationella diabetesregistret (NDR).	Högre andel än 90%.	Barn- och ungdomsmedicin 100 % (SwediabKids) 	Inget resultat tillgängligt för Primärvården i NDR för första tertialet. Redovisas i delårsbokslut augusti

Strokevård: Andel patienter som var ADL-oberoende* 3 månader efter akutfasen. (urval; personer som var ADL-oberoende före insjuknandet)	Högre andel än 79% Utgångsvärde 2012-08-31 78,5%	78,1% 	Mobila strotekteamet startade sin verksamhet i januari 2013. Kompetenshöjning av rehabpersonal på strokeavdelningen pågår. Förbättrad struktur för teamrond genomförd. Vård på strokeenhet i akutskedet är viktigt. Att åtgärder sätts in direkt är betydelsefullt för att patienten ska återfå så god funktionsförmåga som möjligt. Andelen som vårdas på strokeenhet har minskat något jämfört med 2012.
Cancersjukvård Kontaktsjuksköterskor med skriftligt uppdrag ska finnas för 11 diagnosgrupper	11 diagnosgrupper Utgångsvärde 2012: 4 av 11	Fortfarande 4 	Införande av kontaktsjuksköterskor för definierade cancerdiagnoser pågår.
Andel patienter på akutmottagningen som är klara inom 4 timmar.	Minst 80 % som väntat max 4 timmar Utfall för 2012 64%	Utfall jan-mars 61% och i april 63 %. 	För opererande kliniker är en bidragande orsak till långa handläggningstider att jouren ska dela sin tid mellan akutmottagning och operation. I ett försök att korta väntetider för patienter kommer en allmänläkare att anställas från september som ska arbeta med flödet i triaget.
Undvikbar slutenvård, personer 65 år och äldre. Måttet ingår i överenskommelsen om Bättre liv för sjuka äldre.	Lägre andel än 2012 Helår 2012 13,3%	14,7% 	Sämre utfall alla månader var för sig samt sammantaget januari – april jämfört med 2012. För att ta del av prestationsersättningarna ska landstinget förbättra resultatet 4 av 6 månader under perioden april – september.
Andel ineliggande patienter inom somatisk vård med vårdrelaterad infektion	Lägre än 6% helår 2013 Utfall 2012 7,8%	6,7 % (beräknat genomsnitt feb – april) 	Utfall april månad 5,4 %. I nuläget tyder inte resultaten hittills för somatisk vård på en stabil förbättring jämfört tidigare år. Samma tendens finns inom hela landet.
Nettokostnadsutveckling	max 1,6 %	2,3 % 	

Medarbetare

Mål 2013	Målvärde 2013	Resultat per 2013-04	Kommentarer
Skillnad i sjukfrånvaro mellan kvinnor och män ska minska.	Kvinnors värde 2013 ska närma sig männens, ner till 6,2 %		Hittills i år har kvinnornas sjukfrånvaro ökat något medan männens ligger kvar på samma nivå.
Omsättning av specialistläkare ska minska	Lägre än 2012, 9%	3,1% omräknat till helårsbasis 9,3% 	Prognosen är att utfallet blir 9,5% Varav 3,3% motsvarar personalomsättning p g a pensionsavgångar, varaktig sjukersättning eller avlidna.
Nyttjande av inhyrd personal	10 % lägre utfall än 2012 på årsbasis	10 % lägre utfall per april 	Stafettläkarstopp har införts inom primärvården i Östersund. Minskningen av bemanningsföretag har till viss del mötts av ökade kostnader för arvodesläkare.

God hälsa och positiv livsmiljö

God hälsa avser såväl självupplevd som professionellt bedömd hälsa. I begreppet ligger också folkhälsoperspektivet med aktiva insatser för att stimulera till hälsofrämjande levnadsvanor och satsning på hälsofrämjande hälsovård.

Positiv livsmiljö avser möjligheter till stimulerande och utvecklande arbete, bra bomiljö, bra utbildning och meningsfull fritid. I begreppet ingår också att uppnå en hållbar utveckling och framtidstro i länet.

Utgångspunkten är alla människors lika värde. Det innebär att ojämlikheten i hälsa mellan olika grupper motverkas.

Stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa

Regeringen och SKL har tecknat en överenskommelse om insatser för förbättrad vård och omsorg för barn och unga med psykisk ohälsa och personer med omfattande eller komplicerad psykiatrisk problematik.

Överenskommelsen innehåller två grundkrav för att få ta del av pengar knutna till prestationsmål.

- Landstinget och kommunerna ska ha en överenskommelse om samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning.
- Landstinget och kommunerna ska tillhandahålla webbaserad information för barn, unga och anhöriga.

Landstinget bedöms klara båda grundkraven. Nuvarande överenskommelser revideras och en handlingsplan utarbetas. En arbetsgrupp arbetar med att skapa en särskild hemsida.

Prestationsmålen för barn och unga bedöms kunna klaras. Målen avser tillgänglighet, rapportering av individuella planer, systematiskt förbättringsarbete i heldygnsvården och rapportering till Socialstyrelsens patientregister.

Prestationsmålen för personer med omfattande psykiatrisk problematik bedöms kunna klaras när det gäller att den 15 november ha lägst 50 % registrering i kvalitetsregister. Osäkerhet finns däremot när det gäller att målet för läkemedelsuppföljning av patienter som registreras i Bipolar och PsykosR.

Handlingsplan för Nationella minoriteter

Landstinget får årligen 250 000 kronor från staten för extra kostnader som lagen om nationella minoriteter och minoritetsspråk medför

Primärvården och Psykiatrien har särskilt uppdrag att förbättra den psykiska hälsan hos samer. Vidare pågår arbete för en förbättrad tillgänglighet för den samiska befolkningen, vilket bl.a. innebär ökad förståelse för den samiska kulturen hos hälso- och sjukvårdspersonalen samt ett förbättrat bemötande.

Arbetet med handlingsplanen har blivit fördröjt på grund av brist på personella resurser. En planerad auskultation på SANKS i Norge (Samisk nasjonalt kompetansesenter - psykisk helsevern) fick ställas in, delvis på grund av brist på personella resurser, och en utbildning med Lars Jacobsson (professor emeritus i psykiatri, Umeå universitet) avseende samer och hälsa fick ställas in på grund av för få deltagare. Nytt försök planeras under 2013.

Rekrytering pågår av en utvecklingsstrateg (50 %) med ansvar för nationella minoriteter och barnkonventionen. Det kommer förhoppningsvis att åtgärda problemet med brist på personalresurser för att verkställa delar av handlingsplanen.

Rutiner för skyltning på samiska utarbetas och ett antal större skyltar har redan översatts till samiska, bland annat på Handelsmannen. Samisk konst har köpts in till hälsocentraler, en folktandvårdsklinik och Handelsmannen i syfte att synliggöra och främja den samiska befolkningens kultur och identitet i länet. Landstinget flaggar med samiska flaggan vid landstingshuset.

Samrådsgruppen för nationella minoriteter har träffat de samiska samordnarna i Strömsunds och Östersunds kommuner för att stärka samarbetet i länet kring frågorna. SANKS är inbjudna till Jämtlands läns landsting hösten 2013 för att diskutera samverkansmöjligheter.

Handlingsplan mot våld i nära relationer

Samverkan i länet avseende dessa frågor sker främst med länsstyrelsen, regionförbundet, centrum mot våld och polisen.

En utredning om förstärkt omhändertagande av patienter utsatta för våld i nära relation har under året resulterat i att uppdraget till Kvinnohälsan utökats till att även utgöra kompetenscentrum för patienter utsatta för våld i nära relation. I samband med detta byter enheten namn till VIDE-mottagningen.

Frågestödskort har tagits fram som stöd för personalen att ställa frågan om utsatthet för våld i nära relation. Implementering pågår stegvis inom organisationen, parallellt med utbildningsinsatser genom filmer. En utbildningsdag med temat Våga agera har genomförts i samverkan med länsstyrelsen, centrum mot våld och

polisen. Dagen hade fokus på våldsutsatta barn och barn som bevittnat våld. Utbildningen var välbesökt med deltagare från hela länet och många deltagare från landstinget

Dokumentationsrutiner har utarbetats för patienter utsatta för våld i nära relation. Implementering pågår stegvis. Vidare planeras en kampanj om vikten av att fråga patienter om utsatthet för våld i nära relation, som riktar sig till landstingets medarbetare.

Landstingsövergripande handlingsplan för Barnkonventionen

Landstingsfullmäktige har beslutat att barnkonventionen ska implementeras inom landstingets verksamheter och en handlingsplan har utarbetats för åren 2012-2014.

Arbete pågår avseende framtagande av rutiner gällande barn som anhöriga samt ett informationsmaterial om barnkonventionen.

En halvdagsutbildning avseende missbruk under graviditet och småbarnsår planeras för personal inom landstinget.

Implementering pågår av Vägledande stöd kring barn som får illa. Materialet kommer att användas inom familjecentralerna.

Två personer från samrådsgruppen för barnkonventionen har deltagit vid Barnrättsdagarna.

Landstingsövergripande handlingsplaner för sjukskrivning

Ohälsotal är Försäkringskassans mått på hur många dagar med sjukpenning, arbetsskadesjukpenning, rehabiliteringspenning, sjukersättning och aktivitetsersättning från socialförsäkringen som betalas ut till personer som inte förmår arbeta på grund av sjukdom i åldrarna 16-64 år.

År 2012 hade invånarna i Jämtlands län nästan 6 dagar högre ohälsotal än riket. Det är stor skillnad mellan kvinnors och mäns ohälsotal.

Regeringen och SKL har tecknat två överenskommelser som ger landstingen ekonomiska incitament för insatser

för minskad sjukfrånvaro; Sjukskrivningsmiljarden och Rehabgarantin.

I enlighet med de nationella överenskommelserna har Landstinget gjort handlingsplaner och åtgärder utifrån de krav som ställs.

Kompetenssatsning i Försäkringsmedicin med kort och långsiktiga mål fortlöper och följer tidsplanen. Planen skall revideras och vara klar 30 augusti 2013.

Tidig samverkan i sjukskrivningsprocessen pågår och ska vara klar 30 augusti 2013. Kartläggning görs och utifrån detta ska det tas fram en handlingsplan.

Kvalitet i läkarintyg förbättrades 2012 jämfört med 2011. Fortsatt arbete med att höja kvaliteten pågår med olika aktörer.

Utökat elektroniskt informationsutbyte handlar om att sjukintyget ska skickas till Intygstjänsten i "Mina Vårdkontakter". Patienten kan där själv välja att skicka intyget vidare till Försäkringskassan. Landstinget har fått en offert från leverantör av nuvarande lösning för att skicka sjukintyget, men kostnaden är hög och en förstudie har startats för att byta till annan lösning. Planen ska rapporteras efter sommaren.

Teamfördjupade utredningar fortlöper utan problem.

Särskilt läkarutlåtande kan dock vara besvärligare då flera av de läkare som utbildats vägrar att göra dessa. Detta innebär att landstinget får tacka nej till många som inte har psykiatriinslag.

För landstinget som helhet har sjukskrivningarna för kvinnor minskat med 0,04% jämfört med helår 2012.

Av centrumens bokslut framgår att alla verksamheter arbetat med sjukskrivningsfrågorna.

Jämställd och jämlik verksamhet

Arbete med att ta fram en handlingsplan för jämställd och jämlik verksamhet pågår i samverkan med representanter för verksamheterna. Arbetet beräknas vara klart i juni 2013.

Bättre kvalitet i vården

Den svenska hälso- och sjukvården förbättras successivt samtidigt som skillnaderna mellan landstingen på flera områden minskat. Alla som arbetar i hälso- och sjukvården har i praktiken två jobb; att utföra det ordinarie arbetet samt att utveckla det arbetet och systemet man verkar i.

Satsning på de mest sjuka äldre

Sedan 2010 har regeringen och SKL träffat överenskommelser som handlar om att med ekonomiska incitament och de mest sjuka äldres behov i fokus, uppmuntra och stärka samverkan mellan kommuner och landsting. För Jämtlands läns del har detta resulterat i en strategi och handlingsplan gällande perioden 2012–2014.

I överenskommelsen ingår två grundläggande krav och några indikatorer. Landstinget bedöms klara 2-3 av dessa indikatorer.

Primärvården har få registreringar i kvalitetsregistret SveDem. Inom den palliativa vården är täckningsgraden i kvalitetsregistret bra, däremot är utvecklingen för brytpunktsamtal svag. Även utvecklingen av andelen riskbedömda patienter i Senior Alert är svag. Utbildning för munhålsbedömning har påbörjats.

Inom sammanhållen vård och omsorg, där undvikbar slutenvård och återinskrivningar ingår, pågår ett bra arbete och i nuläget är det inte aktuellt med ytterligare åtgärder utöver de som finns i handlingsplanen. Stor del av arbetet bygger på en systematisk och uthållig implementering och utbildningsinsatser.

Sammanhållen vård för sjuka äldre

I statens satsning ”Bättre liv för sjuka äldre” återfinns två mätetal; Återinskrivning inom 30 dagar oavsett orsak och Undvikbar slutenvård. Båda måtten utgår från patienter som är 65 år och äldre. Prestationsersättning utgår till de landsting som under månaderna april – september klarar att minst 4 månader vara bättre än sitt eget utfall motsvarande månad 2012.

Återinskrivning inom 30 dagar för patienter 65år och äldre oavsett orsak

Måttet syftar till följa upp hur stor andel av patienterna som oplanerat återinskrivs på sjukhus **oavsett orsak**. Resultaten för januari t.o.m. april visar sammantaget och för respektive månad lägre antal återinskrivna inom 30 dagar jämfört med samma månader 2012.

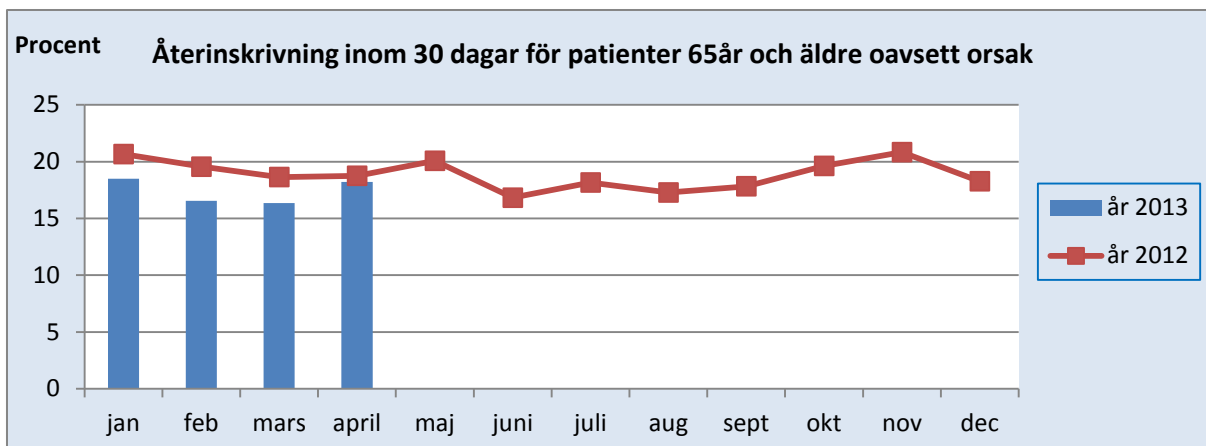
Det är fler män som återinskrivs; 19,1 procent (19,3 2012) jämfört med kvinnor 15,8 procent (18,5 2012). Resultat kommer att följas upp.

Inom medicinska specialiteter rings utskrivna patienter upp av sjuksköterska inom 72 timmar efter utskrivning. Åtgärden antas ha betydelse för att patienten ska känna sig tryggare i hemmet efter utskrivning, möjlighet att få svar på frågor etc. Inom opererande specialiteter pågår arbete att förbättra vårdplanering inför utskrivning. Grupperingen Haverikommisionen har också en viktig roll i arbetet att minska återinskrivningar inom 30 dagar.

Det finns viss risk att patienter ”fångas” i uppföljningen av oplanerat återinskrivna, trots att återinskrivningen är en del av medveten behandlingsstrategi. Det gäller vissa patienter med cancer som skrivs ut till hemmet med informationen att de är välkomna åter vid försämring.

Återinskrivning inom 14 dagar av samma orsak

Uppföljning av måttet Återinskrivning inom två veckor av **samma orsak**, används inom Centrumen opererande specialiteter och medicinska specialiteter. Det får ses som ett komplement till uppföljningar som görs inom överenskommelsen om Bättre liv för sjuka äldre. Båda centrumen har egna målvärden som uppnåtts. Andelen återinskrivna inom 14 dagar var inom medicinska specialiteter 4,2 procent och opererande specialiteter 2,7 procent. Förbättringsåtgärder provas med utgångspunkt i handlingsplan från rapporten Långa vårdtider.



I diagrammet ovan visas utfallet hittills i år jämfört med 2012 års värden. Endast Jämtland och Stockholm visar förbättringar för alla månader i under kvartal 1.

Undvikbar slutenvård, 65 år och äldre

I mätetalet ingår ett antal diagnoser som förväntas tas omhand i primärvård, dvs. patienterna ska inte in och vårdas inom den specialiserade slutenvården. För Jämtlands del så har utfallet för alla månaderna hittills varit sämre än motsvarande månad 2012.

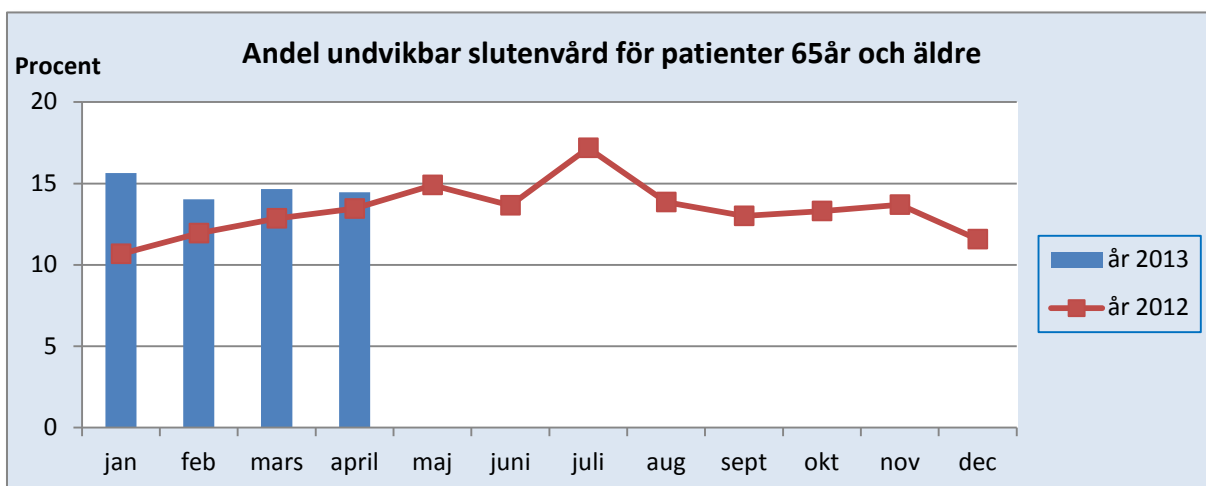
Det finns inga skillnader mellan kvinnor och män under årets första fyra månader, 14,7% av både kvinnor och män är inlagda på slutenvård trots att de har haft diagnoser som inte kräver detta.

Resultatet är användbart på landstingsnivå som en indikator på hur samarbetet fungerar mellan specialiserad vård, primärvård och kommunal vård. På klinikinivå kan mätetalet "undvikbar slutenvård" vara

komplexerat att förhålla sig till då det ofta rör sig om få patienter på klinikinivå. Undantaget är centrum medicinska specialiteter där flera diagnoser som ryms inom mätetalet undvikbar slutenvård vårdas. Kommentarer från verksamheterna är värdefulla och motiverar uppföljningen. Åtgärder att förbättra sammanfaller delvis med åtgärder att förbättra för indikatorn återinläggningar inom 30 dagar.

Jämtland, Blekinge och Västerbotten hade under första kvartalet 2012 låga värden för undvikbar slutenvård, 10-13 % jämfört med övriga som låg på 14-17%. Detta gör att de län som har låga utgångsvärden 2012 har svårare att få ta del av de specialdestinerade statsbidragen än de som har höga utgångsvärden

I diagrammet nedan visas utfallet hittills i år jämfört med 2012 års värden.



Patientsäkerhet

Handlingsplan för Patientsäkerhet

Utgångspunkten för den nationella patientsäkerhetsstrategin är en nollvision för undvikbara vårdskador. Målet är en patientsäkerhetskultur med delaktiga patienter, förebyggande arbete där risker identifieras samt nationella jämförelser av insatser och resultat.

Överenskommelsen mellan regeringen och SKL innehåller fem grundläggande krav och all landstingsfinansierad vård. Om de grundläggande kraven är uppfyllda genererar varje godkänd indikator nedan ett belopp till landstinget. Landstinget bedöms kunna klara 3-4 indikatorer år 2013.

- Följksamhet till basala hygienrutiner och klädregler, bygger på deltagande i punktprevalensmätningar och lägst 70 % följksamhet. Måluppfyllelsen är osäker. Årets resultat är ännu inte offentligt.
- Minskad antibiotikaanvändning bedöms klaras
- Krav på dokumenterade rutiner för läkemedelsanvändning till patienter. Arbete pågår.
- Införande av infektionsverktyg med test på två kliniker bedöms klaras.
- Överbeläggningar och utlokaliserade patienter ska mätas enligt fastställda definitioner. Arbete pågår.
- Mätning av trycksår med 80 % deltagande av slutenvårdsavdelningarna bedöms klaras.

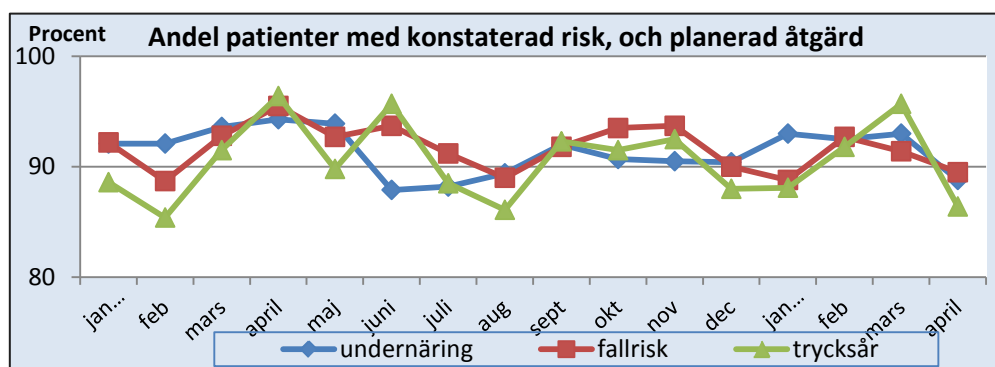
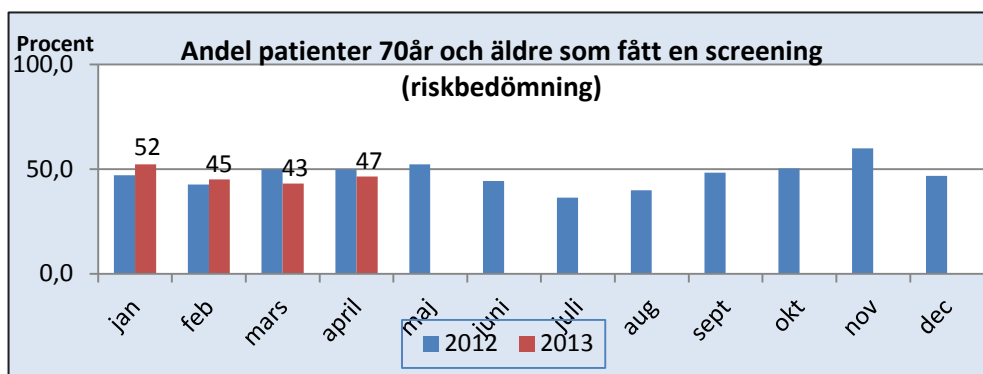
Vårdprevention

Landstinget arbetar systematiskt för att förebygga och minska risken för vårdskador för patienter med risk för fall, trycksår och undernäring. Arbetet omfattar alla somatiska vårdavdelningar med vuxna patienter, en psykiatrisk avdelning samt närvårdsavdelningen i Strömsund. Målgruppen är patienter 70 år och äldre.

Vid en jämförelse över tid mellan åren 2012 och 2013 så är resultatet likartat. Under årets första fyra månader har mellan 43-52 procent av målgruppen riskbedömts. Av de patienter som riskbedömts så har 60-65% risk för fall, 14-18% risk för trycksår och 60-70% risk för undernäring. Diagrammet nedan visar att det är svårt att öka andelen screenade patienter. En delförklaring är att vårdtiderna är korta inom den specialiserade vården

Uppgifterna hämtas ur kvalitetsregistret Senior Alert, vilket innebär att ytterligare fler patienter skulle kunna vara riskbedömda men inte registrerade i registret. Fortsatt arbete handlar om att förbättra rutiner, stärka teamarbete och fortsatt implementering av förebyggande förhållningssätt för att undvika vårdskador. Under året har en inspirationsdag ordnats i Sundsvall med deltagande sjuksköterskor från Östersunds sjukhus.

Andelen patienter med risk som får en förebyggande åtgärd är fortsatt tillfredsställande, mellan 85-96%, se diagrammet nedan. Uppföljning av insatta åtgärder visar på 80-90 % för fall och undernäring medan åtgärder avseende trycksårsrisk är lägre, 15-20 %. Detta kan förmodligen förklaras med att vårdtiderna är korta. Utbildningsinsats är påbörjad för att även kunna göra munhälsa bedömning.



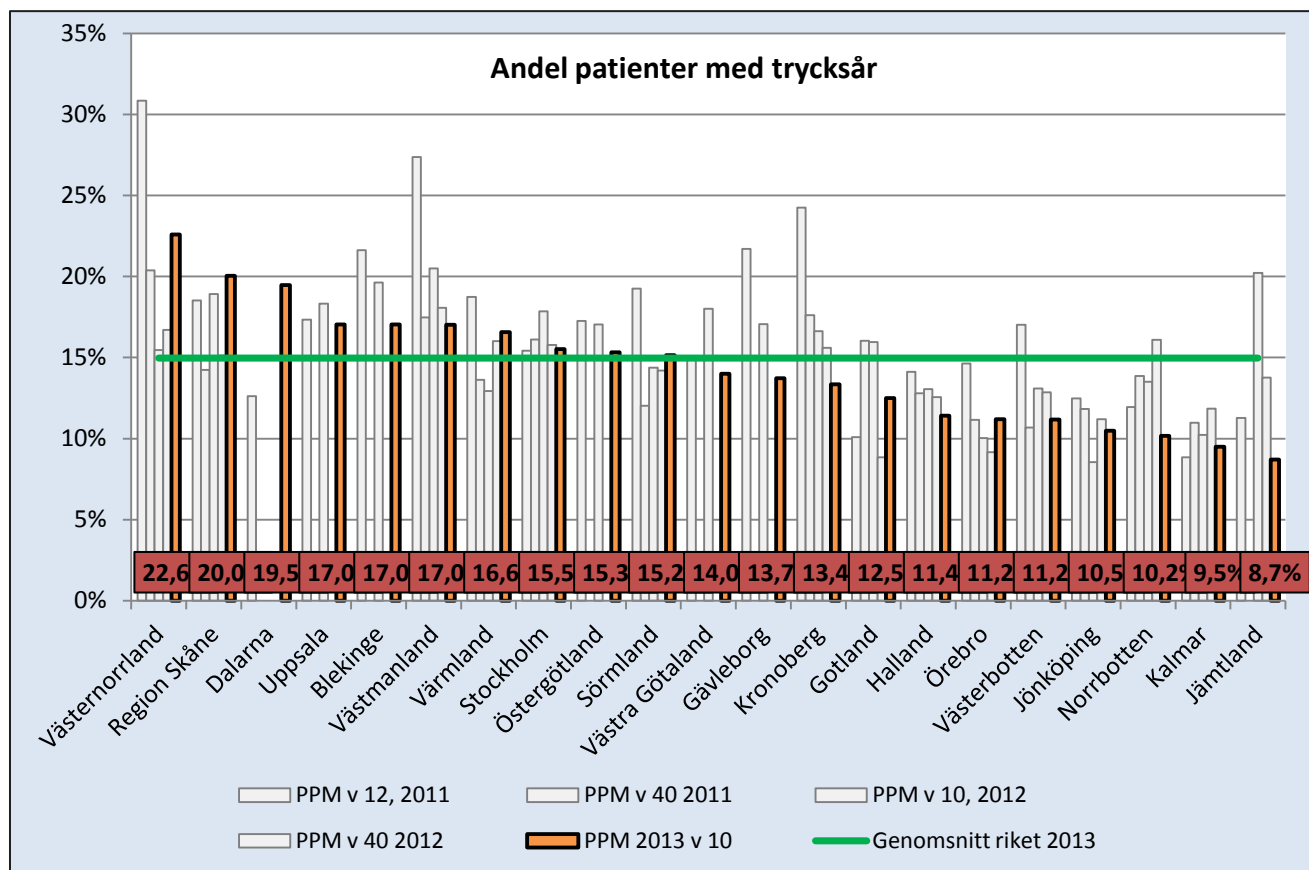
Nationell mätning av trycksår

Vid en nationell punktprevalensmätning, vecka 10, av trycksår inom alla slutenvårdsavdelningar som vårdar patienter 18 år och äldre hade 23 av 264 patienter i Jämtland trycksår.

Vid mätningen var Jämtland bäst i landet och hade lägst andel patienter med trycksår, 8,7%. Andelen var lägre än tidigare års mätningar. Riksgenomsnittet för mätningen var 15%.

Detta är en ögonblicksbild som ska analyseras vidare. Mätningen fångar flera parametrar som är värdefulla att granska vid val av åtgärder för att ytterligare förbättra vården för patienter med risk för trycksår och för patienter som drabbats av trycksår.

Diagrammet nedan visar resultatet från punktprevalensmätningen för alla landsting och regioner i Sverige.



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting

Vårdrelaterade infektioner

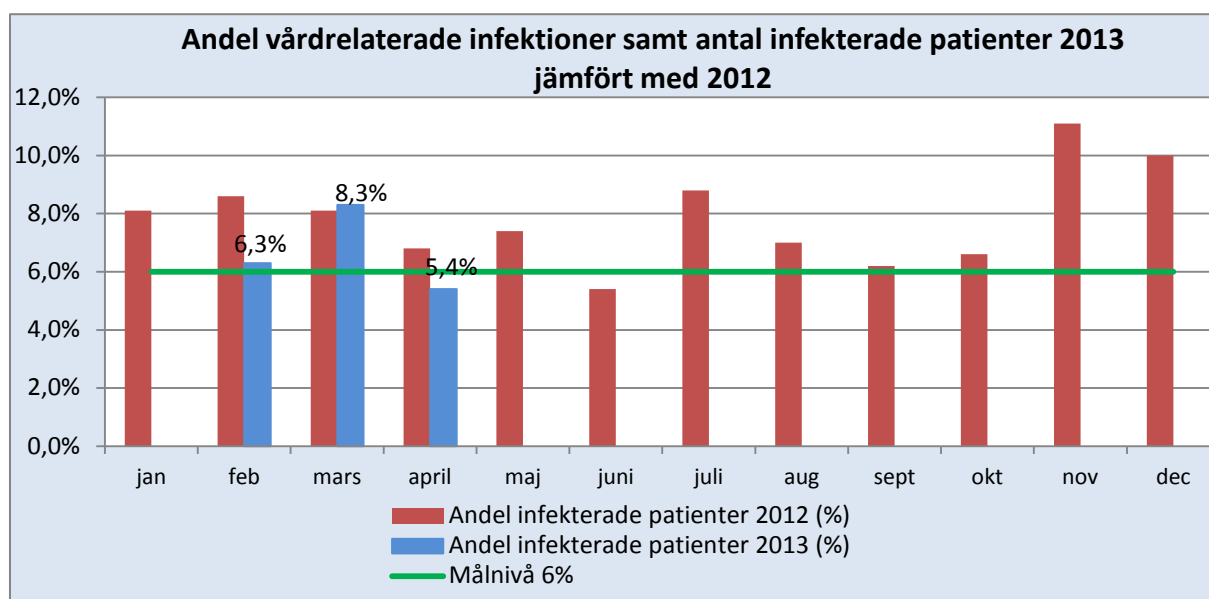
Vårdrelaterade infektioner är infektioner som drabbar patienter och brukare i samband med vård eller omsorg. Uppföljningen av vårdrelaterade infektioner sker genom så kallade punktprevalensmätningar, som visar en ögonblicksbild.

Målet, att högst 6 procent av patienterna inom somatisk vård ska drabbas av en vårdrelaterad infektion är inte uppnått, genomsnittet för de tre mätningar som gjorts hittills är 6,7 procent.

Antalet patienter som drabbats av en vårdrelaterad infektion varierar mellan de somatiska vårdavdelningarna. Detta beror på flera orsaker till

exempel vilken specialitet det är och var i vårdkedjan specialiteten finns.

En möjlig delförklaring för Östersunds sjukhus somatiska avdelningar kan vara att beläggningar inom slutenvårdsavdelningar med akutvård varit hög. Förebyggande åtgärder pågår kontinuerligt inom vårdverksamheterna. Vårdavdelningarna inom område Kirurgi arbetar aktivt att förbättra sina rutiner och postoperativa infektioner följs upp för att finna eventuella orsaker och åtgärda dessa. Rutinen om restriktion att använda kad inom strokevården kommer att spridas till övriga enheter.



år 2013	Jan	feb	mar	april	maj	juni	juli	aug	sep	okt	nov	dec
Antal patienter med en vårdrelaterad infektion	--	17	24	15								
Antal patienter totalt	--	272	288	276								

Vård i rimlig tid

Vårdgaranti

Den lagstyrda vårdgarantin reglerar inom vilka tidsgränser en patient ska erbjudas vård, däremot regleras inte om vård ska ges eller vilken vård som kan komma ifråga.

Målvärdet är 100 procent i samtliga av vårdgarantins mätområden. Målen uttrycks med sifferserien 0-7-90-90, vilket anger vårdgarantins krav på maximal väntetid i antal dagar för de olika stegen i vårdprocessen.

Nationella mätningar av 0:an och 7:an görs för primärvården två gånger per år, vår och höst. För den specialiserade vården görs mätningar varje månad för besök- och behandlingsgarantin 90 dagar.

Sammanfattningsvis kan sägas att medborgarna inom Jämtlands läns landsting inte får sin vård inom vårdgarantins lagkrav. Inget landsting eller region klarar att uppfylla kraven om 100% uppfyllnad av vårdgarantin

Landstingets handlingsplan för tillgänglighetsarbetet innehåller en mängd aktiviteter. Landstinget följer de nationella tillämpningsanvisningarna. Landstinget klarar kravet för rapportering till 100% samt månatlig uppföljning av remisshantering. Ständig information och dialog kring regelverket förs i organisationen för att säkerställa att medborgarna får rätt information. Informationsmaterial uppdateras enligt nationell modell både till medborgare och medarbetare. En utvärdering av medicinska indikatorer för jämlik vård planeras i samband med årsbokslutet. Produktions och kapacitetsplanering pågår enligt aktivitetsplan med regelbunden återrapportering till styrelsen. Identifiering och utveckling av vårdprocesser pågår i verksamheten och ska vara klart 2013-07-01.

Vårdgarantin inom primärvården

• Tillgänglighetsgarantin, 0:an

I den nationella mätningen av telefontillgängligheten deltar endast hälsocentraler, både offentliga och privata, som har datoriserade telefonsystem. Det är alltså endast en begränsad del av tillgängligheten i primärvården som följs. Att mäta telefontillgänglighet i primärvården är svårt. En orsak är att primärvårdens organisation ser mycket olika ut i landstingen.

I den nationella mätning som skedde under våren 2013 var snittet i riket 91%. Variationen mellan landstingen

var 78-99%. Jämtland tillsammans med Region Skåne var sämst med 78%. Jönköping, Kalmar och Kronoberg hade alla 99%. Stockholms läns landsting deltog inte i mätningen.

I aprilmätningen hade de privata utförarna en variation för 0:an på 82 – 100 % och den landstingsdrivna primärvården 69 - 97 %. Se utfall per hälsocentral i diagrammet på nästa sida. De hälsocentraler som har öppen mottagning har i regel högre tillgänglighet.

Den landstingsdrivna primärvården har, för att nå bättre tillgänglighet för 0:an, bland annat arbetat med att ändra arbetssätt samt bemannat upp vid hög belastning, främst förmiddagar i början av veckan. Centrumet analyserar även ringmönster och bemanning för att ytterligare förbättra tillgängligheten. Vissa patienter väljer inte Callback och då besvaras inte dessa samtal men räknas som ett inkommande samtal. På ett flertal hälsocentraler har bemanningen varit låg vilket ger utslag i telefonstatistiken. Telefonsystemet har fortfarande tekniska problem vilket drabbar vissa hälsocentraler oftare.

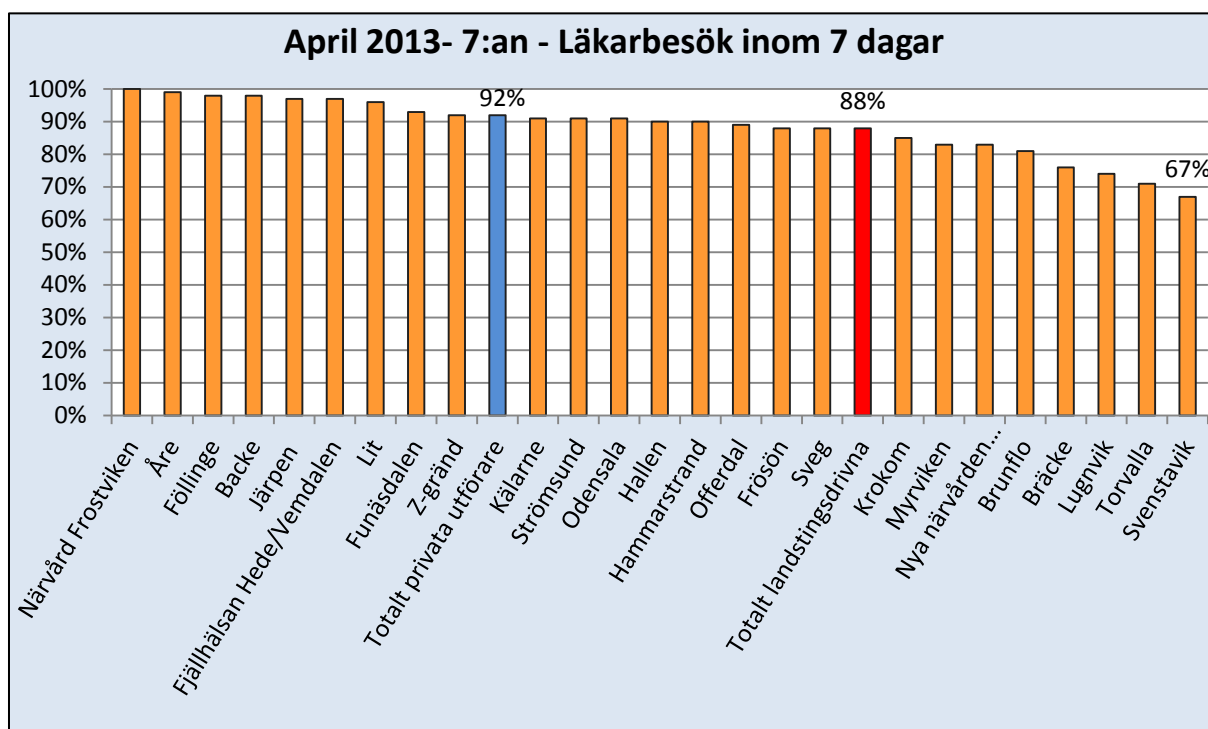
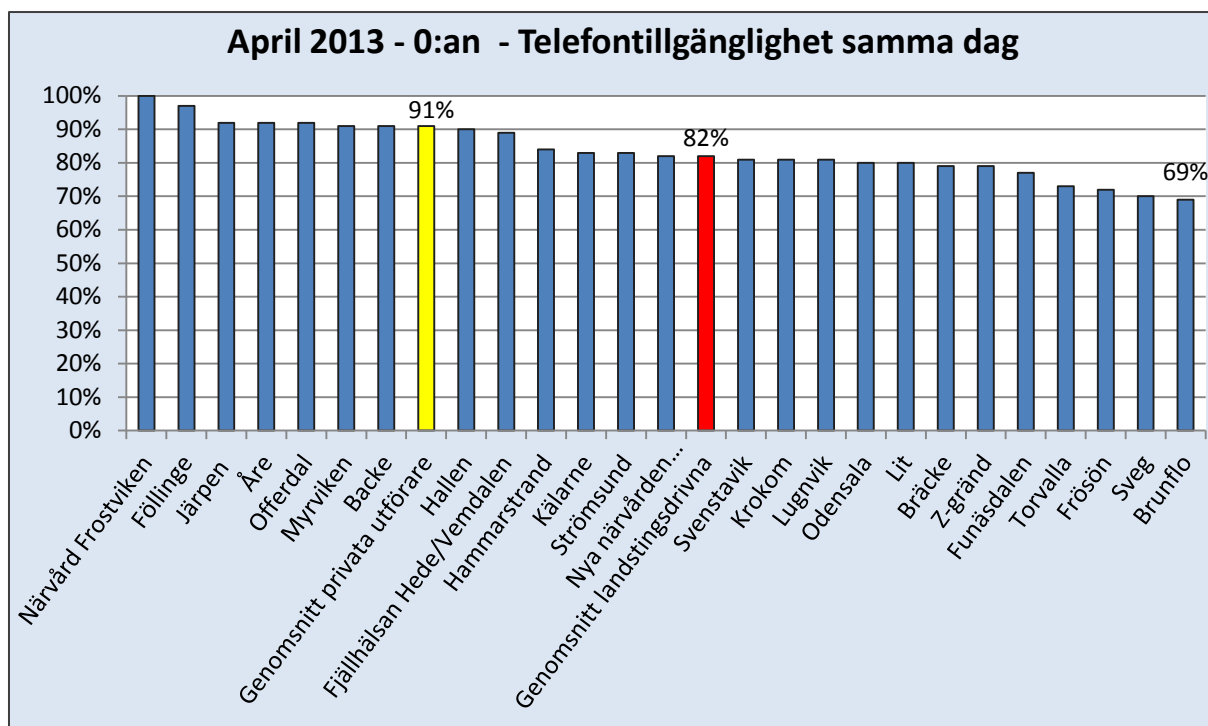
• Besöksgarantin, 7:an

Om primärvården bedömer att patienten behöver besöka en allmänläkare så ska detta ske inom högst sju dagar. Besöket kan ske hos specialist i allmänmedicin och läkare under utbildning. Mätningen visar den tid patienten fått vänta under två veckor, tio vardagar.

I den senast nationella mätningen så hade Jämtland en tillgänglighet inom 7 dagar för 92% av patienterna. Genomsnittet för riket var 93%. Halland och Gotland är bäst med 98% och sämst är Dalarna på 80%. Variationen mellan hälsocentralerna var stor, 68 % – 100 %. Sämst var Svenstavik och bäst var Närvård Frostviken.

Vid analys ser man fortfarande felregistreringar av nybesök och återbesök. Det pågår ett arbete med att kvalitetssäkra utdata och registreringar och det diskuteras på arbetsplatsträffar. Låg läkarbemanning på vissa hälsocentraler ger sämre tillgänglighet. Även ett ökat tryck på läkartider för hälsosamtal (nyanlända) ger sämre tillgänglighet.

Från januari 2014 ska alla hälsocentraler månatligen rapportera in 0:an och 7:an till SKL.



Vårdgarantin inom specialiserad vård

• Första besök i specialiserad vård inom 90 dagar

Om patienten får en remiss till den specialiserade vården, ska den få en tid för besök inom 90 dagar. Det gäller även om vård söktes utan remiss. Vid den senaste mätningen i april så fick 89 % av patienterna ett besök inom 90 dagar. Det är något sämre än vid samma tidpunkt 2012 (90 %).

Centrum för barn, kvinna och psykiatri ligger bäst till med en tillgänglighet på 98 %. Centrum för medicinska specialiteter har 97 %. Centrum för opererande specialiteter har en tillgänglighet på 87 %.

• Behandling i specialiserad vård inom 90 dagar

Efter beslut om behandling, exempelvis operation, ska patienten få en tid inom 90 dagar. I april var tillgängligheten 88 %. Samma tid 2012 var värdet 84 %.

Område kvinna ligger bäst till med en tillgänglighet på 98 % för behandling. Centrum för opererande specialiteter har en tillgänglighet på 87 %.

Jämtlands läns landsting har fortfarande sämre resultat än riksgenomsnittet för både besök och behandling. I diagrammet nedan ses utfallet i mars mätningen

Vårdgarantin för barn och unga med psykisk ohälsa

Den förstärkta vårdgarantin för barn och ungdomar med psykisk ohälsa, som innebär att patienterna ska få sitt första besök inom 30 dagar och sin behandling och/eller fördjupade utredning inom 30 dagar, mäts

varje månad. Målen är att minst 90 procent av patienterna ska få komma inom 30 dagar till en första bedömning och minst 80 procent ska få en fördjupad utredning eller behandling inom 30 dagar.

Genomsnittet för de fyra första månaderna är att 96 % fått ett första besök genomfört inom 30 dagar. Det är bättre än motsvarande tidpunkt förra året som var 92 %.

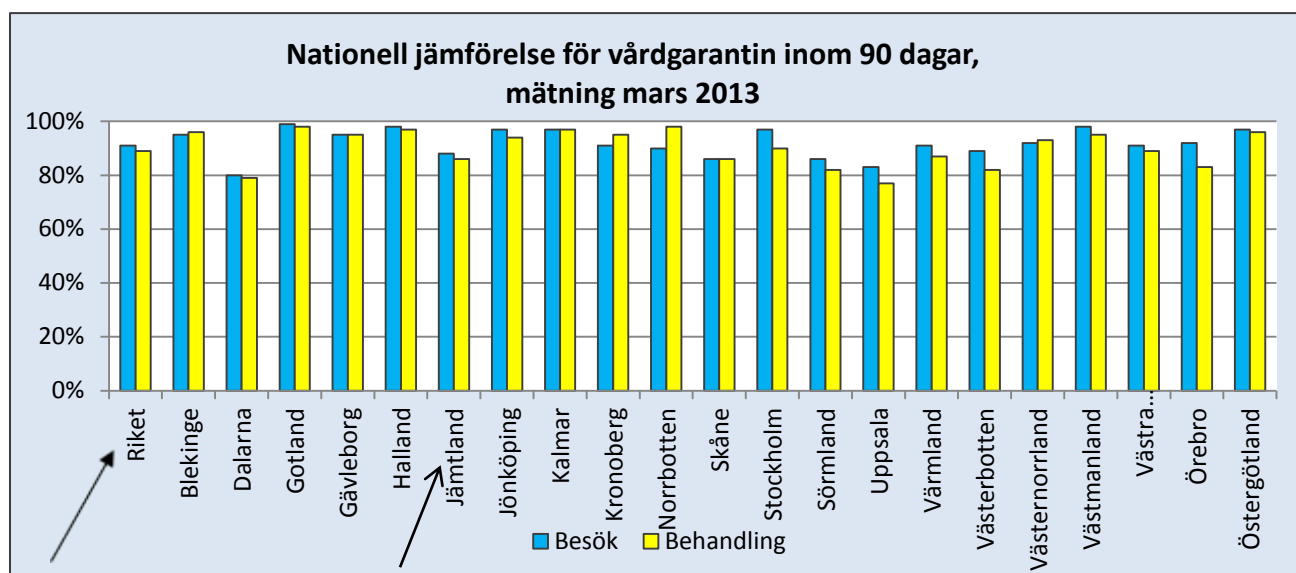
I genomsnitt har 91 % fått behandling eller fördjupad utredning inom 30 dagar, att jämföra med 94 % för samma period 2012.

Väntetider inom specialistsjukvårdens akutmottagning

Målet är att 80% av patienterna ska vara klara (dörr till dörr) inom 4 timmar. Under perioden januari till april har det varit långa handläggningstider på medicin, kirurg och ortopedkliniken. Måluppfyllelsen har under årets tre första månader legat på 61 % och i april på 63 %.

Medicinakuten har haft en tung början på året. Antalet högt prioriterade patienter har varit många vilket i sin tur gör att läkare behövt omprioritera och de lägre prioriterade patienterna har fått vänta på behandling.

För opererande kliniker är en bidragande orsak till långa handläggningstider att jouten ska dela sin tid mellan akutmottagningen och operation. I ett försök att korta väntetider för patienter kommer det från september att anställas en allmänläkare som ska arbeta med flödet i triaget



Remissshantering – för att underlätta vårdflödet

Målet är snabba och effektiva remissflöden. Från 2014 ligger detta till grund för statlig prestationsersättning. Resultatet till och med april visar att remissbedömningar görs dagligen eller 1-3 ggr/vecka.

Upprättade remissrutiner med primärvården och färdiga remissmallar bidrar till snabbare hantering. Bra IT-stöd saknas för att följa upp dessa mätpunkter.

Remiss skickas inom **tre** arbetsdagar efter remissbeslut. (Utremsor)

Vårdenhet	Ut remisser totalt (st)	Andel ut-remsor sända inom 0-3 dagar (%)
Primärvården	13 089	11 576 (88,4 %)
Sjukhuset	10 271	8 794 (85,6 %)

Remissen bedöms och prioriteras inom **tre** arbetsdagar från mottagandet. (Inremsor)

Vårdenhet	In-remsor totalt (st)	Andel in-remsor bedömda inom 0-3 dagar (%)
Sjukhuset	20 274	15 590 (76,9 %)

Kömiljarden – ett statligt bidrag

Kömiljarden är ett riktat statligt bidrag för att stimulera landstingen till bättre tillgänglighet. Under årets första fyra månader har landstinget inte erhållit stimulansmedel från statens kömiljardsatsning.

Regler för att ta del av kömiljarden ändrades till 2013. Kömiljardens grundkrav för 2013 innebär att:

andelen patienter som väntat 60 dagar eller kortare på första besök och behandling ska uppgå till minst 70 % varje månad från det att beslut om förstabesök har fattats.

Dessutom ska andelen patienter som genomfört ett första besök eller genomgått operation eller behandling inom specialiserad vård inom högst 60 dagar från det att beslut tagits om ett förstabesök eller om operation eller behandling, uppgå till minst 70 % varje månad.

För att klara tidsgränsen 60 dagar för första besöket har verksamhetsområdena påbörjat ett arbete med att balansera behov och resurser. Prioriteringar mellan akuta patienter, patienter som av medicinska skäl ska prioriteras, återbesök och anpassningen till befintliga resurser gör arbetet komplext.

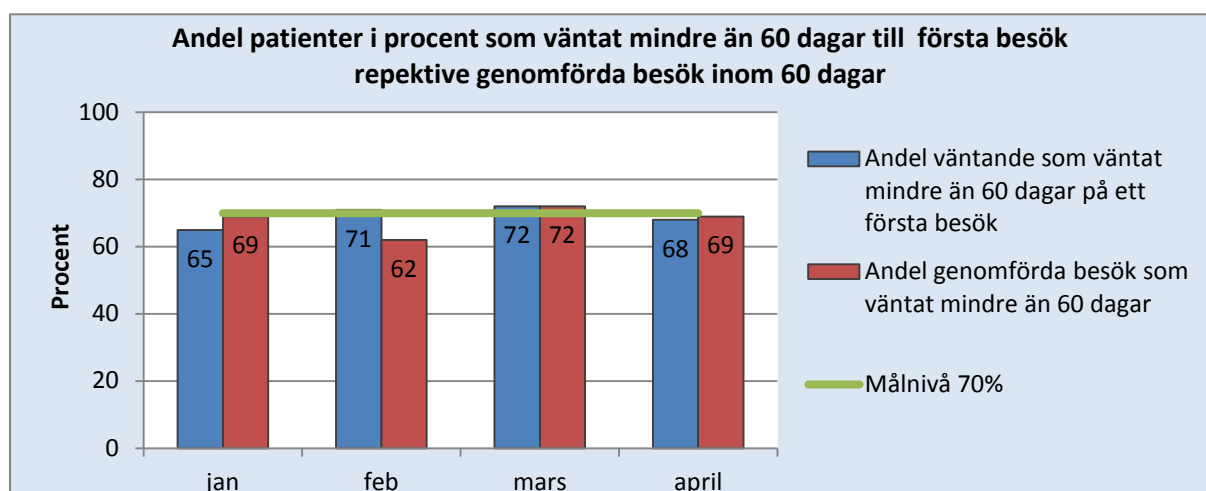
Besök

Landstinget har klarat gränsvärdet 70 % för väntande till första besök en av fyra månader (mars). För perioden som helhet har måluppfyllelsen varit i genomsnitt 69 %.

Verksamheter som har problem att klara uppdraget är kirurgi, ortopedi, ögon och öron. Detta beror bland annat på brist på onkologisk kompetens och öronkirurger. Dessutom har antalet inremsor till centrum för opererande verksamheter ökat.

Totalt väntade 927 patienter till ett första besök i april varav 116 inom Centrum för medicinska specialiteter, 130 inom Centrum för barn, kvinna och psykiatri och 681 inom Centrum för opererande specialiteter.

Landstinget klarade i mars det andra kravet att minst 70 % av patienterna ska ha genomfört ett första besök inom specialiserad vård inom högst 60 dagar från det datum då beslut om ett förstabesök fattats.



- **Behandling**

Landstinget har klarat gränsvärdet 70 % för väntande till behandling under en av tertialets fyra månader (mars). För perioden som helhet har måluppfyllelsen varit i genomsnitt 65 %.

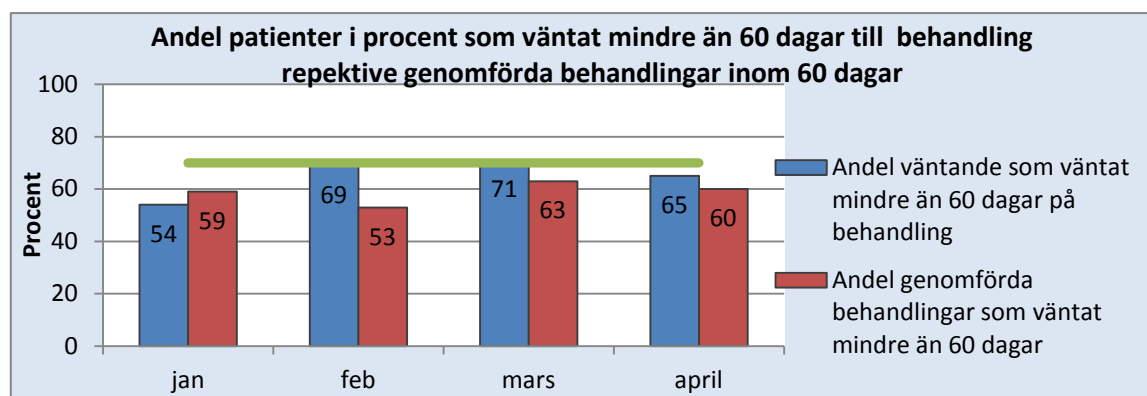
Ögon har under perioden haft störst problem att klara målet. Ögonspecialiteten har brist på seniora läkare och det märks tydligt på tillgängligheten.

Innan sommaren planeras ett projekt med internstafett för att reducera kataraktkön. Detta kopplat till ett förändrat mottagnings- och operationsplaneringsarbete

ska förhoppningsvis reducera väntetiden när ”puckeln” arbetats bort av projektet

Totalt väntande 528 patienter på operation/behandling, främst inom de opererande specialiteterna.

Landstinget klarade inte målet att minst 70 % av patienterna ska ha genomgått en operation eller behandling inom specialiserad vård inom högst 60 dagar från det datum då beslut om operation eller behandling har fattats.



Kömiljardsuppföljning							
Utfall besök 2013				Utfall behandling/operation 2013			
Landsting	Januari	Februari	Mars	Landsting	Januari	Februari	Mars
Blekinge	74%	73%	85%	Blekinge	74%	74%	82%
Dalarna	66%	62%	66%	Dalarna	64%	62%	66%
Gotland	86%	87%	95%	Gotland	81%	81%	93%
Gävleborg	74%	75%	84%	Gävleborg	65%	62%	68%
Halland	78%	82%	85%	Halland	73%	73%	81%
Jämtland	69%	62%	72%	Jämtland	60%	54%	65%
Jönköping	81%	80%	87%	Jönköping	68%	68%	78%
Kalmar	84%	88%	92%	Kalmar	68%	65%	76%
Kronoberg	78%	79%	84%	Kronoberg	75%	76%	75%
Norrbottn	76%	70%	79%	Norrbottn	72%	75%	83%
Skåne	74%	75%	80%	Skåne	76%	75%	79%
Stockholm	84%	82%	86%	Stockholm		67%	75%
Sörmland	65%	67%		Sörmland	52%	43%	53%
Uppsala	58%	59%	64%	Uppsala	57%	50%	62%
Värmland	59%	61%	68%	Värmland	69%	67%	70%
Västerbotten	70%	73%	81%	Västerbotten	65%	69%	
Västernorrland	58%	60%	70%	Västernorrland	64%	67%	70%
Västmanland	72%	75%	87%	Västmanland	65%	59%	71%
Västra Götaland	75%	74%	81%	Västra Götaland	71%	71%	77%
Örebro	75%	73%	83%	Örebro	64%	59%	67%
Östergötland	78%	80%	85%	Östergötland	73%	71%	82%
Riket	75%	75%	81%	Riket	70%	68%	75%

	Över 70 % gränsen
	Över 80 % gränsen

Produktionsvolym - specialiserad vård	Utfall 2011-04	Utfall 2012-04	Utfall 2013-04	Förändring 2013 jfm 2012
<u>Antal läkarbesök</u>	41 688	44 277	45 527	2,8%
Barn Kvinna Psykiatri	8 066	8 323	8 290	-0,4%
Medicinska specialiteter	11 867	13 904	14 348	3,2%
Opererande specialiteter	21 755	22 050	22 889	3,8%
<u>Antal sjukvårdande behandling</u>	49 944	52 999	54 610	3,0%
Barn Kvinna Psykiatri	22 259	22 994	24 007	4,4%
Medicinska specialiteter	15 238	17 432	19 174	10,0%
Opererande specialiteter	12 447	12 573	11 429	-9,1%
<u>Antal vårddygn / vård dagar</u>	43 451	42 577	42 188	-0,9%
Barn Kvinna Psykiatri	10 570	9 545	9 804	2,7%
Medicinska specialiteter	18 792	18 751	18 167	-3,1%
Kirurgi / Ögon / Öron	8 277	8 272	8 277	0,1%
Ortopedi	5 812	6 009	5 940	-1,1%
<u>Akutområdet</u>				
Ambulansuppdrag på väg	5 400	6 180	5 955	-3,6%
Ambulansuppdrag helikopter	305	280	298	6,4%
Patienter med Ambuss	815	757	773	2,1%
- varav patienter med vårdbehov	183	250	226	-9,6%
Besök akutmottagn exkl distriktsläk.jour primärvård	11 278	11 894	12 244	2,9%
Besök till distriktsläkarjouren på akutmottagningen	1 071	1 133	1 119	-1,2%
Vårdtimmar intensivvårdsavdelning IVA	14 994	15 247	15 475	1,5%
Operationstimmar vid centraloperation	3 598	3 853	3 740	-2,9%
<u>Antal födda barn</u>	446	416	434	4,3%
<u>Köpt vård</u>				
Läkarbesök	2 570	2 260	2 164	-4,2%
Sjukgymnastik	22 772	20 940	20 866	-0,4%
Patienter som fått nödvändig tandvård	504	586	597	1,9%
Antal barn som valt privat tandläkare	2 768	2 996	3 126	4,3%
<u>Folktandvården</u>				
Andel vuxna som har Folktandvården som vårdgiv.		37%	38%	1,0%
Andel barn som har Folktandvården som vårdgivare		86%	86%	0%
Utförd tid tandläkare allmäntandvård	24 848	22 513	24 620	9,4%
Utförd tid tandhygienister allmäntandvård	14 880	15 257	13 857	-9,2%
<u>Antal undersökningar inom medicinsk diagnostik</u>				
Röntgen	27 594	27 811	29 539	6,2%
Fysiologen	3 381	3 501	3 766	7,6%
Isotopen	586	531	568	7,0%
Kliniska mammografier	999	933	1 168	25,2%
Screening mammografier	6 147	2 461	5 563	126,0%
Antal analyser på kem lab	733 662	746 207	775 746	4,0%
Antal blodtappningar	1 834	1 842	1 773	-3,7%
Hälsovalet - landstingdriven primärvård	utfall 2011-04	Utfall 2012-04	Utfall 2013-04	Förändring 2013 jfm 2012
Läkarbesök - mottagningsbesök	63 684	65 527	68 731	4,9%
Läkarbesök - telefonbesök	23 691	22 736	22 802	0,3%
Sjuk-, distriktsköterskor/barnmorska-mottagn.besök	50 239	50 730	49 338	-2,7%
Sjuk-, distriktsköterskor/barnmorska- telefonbesök	17 184	19 827	21 006	5,9%
Provtagning samtliga vårdkategorier	29 788	31 799	32 463	2,1%
Sjukgymnaster - mottagningsbesök	13 881	15 700	17 676	12,6%
Sjukgymnaster - telefonbesök	718	882	958	8,6%
Psykosocial behandling - mottagningsbesök	5 044	6 090	6 112	0,4%
Psykosocial behandling – telefonbesök	1 277	1 436	1 303	-9,3%
Hälsovalet - privata utförare primärvård Inga produktionsstatistik tillgänglig				

Läkemedel

Kostnadsutveckling

Kostnaderna för läkemedelsförmånen var i Jämtlands läns landsting 1,6% högre per april 2013 jämfört med samma period 2012 (nationellt ökning 2,7%). Totalt i år har kostnaderna minskat med 5,4% jämfört med samma period föregående år (riket 3,4%). Minskningen är en fortsatt effekt av de stora patentutgångarna som varit de senaste åren.

Kostnaden för rekviderade läkemedel uppgår per april till 30 miljoner kronor, vilket är en ökning med 0,9% jämfört med samma period föregående år. Jämförelse med föregående år är dock svårt att göra. Landstinget betalar nettopriser från och med april i år, vilket innebär att det upphandlade priset betalas direkt vid köp av läkemedlet, inte som tidigare då rabatterna betalades ut i efterhand.

Effektiv läkemedelsförsörjning

Det nya avtalet med Apoteket AB angående läkemedelsförsörjning, trädde i kraft 1 april 2013. Det finns nu större möjligheter för vården att kunna påverka kostnaderna för läkemedel och dess kringkostnader, såsom ledtid för beställningarna både inom försörjning och tillverkning. Det är en stor omställning för vården att anpassa sig till nya rutiner, nya ledtider samt det nya beställningssystemet via e-handel.

Nationella patientsäkerhetssatsningen

Felaktig användning av antibiotika kan leda till minskad effektivitet genom utveckling av antibiotikaresistens. Den nationella patientsäkerhetssatsningen uppmärksammar problemet även i år. För att ta del av prestationsersättningarna ska antibiotikaförskrivningen i öppenvården minska till mindre än 312 recept per tusen invånare. Till och med april i år har landstinget en förskrivning på 304 recept per tusen invånare och trenden är en minskning av recept på de flesta av hälsocentralerna. Vid nationella jämförelser har JLL fortsatt näst lägst förskrivning av alla landsting inom antibiotikaområdet. Lokala Stramagruppen har dock identifierat ett par hälsocentraler som kommer att besökas i ett försök till att minska förskrivningen.

Ytterligare krav på landstingen är att öka den enskilda förskrivarens medvetenhet om sin förskrivarprofil av antibiotika samt förbättra följsamheten till de behandlingsrekommendationer som finns. Senast den sista maj ska verksamheterna hunnit diskutera förskrivarprofilerna inom läkargrupperna samt svara på de frågor som lokala Stramagruppen önskar återkoppling på. Endast tre hälsocentraler har hittills återkopplat till Stramagruppen.

Den andra läkemedelsindikatorn i årets patientsäkerhetssatsning innebär att alla avdelningar inom slutenvården ska ha dokumenterade rutiner för att patienterna ska erhålla en läkemedelsberättelse inklusive en aktuell läkemedelslista vid utskrivning från avdelningen. Under maj månad kommer denna rutin att implementeras. En rapport av detta arbete kommer att färdigställas i början av sommaren.

De mest sjuka äldre

Den nationella satsningen på god läkemedelsterapi för äldre fortgår. En minskning av olämpliga läkemedel till äldre (>75 år) samt adekvat användning av läkemedel mot psykos (>65 år) är två mål som kvarstår från föregående år. Nytt för i år är målet minskad användning av antiinflammatoriska läkemedel till äldre över 75 år. Inom alla tre områden ska användningen vara lägre än motsvarande period ifjol under minst 4 av 6 månader. Till och med mars hade två av tre indikatorer minskat. Användningen av antiinflammatoriska läkemedel hade dock ökat något under mars månad. I syfte att påverka inom samtliga områden så håller Läkemedelskommitténs ordförande utbildningar för läkare och sjuksköterskor under våren. Dessutom medverkar landstingsapotekaren vid läkemedelsgenomgångarna på hälsocentralerna.

Handlingsplan läkemedel

Enligt handlingsplan läkemedel ska följsamheten till upphandlade läkemedel bevakas. Det kan spara stora pengar samt minska risken för vite från läkemedelsföretagen. I ett försök att öka följsamheten så kommer upphandlade läkemedel att vara markerade i nya beställningssystemet för läkemedel. Ytterligare verktyg för att enkelt kunna följa följsamheten till upphandlade läkemedel, är under utformning.

Nya besparingsmål, tidigare effektiviseringsmål, skulle under första kvartalet utformas för primärvården samt inom slutenvården av respektive centrum. Detta är inte genomfört. Innan halvårsskiftet förväntas samtliga mål vara utformade för att gälla till och med 2014.

Läkemedelsmålen inom både nationella patientsäkerhetssatsningen samt arbetet med bättre liv för sjuka äldre är i fokus i verksamheten. I april hade de flesta måtten förbättrats och vi ser ut att kunna ta del av prestationsersättningarna.

Miljöarbetet går framåt

Landstingets vision är ”god hälsa och positiv livsmiljö för alla i Jämtlands län”. Eftersom landstinget har en relativt stor miljöpåverkan i verksamheterna har landstinget sedan 2004-2005 integrerat miljöarbetet i ett miljöledningssystem.

Miljöledningssystemet är uppbyggt utifrån den internationella standarden ISO 14 001 och EU-förordningen EMAS. Miljöledningssystemet är integrerat i det gemensamma ledningssystemet och gäller för alla verksamheter i Jämtlands läns landsting. Under februari genomfördes en omcertifiering av miljöledningssystemet. Vid externa revisionen noterades 7 avvikelser och revisorerna fått svar på hur landstinget avser att genomföra dessa. Revisorerna har godkänt redovisningen och beslutat att godkänna landstinget för fortsatt certifiering.

En handlingsplan för miljöarbetet 2013 är framtagen med nya miljömål. En långsiktig utvecklingsplan för miljö håller på att tas fram av Beredningen för folkhälsa och demokrati och planeras vara klar under året.

Landstingsövergripande handlingsplan för miljö

Landstinget har 7 övergripande miljömål för 2013. Målen för minskning av kopieringspapper, minskad energianvändning samt inköp av socialt-etiskt märkta livsmedel ser ut att kunna nås.

Svårt att minska avfallsmängden

Delårsstatistik har inte inkommit från alla avfallsmottagare varför en tillförlitlig bedömning om läget per april inte kan göras. Mellan åren 2011 och 2012 kunde konstateras att den totala avfallsmängden endast minskat med 0,63 procent vilket gör att det troligen är svårt att uppnå en minskning på 2 procent till 2013.

Från 1 april tar landstinget hand om allt läkemedelsavfall själva (tidigare bara toxiska läkemedel), vilket talar för en ökning av mängden läkemedelsavfall då vi tidigare inte fått statistik från Apoteket dit vi lämnat tidigare.

Ekologiskt och socialt/etiskt märkta livsmedel

Ekologiska varor är 30-80 procent dyrare än andra livsmedel. Målet för 2013 är 20 procent (räknat som andel av det totala utfallet i kronor). Totalt sett är andelen ekologiska livsmedel efter april 18,3 procent. För Kostenheten blev resultatet 17,5% utifrån att kaffet bytts ut mot ett billigare alternativ samt att priset på MSC-märkt fisk har förhandlats ner. Detta får negativt genomslag på målet då det är kostnadsrelaterat. Kostenheten bedömer dock att kvantiteten fortsatt är ungefär densamma som föregående år. Det är en svår

balansgång utifrån det ekonomiska läget att nå både ekonomiska och ekologiska mål då de delvis motverkar varandra. Hade kostenheten klarat 20 % skulle kostnaderna för första tertiet varit 90 tusen kronor högre.

Andelen socialt/etiskt märkta livsmedel uppgick till 6,1 procent vilket är väl över de 4 procent som gäller för 2013, men ca 1% lägre än 2012.

Tjänsteresor och transporter

Målet om koldioxidutsläpp från tjänsteresor och transporter kan inte bedömas då resebyrån inte levererat periodens statistik. Men under tidigare år har målet klarats med god marginal.

För egen bil i tjänsten, egna och leasade bilar samt buss har koldioxidutsläppen minskat med 25% jämfört med 2009. Dock brukar flygresor i relation till tågresor ge stort utslag i statistiken, varför det inte går att säga säkert om målet kommer att nås.

Nya regler för resor har beslutats, vilka bland annat innebär att man i första hand ska välja resfria alternativ.

Energianvändning

Landstinget arbetar intensivt med energifrågorna, bland annat genom informations insatser och energieffektiviseringsåtgärder.

Fastighetsenheten har med hjälp av beviljade stödmedel från energimyndigheten projektanställt en projektledare för att ändra beteende där huvudfrågan har varit hur man kan göra för att minska verksamheternas elförbrukning genom ändrat beteende och hur man gör det arbetet långsiktigt. En stor utmaning är att hantera teknikinförande på ett klokt sätt även ur energisynpunkt, så att energieffektiva alternativ av utrustning kan väljas. Energianvändningen för första tertiet följer målkurvan.

Kemikalier

Landstinget har ingen samlad bild över kemikalieanvändningen. Det är därför svårt att arbeta förebyggande med substitution och utfasning av farliga ämnen. Målet för kemikalier är att upphandla och implementera ett kemikaliehanteringssystem som även kommer att underlätta hanteringen av säkerhetsdatablad och andra lagkrav. En marknadsanalys pågår för att ta fram ett förfrågningsunderlag.

Regional utveckling

Jämtlands läns landsting och länets kommuner beslutade gemensamt 2010 att bilda ett kommunalt samverkansorgan, Regionförbundet Jämtlands län, med ändamålet ”att i en demokratiskt styrd organisation tillvarata länets möjligheter att främja länets uthålliga utveckling och tillväxt samt att i dessa frågor utöva ett tydligt politiskt ledarskap”. Regionförbundet Jämtlands län fick i enlighet med ”Lagen om samverkansorgan i länen” (2002:34) överta vissa uppgifter från länsstyrelsen. Bildandet av Regionförbundet Jämtlands län var i vissa avseenden en förberedelse för den önskade regionkommunbildningen år 2015.

För att samordna och stärka det regionala tillväxtarbetet vill Jämtlands läns landsting ansöka om att från och med den 1 januari 2015 få överta det regionala utvecklingsansvaret enligt ”Lagen om regionalt utvecklingsansvar i vissa län” (SFS 2010:630) och därmed också att få bilda en region med direktvalt regionfullmäktige 2015-01-01. Om regering och riksdag godkänner ansökan samlas Jämtlands läns landstings verksamheter och Regionförbundet Jämtlands läns regionala utvecklingsfrågor i en ny organisation, Regionen. Dessutom kan också ytterligare regionala utvecklingsfrågor som idag är kvar på länsstyrelsen eventuellt flyttas över till Regionen, t ex företagsstödet.

Motiv och utgångspunkter för en regionbildning i Jämtlands län

- de regionala utvecklingsfrågor får starkare legitimitet om de hanteras i ett direktvalt politiskt organ med egen beskattningsrätt.
- delar av de regionala utvecklingsfrågorna ligger kvar på länsstyrelsen och ger otydligheter och vissa samordningsproblem, som länet med en regionbildning vill undanröja.
- bildandet av en regionkommun ger en effektivare organisatorisk lösning.
- det goda samarbete som genom Regionförbundet Jämtlands län byggs upp kring de regionala utvecklingsfrågorna med ett starkt kommunalt engagemang och ett nära samarbete mellan olika näringslivsaktörer ska tas tillvara och fortsätta utvecklas.
- hälso- och sjukvården är i sig en av länets största utvecklingskrafter och spelar en mycket viktig roll i den regionala utvecklingen. Denna roll ska förtydligas och lyftas fram i regionens strategier för utveckling.
- Synligare region – en samlad region som vill tänka nytt kan ta mer plats samt bli mer synlig och definierad i omvärlden, både nationellt och internationellt. Självförtroende och självbild stärks

Beslutsunderlag ska nu utarbetas till landstingsstyrelsen/landstingsfullmäktige/regionstyrelse för bildande av en regionorganisation för Jämtlands län 1 januari 2015

Medarbetare

Antal anställda

Antalet anställda (månadsavlönade hel- och deltidsanställda personer) uppgick 30 april 2013 till 3 713 vilket är 34 fler än 31 december 2012. Vid en jämförelse med april 2012 så är antalet anställda 4 fler i år jämfört med föregående år vid samma tidpunkt. Av de anställda är 78 procent kvinnor och 22 procent män.

Antal månadsavlönade	2011-04	2012-04	2013-04
Totalt antal anställda	3 671	3 709	3 713
- varav kvinnor	2 874	2 909	2 911
- varav män	797	800	802

Utförd tid

Vid analys av utförd tid använder vi oss av personaldata och kostnader för perioden januari-mars, detta eftersom det sker en eftersläpning i registrering av timmar och kostnader. Annars blir det inte korrekt när jämförelser görs med tidigare år.

Den utförda tiden har för perioden januari – mars 2013 ökat med 9 årsarbetare jämfört med samma period 2012. Då har justering skett utifrån att det är två vardagar mindre 2013 jämfört med 2012. Beräknat på landstingets genomsnittslön så motsvarar denna ökning 4,0 miljoner kronor. Ökningen beror bland annat på att:

- Folk tandvården har anställt flera allmäntandläkare.
- Primärvården har ökat bemanningen då de öppnat flyktmottagning.

Trots ökningen av utförd tid så rapporterar samtliga centrum utom Folk tandvården om att de vakanshåller tjänster.

Utförd tid	2011-03	2012-03	2013-03
Totalt utförd tid	1 405 508	1 430 658	1 394 470
varav kvinnor	1 074 992	1 099 478	1 072 879
varav män	330 516	331 180	321 590
Läkare	162 047	168 551	169 303
- varav kvinnor	66 299	73 795	73 192
- varav män	95 748	94 756	96 111
Sjuksköterskor	419 270	431 606	421 606
- varav kvinnor	362 279	372 154	362 048
- varav män	56 991	59 451	59 577
Undersköterskor	233 342	233 353	227 793
- varav kvinnor	186 856	185 225	184 684
- varav män	46 486	48 129	43 110

Kostnaden för bemanningsföretag och arvodesanställda läkare

Jämfört med föregående år så har kostnader för bemanningsföretag minskat med 1,1 miljoner kronor. Minskningen motsvarar 8 procent för perioden januari – mars.

Primärvården har minskat sina kostnader med 1,4 miljoner kronor. Även Centrum för diagnostik, teknik och service har minskade kostnader. En viss ökning har skett inom Centrumen för opererande och medicinska specialiteter.

Även om det skett en minskning vad gäller kostnader för bemanningsföretag så har den totala kostnaden, enligt tabellen nedan, ökat. Ökningen återfinns i kostnader för arvodesanställda. Det är framförallt inom primärvården som ökningen skett. Summa kostnader för primärvården blir därmed i princip konstant jämfört med samma period 2012.

Kostnader i miljoner kronor	2011-03	2012-03	2013-03
Läkare anställda på internt stafettavtal (gäller enbart Primärvård och röntgen)	0,1	0,0	0,2
Arvodesanställda (total kostnad inkl resor och bostad)	1,6	2,2	3,2
Läkare anlitade via bemanningsföretag	7,9	14,0	12,9
Total kostnad	9,6	16,2	16,3

En uppföljning per april visar på fortsatt minskning jämfört med 2012. Minskningen är då på 2 miljoner kronor och motsvarar 10 procent. Alla centrum förutom opererande har minskat kostnaderna för bemanningsföretag. Centrum för opererande specialiteter har ökat med 0,5 miljoner kronor.

Handlingsplan kompetensförsörjning

Handlingsplanen utgår från kompetensförsörjningsstrategin 2011-2014 och behovet av nyckelkompetenser.

Handlingsplanens tidplan följs i princip. De flesta aktiviteter är påbörjade, exempelvis kartläggning av specialistläkare och vissa aktiviteter är redan genomförda.

De aktiviteter som inte är påbörjade ingår i andra sammanhang. Aktiviteter som har med kompetenssammansättning, kompetensförsörjning och arbetstidsförläggning är knutna till arbetet med produktions- och kapacitetsplanering, hel- och deltidprojektet, organisation för centraliserat avrop samt översyn av arbetstidsmodellen.

Ett systemstöd för kompetenskartläggning vore önskvärt men det är kopplat till ett årligt kostnadsåtagande och måste inprioriteras om det ska genomföras.

Handlingsplan för lönestrategi 2011-2013

Många av handlingsplanens aktiviteter är löpande eller genomförs en gång per år. Dessa bedöms bli genomförda under 2013.

Några aktiviteter bedöms inte kunna slutföras under året. Orsaken är framför allt bemannings- och kompetensförändringar inom personalstaben vilket medfört att aktiviteterna inte kunnat prioriteras, samt att vissa aktiviteter tagit mer tid i anspråk än beräknat.

De fyra aktiviteter som inte bedöms kunna slutföras under 2013 är:

- Framtagande av checklista för att säkerställa icke diskriminerande individbedömning, samt granskning av arbetsvärderingen i samma syfte.
- Uppföljning av att respektive verksamhet har tydliggjort vad som krävs för bedömning högre än normalprestation.
- Framtagande av processbeskrivning samt interaktiv utbildning lönebildning (delvis utförd angående processbeskrivning)
- Utarbeta riktlinjer för hantering av höjda bas/ingångslöner.

En ny prioritering föreslås göras i samband med att handlingsplan för kommande år upprättas.

Sjukfrånvaro

Landstingets totala sjukfrånvaro under perioden januari till april är i genomsnitt 7,3 procent jämfört med 7,2 procent motsvarande period 2012. Sjukfrånvaron ser ut att följa samma trend som 2012. En marginell ökning har skett från 159 802 till 159 949 sjukfrånvarotimmar, en ökning med 147 timmar.

Landstingets mål är att skillnad i sjukfrånvaro mellan kvinnor och män ska minska. Kvinnors värde 2013 ska närma sig männens med 1 procentenhet till 6,2 procent på årsbasis. Hittills i år har kvinnornas sjukfrånvaro dock ökat och männens ligget kvar på samma nivå.

Mellan centrumen varierar sjukfrånvaron från 6,6 procent till 9,4 procent av ordinarie arbetad tid. Omkring 50 procent av dessa sjukfrånvarotimmar är timmar över 60 dagar. Dessa timmar minskar i takt med att sjukpenning byts ut mot sjukersättning och omregleras.

Sjukfrånvarotimmarna fördelat per åldersgrupper har minskat i gruppen 50år och äldre, medans den ökat i gruppen 30-49 år.

I tabellen nedan syns hur fördelningen av de totala sjukfrånvarotimmarna fördelas mellan åldersgrupperna.

Åldersgrupp	Fördelning i % av totalt antal sjukfrånvarotimmar
29 år och yngre	27%
30-49 år	31%
50 år och äldre	42%

Orsaker som anges till korttidsfrånvaron är förkylningar och andra infektioner, influensor och andra virussjukdomar och då framförallt i februari och mars.

Långtidssjukfrånvaron orsakas av besvär i rörelseapparaten och av psykisk ohälsa. Kroniska sjukdomar, planerade operationer, skador pga olycksfall och stressrelaterade sjukdomar anges också i centrumens kommentarer i boksluten. Fyra centrum uppger att delar av sjukfrånvaron är arbetsrelaterad, två av dem ökar också sin sjukfrånvaro. Då anges stress och utmattning till följd av ökad arbetsbelastning och minskad återhämtning bland annat till följd av satsningen på ökad tillgänglighet, neddragningar och vakanser som ingen ersättare kunnat rekryterats till.

Landstingets företagshälsovård – Landstingshälsan

Landstingshälsan är sjukskrivande instans för mindre än 1/3 av landstingets alla sjukskrivna medarbetare, 195 st, vilket innebär 60 medarbetare. Av dessa är 52 kvinnor och 8 män. Insatserna via Landstingshälsan har liksom under 2012 fortsatt präglas av ökat behov av insatser som har samband med genomförda omorganisationer och sammanslagning av verksamheter. Rehabiliteringsinsatser tillsammans med individ, chefer och Försäkringskassan utgör ett annat stort arbetsområde.

Totalt har 1 637 individkontakter skett att jämföra med 1 870 samma period 2012. De största orsakerna till behovet av rehabilitering är som tidigare i första hand psykiska sjukdomar, vilket inkluderar stressproblematik, och här ser Landstingshälsan en markant ökning jämfört med 2012. Därefter följer sjukdomar i axlar, nacke, rygg och knä. Dessa har dock minskat jämfört med 2012.

Arbetsmiljö

Under det första kvartalet 2013 har Arbetsmiljöverket genomfört inspektioner samt begärt in handlingsplaner från verksamheterna gällande konsekvenser av neddragningar och bemanning. Det som tas upp i delårsboksluten gällande detta är bland annat att:

- Inom Centrum för opererande specialiteter kommer signaler om ansträngd arbetsmiljö på flera av centrumets enheter. Mycket av problematiken är då kopplad till bemanning, att ordinarie personal måste arbeta extrapass. Handlingsplaner för arbetsmiljön ska utarbetas på respektive enhet med lokal facklig samverkan.
- Inom område psykiatri har arbetsmiljöverket genomfört inspektion vid enheten för neuropsykiatri (ENP). En särskild handlingsplan har

upprättats för att förbättra arbetsmiljön vid ENP. Centrumkommittén där har planerat förlängda möten i mars och maj för att diskutera arbetsmiljö och andra frågor på områdena.

- Vårdavdelningarna på Centrum för medicinska specialiteter har problem med bemanning, dubbla turer och kort varsel blir en följd. Detta kan bidra till hög arbetsbelastning och sämre möjlighet till återhämtning. Där pågår också ett arbete med att ta fram handlingsplan till åtgärder i samverkan med centrumkommittén.
- Vid flera avdelningar inom Centrum för barn, kvinna och psykiatri har personalgrupper önskat byta schemamodell då fasta scheman har upplevts som negativa. Vid område kvinna upplever barnmorskegruppen att nuvarande arbetsmodell inte passar med att rotera mellan tre enheter och samtidigt arbeta treskift. Arbetsgivaren har inte kunnat komma överens med berört fackförbund.
- Jourbördan för läkargrupperna lyfts av två centrum.
- Enhetschefernas arbetsmiljö lyfts också fram som pressad med hög arbetsbelastning av flera centrum.

Oro för omorganisationer och förändringar nämns också som en faktor som påverkat arbetsmiljön. Men denna oro förväntas dock minska i takt med att den nya organisationen etablerar sig.

Arbetet med den fysiska och psykosociala arbetsmiljön beskrivs ske kontinuerligt genom exempelvis; översyn av arbetsrutiner, planering och bemanning. Skyddsronder som visat på behov av ombyggnationer som påverkat arbetsmiljön positivt beskrivs också. Fortlöpande arbete för en bra arbetsmiljö beskrivs genom bl.a. ergonomiska genomgångar samt genom att tillgodose medarbetarens individuella behov med exempelvis terminalglas, skor och skoinlägg och andra arbetshjälpmedel.

Något som också lyfts fram och som även syns i medarbetarenkäter tidigare år, är att det på många håll finns en god stämning och sammanhållning på arbetsplatserna och att medarbetarna ställer upp för

varandra. Dessa är viktiga faktorer i en god arbetsmiljö, trivsel.

Primärvården skriver också att: ”Lyftas fram skall också att det inom ett flertal enheter varit en god stämning inom arbetsgrupperna. Lojalitet och ett positivt synsätt på de förändringar som har behövts genomföras har bidragit till en god arbetsmiljö. Att bibehålla en god arbetsmiljö som inte leder till nya sjukskrivningar och att återfå medarbetare i arbete efter sjukskrivningar har prioriteras. Detta leder till att vara attraktiv på arbetsmarknaden vilket påverkar en god bemanning på sikt.”

Handlingsplan för hälso- och arbetsmiljö

Utifrån landstingsdirektörens verksamhetsplan har arbetet med långa sjukfall prioriterats. Samtliga rehabiliteringsärenden över 180 dagar ska gås igenom med start maj-juni.

Införande av sjukfrånvaron i Diveport har varit prioriterat utifrån målet att sänka sjukfrånvaron.

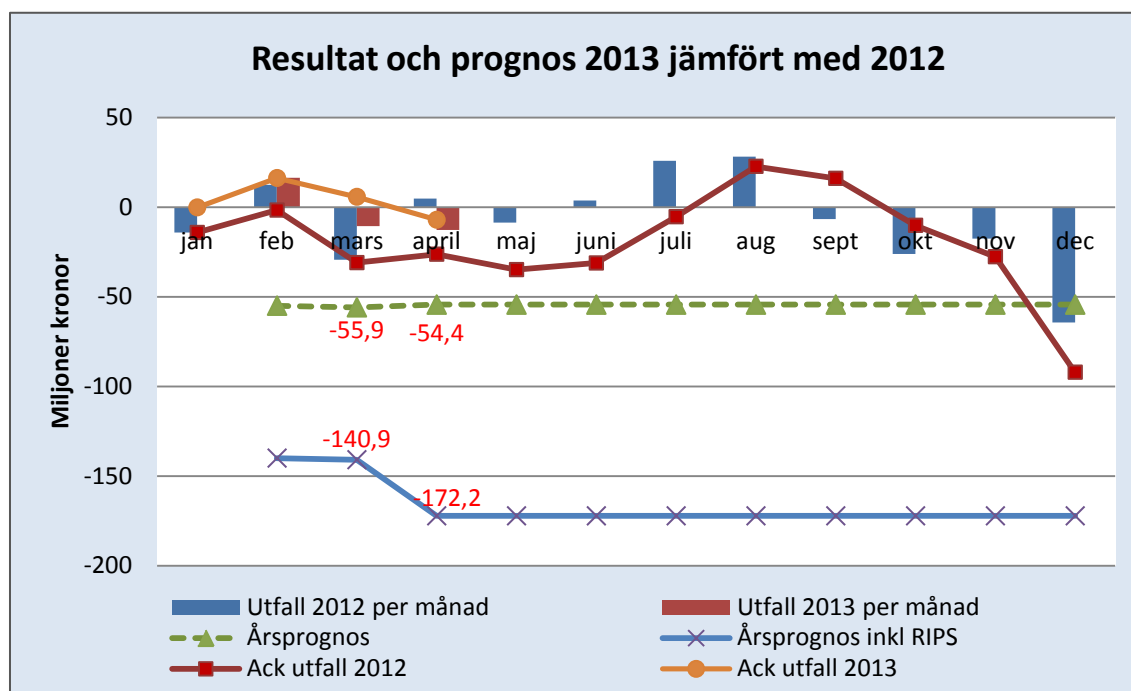
Medarbetarenkätens resultat har legat till grund för arbetet med handlingsplaner och enheternas aktiviteter. 2-3 aktiviteter har kunnat prioriterats inom hälsa och arbetsmiljö år 2013. I verksamhetsplanen för personalstaben har 3 aktiviteter per strategi prioriterats.

En aktivitet att definiera hälsofrämjande arbetsmiljö, identifiera friskfaktorer och mönsterarbetsplatser samt goda exempel på hälsofrämjande arbetsplatser kommer att nedprioriteras för att skapa utrymme för produktions- och kapacitetsarbetet.

En aktivitet för att öka delaktigheten och ta fram stödmaterial om beslutsgång och samverkan inom organisationen, att använda på APT, kommer att flyttas till hösten eftersom revidering av samverkansavtalet pågår.

Övriga aktiviteter enligt handlingsplanen är klara eller pågår under året.

Ekonomi



Resultatanalys

Jämtlands läns landstings resultat per april är minus 124,7 miljoner kronor varav 6,8 miljoner kronor avser landstingets planerade verksamhet och 117,8 miljoner kronor avser en engångskostnad för pensioner efter förändrad Ripsränta. I analysen nedan kommenteras resultatet utan ripsränteeffekt (Resultat 1) och effekten av Rips-räntan var för sig.

Budget per april är minus 4,1 miljoner kronor och budgetavvikelsen jämfört med Resultat 1 är minus 2,7 miljoner kronor.

De ekonomiska förutsättningarna har förändrats i positiv riktning under året. Skatteintäkterna bedöms bli 15,7 miljoner kronor högre än budget och de generella statsbidragen 3,9 miljoner kronor högre än budget. Detta motverkas dock delvis av att statsbidraget för läkemedelsförmånen bedöms bli 14 miljoner kronor lägre än budgeterat. Det finns fortfarande ingen överenskommelse mellan SKL och regeringen så prognosen grundar sig på de månadsbelopp som hittills betalats ut.

Finansnettot bedöms bli 1,3 miljoner bättre än budget, främst beroende på lägre finansiella kostnader för pensioner.

Rips-räntan

Pensionsskulden motsvarar nuvärdet av de framtida utfästa pensionsutbetalningarna. Eftersom utbetalningarna sker långt fram i tiden ska skulden nuvärdesberäknas. En nuvärdesberäknad skuld blir högre ju lägre räntan är och vice versa. En ändring av diskonteringsräntan har stor betydelse för pensionsskuldens storlek. Vid beräkning av nuvärdet används en kalkylränta som benämns RIPS. Det varaktigt mycket låga ränteläget i den svenska ekonomin innebär att den rekommenderade diskonteringsräntan i pensionsskultsberäkningen sänks med 0,75 procentenheter från den 1 januari 2014. Effekten av sänkningen ska beaktas i redovisningen 2013.

Det innebär att uppräkningsen av pensionsskulden har bokförts som ett engångsbelopp i april månad med 117,8 miljoner kronor. Beloppet är bokfört som en finansiell kostnad. I årsbokslutet kommer det att redovisas som en jämförelsestörande post.

Även årets kostnader för pensioner påverkas av de nya förutsättningarna. Enligt KPA:s senaste beräkning blir kostnaden 7 miljoner kronor högre än budgeterat.

Resultat enligt balanskravet

Balanskravet innebär att ett negativt resultat för ett räkenskapsår ska regleras under de närmast följande tre åren. En särskild åtgärdsplan för hur återställandet ska ske ska utarbetas och beslutas av fullmäktige. I resultat enligt balanskravet får inte reavinster vid försäljning av anläggningstillgångar tillgodoräknas enligt huvudregeln. Däremot ska reaförluster vid försäljning av anläggningstillgångar räknas in.

Efter år 2012 återstår enligt balanskravet totalt 139,6 miljoner kronor att återställa varav 36,7 miljoner kronor under år 2013. Prognos för 2013 och budget för planperioden 2013-2015 kommer inte att kunna återställa det balanserade resultatet.

Nettokostnadsutveckling

Landstingets nettokostnader ökade till och med april med 24,4 miljoner kronor (+2,3 procent) jämfört med samma period 2012. Utfallet överstiger målet för nettokostnadsutvecklingen på max 1,6 procent, vilket räknats fram utifrån landstingets nettokostnader 2012.

Nettokostnaden 2012 innehöll en återbetalning av avtalsförsäkringspremier på 48 miljoner kronor, vilket är att betrakta som en engångsintäkt. Jämför man budgeterade nettokostnader 2013 med landstingets normala nettokostnadsmassa 2012 får nettokostnaderna i år öka med endast 3 miljoner kronor (+0,1 procent) om landstinget ska kunna uppnå det nollresultat som budgeterats för 2013.

Intäkterna minskade med 3,8 miljoner kronor (-2,1 procent), vilket beror på att intäkter till Åsbygdens naturbruksgymnasium nu går till Regionförbundet

Jämtlands län, som tog över verksamheten den 1 juli 2012. Exklusive gymnasieverksamheten, minskade intäkterna för landstingets ordinarie verksamhet (projekten borträknade) med 0,4 procent.

Verksamhetens kostnader ökade med 1,7 procent, uppdelat på personalkostnader +4,1 procent och omkostnader -1,2 procent. Om personalkostnaderna avseende Åsbygdens naturbruksgymnasium räknas bort, steg personalkostnaderna med 33,1 miljoner kronor (+5,0 procent). Landstinget hade kostnader för nio fler årsarbetare under det första tertiet 2013. Under hösten 2012 genomfördes en generell lönenivåhöjning för ST-läkarna utöver den individuella lönesättningen. Hittills under 2013 har landstinget anlitat arvodesanställda läkare i högre grad. För övrigt steg den del av pensionskostnaderna inklusive löneskatt som ingår i personalkostnaderna med 6,5 miljoner kronor (+8,1 procent).

Omkostnaderna exklusive Åsbygdens naturbruksgymnasium ökade med 1,5 miljon kronor (+0,3 procent). De kostnadsslag som ökat mycket de senaste åren, backade något under det första tertiet i år. Kostnaderna för riks- och regionvård var 1 miljon kronor (-1,1 procent) lägre än vid delårsbokslutet april 2012 och kostnaderna för stafettläkare var 2 miljoner kronor (-9,7 procent) lägre än vid samma tid ifjol. Kostnaderna för länstrafik däremot, steg med 1,7 miljoner kronor (+7,1 procent).

Den lugnare investeringstakten 2012 återspeglas i att avskrivningskostnaderna efter fyra månader var 0,2 miljoner kronor lägre, än efter de fyra första månaderna 2012.

Verksamhet (miljoner kronor)	Intäkter		Kostnader Använda medel	Resultat per 2013-04-30	Använda medel i procent av intäkterna	Prognos helår 2013
	Landstings bidrag	Övriga intäkter				
Centrum för diagnostik, teknik, service	5,5	241,6	-243,4	3,7	99%	10,0
Motsedda utgifter	32,6	15,1	-35,9	11,8	75%	3,0
Centrum för ledning och verksamhetsstöd	79,5	13,8	-87,5	5,8	94%	2,0
Patientnämnden	0,9	0,0	-0,9	0,0	104%	0,0
Landstingsrevisionen	1,7	0,0	-1,5	0,2	88%	0,0
Förtroendevalda politiker	6,9	0,0	-6,4	0,5	93%	0,0
Centrum för barn, kvinna och psykiatri	166,6	14,6	-174,0	7,2	96%	-1,0
Centrum för folktandvård	21,9	33,3	-58,4	-3,2	106%	-2,5
Landstingsövergrip verksamhet*	115,7	30,2	-143,7	2,1	99%	-12,9
Centrum för medicinska specialiteter	227,8	10,9	-245,5	-6,8	103%	-15,0
Centrum för primärvård*	175,6	42,4	-228,2	-10,1	105%	-15,0
Centrum för opererande specialiteter	266,9	38,4	-315,9	-10,7	103%	-30,0
Summa förvaltning	1 101,4	440,2	-1 541,3	0,3	100%	-61,4
Finansförvaltning	-1 101,4	1 102,3	-8,0	-7,2	922%	7,0
Resultat 1	0,0	1 542,5	-1 549,3	-6,8	100%	-54,4
Förändrad RIPS ränta			-117,8	-117,8		-117,8
Totalt Jämtlands läns landsting	0	1 542,5	-1 667,2	-124,7	108%	-172,2

*)I tabellen har den landstingsdrivna primärvårdens ersättning i hälsovalet, 164,7 miljoner kronor, flyttats från Landstingsövergripande verksamhet till Centrum för primärvård.

Kommentarer till prognoser för helår 2013.

Centrum för diagnostik, teknik och service

Centrumet redovisar ett positivt resultat 3,6 mkr och prognosen för helåret är 10 mkr. Skälet är främst en ökad efterfrågan på diagnostik men även kostnadsmedvetenhet och effektiva processer.

Motsedda kostnader

Resultatet per april är 11,8 mkr. Helårsprognosen för Motsedda utgifter är på (3mkr -117,8mkr) -114,8 mkr. I tabellen ovan har den förändrade RIPS räntekostnaden på -117,8 mkr redovisats på en egen rad eftersom det är en jämförelsestörande post.

- Det varaktigt mycket låga ränteläget i den svenska ekonomin innebär att den rekommenderade diskonteringsräntan, RIPS, i pensionsskuldberäkningen sänks med 0,75 procentenheter från den 1 januari 2014. Effekten av sänkningen ska beaktas i redovisningen 2013 som en finansiell kostnad med 117,8 mkr.
- Även årets kostnader för pensioner påverkas av de nya förutsättningarna. Enligt KPA:s senaste beräkning blir kostnaden 7 mkr högre än budgeterat.
- Av avsatta medel för SAP (särskild avtalspension) beräknas 1 mkr inte bli förbrukade.
- Premie och räntekostnad till LÖF (Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag) beräknas ge ett överskott jämfört med budget på +3 mkr.

- Stimulansmedel kömiljarden var budgeterat med 3 mkr, men endast 1 mkr har omfördelats vilket medför ett överskott på 2 mkr.
- Från sjukskrivningsmiljarden har utbetalats 4,2 miljoner kronor, vilket avser 2012. Inga medel var budgeterade vilket medför att det redovisas som ett överskott.

Centrum för lednings- och verksamhetsstöd

Centrumet redovisar ett ekonomiskt överskott med 5,8 miljoner kronor, beroende på både högre intäkter och lägre kostnader än budgeterat. Centrumets prognos för helår är 2 mkr. Prognosen baseras på att

- KFC-Z beräknas få ett överskott på 1,9 mkr
- Hälso- och sjukvårdsstaben får ett överskott på 0,3 mkr.

Centrum för barn, kvinna och psykiatri

Centrumet har ett resultat på +7,2 mkr efter årets första fyra månader. Prognos för helåret är -1 mkr.

- Nuvarande bedömning är att riks- och regionvård kommer att balansera vid årets slut.
- Personalkostnaderna beräknas ha ett överskott.
- Läkemedelskostnaderna beräknas uppvisa ett överskott motsvarande +1 mkr,
- Kostnaderna för inhyrd personal beräknas överstiga budget med 4 mkr. Pågående rekrytering till område psykiatri kan dock minska denna kostnad rejält.

- Övriga kostnader beräknas ha ett underskott med -2 mkr.
- Prognosen innehåller inga intäkter från migrationsverket, psykiatriöverenskommelse 2013 eller intäkter från andra överenskommelser. Prognosen innehåller dock en intäkt från kommunerna på 1,2 mkr för tillnyktringsverksamheten (TNE). Den intäkten är för närvarande osäker då finansieringen av TNE ska diskuteras i SVOM.

Centrum för folk tandvård

Resultatet tom april är -3,2 mkr och prognosen för hela året -2,5 mkr. Prognosen bygger på att de åtgärder som vidtas på klinikerna ska ge ökade intäkter och på så sätt få ner nettokostnadsökningen till 3,5%.

- Ett stort antal åtgärder är framtagna avseende tidbok och debitering.
- Jämfört med april 2012 är det en nettokostnadsökning på 13%. Kostnader har ökat med totalt 8% vilket motsvarar 3,8 mkr. Intäktsökningen räcker endast till att täcka hälften av de ökade kostnaderna. På kostnadssidan är det personalkostnaderna som står för merparten av ökningen.
- Intäktssidan är väldigt svag vilket beror på att andelen bokad patienttid för tandläkarna är avsevärt lägre än förra året vid samma tidpunkt. Även debiteringen per timme har minskat. Ett antal nyutexaminerade tandläkare har anställts vilket delvis kan förklara den låga timdebiteringen.

Landstingsövergripande verksamhet

De samlade enheterna som är att hänföra till landstingsövergripande verksamhet redovisar ett överskott på 2,1 mkr. Prognosen för helåret är -12,9 mkr.

- Rik- och regionvård -7,0 mkr.
- Omställningsgruppens kostnader består av ersättning genom omställningsavtalet, avgångsvederlag, lön under uppsägning samt lönekomensation enligt avtal i samband med verksamhetsövergång, -3,5 mkr.
- Hälsovalet. En överenskommelse med kommunerna 2011 medförde en kostnadsökning för landstinget med 1,2 mkr för helår som inte budgeterats.
- Länstrafikens prognos är att landstinget drabbas av en extra kostnad på 6,1 mkr för året.
- Regionförbundet ska återbetala 2,6 mkr pga felräkning så har de fått för mycket pengar för 2013.

Centrum för medicinska specialiteter

Centrumet har för perioden ett negativt ekonomiskt resultat på -6,8 mkr. Prognos för helår är -15 mkr. Nettokostnadsökningen för centrumet är 1,9 procent. De största minusposterna utgörs av:

- personalkostnader -4,5 mkr
- riks- och regionvårdskostnader -2,3 mkr

Centrum för primärvård

Centrum primärvård lägger en årsprognos på -15 mkr. Detta är en mycket tuff prognos med hänsyn till det försämrade resultat som främst Åre och Strömsunds närvårdsområden visar. Det förutsätter att de åtgärder som beslutats avseende bemanningsföretag är möjliga att genomföra samt att arbetet med minskade kostnader i övrigt lyckas. Det kan komma att krävas neddragning av verksamhet alternativt stängning av en eller flera enheter. Dock begränsas handlingsfriheten av bestämmelser i hälsovalsavtalet.

Centrum för opererande specialiteter

Centrumet har per sista april ett negativt resultat på -10,7 mkr och en nettokostnadsutveckling på 2,6 %. Prognosen för 2013 -30 mkr.

- Resultat för område kirurgi, ögon, öron per april är -6,8 mkr. Jämfört med samma period föregående år har kostnaden för köpt vård ökat med 3,1 mkr. Ingen ändring har skett i remitteringsmönstret. Området har en nettokostnadsutveckling på 6%.
- Resultat för område ortopedin per april är -0,9 mkr. Underskottet består framförallt av ökade kostnader för ortopediskt material. Området har en nettokostnadsutveckling på -2,9 % jämfört med samma period 2012.
- Resultat för akutområdet per april -3,1 mkr, vilket är en avsevärd försämring jämfört tidigare resultat. Det är framförallt externa och interna kostnader som ökat mycket jämfört med 2012. Externt beroende på höga kostnader för ambulanshelikoptern, ambulanstransporter utförda av annat landsting samt kostnader för medicinskt material. Området har en nettokostnadsutveckling på 3%.

Finansförvaltningen

Efter april månad lämnas en prognos på +7 mkr.

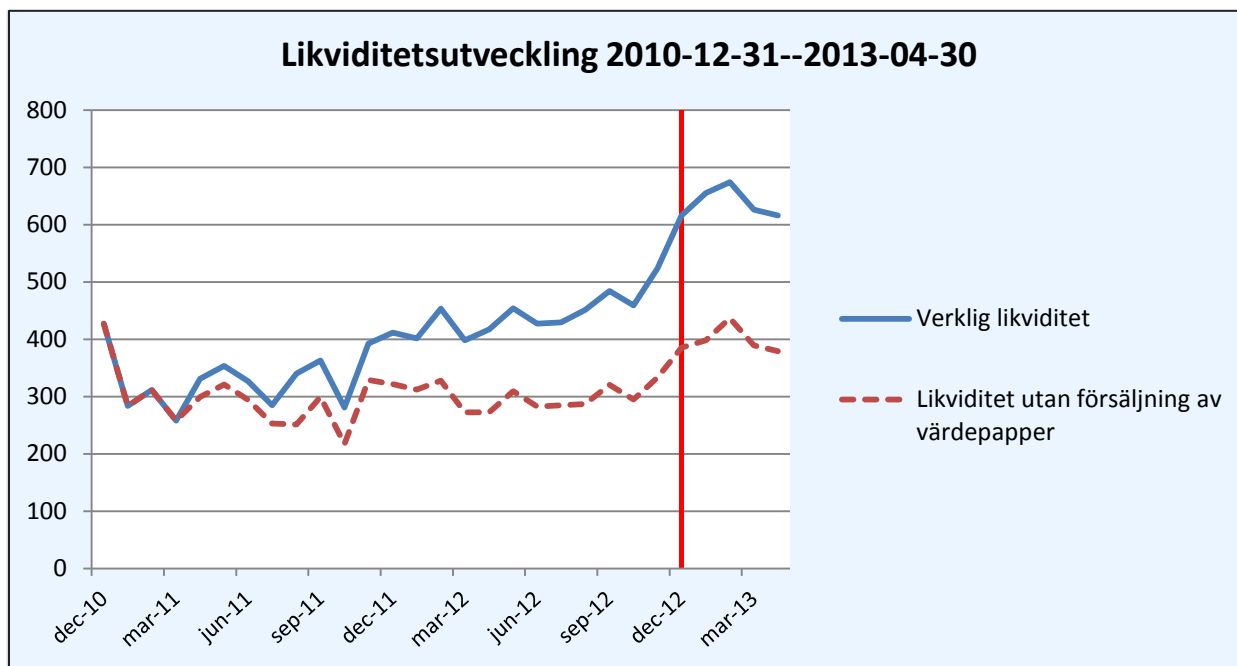
- Skatteintäkterna förväntas bli 15,7 mkr bättre jämfört med budget.
- Generella statsbidragen har ökat jämfört med de preliminära siffror som låg till grund för budgeten. Ökningen blev +3,9 mkr.
- Beträffande statsbidrag till läkemedelsförmånen så finns ingen överenskommelse mellan SKL och regeringen. Prognosen grundar sig på de månadsbelopp som hittills betalats ut. Om utbetalningarna sker med samma belopp för resterande del av året så innebär det ett underskott på -14 mkr jämfört med budget.
- Utifrån Riksbankens senaste prognos över reporäntan så har de finansiella intäkterna räknats ned med 1,3 mkr.
- De finansiella kostnaderna för pensionskostnaderna hamnar på +2,6 mkr enligt den senaste beräkningen från KPA.

Likviditeten på oförändrad nivå

Trots negativa resultat i landstingets verksamhet har likviditeten vuxit sedan hösten 2012, även när tillskottet från försäljningen av värdepapper ur pensionsportföljen räknas bort. Det beror dels på att landstinget har kostnader som inte genererar några utbetalningar – pensionsskuldsökningen – dels på en måttlig investeringstakt det senaste året.

Nettoförsäljningar ur pensionsportföljen har bidragit till likviditeten med 6 miljoner kronor.

Likviditeten består av medel i kassa och bank samt lätt omsättningsbara räntebärande värdepapper. Sedan årsskiftet ligger likviditeten på i stort sett oförändrad nivå.



Investeringar

Gjorda investeringar januari till april

Under årets fyra första månader har landstinget investerat för 21,8 miljoner kronor. Maskiner, inventarier och hjälpmedel står för 14,9 miljoner kronor och ej aktiverade fastighetsinvesteringar för 6,9 miljoner kronor. I tabellen nedan ses respektive centrum planerade investeringar under resterande del av året samt plan för 2014.

Centrumens planerade investeringsnivå är mycket hög, totalt 140,5 miljoner kronor vilket ska jämföras med det i Landstingsplanen beslutade investeringsbeloppet på 85 miljoner kronor för år 2013.

Under 2012 investerades det för 55,4 miljoner kronor i maskiner, inventarier och hjälpmedel. Det var 5,4 miljoner kronor eller närmare 11 procent över det beslutade budgetutrymmet. Fastighetsinvesteringarna uppgick till 33,3 miljoner kronor förra året och det var 3,3 miljoner mer än budgeterat.

Det är framförallt Centrum för diagnostik, teknik och service som har mycket stora investeringsbehov. De stod för den absolut största delen av investeringsvolymen förra året och de har fortsatta investeringsbehov på närmare 38 miljoner kronor i år och 27 miljoner kronor nästa år. Därefter ser behoven ut att minska.

Centrum för ledning- och verksamhetsstöd gör stora It-investeringar under innevarande år. Det är inköp av nytt vårdsystem som beräknas kosta 16 miljoner kronor, införande av nytt datalager 4 miljoner samt inköp av switchar för kommunikationsnätet på sjukhuset 3 miljoner.

Nivå på avskrivningarna

Under årets första fyra månader uppgick avskrivningskostnaderna till 33,3 miljoner kronor, vilket är 0,2 miljoner kronor mindre än för samma period 2012.

Tabell över hittills gjorda investeringarna samt planerade för respektive centrum.

Investeringar - hittills gjorda samt planerade, tkr	Inköpt jan-april	Planerat maj-dec	Totalt för 2013	Plan för 2014
<u>Maskiner, inventarier och hjälpmedel</u>				
Centrum för opererande specialiteter	6 728	6 720	13 448	ca 10 000
Centrum för medicinska specialiteter	212	1 690	1 902	2 000
Centrum för barn, kvinna och psykiatri	337	2 913	3 250	3 000
Centrum för primärvård	131	469	600	600
Centrum för folktandvård	1 179	4 775	5 954	3 560
Centrum för diagnostik, teknik och service	2 522	35 348	37 870	27 026
Centrum lednings- och verksamhetsstöd	300	25 150	25 450	8 000
Hjälpmedelscentralen	3 500	8 500	12 000	12 000
Summa maskiner, inventarier och hjälpmedel	14 909	85 565	100 474	66 186
Fastighetsinvesteringar	6 900	33 100	40 000	30 000
Totalt gjorda och planerade investeringar	21 809	118 665	140 474	96 186
Investeringsutrymme enligt Landstingsplan 2013-2014			85 000	70 000

Finansförvaltning

Likviditetsförvaltning

Avkastningen på likviditetsportföljen, den värdepappersportfölj som innehåller räntebärande värdepapper med kort löptid, uppgick till 0,78 procent. Omräknat till årsränta blir det 2,37 procent, vilket på årsbasis är 1,31 procent högre än målet för den kortsiktiga förvaltningen.

Landstingets avkastning på likviditetsförvaltning

Avkastning	Utfall	Mål	Avvikelse
I procent på förvaltat kapital januari-april	0,78 %	0,35 %	+0,43 %
I miljoner kronor	3,8 mkr	1,7 mkr	+2,1 mkr

Betalningsberedskap

Det andra målet för den kortsiktiga likviditetsförvaltningen är att hålla en god betalningsberedskap. Målet uppnåddes.

Landstingets betalningsberedskap 30 april 2013 i miljoner kronor

Tillgångar	Utfall	Mål
Kassa och bank	150,0	
Kortfristiga placeringar	167,2	
Checkräkningskredit	50,0	
Medel som kan betalas ut inom två dagar	367,2	65,0
Kortfristiga placeringar, obligationer	258,5	
Medel som kan betalas ut inom tre dagar	625,7	300,0

Förvaltning av värdepappersportföljen för pensioner

Värdepappersportföljen för pensioner består av obligationer. Under de fyra första månaderna av 2013 gav den en avkastning på 0,65 procent. I årsavkastning motsvarar det 1,96 procent.

Förvaltningsmålet för värdepappersportföljen är att dess marknadsvärde ska följa den del av pensionsskulden

som den öronmärkts för. Det nyckeltal som används för att mäta måluppfyllelse kallas konsolideringsgrad. Konsolideringsgraden är lika med det marknadsvärderade innehavet av värdepapper för pensioner dividerat med den del av pensionsskulden som den öronmärkts för, också marknadsvärderad.

Måluppfyllelse pensionsportföljen

Konsolideringsgraden steg under det första tertialet till 90,5 %. Konsolideringsgraden ligger fortfarande under målet, men vid en framtida ränteuppgång kommer konsolideringsgraden snabbt att förbättras eftersom obligationsportföljen nu har en kortare löptid än pensionsåtagandet.

Konsolideringsgrad	Utfall	Mål	Avvikelse
31 december 2012	89,2 %	95 %	-5,8 %
30 april 2013	90,5 %	95 %	-4,5 %

Landstingets värdepappersportfölj för pensioner 30 april 2013

Pensionsportföljens utveckling 2013, miljoner kronor	Räntor	Aktier	Totalt
Marknadsvärde 30/4 2013 samt avyttringar 2013	341,5	12,0	353,5
Bokfört värde 30/4 2013	327,9	12,0	339,9
Marknadsvärde 30/4 2013	341,5	12,4	353,9
Orealiserad förändring av marknadsvärdet 2013	0	0,4	0,4
Realiserad avkastning 2013	1,9	0	1,9
I procent	0,54%	3,56%	0,65%
Fördelning på tillgångsslag (marknadsvärde)	96,5%	3,5%	100 %

Förvaltningen har under 2013 följt de regler landstingsfullmäktige beslutat om.

Räkenskaper

Resultaträkning

Mkr	Delårsbokslut 11-04-30	Delårsbokslut 12-04-30	Delårsbokslut 13-04-30
Verksamhetens intäkter	195,5	180,0	176,3
Verksamhetens kostnader	-1 209,8	-1 222,8	-1243,6
Avskrivningar	-30,6	-33,5	-33,3
Verksamhetens nettokostnader	-1 044,9	-1 076,3	-1 100,7
Skatteintäkter	746,6	766,8	793,1
Generella statsbidrag	286,6	288,1	303,3
Finansiella intäkter	6,0	11,2	6,0
Finansiella kostnader	-7,1	-16,1	-126,4
Resultat efter finansiella intäkter och kostnader	-12,8	-26,2	-124,7
Extraordinära intäkter	0,0	0,0	
Förändring av eget kapital	-12,8	-26,2	-124,7

Prognos

(Mkr)	Budget inkl TA 2013	Prognos 2013
Verksamhetens intäkter	533,0	443,5
Verksamhetens kostnader	-3 698,0	-3 663,4
Avskrivningar	-97,0	-101,6
Verksamhetens nettokostnader	-3 262,0	-3 321,5
Skatteintäkter	2 364,8	2 380,6
Generella statsbidrag	603,8	607,7
Statsbidrag läkemedel	305,4	291,4
Finansiella intäkter	15,0	13,5
Finansiella kostnader	-27,0	-143,9
Resultat efter finansiella kostnader och intäkter	0,0	-172,2

Balansräkning

Mkr	IB 2013-01-01	UB 2013-04-30
TILLGÅNGAR		
Anläggningstillgångar		
Immateriella tillgångar	0,0	0,0
Mark och byggnader	665,3	657,8
Maskiner och inventarier	210,9	205,9
Finansiella anläggningstillgångar	24,2	26,6
Summa anläggningstillgångar	900,4	890,3
Omsättningstillgångar		
Förråd	13,4	13,1
Kortfristiga fordringar	249,6	199,4
Kortfristiga placeringar	810,1	812,6
Kassa och bank	158,5	150,0
Summa omsättningstillgångar	1 231,6	1 175,2
SUMMA TILLGÅNGAR	2 132,0	2 065,4
EGET KAPITAL, AVSÄTTNINGAR OCH SKULDER		
Eget kapital		
Eget kapital	686,1	686,1
Årets resultat	0,0	-124,7
Summa eget kapital	686,1	561,5
Avsättningar		
Avsättningar	786,6	929,0
Summa avsättningar	786,6	929,0
Skulder		
Långfristiga skulder	82,3	82,3
Kortfristiga skulder	577,0	492,8
Summa skulder	659,3	575,0
SUMMA EGET KAPITAL, AVSÄTTNINGAR OCH SKULDER	2 132,0	2 065,4

Kassaflödesanalys

DEN LÖPANDE VERKSAMHETEN i mkr	2011-04-30	2012-04-30	2013-04-30
Verksamhetens intäkter	195,5	180,0	176,3
Justering för reavinster	0,0	0,0	0,0
Verksamhetens kostnader	-1 240,4	-1 256,3	-1 277,0
Justering för reaförluster	0,1	0,0	0,2
Justering för gjorda avskrivningar	30,6	33,5	33,3
Justering för gjorda nedskrivningar	40,0	0,0	0,0
Justering för avsättningar till pension	19,6	26,0	142,4
Verksamhetens nettokostnader justerade för ej likviditetspåverkande poster	-954,6	-1 016,7	-924,8
Skatteintäkter och generella statsbidrag	1 033,2	1 054,9	1 096,4
Finansiella intäkter	6,0	11,2	6,0
Finansiella kostnader	-7,1	-16,1	-126,4
Medel från verksamheten före förändring av rörelsekapital	77,4	33,3	51,2
Justering för rörelsekapitalets förändring			
Ökn(-)/minskn(+) förråd och varulager	1,5	1,0	0,2
Ökn(-)/minskn(+) kortfristiga fordringar	8,2	17,4	50,3
Ökn(-)/minskn(+) korta placeringar *	60,7	-3,4	-2,5
Ökn(-)/minskn(+) kortfristiga skulder	-140,0	-62,0	-84,3
Kassaflöde från den löpande verksamheten	-69,6	-47,0	-36,3
INVESTERINGSVERKSAMHETEN			
Investering i immateriella anläggningstillgångar	0,0	0,0	0,0
Försäljning av immateriella anläggningstillgångar	0,0	0,0	0,0
Investering i materiella anläggningstillgångar	-39,1	-36,8	-21,8
Försäljning av materiella anläggningstillgångar	3,0	2,5	0,8
Investering i finansiella anläggningstillgångar *	-55,8	0,0	0,0
Försäljning av finansiella anläggningstillgångar	48,7	4,0	0,0
Kassaflöde från den löpande investeringsverksamheten	-43,2	-30,3	-21,0
FINANSIERINGSVERKSAMHETEN			
Nyupptagna lån	0,0	0,0	0,0
Återbetald utlåning	0,0	-0,7	0,0
Ökning långfristig utlåning	0,0	0,0	-2,4
Utdelning och övrig finansiering	0,0	0,0	0,0
Kassaflöde från finansieringsverksamheten	0,0	-0,7	-2,4
Periodens kassaflöde	-35,3	-44,6	-8,4
Likvida medel vid årets början	152,6	126,7	158,5
Likvida medel vid periodens slut	117,2	82,0	150,0
Förändring av likvida medel	-35,3	-44,6	-8,4

* Ändrad redovisningsprincip enligt RKR 20. Vilket innebär att de finansiella anläggningstillgångarna nu klassificeras som korta placeringar.

Finansiella nyckeltal, jämförelse tre år

Investeringsvolym	Delårsbokslut 11-04-30	Delårsbokslut 12-04-30	Delårsbokslut 13-04-30
Nettoinvesteringar exkl. finansiella investeringar relativt avskrivningar	127,8%	109,8%	65,3%
Målet för år 2013 är 100 %. När vi ligger över 100% så är nettoinvesteringarna högre än avskrivningen			
Soliditet	Delårsbokslut 11-04-30	Delårsbokslut 12-04-30	Delårsbokslut 13-04-30
Redovisat	43%	37%	27%
Med soliditet avses betalningsförmåga på lång sikt eller förmåga att stå emot förluster och konjunkturunedgångar. Definieras som den del av landstingets tillgångar som finansieras med eget kapital. Soliditet = Eget kapital/Totalt kapital. Målet för år 2013 är 31,3 %			
Likviditet	Delårsbokslut 11-04-30	Delårsbokslut 12-04-30	Delårsbokslut 13-04-30
Balanslikviditet	1,12	2,24	2,38
Kassalikviditet	1,09	2,21	2,36
Likviditet är pengar på banken och omsättningstillgångar som snabbt kan omvandlas till pengar. Med balanslikviditet avses betalningsförmåga på kort sikt, det vill säga förmåga att betala löpande utgifter.			



Besöksadress: Kyrkgatan 12, Östersund
 Postadress: Box 654, 831 27 Östersund
 Telefon: 063-15 30 00
 E-post: jamtlands.lans.landsting@jll.se
 Hemsida: www.jll.se

Samordningskansliet
Helge Jonsson
Tfn: 063-14 76 36
E-post: helge.jonsson@jll.se

2013-05-28

Landstingsplan 2014-2016 (LS/504/2013)

Ärendebeskrivning

Protokollsutdrag – Ekonomiutskottet 2013-05-29, § 56 Landstingsplan 2014-2016 (LS/504/2013)

Ärendebeskrivning

Landstingsfullmäktige beslutar, genom landstingsplanen, om övergripande mål och inriktning för landstingets verksamhet. Landstingsplanen har beretts av ekonomiutskottet vid ett flertal tillfällen under året.

Landstingsplanen är landstingsfullmäktiges uppdrag till landstingsstyrelsen. Av planen framgår även budget för patientnämnd och revision. Utifrån Landstingsplanen ska landstingsstyrelsen, patientnämnden och landstingets revisorer besluta om uppdrag för respektive verksamhet. Uppdragen ska konkretisera Landstingsplanen.

Landstingsdirektörens verksamhetsplan, som innehåller mätbara mål och målnivåer, fastställs av landstingsstyrelsen i september. Landstingsstyrelsen återredovisar resultaten till fullmäktige i delårsbokslut per sista april, sista augusti samt i årsbokslut. Årsbokslutet ska behandlas av landstingsfullmäktige i april.

Landstingsskatten föreslås till 10,85 kr för år 2014.

Beslutsunderlag

Landstingsplan 2014-2016

Tjänstemannaförslag

Ekonomiutskottet föreslår landstingsstyrelsen

Landstingsstyrelsen föreslår landstingsfullmäktige

Landstingsplan 2014 - 2016 antas.

EKONOMIUTSKOTTETS BESLUT

Ekonomiutskottet föreslår landstingsstyrelsen

Landstingsstyrelsen föreslår landstingsfullmäktige

Landstingsplan 2014 - 2016 antas.



Jämtlands Läns
Landsting

Landstingsplan 2014 – 2016

Version: 0.101

Ansvarig: Ekonomiutskottet

2013-05-24

Dnr: LS
504/2013

Politisk inledning

Jämtlands läns landsting befinner sig fortfarande i en påfrestande ekonomisk situation. Bland annat beror det på de nationella utjämningsystem som påverkar landstingets förutsättningar att kunna erbjuda likvärdig vård med landet i övrigt.

Ordningen med statliga stimulansmedel som tilldelas hälso- och sjukvården bidrar dessutom till en mycket osäker planeringssituation.

Landstingets politiska majoritet som består av det Socialdemokratiska partiet, Vänsterpartiet och Miljöpartiet är fast beslutna att så långt möjligt kompensera för de negativa effekter som den borgerliga regeringens politik har för länets invånare. Handlingsutrymmet för nödvändiga satsningar kommer trots detta att vara starkt begränsat även fortsättningsvis.

Utmaningarna för framtiden är stora och komplexa, varför de stränga villkoren gör hälso- och sjukvårdens utvecklingsarbete mycket sårbart.

Samtidigt som landstingets verksamhet måste upprätthålla en god stabilitet krävs också en stor anpassningsförmåga. Detta ställer höga krav på alla medarbetare.

I den politiska majoriteten är vi fast beslutna att fortsätta jobba för ett mer välfungerande landsting, en god vård till alla länets invånare och en alltmer hållbar miljö under perioden 2013-2015. Hälso- och sjukvården ska under vår politiska ledning vara demokratiskt styrd och solidariskt finansierad.

Vi anser att den nationella politiken, lika väl som den regionala, måste inriktas på behov – inte på efterfrågan. Vi prioriterar därför landstingets medicinska verksamhet utifrån vård efter behov på lika och jämställda villkor, med patientsäkerhet och kvalitet som grundkriterier. För att nå en likvärdig vård i hela länet är det viktigt att landstinget och kommunerna samordnar sig. För att upprätthålla en god primärvård i hela länet har vi satt upp höga krav på hälsocentralerna. Det gör vi för att garantera fullgod vård efter behov så nära som möjligt för alla. Ingen ska nekas vård i Jämtlands län. Sjuk- och hälsovården är också viktig för att hålla ihop länets olika delar och därför blir fördelningen av

våra gemensamma resurser vår viktigaste uppgift. Klyftan mellan vad som är möjligt att göra och de resurser som finns tillgängliga växer, inte minst beroende på kunskapsutvecklingen inom sjukvården. Till det kommer de ökande klyftorna mellan de som har jobb och de arbetslösa, mellan stad och land, mellan unga och äldre och inte minst mellan sjuka och friska. Därför ser vi att det är nödvändigt att säkerställa att människor som har de största behoven får vård i första hand.

Miljö och regional utveckling

Vi höjer ambitionen i arbetet med upphandling, energisparåtgärder och transportfrågor, där vi ska ta ett etiskt, socialt och miljömässigt ansvar. Jämtlands läns landsting ska vara en föregångskund och därigenom bidra till innovationsutveckling tillsammans med andra.

Vi ska öka aktiviteten med att finna finansiering från olika EU-program. Detta med syfte att upprätthålla och öka tillgången på utvecklingsmedel för forskning och utbildning. Här finns inte minst möjligheter inom jämställdhets-, mångfalds-, folkhälso- och rehabiliteringsarbete.

Vi driver det politiska arbetet för en demokratisk utveckling i Jämtlands län. Genom regionförbundet ska landstinget verka för att alla länsinvånare ska ha tillgång till kultur- och utbildningsverksamhet och föreningsbidrag. Barn- och ungdomsverksamhet ska fortsatt prioriteras. Genom regionförbundet ska landstinget vara en aktör som bidrar till att skapa förutsättningar för engagemang i länet.

Vård och folkhälsa

Vi vill understryka vikten av att landstinget fortlöpande utvecklar sitt mångfalds- och jämställdhetsarbete. Vi kommer att bedriva folkhälsoarbetet med ett brett anslag, i nära samarbete mellan landsting, kommuner och förenings- och näringsliv. Vårt mål är att motarbeta strukturella orättvisor och stärka människors vardagsmakt och självförtroende för att jämlik hälsa ska kunna uppnås.

2013-05-24

Dnr: LS
504/2013

Vi anser att ett tvärprofessionellt arbetssätt är nödvändigt. Det utvecklar förmågan till helhetssyn vilken är av stor betydelse i allt vårdarbete. I arbetet med ungdomars fysiska och psykiska hälsa spelar ungdomsmottagningen en viktig roll.

Ökningen av antalet fattiga barn och ungdomar är det kanske tydligaste beviset på att den borgerliga regeringens politik är orättfärdig. Men även om ansvaret till stor del ligger på staten så ska vi arbeta för att minska barnfattigdomen i Jämtlands län. Landstinget ska arbeta efter barnkonventionen och utveckla ungdomsdemokratien.

Vi säger att samverkan och samarbete över huvudmannaskapsgränser och yrkesmässiga gränser, trots framsteg, fortfarande behöver förbättras. Det avgörande för framgång är respekt, helhetssyn och delaktighet för individen, evidensbaserade metoder, gemensam kunskapsbas samt väl kända vårdkedjor och kontaktvägar.

Vårt folkhälsoarbete innebär att vi samhällsplanerar för såväl barn som äldre. Landstinget behöver bli bättre på att fånga upp behov av vård och omsorg hos äldre. Vården och omsorgen av äldre i vårt län kräver att vi utgår från det gemensamma politiska uppdrag landstinget och kommunerna har. Vi står fast vid att det är nödvändigt att landstinget långsiktigt prioriterar geriatrisk kunskap, där analys och handläggning av multisjuka äldres situation samordnas. Vi vill stärka forskningen om äldres hälsa. Detta bör ske i samverkan mellan landsting, kommun och universitet.

Vi fortsätter att öka inslaget av hälsofrämjande arbete med gruppen ”mest sjuka äldre” tillsammans med länets kommuner. Landstingets arbete med hembesök av läkare hos sjuka äldre ska omfatta alla kommuner i länet. Vi vill, även fortsättningsvis, säkerställa landstingets möjlighet till ansvar för att förstärka insatserna för palliation. Stora avstånd ställer särskilda krav på hur landstinget organiserar detta vårdområde. För att kunna möta fler patienters behov krävs att vi samarbetar inom vår egen organisation och med kommunernas hemvård och särskilda boenden.

Strategier och organisation

Vi ska konsekvent arbeta med att sätta upp relevanta mål tillsammans med mätningar och uppföljning. Vi menar att de förändringar som görs i budget och verksamhet måste följas upp med löpande konsekvensanalys, där perspektivet är de anställdas,

brukarnas och länsinvånarnas. Detta oavsett om det gäller folkhälsa, vård, omsorg eller näringslivsutveckling. Vi ska arbeta för att landstinget stimulerar ett arbetssätt som tillvaratar nya forskningsrön, uppmuntrar nyfikenhet och bejakar förändringar i omvärlden.

Genom regionförbundet kommer landstinget att ha en fortsatt viktig roll för länets utveckling.

Vi ska löpande arbeta med landstingets ansvar för att hinder, fysiska eller attitydmässiga, som diskriminerar och begränsar tillgängligheten minimeras. Vi ser att det är en grundläggande demokratifråga att tillgängliggöra all kommunikation och dialog, varför det också måste vara en ständigt fortgående process som genomsyrar hela verksamheten. Arbetet med bättre tillgänglighet och kortare väntetider är fortsatt prioriterat.

Vi måste sätta stort fokus på landstinget som en lärande organisation, allra helst med tanke på att landstinget ska vara en kunskapsbaserad verksamhet. Vi ser att det är nödvändigt – för att kunna bedriva en verksamhet med kvalitet – att personalen ges utrymme för både utvecklingsarbete och forskning. Det är därför också viktigt att landstingets satsning på FoU-enheten kan vara kvar och utvecklas, men även för att stärka attraktionskraften vid nyrekrytering.

Vi ska intensifiera arbetet med rehabilitering för landstingets anställda. En hög grad av samordning och samarbete med andra aktörer är avgörande även inom detta område. När vi arbetar kontinuerligt med effektiviseringar blir arbetet med heltid som rättighet och deltid som möjlighet särskilt viktigt. Delaktighet för och information till vår personal är två väsentliga förbättringsområden. Vi ser att det är nödvändigt att parallellt med en förbättrad ekonomi måste också medarbetarnas situation förbättras.

Delaktighet, jämställdhet och mångfald ska enligt oss få ett självklart utrymme i landstingets kompetensutvecklingsarbete. Landstinget ska bland annat aktivt söka upp och dra lärdom av verksamheter som är föredömen inom dessa områden.

Vi vill understryka att E-hälsa och distansöverbyggande teknik ska vidareutvecklas inom landstinget, och förbli en naturlig del i de olika vårdprocesserna. Utvecklingen ska genomföras med ett patient-/befolkningsfokus för att säkerställa kvalitet i informationsförsörjning och ge bra

2013-05-24

Dnr: LS
504/2013

förutsättningar att realisera nya arbetssätt. Vi vill lägga stort fokus på möjligheter för våra anställda att nyttja distansteknik för utbildning och möten.

Slutligen vill vi peka på hälso- och sjukvården som en viktig del i den regionala utvecklingen. Landstinget är en av Jämtlands största arbetsgivare med verksamhet över hela länet. Våra medarbetare har en mycket stor kompetens och kunskap som är värdefull. Att det finns en god sjukvård över hela länet är en förutsättning för att vi ska kunna locka till oss nyetableringar av företag, skolor och institutioner.



Harriet Jorderud
landstingsstyrelsens ordförande (S)

2013-05-24

Dnr: LS
504/2013

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

POLITISK INLEDNING	2
1 VISION OCH VÄRDEGRUND	8
1.1 Vision	8
1.2 Verksamhetsidé	8
1.3 Värdegrund	8
2 STYR-, PLANERINGS- OCH UPPFÖLJNINGSMODELL	10
2.1 Beskrivning	10
2.2 Struktur målområden	11
3 PLANERINGSFÖRUTSÄTTNINGAR	12
3.1 Nationella framtidsanalyser	12
3.2 Befolkningsbeskrivning	14
3.2.1 Länets befolkning	14
3.2.2 Socioekonomi	15
3.2.3 Turism, besöksnätter, säsongsvariation mm	15
3.2.4 Flyktingar länet	16
3.3 Folkhälsa	16
3.3.1 Folkhälsopolicy och folkhälsost strategi	16
3.3.2 Hälsa på lika villkor Rapport för Jämtlands län 2010	18
3.3.3 Våldförekomst	18
3.3.4 Centrum mot våld i nära relationer, Jämtland	18
3.3.5 Programförklaring – mobilisera för ökad trygghet	19
3.4 Hälso- och sjukvårdens medicinska kvalitet	19
3.4.1 Öppna jämförelser av kvalitet och 2012	19
3.4.2 Själv mord	20
3.4.3 Tillgänglighet	21
3.4.4 Patientsäkerhet	22
3.4.5 Samverkan kring "Bättre liv för sjuka äldre"	23
3.4.6 Fysisk tillgänglighet i landstingets fastigheter	23
3.5 Bedömningar om framtida vårdbehov inom några diagnosområden	24
3.6 Jämställd och jämlik vård	27
3.7 Vårdval och privata vårdgivare	29
3.7.1 Vårdval	29
3.7.2 Privata vårdgivare	30

2013-05-24

Dnr: LS
504/2013

3.8	TANDVÅRD	30
3.8.1	Folktandvården	30
3.8.2	Tandhälsa- historik och framtida mål	31
3.8.3	Barntandvård	31
3.9	Personalstrategiska frågor	32
3.9.1	Kompetensförsörjningsstrategi 2011 – 2014	32
3.9.2	Landstingets utbildningsåtagande	32
3.9.3	Läkares utförda tid	33
3.9.4	Kompetenssammansättning	33
3.9.5	Generationsväxling	33
3.9.6	Hel- och deltid	34
3.9.7	Ungdomars utbildningsval	34
3.9.8	Hälsofrämjande arbetsmiljö	34
3.10	Ekonomi	35
3.10.1	Omvärlden	35
3.10.2	Skatteunderlaget	36
3.10.3	God ekonomisk hushållning	37
3.10.4	EU-medel	38
3.10.5	Över- och underskott	38
3.11	Länets utveckling	39
3.11.1	Regionförbundet Jämtlands län	39
3.11.2	Regionansökan	39
3.12	Trafik	40
3.12.1	Kostnadsfördelningsmodell Länstrafiken	40
4	MÅLOMRÅDEN	41
4.1	Patient	41
4.1.1	Övergripande mål: Vård efter behov och hälsofrämjande arbete	41
4.1.2	Övergripande mål: Trygga patienter	42
4.2	Medarbetare	43
4.2.1	Övergripande mål: Hälsofrämjande arbetsmiljö	43
4.2.2	Övergripande mål: Utveckling genom lärande och förnyelse	43
4.3	Samhälle	45
4.3.1	Övergripande mål: Hållbar utveckling	45
4.3.2	Övergripande mål: Goda samarbetsparter	46
4.3.3	Övergripande mål: Aktiv demokratisk organisation	46

2013-05-24

Dnr: LS
504/2013

4.4	Verksamhetsresultat	47
4.4.1	Övergripande mål: Långsiktigt hållbar	47
4.4.2	Övergripande mål: Effektiva processer	48
5	FINANSIELLA MÅL	49
5.1	Långsiktigt hållbar ekonomi	49
6	UPPDRAK TILL LANDSTINGSSTYRELSE, NÄMNDER, BEREDNINGAR	51
7	BUDGET 2014	52
7.1	Landstingsorganisationens resultatbudget (miljoner kr)	52
7.2	Landstingsorganisationens finansieringsbudget (miljoner kr)	53
7.3	Landstingsorganisationens balansbudget (miljoner kr)	54
7.4	Ekonomiska ramar	55
7.4.1	Landstingsskatt	56
7.4.2	Avgifter	56
8	BILAGOR	57
	Bilaga 1 Landstingets engagemang i bolag, stiftelser och förbund	57
	Bilaga 2 Avgifter och taxor	61
	Bilaga 3 Ordlista och förkortningar	66
	Bilaga 4 Landstingets policyer och strategidokument	68
	Bilaga 5 Fastighetsinvesteringar	68
	Bilaga 6 a Befolkningsutveckling mm fördelat på länet och kommunerna	69
	Bilaga 6 b gästnätter och kvotflyktingar/asylsökande	71
	Bilaga 7 a Indikatorer	72
	Bilaga 7 b Ur hälsosamtal i skolan	73
	Bilaga 7 c Förklaring indikatorer	74
	Bilaga 8 a Överblick öppna jämförelse	75
	Bilaga 8 b Fakta hämtat ur utredningen långa väntetider	76
	Bilaga 8 c Medelvårdtid, vårdtillfällen mm	77
	Bilaga 9 a Tandvård	78
	Bilaga 9 b Tid för kallelse tandvård	79
	Bilaga 10 a Personalstatistik	80

2013-05-24

Dnr: LS
504/2013

1 VISION OCH VÄRDEGRUND

1.1 Vision

”God hälsa och positiv livsmiljö för alla i Jämtlands län.”

Så lyder Jämtlands läns landstings vision. Alla människor i Jämtlands län - oavsett kön, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, sexuell läggning eller funktionshinder - ska ha god hälsa och kunna hålla sig friska längre i ett hälsofrämjande län. De ska också kunna ha ett gott liv i en positiv livsmiljö, utifrån sina olika förutsättningar.

God hälsa avser såväl självupplevd som professionellt bedömd hälsa. I begreppet ligger också folkhälsoperspektivet med aktiva insatser för att stimulera till hälsofrämjande levnadsvanor och satsning på hälsofrämjande hälsovård.

Positiv livsmiljö avser möjligheter till stimulerande och utvecklande arbete, bra bomiljö, bra utbildning och meningsfull fritid. I begreppet ingår också att uppnå en hållbar utveckling och framtidstro i länet.

På längre sikt är ambitionen att Jämtlands län ska vara känt i Europa som ett område där alla kan leva ett gott liv i en kreativ miljö. Regionen ska präglas av socialt, ekologiskt och ekonomiskt hållbar tillväxt och utveckling.

Det visionen beskriver kanske aldrig blir verklighet för varje enskild invånare, men är viktigt för landstinget att kämpa för att uppnå steg för steg. Utgångspunkten är alla människors lika värde. Det innebär att ojämlikheten i hälsa mellan olika grupper motverkas. Därför är det viktigt att alla i organisationen känner till och förstår visionen, kan förklara dess innebörd och - inte minst - känner sig inspirerade av den. Med en sådan uppslutning blir insatserna kraftfulla och kan få alla verksamheter att dra åt samma håll.

1.2 Verksamhetsidé

Hälso- och sjukvård: Jämtlands läns landsting ska tillhandahålla en tillgänglig och god vård som tillfredställer medborgarnas behov av en trygg tillvaro med god livskvalitet genom att ha kvalitet och effektivitet som ledningsstrategi.

Regional utveckling: Jämtlands läns landsting ska, genom att samverka optimalt med andra aktörer aktivt bidra till att de resurser som finns och kan utverkas används effektivt till en hållbarutveckling av regionen.

1.3 Värdegrund

”Landstingets medarbetare ska i dagliga möten och samtal handla med respekt för alla människors lika värde, visa förtroende för andra och utgå från en helhetssyn på landstinget och dem landstinget är till för.”

På samma sätt som när det gäller visionen är det viktigt att alla medarbetare agerar utifrån gemensamma värderingar och ett gemensamt förhållningssätt. Det ligger till grund för alla möten i vardagen. Det handlar om etik och moral och det ansvar som alla anställda har i sin yrkesutövning att värna demokratin.

Respekt är den grundläggande värderingen. Det innebär att alla behandlas lika - oavsett kön, hudfärg, etnisk och religiös tillhörighet, sexuell läggning, med mera - och att olika uppfattningar respekteras. Det skapar *förtroende*. Förtroende innebär ömsesidig tillit, och skapas genom ärlighet och respekt. *Helhetssyn* innebär att utgå från dem landstinget är till för och se till hela människan och hennes behov samt till hela verksamhetens bästa.

2013-05-24

Dnr: LS
504/2013

När det gäller hälso- och sjukvården bygger landstingets synsätt på människors lika värde, att resurserna satsas där behoven är störst, ett solidariskt ansvar för att tillgodose behoven hos dem som inte själva förmår göra sig hörda samt att det inte är etiskt försvarbart att slösa.

Landstingets arbete präglas i allt större utsträckning av samverkan dels mellan enheter inom landstinget och dels med partners utanför landstinget. Det förutsätter att skillnader i kultur och värderingar, som växt fram under lång tid, kan överbryggas och att det skapas en gemensam grund för att gå vidare.

Landstinget ska vara en lättillgänglig samarbetspartner. Ett lyckat resultat i många av de mål och värden landstinget arbetar för är helt beroende av ett gott samarbete med andra organisationer och aktörer. Samverkan ska ha tydliga mål och fylla tydliga behov.

2013-05-24

Dnr: LS
504/2013

2 STYR-, PLANERINGS- OCH UPPFÖLJNINGSMODELL

2.1 Beskrivning

Landstingets vision och värderingar ligger till grund för de policyer samt handlingsplaner som skapas för organisationen. Landstinget arbetar i huvudsak med fyra olika typer av planer:

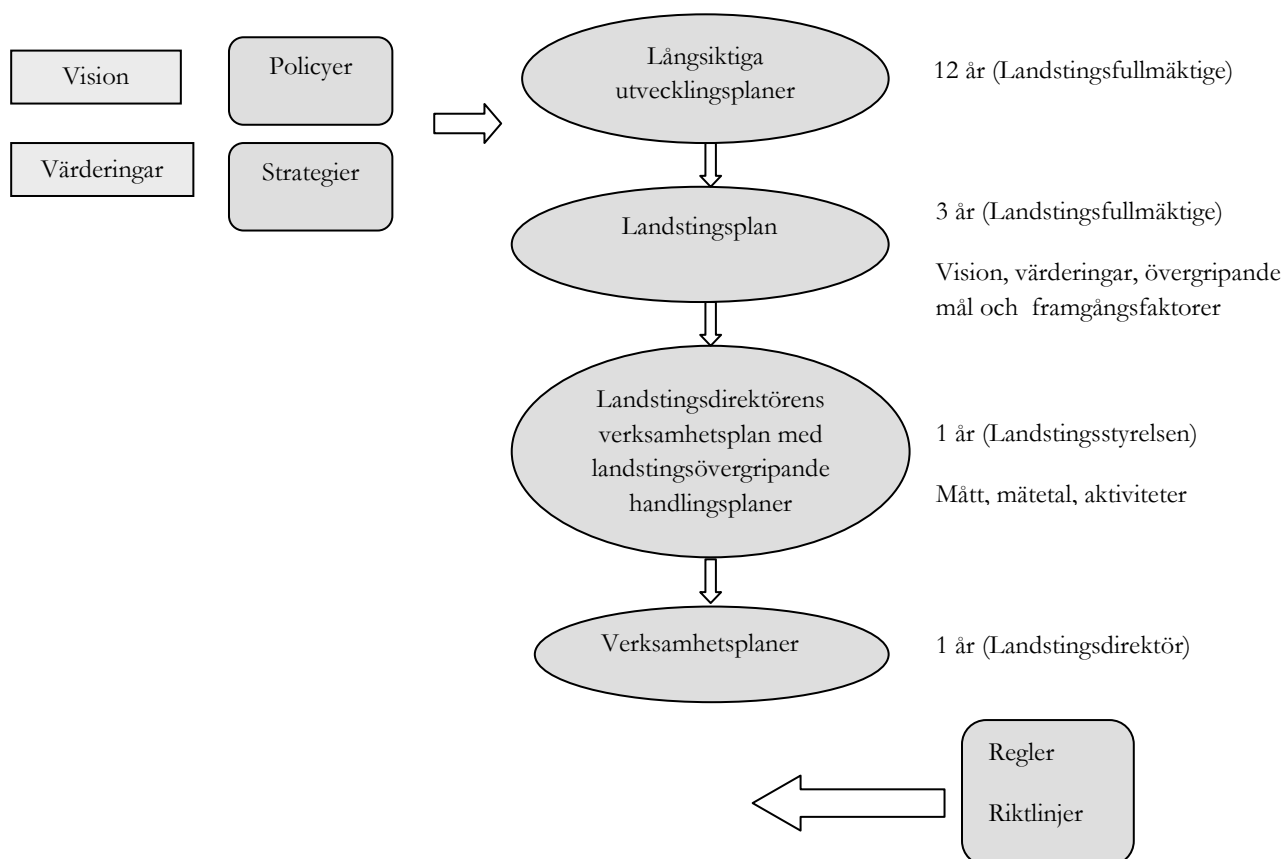
- Långsiktiga utvecklingsplaner, 12-årsperspektiv, revideras vart fjärde år.
- Landstingsplan, treårsperspektiv, revideras varje år.
- Verksamhetsplaner, ettårsperspektiv, skapas nya varje år.
- Landstingsövergripande handlingsplaner, olika löptider från ett till flera år.

De långsiktiga utvecklingsplanerna ägs av och beslutas av fullmäktige. Dessa långsiktiga utvecklingsplaner ligger till grund för landstingsplanen som även den ägs av och beslutas av fullmäktige.

Landstingsplanen innehåller övergripande mål och framgångsfaktorer för den kommande treårsperioden och en övergripande budget för dessa tre år. Framgångsfaktorerna ska peka på vad som behövs för att nå de mål som finns i landstingsplanen.

Landstingsdirektören skapar en verksamhetsplan med mått och mätetal utifrån vision, övergripande mål och framgångsfaktorer. I landstingsdirektörens verksamhetsplan ingår också landstingsövergripande handlingsplaner som ska följas upp av styrelsen och LD ledningsgrupp. Landstingsdirektörens verksamhetsplan godkänns av landstingsstyrelsen.

Centrumcheferna utarbetar årligen en verksamhetsplan för respektive centrum. Verksamhetsplanen ska innehålla för verksamheten relevanta mål med utgångspunkt från landstingsplanens övergripande mål och landstingsdirektörens verksamhetsplan. Centrumchefens verksamhetsplan godkänns av landstingsdirektören.



2013-05-24

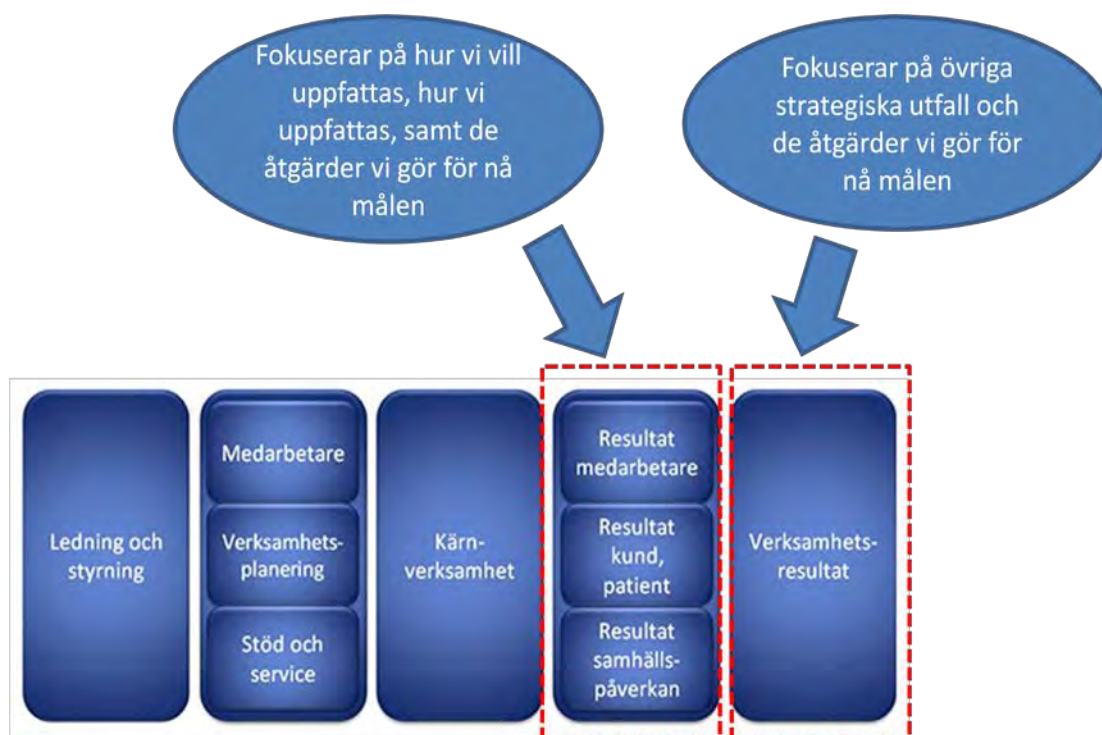
Dnr: LS
504/2013

2.2 Struktur målområden

Verksamhetens resultat är indelat i två huvudområden utifrån målsättningar i landstingsplanen.

Resultat gällande patient, medarbetare och samhälle anger hur landstinget vill bli uppfattat och hur vi uppfattas. I det andra huvudområdet redovisas strategiska utfall. Resultatanalys från bägge områdena ligger till grund för ställningstaganden om och i så fall vilka åtgärder som ska vidtas för att nå målen. Genom att utvärdera resultatet av eventuella åtgärder får verksamheten kunskap och erfarenheter för att höja kvaliteten och ständigt förbättra verksamheten.

Uppföljning av resultat redovisas från landstingsstyrelsen till landstingsfullmäktige i delårsbokslut per sista april och sista augusti. Årsredovisningen ska behandlas av landstingsfullmäktige i april. Landstingsstyrelsen följer löpande upp verksamheten via snabbrapporter vid varje landstingsstyrelse samt via delårsbokslut. En verksamhet i balans uppnås genom en kombination av nödvändiga omDispositioneringar samt adekvata åtgärder så att verksamheterna kontinuerligt rationaliseras och effektiviseras.



2013-05-24

Dnr: LS
504/2013

3 PLANERINGSFÖRUTSÄTTNINGAR

I detta kapitel redovisas förutsättningar som är viktiga för Jämtlands läns landsting när verksamheten åren 2014 – 2016 ska planeras. Planeringsförutsättningarna utgör grunden för landstingsplanens strategiska mål, framgångsfaktorer och mål och måttal i landstingsdirektörens verksamhetsplan.

3.1 Nationella framtidsanalyser

På nationell nivå finns många intressanta framtidsanalyser som kan ge viss vägledning kring utveckling av framtida behov av hälso- och sjukvård. Här har valts att hämta uppgifter från Sveriges Kommuner och Landstings, SKL, rapporter från Programberedning för välfärdsfinansieringen¹ och från Socialdepartementets LEV-projekt². Slutligen finns ett framtidsscenario hämtat från en inspirationsbok³ om LEAN.

Som ett stöd till SKL:s programberedning för välfärdens finansiering genomfördes workshops i syfte att identifiera viktiga trender som kommer att påverka, främst kostnadssidan, av framtidens välfärd. "Vilka trender kommer att påverka kostnaderna för välfärden i ett perspektiv 2015-2020?". Sexton olika trender identifierades för hälso- och sjukvården. Några av dem är tydligt applicerbara också på Jämtlands läns landsting.

Trend	SKL:s Förklaring och beskrivning av behov att hantera	Betydelse för Jämtlands läns landsting
Mer efterfrågestyrning	Reformer typ vårdval och valfrihet kan leda till att professionen känner sig tvingade att tillhandahålla vård som inte är medicinskt motiverat. Att hantera: Rätt utveckling kan ge mer vård för varje krona och en ökad patienttillfredsställelse. Utbudet kommer att öka, vilket ger ökade kostnader. Om oprioriterad vård ges tar det finansiellt utrymme från mer prioriterad vård. Risk för att svaga patientgrupper trängs undan initialt.	De vårdval som JLL hittills infört har inte fått dessa effekter mer än i viss mån i Strömsunds kommun
Mer fokus på kvalitet och kvalitetsbrister	Ökat fokus på till exempel öppna jämförelser och kvalitetsregister. Problem med alltför många register som inte är kvalitetssäkrade eller till och med inte behövs.	Öppna jämförelser har visat JLL:s utmaningar och behov av ev. åtgärder
Individen kräver mer och bättre vård och service	Kunskapen hos befolkningen ökar. Vi kommer att kräva den bästa vården, specialistläkare krävs i ökad utsträckning. Kan jag lita på dig, bäst att kolla med annan läkare. Att hantera: Ökat kundfokus ger framförallt ökad effektivitet och nöjda patienter. Detta går genom att sjukvården tvingas titta på flöden och samverkan,	Genom LEAN-satsningen kommer JLL att se över sina flöden

¹ Under en period fram till 2010 fanns en av SKL:s förbudsstyrelse tillsatt programberedning för välfärdsfinansieringen. Uppdrag byggde på konstaterandet att de demografiska behoven och ambitionerna växer i högre takt än kommunernas och landstingens intäkter. Slutrapporten presenterades i april 2010.

² LEV-projektet = Långsiktig Efterfrågan på Välfärdstjänster. Är en arbetsgrupp tillsatt av regeringen som analyserar hur efterfrågan på och kostnader för hälso- och sjukvård samt äldreomsorg kan komma att utvecklas fram till år 2050.

³ LEAN i svensk sjukvård, Johan Brandt, Liber, 2013

2013-05-24

Dnr: LS
504/2013

	processer och dylikt för att kunna öka kundfokus. Det driver fram utvecklingen av ny teknologi. Detta leder på sikt till en ökad samhällsnytta.	
Ökat mätande	Öppna jämförelser visar mer fokus på att mäta verksamheternas resultat, och jämföra resultat med sig själv, andra och över tid. Att hantera: Ökad transparens ger möjligheter kvalitetsförbättring. Mer jämförelse ger beslutsunderlag för effektiviseringar som ger utrymme för mer vård eller lägre totala kostnader. Risk att vi mäter fel saker och bidrar till fel fokus.	Kräver utvecklingsinsatser av JLLs datastöd så att dessa mätningar kan följas löpande och bli det beslutsstöd för förändring som de syftar till
Ökad tillgång till kunskap hos patienten	Internetbaserade register, patientföreningar. Att hantera : Med aktiva insatser för kommunikation (IT/Internet, vårdguide, etc.) kan medborgarna själva bedöma rätt vårdnivå i varje situation. Detta leder till ökad effektiv egenvård. Om detta leder till positiva livsstilsförändringar kommer även efterfrågan på sjukvård att minska.	Kräver utvecklingsinsatser av JLLs kommunikationskanaler
Individualiserad behandling ökar	Bättre diagnostisering ökar möjligheterna att individualisera behandlingen. Att hantera: Det finns fler behandlingsmetoder, diagnostisering och läkemedel som går att specialskraddarsy för enskilda individer eller små grupper. Detta ger en säkrare vård med bättre vårdresultat och kortare vårdtider	Ny diagnostisering och nya läkemedel innebär i början ökade kostnader – vinster i form av kortare vårdtider kommer senare.
Rättigheter genom lagstiftning ökar successivt	Patientens rätt till likvärdig vård stärks allt mer.	Patientmaktsutredningen är den senaste på detta område
Mer statlig styrning och prioritering		Alla överenskommelser mellan SKL och staten

I den första rapporten från LEV-projektet "Den ljusnande framtid är vård" 2010 konstateras bl a att medellivslängden ökar, trots att vårdkostnaden blir lägre med bättre hälsa blir den totala kostnaden ändå högre när antalet äldre blir fler. Bedömningen är att kostnaderna för hälso- och sjukvård stiger med 30 % fram till år 2050. Med ett antagande om nya behandlingsmöjligheter och en ökad ambitionsnivå inom hälso- och sjukvården kan ökningen bli 80 %. Personalbehovet ökar och personalbrist väntas till 2030.

Det krävs systematiska effektiviseringar inom vård och omsorg samt fortsatta strategiska satsningar på forskning och utveckling. Samverkan, ledning, styrning och uppföljning är angelägna förbättringsområden. Arbetsprocesser behöver anpassas till aktuell kunskap och de nya möjligheter som sammanhållna IT-system ger. Med en produktivitetsökning på 0,6-0,7 % per år inom vård- och omsorgssektorn kan det ökade behovet mötas utan att öka vård och omsorgs andel av BNP. "

LEV-projektets slutsatser handlar visserligen om utvecklingen fram till 2050 men situationen i JLL har redan de problem som LEV-projektet beskriver, varför lösningarna kan vara intressanta för JLL redan nu.

Så här beskriver Johan Brandt läget i svensk sjukvård i boken "LEAN i svensk sjukvård":

"Sjukvården i Sverige står inför stora utmaningar. Antalet äldre blir allt fler och även om personer i hög ålder idag generellt har en bättre hälsa än förr kommer det totala behovet av sjukvård att öka i framtiden. Sjukdomsförebyggande åtgärder kan vara effektiva, men innebär ofta att sjukdomstillståndet senareläggs, snarare än förhindras. Möjligheterna att med läkemedel och avancerad medicinsk teknik behandla

2013-05-24

Dnr: LS
504/2013

sjukdomstillstånd blir allt större men detta innebär tyvärr inte alls att de totala sjukvårdskostnaderna minskar.”

”Leankonceptet” identifierar tre problemområden: slöseri, ojämnheter och överbelastning.” Utgår man från dessa tre problemområden blir ”idealet för kontinuerlig verksamhetsutveckling enligt Lean-konceptet att skapa en sjukvård som

- gör precis vad som är nödvändigt och bevisat värdeskapande för patienten, så enkelt som möjligt, på rätt vårdnivå och med ett minimum av avvikelser och komplikationer.
- inte har några väntetider för patienter eller medarbetare
- samlar resurser och materiel kring patienten, med minsta nödvändiga lager
- har väl anpassade resurser, med en så jämn belastning som möjligt
- använder medarbetarnas kreativitet för att kontinuerligt utveckla verksamheten.”

Utifrån kapitel 3.1 Nationell framtidsanalys är landstingets utmaning de närmsta åren:

- ✓ Hantera de trender som SKLrapporten belyser
- ✓ Att som Sveriges minsta landsting fokusera på effektiviseringsgapet istället för finansieringsgapet
- ✓ Att hålla fast vid LEAN-konceptet långsiktigt

3.2 Befolkningsbeskrivning

3.2.1 Länets befolkning

Den 31 december 2012 hade länet 126 201 invånare - en minskning med 196 personer jämfört med 2011. Under de senaste fem åren är det sammanlagda födelseunderskottet 763 personer och flyttnetto + 64 personer. I bilaga 6a redovisas prognos på befolkningsutvecklingen totalt för länet och per kommun 2011-2021.

Den äldsta åldersgruppen över 75 år börjar i mitten av prognosperioden 2011-2021 att öka och har i slutet av perioden blivit 1800 fler. Gruppen 20 – 64 år minskar tydligt från senare delen av perioden och blir ca 5000 färre. Gruppen 0-19 år blir under perioden 450 färre. I befolkningsgruppen 20 – 64 år har 17,2 procent av befolkningen kort utbildning, dvs. förgymnasial utbildning 9 år eller kortare. Motsvarande siffra för riket är 18,3 procent.

Den demografiska förändringen behöver beaktas eftersom den påverkar vårdkonsumtionsmönstren.

För hela länet är den demografiska utmaningen mycket stor kommande årtionden. Befolkningen blir äldre och allt färre ska försörja allt fler. Hur blir regionen mer attraktiv för ungdomar? Regionförbundet har under 2012 genomfört en förstudie med fokus på ungdomsfrågor som ett första steg mot en samlad ungdomsstrategi. Förstudien ska ge en nulägesbild av ungdomars situation i länet vad avser utbildning, arbete, fritid och samhällsinflytande.

Europa 2020 och den Regional Utvecklingsstrategin (RUS) är grundläggande dokument för regionens prioriteringar.

2013-05-24

Dnr: LS
504/2013

3.2.2 Socioekonomi

Som socioekonomisk faktor används bl a CNI (Care Need Index) som en del vid beräkning av ersättning till hälsocentraler. Denna faktor visar sjukdomsbördan vid olika hälsocentraler och används i ersättningssystemet med syfte att utjämna sjukdomsbördan. Högt CNI i en population indikerar socialt utsatthet och berättigar till mer primärvårdsresurser. De variabler som används är ålder över 65 år och ensamboende, ålder yngre än 5 år, ensamstående föräldrar med barn t o m 17 år, lågutbildade 25 – 64 år, arbetslösa eller i åtgärder 16 -64 år, personer födda i Öst- och Sydeuropa (ej EU), Afrika, Asien eller Latinamerika, personer 1 år eller äldre som flyttade in i området.

Hälsocentral	CNI $\geq$ 1,0 (mer belastning än genomsnittet)	Hälsocentral	CNI < 1,0 (mindre belastning än genomsnittet)
Torvalla	1,231	Krokom	0,847
Strömsund	1,201	Åre	0,855
Z-gränd	1,174	Hallen	0,858
Backe	1,143	Lit	0,869
Bräcke	1,124	Offerdal	0,887
Hammarstrand	1,091	Odensala	0,910
Nya Närvården	1,083	Frösön	0,913
Svenstavik	1,077	Brunflo	0,922
Hammerdal	1,064	Kälarne	0,927
Sveg	1,050	Funäsdalen	0,927
Järpen	1,040	Myrviken	0,937
		Fjällhälsan	0,938
		Föllinge	0,971
		Lugnvik	0,978
		Gäddede	0,986
		Stugun	0,996

3.2.3 Turism, besöksnätter, säsongsvariation mm

I Jämtlands län är besöksnäringen en basnäring med större betydelse för sysselsättning och tillväxt än i många andra regioner. Tillsammans med en tradition av småföretagande och entreprenörskap är företagandet inom turism och upplevelser stark och har bidragit till att länet är ett av de större besökslänen i landet. Inom regionen finns ett flertal forsknings- och utbildningscentrum såsom Nationellt Vintersportcentrum, Sportech och Etour som utvecklar och bidrar till spetskompetens för stärkt besöksnäring.

År 2012 var omsättningen 4,1 miljarder kronor och antalet direkta helårsarbeten var 4600 inom besöksnäringen. Sammantaget visar olika källor/undersökningar att det totalt förläggs ca 8,5 miljoner övernattningsnätter i länet. De kommersiella gästnätterna (hotell, stugby, vandrarhem, camping och kommersiellt förmedlade stugor/lägenheter) uppgick 2012 till 2,5 miljoner. Vilket är en ökning jämfört med 2011 på 2%.⁴

Akutsjukvården/primärvården är de områden som påverkas mest av den ökade turistströmningen. Det ökade trycket finansieras till stor del av utomlänstäckning.

⁴ Källa: JHT turismstatistik 2012

2013-05-24

Dnr: LS
504/2013

Fördelning kommersiella gästnätter på kommunerna exklusive kommersiellt förmedlad stugor/lägenheter redovisas i bilaga 6b.

3.2.4 Flyktingar länet

I december 2011 tecknades en regional överenskommelse om mottagning och etablering av nyanlända invandrare. I denna överenskommelse förbinder sig landstinget att:

- erbjuda snar hälsoundersökning i syfte att tidigt upptäcka och möjliggöra tidiga insatser mot fysisk och psykisk ohälsa
- samverka med andra aktörer i frågor om hälso-, sjuk- och tandvård med fokus på förebyggande insatser
- sträva efter att den kulturella sammansättningen i samhället ska återspeglas på hälso- och sjukvårdens arbetsplatser och att dessa ska stödjas för att ta tillvara kompetensen hos anställda med mångkulturell bakgrund
- se till att information från hälso-, sjuk- och tandvården till nyanlända ges på lätt svenska och tolkas/översätts till andra språk vid behov
- verka för att rutinerna för samtal via tolk kvalitetsförbättras.

Av flyktingutvecklingen är det framförallt primärvården och barnmedicin som påverkas. En del kvinnor som kommer är gravida och några behöver psykiatrisk vård. De alltför äldre påverkar område Kvinna och område Psykiatri. Merkostnaden i vården täcks inte helt av Migrationsverkets ersättning.

I bilaga 6b redovisas antal flyktingar som i dagläget finns i länet.

Utifrån kapitel 3.2 Befolkningsbeskrivning är landstingets utmaning de närmsta åren:

- ✓ Tillsammans med Regionförbundet Jämtlands län arbeta för att göra länet attraktivt
- ✓ Förutom att ge bra sjukvård till länets befolkning även klara det behov av sjukvård som turismnäringen kan ge.
- ✓ Hantera de skillnader i länet som finns utifrån socioekonomiska läget
- ✓ Klara av att ge flyktingar som kommer till länet den vård som de behöver

3.3 Folkhälsa

3.3.1 Folkhälsopolicy och folkhälsostrategi

Visionen i den antagna folkhälsopolicyn är *"Hälsa på lika villkor för hela befolkningen för en hållbar utveckling i Jämtlands län"*.

Folkhälsan i länet liksom i riket som helhet förbättras successivt. Undersökningar visar dock:

- Skillnader i hälsa mellan länsdelarna

2013-05-24

Dnr: LS
504/2013

- Ojämnt fördelad hälsa mellan könen, socioekonomiska och etniska grupper samt utifrån sexuell läggning
- Hälsan bland personer med funktionsnedsättning är sämre än för befolkningen i övrigt och då särskilt bland kvinnor
- God och successivt förbättrad tandhälsa
- Daglig rökning, minskar totalt i länet.

I folkhälsopolicyn prioriteras fyra utvecklingsområden för att arbeta med de utmaningar som påverkar folkhälsan:

- Trygga uppväxtvillkor
- Utbildning och arbete
- Hälsöfrämjande miljö
- Delaktighet och inflytande

Folkhälsoarbete ska ha sin utgångspunkt i att samhället ska vara inkluderande, det vill säga att samhället ska skapas för alla, oavsett genus, ålder, nationalitet, religion, sexuell läggning, etnicitet, funktionsnedsättning och socioekonomisk situation. Folkhälsoarbetet i Jämtlands län ska ha särskilt fokus på barn, ungdomar och äldre.

I november 2012 fastställde landstinget en folkhälsostrategi. Syftet med folkhälsostrategin är att genom synliggörande av skillnader i hälsa och arbete för att åtgärda dem, därmed långsiktigt också bidra till en bättre hälsa för hela länets befolkning. Att skapa en struktur vad gäller systematiska förbättringsarbeten inom folkhälsoarbetet med planering, genomförande av aktiviteter, utvärdering med analys och förbättringar är en nödvändig förutsättning.

Hälso- och sjukvården har stor betydelse för den långsiktiga hälsoutvecklingen genom sin specifika kompetens, breda kunskap och stora kontaktyta gentemot befolkningen (Regeringens proposition 2002/03:35). Hälso- och sjukvården är också den enda aktör som har som sitt uttalade uppdrag att förbättra människors hälsa (Kristensson, 2011)

Det finns goda vetenskapliga belägg för att hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser i hälso- och sjukvården är effektiva för att förbättra folkhälsan (Statens folkhälsoinstitut 2011). En mer hälsoorienterad hälso- och sjukvård är ett mål för WHO:s medlemsländer. Hela hälso- och sjukvården ska genomsyras av ett hälsofrämjande och förebyggande perspektiv och detta ska vara en självklar del i all vård och behandling (Socialstyrelsen, 2011).

Hälsofrämjande insatser inom hälso- och sjukvården innebär ett patientfokuserat förhållningssätt som går ut på att tillvarata och stärka patientens upplevda hälsa och egna resurser (Statens folkhälsoinstitut, 2011a).

Uppdraget till landstingets verksamheter är att tillsammans bidra till förbättringar inom ovan nämnda utvecklingsområden. Folkhälsostrategin visar bland annat på folkhälsoområdets bredd och därmed även möjligheten för landstingets alla verksamheter att medverka. Genom att beakta folkhälsopolicyn och folkhälsostrategin i sin planering av den ordinarie verksamheten har alla verksamheter möjlighet att på bästa sätt bidra till en god, jämlik och jämställd hälsa i länet.

Utveckling av nya metoder inom det hälsofrämjande arbetet sker genom utvecklingsprojekt i primärvården som följs upp kontinuerligt.

2013-05-24

Dnr: LS
504/2013

3.3.2 Hälsa på lika villkor Rapport för Jämtlands län 2010

Utifrån resultaten i rapporten "Hälsa på lika villkor 2010"⁵ (HLV) visas bland annat att nedsatt psykiskt välbefinnande är vanligare bland unga kvinnor än bland äldre. Fysiskt våld och brist på emotionellt stöd är vanligare bland unga män än bland unga kvinnor och äldre män. En fjärdedel av unga vuxna uppger en riskabel alkoholkonsumtion. Intag av frukt och grönsaker är stadigvarande lågt, knappt en av tio äter rekommenderat dagligt intag. Runt hälften av befolkningen är fysiskt aktiv enligt rekommendation 30 minuter per dag. Daglig rökning är vanligast bland medelålders kvinnor. Samtidigt har personer som uppger högt blodtryck och andelen kvinnor med fetma ökat mellan åren 2006 och 2010 i Jämtlands län. Hälften av länets befolkning har övervikt och fetma. Bland äldre är sjuklighet vanligare än bland yngre och social delaktighet i samhällslivet sjunker betydligt efter 65 års ålder. Män uppger att de snusar i högre utsträckning än kvinnor. Andra påverkansfaktorer är utbildningslängd, ekonomisk stabilitet, nationell bakgrund. Personer med medellång utbildning, liksom personer som varit i ekonomisk kris samt svenskfödda uppger i högre utsträckning att de snusar i jämförelse med personer med kort utbildning, personer som har en ekonomisk likviditet liksom personer som är utrikesfödda.

Personer med funktionsnedsättning uppger i lägre utsträckning att de har ett gott hälsotillstånd, ett psykiskt välbefinnande och en god tandhälsa i jämförelse med övriga befolkningen. Andelen personer med funktionsnedsättning som utövar någon form av fysisk aktivitet är lägre än övriga befolkningen och andelen personer med funktionsnedsättning som upplever stress, har sömnsvårigheter, diabetes, röker dagligen och har högt blodtryck är högre i jämförelse med personer utan funktionsnedsättning. Personer som är födda utrikes uppger i högre utsträckning än personer som är svenskfödda att de upplever mycket stress. Personer som har uppgett att de varit i ekonomisk kris har uppgett att de upplevt stress i högre utsträckning än personer som har ekonomisk likviditet. Det finns studier som pekar på att personer som har en psykiatrisk diagnos har större risk till en förtida död i en somatisk sjukdom. Detta är en viktig samverkansfråga för vården.

3.3.3 Våldförekomst

Nästan hälften av alla svenska kvinnor har erfarenhet från våld eller hot om våld från män, bekanta liksom obekanta, någon gång under livet och knappt en tredjedel har varit utsatta för våld i nära relation av en man. Våld som utövas systematiskt har visat sig ha långtgående konsekvenser för offrets hälsa. Även om förövaren i majoriteten av fallen är män när det gäller utövandet av våld kan även kvinnor vara förövare. Våldet förekommer i heterosexuella förhållande, homosexuella förhållanden, i alla samhällsklasser och i alla åldersgrupper. Mörkertalet är stort när det gäller våld i nära relation. Långt ifrån alla anmäler till polisen.

3.3.4 Centrum mot våld i nära relationer, Jämtland

Centrum mot våld är ett länsövergripande projekt som arbetar mot våld i nära relation och ger stöd till individer som är utsatta för våld av sin partner eller annan nära anhörig. De erbjuder bland annat samtalsstöd på kort eller lång sikt.

Centrum mot våld i nära relationer startade 2011 och hade under det året 70 våldsutsatta klienter varav två var män. 2012 hade de haft fram till november 108 våldsutsatta klienter varav åtta män. De ser en ökad tillströmning av klienter som kommer genom att de fått tips från personal inom landstinget att vända sig till centrum mot våld i nära relationer. Andelen äldre klienter ökar liksom andelen män som hör av sig till dem och behöver stöd och råd.

⁵ Rapporten är Folkhälsocentrumets analys av resultat från 2012 års nationella folkhälsoenkät

2013-05-24

Dnr: LS
504/2013

3.3.5 Programförklaring – mobilisera för ökad trygghet

Landstinget har beslutat ställa sig bakom ”Programförklaring 2013 Jämtlands län för ökad trygghet”. Detta är en bred mobilisering inom länet mot alkohol, narkotika och drogrelaterad kriminalitet i Jämtlands län.

I bilaga 7 redovisas ett antal folkhälsoindikatorer.

Utifrån kapitel 3.3 Folkhälsa är landstingets utmaning de närmsta åren:

- ✓ Tillsammans med länets kommunerna verka för förbättrad folkhälsa
- ✓ Tillsammans med länets kommuner, polismyndigheten m fl verka för att minska våldet
- ✓ Utveckla samverkansfrågor mellan psykiatri och somatik
- ✓ Utveckla en hälsofrämjande hälso- och sjukvård

3.4 Hälso- och sjukvårdens medicinska kvalitet

3.4.1 Öppna jämförelser av kvalitet och 2012

Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) visar jämförelser mellan vården i alla landsting, exempelvis medicinska resultat, patienters erfarenheter, tillgänglighet och kostnader. Resultatet mäts genom 169 olika indikatorer och ska ge stöd för analys, förbättring och styrning.

- ✓ Jämtlands läns landsting har bättre resultat än genomsnittet på alla indikatorer om läkemedelsbehandling till äldre.
- ✓ I rapporten mäts så kallad undvikbar slutenvård, där Jämtland är bäst i landet (baserar på urvalet alla åldersgrupper). Undvikbar slutenvård bygger på antagandet att om patienter får ett optimalt omhändertagande i den öppna vården, så kan man generellt undvika "onödiga" inläggningar på sjukhus. Mätetalet gäller vissa diagnoser (10 stycken), där man bedömer att rätt polikliniskt omhändertagande i stor utsträckning reducerar behovet av inskrivning på sjukhus.
- ✓ När det gäller hur nöjda patienterna är med tillgången till vård finns det stora skillnader mellan de olika landstingen/regionerna. För Jämtlands del ligger nöjdheten över tillgången till vård något lägre än genomsnittet och förtroendet i jämn nivå med riksgenomsnittet.
- ✓ Ett annat område värt att nämna är hjärtvården där dödligheten efter hjärtinfarkt minskar i länet, liksom i riket och att invånarna, jämförelsevis med riket, får en bra läkemedelsbehandling vid hjärtsvikt.
- ✓ När det gäller strokevård börjar resultaten för Jämtland att gå i rätt riktning, även om det fortfarande finns mycket att förbättra. Inom strokevården var det fortfarande få som fått propplösandebehandling 2011. De låga värdena kan bero på att det tar lång tid innan patienterna kommer in och får vård. Under 2012 har det satsats på att sprida budskapet i stroke-kampanjen, så att man söker tidigt vid symptom på stroke. Därtill har vårdkedjan för trombolysbehandling förbättrats så att fler patienter blir aktuella för behandling inom rekommenderat tidsintervall. JLL har låg andel strokepatienter som uppger att behovet av rehabilitering är tillgodosett 12 månader efter insjuknande. Under slutet av 2012 har mobilt stroketeam införts, som förhoppningsvis kan bidra till att möta rehabiliteringsbehoven bättre framledes.
- ✓ För diabetesvård visar indikatorerna däremot ett svagare resultat för Jämtlands läns landsting. Måluppfyllelse för blodsockervärde vid både typ 1 och typ 2 diabetes ligger lägre än riket, och även

2013-05-24

Dnr: LS
504/2013

lägre jämfört med egna tidigare resultat. Till viss del är resultaten förklarbara genom mätmetod. (nu ändrad). Måluppfyllelsen för blodtryck är också lägre i Jämtland jämfört med riket och föregående mätning. Sammanfattningsvis kan man konstatera att vi inte är lika framgångsrika som andra landsting när det gäller att motivera våra patienter att sköta sin diabetessjukdom på ett bra sätt. När det gäller amputation vid diabetes ligger vi däremot bra i förhållande till riket. Där har vi optimerat flödena. Inom den specialiserade vården finns ett välfungerande fotteam som har gott samarbete med primärvården.

2012 kom en rapport "Öppna jämförelser i överblick". Den är utformad i första hand för olika ledningsnivåer i landstingen. Syftet är att få en överblick av hur egna landstinget placerar sig i rangordning i förhållande till andra landsting. Den här rapporten är ett komplement till huvudrapporten Öppna jämförelser (ÖJ) 2012. Och bygger på samma faktaunderlag. För beslut om åtgärder är verksamheternas egna analyser av olika patientgrupper resultat väsentliga om förbättringar ska kunna ske. I bilaga 8a redovisas underlag från rapporten Öppna jämförelser i överblick;

Utifrån tidigare års arbete med medicinsk kvalitet och ovan redovisade resultat i Öppna Jämförelser 2012 har landstingsdirektörens ledningsgrupp diskutera vilka områden som ska prioriteras för fortsatt arbete ur ett landstingsperspektiv.

I Landstingsdirektörens verksamhetsplan för 2013 finns följande prioriterade områden:

Diabetesvård, Strokevård, Cancersjukvård, Ledtid på akutmottagning, undvikbar slutenvård, vårdrelaterade infektioner.

Efter genomförd analys av resultat av öppna jämförelser hälso- och sjukvård (2013-03-27) har landstingsdirektörens ledningsgrupp förordat fortsatt prioritering på strokevård, diabetes och cancersjukvård under 2013 och inför 2014. Dessutom fastslogs bättre nyttjande av data som finns i kvalitetsregister och önskemål om förbättrande möjligheter att via landstingets interna uppföljningssystem kunna följa resultat tätare än vad som är möjligt i nuläget.

Ledningsgruppen konstaterar att det tar lång tid att åstadkomma förändringar på dessa kvalitetsområden därför är det viktigt att hålla fast vid de redan utpekade områdena. Det som ska läggas till är arbetet med att minska antalet självmord.

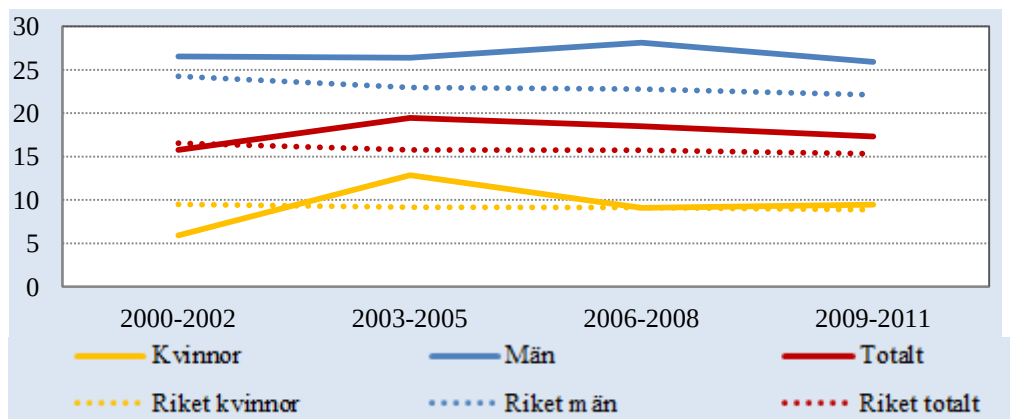
3.4.2 Självmord

Antal personer som begår självmord i Sverige har minskat sedan början av 1980-talet, framför allt bland män. Självmord är dock fortfarande betydligt vanligare bland män än bland kvinnor. Generellt sett har självmordstalen i Jämtland/ Härjedalen under perioden 1997-2011 varit högre i Jämtland än riket i övrigt, det gäller framför allt hos män. Under den senaste 15 års- perioden har det inte skett någon särskilt ökande eller minskade trend i självmordstalen.

I Öppna jämförelser 2012 visar Jämtland/ Härjedalen något lägre självmordstal perioden 2009-2011 jämfört med perioden 2008-2010. Förbättringen är dock liten och det går ej att dra några säkra slutsatser.

Diagrammet nedan visar antal självmord i befolkningen per 100 000 invånare i Jämtland/ Härjedalen jämfört med riket för åren 2000 - 2011.

2013-05-24

Dnr: LS
504/2013


Källa: Dödsorsaksregistret Socialstyrelsen

Det finns ingen enkel förklaring till länets höga självmordstal. Hög arbetslöshet, utflyttning, bristande framtidsstro samt en kultur som underlättar självmord har föreslagits som förklaringar. Det finns dock andra län med liknande strukturella problem som har betydligt lägre självmordstal. Kända fakta är att Jämtland-Härjedalen är vapentätast i landet och att självmord med vapen hos män är vanligare här jämfört med riket i övrigt.

De senaste åren har ett strukturerat självmordspreventivt arbete bedrivits, initialt inom område Psykiatri och sedan våren 2012 gentemot andra områden i landstinget. Hösten 2012 bildades en samverkansgrupp med "blåljusmyndigheter" i syfte att förbättra samverkan kring självmordsnära patienter vid fara för liv. Där ingår Polis, Räddningstjänst, SOS-Alarm, Ambulans och Psykiatriska akutmottagningen.

I Landstingsplanen 2013-2015 framgår att ett brett preventivt arbete ska genomföras. Att ingen skall behöva ta sitt liv är en viktig vision i landstingets arbete. Landstinget ska ha en handlingsplan för suicidprevention. Den kommer att utarbetas under våren 2013.

3.4.3 Tillgänglighet

Den lagstyrda vårdgarantin reglerar inom vilka tidsgränser en patient ska erbjudas vård, däremot regleras inte om vård ska ges eller vilken vård som kan komma ifråga.

Målvärdet är 100% i samtliga av vårdgarantins mätområden. Målen uttrycks med sifferserien 0-7-90-90, vilket anger vårdgarantins krav på maximal väntetid i antal dagar för de olika stegen i vårdprocessen.

Sammanfattningsvis kan sägas att medborgarna inom Jämtlands läns landsting inte får sin vård inom vårdgarantins lagkrav. Utfallet för år 2012 är en försämring mot 2011.

- Andelen besvarade telefonsamtal, 0-an, var i genomsnitt 65 % för år 2011 och 81 % för år 2012 för de offentliga hälsocentralerna, de privata hälsocentralerna har en genomsnittlig svarsfrekvens på 86 % år 2012. I jämförelse med utfallet 2011 har en förbättring skett, men Jämtland hade trots det sämre telefontillgänglighet än riket i övrigt. Snittet för riket var 89 % för både 2011 och 2012.
- Besöksgarantin till läkare inom 7 dagar, har under år 2012 varit 91 % i genomsnitt för den landstingsdrivna primärvården. Variationen för alla länets hälsocentraler ligger mellan 70 – 100 %. Jämtland har försämrat sin tillgänglighet gentemot mätningen i mars 2011 då utfallet var 93 %. Hela riket låg på 93 % för både år 2011 och år 2012. Brist på läkare anges som en del i svårigheten att nå högre tillgänglighet
- Första besök i specialiserad vård: Andel patienter som väntat längst 90 dagar på ett första besök i den landstingsdrivna vården var i genomsnitt år 88 % 2011 och 85 % 2012. Det är en försämring

2013-05-24

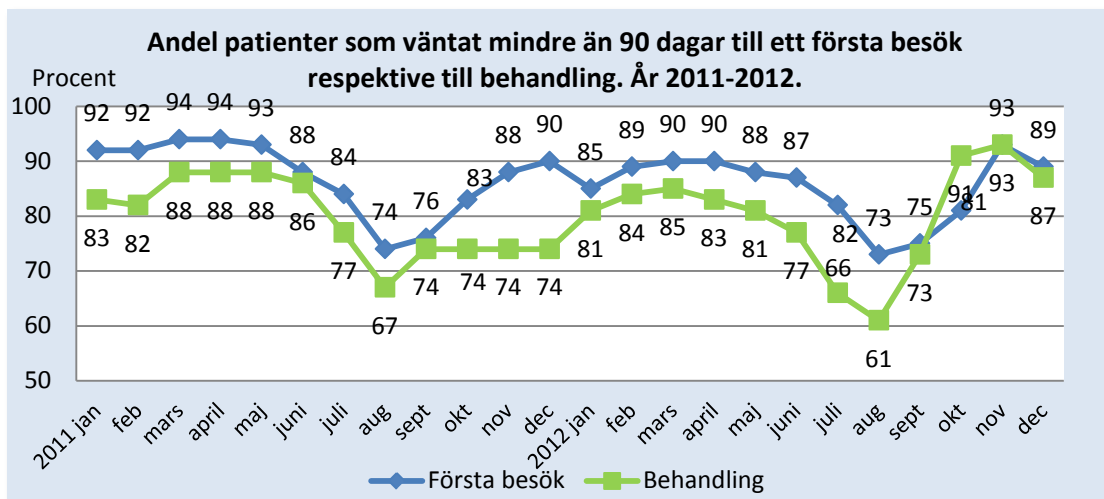
Dnr: LS
504/2013

mellan åren och Jämtland har även en försämrad tillgänglighet till första besök jämfört med riksnittet som i mars 2012 var 92 %.

- Behandling i specialiserad vård: Andel patienter som väntat längst 90 dagar på få komma till behandling i den landstingsdrivna vården är i genomsnitt 83 % för år 2011 och 80 % år 2012. Jämtland har även en försämrad tillgänglighet till behandling jämfört med riksnittet som i mars 2012 var 92 %.

I diagrammet nedan ses utvecklingen över tid gällande tillgängligheten till specialiserad vård i Jämtlands läns landsting. Trots ansträngningar är det svårt att undkomma säsongsvariation. Centrum för medicinska specialiteter ligger bäst till med en tillgänglighet på runt 96% och inom områdena barn och kvinna är lagkravet i stort sett uppnått. Områdena ortopedi och psykiatri har fortsatt problem att klara lagkravet.

En förstudie angående Produktions – och kapacitetsplanering har genomförts vintern 2012/2013 och kommer att vara grund för ett fortsatt utvecklingsarbete som syftar till att öka tillgängligheten.



3.4.4 Patientsäkerhet

Enligt 2012 års Patientsäkerhetsberättelsen konstateras att landstingets viktigaste åtgärd för att öka patientsäkerheten är inrättande av enhet för Patientsäkerhet. I enheten finns kompetens inom smittskydd, vårdhygien, läkemedel, vårdutvecklare och chefläkare. Ett ökat fokus har riktats mot patientsäkerhet inom E-hälsa (t ex VAS, Pascal, Centuri, Insidan) samt andra strategiska forum där vårdens verktyg och förutsättningar planeras och fastställs.

Även inrättande av medicinskt samordnande distriktsläkare inom primärvården bidrar till patientsäkerhet genom att samordna ett till ytan stort län. Inom vårdverksamheterna finns en strävan till ökat samarbete avseende viktiga patientflöden t.ex. inrättande av mobilt stroke-team, akutprocessens flöden samt det länsövergripande arbetet för äldre och multisjuka patienter. Det finns också potential för bättre patientsäkerhetsarbete genom att metoden strukturerad (markörbaserad) journalgranskning introducerats. Journalgranskning inom somatisk slutenvård för vuxna har påbörjats.

Nationella mätningarna av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler har pågått sedan hösten 2010, då följsamheten var 61 %. Mätningarna 2012 blev 70 % följsamhet vid vårens och 75 % vid höstens mätning.

2013-05-24

Dnr: LS
504/2013

För åren 2006 – 2011 har rapportering gjorts i dåvarande avvikelssystemet Vajsing. Oktober 2011 påbörjades rapportering i nya avvikelssystemet Centuri. 2012 har antalet rapporter minskat med ca 600. Sannolikt beror minskningen på byte av avvikelssystem, att det tar tid att lära sig. Avsaknad av statistisk återkoppling bidrar sannolikt också till lägre rapportering. Åtgärder är vidtagna för att statistik ska vara möjlig att ta fram på de sätt som behövs för att uppföljningen ska bli ändamålsenlig.

Under 2012 inrapporterades 24 Lex Maria-ärenden, något färre än tidigare år. Av lex. Maria- ärendena hade hälften sitt ursprung inom primärvården.

I patientsäkerhetsberättelsen konstateras att andelen patienter med trycksår är för hög. Även om hög andel av patienter som vårdas inom sjukhuset är riskpatienter kan förmodligen utvecklingen av trycksår minskas. Andelen patienter som screenas för fall, trycksår och undernäring behöver fortsätta att öka. Genom att bli medvetna om vilka patienter som har risk kan förebyggande åtgärder sättas in direkt. Det är fördel att det vårdpreventiva arbetet i samarbete med regionförbundet och länets kommuner ska fortsätta inom ramen för Bättre liv för sjuka äldre och Ledningskraft.

Måluppfyllelsen av andelen patienter med vårdrelaterade infektioner är svagare 2012 än 2011. Det finns en tendens att de opererande verksamheterna har fått en högre andel vårdrelaterade infektioner.

3.4.5 Samverkan kring "Bättre liv för sjuka äldre"

För Jämtlands län har en strategi och handlingsplan "Bättre liv för sjuka äldre" gällande perioden 2012 - 2014 arbetats fram. Arbetsgruppen Ledningskraft som består av representanter från Regionförbundet Jämtlands län, länets kommuner och landstinget har utarbetat förslaget.

Målgruppen "Mest sjuka äldre" omfattas i denna strategi och plan av personer som är över 65 år och som har omfattande nedsättningar i sitt funktionstillstånd till följd av åldrande, skada och sjukdom. År 2011 uppgick antalet Mest sjuka äldre i Jämtlands län till totalt 27 389 personer varav 14 722 kvinnor och 12 667 män.

Syftet med förslagen i strategi och plan är dels att uppnå och upprätthålla en god kvalitet på arbetet kring de mest sjuka äldre, dels att de resurser som står till buds används på det mest effektiva sättet. Det primära målet är ett bättre liv för de mest sjuka äldre i Jämtlands län samt om att skapa förutsättningar för vård- och omsorgspersonalen så att de känner sig motiverade, ser helheten och förstår nyttan av ett sammanhållet arbetssätt.

För att arbetet kring "Bättre liv för sjuka äldre" ska bli framgångsrikt bör man besluta sig för vilka vägar man vill gå för att komma framåt. Resultatet av hela arbetet blir avhängigt av hur väl man tar hänsyn till och satsar på de strategiska vägvalen.

Det finns två syften med en länsövergripande strategi, dels att underlätta chefernas ansvar i arbetet med att den äldre personen i slutändan får god vård, och dels att tydliggöra för medarbetare och beslutsfattare betydelsen av och vinsten med gemensamt arbetssätt.

3.4.6 Fysisk tillgänglighet i landstingets fastigheter

En inventering utfördes åren 1998-1999 vilket resulterade i en redovisning av ett antal brister i den fysiska tillgängligheten. Ett styrelsebeslut togs 1999 om att åtgärda de brister som lyfts fram i inventeringen och 9,5 miljoner avsattes i en investeringsplan för de kommande åren. Därefter åtgärdades ett antal lätt åtgärdade problem under början av 2000-talet men tyvärr avstannade verksamheten mer eller mindre när ca 20 % av budgeten upparbetats.

2013-05-24

Dnr: LS
504/2013

2009 gjordes en nystart av arbetet och en enkät skickades ut till alla enhetschefer ute i länet och representanter från fastighet tittade igenom de åtgärder som inte utförts på sjukhuset och handlingsplanen från 1999 uppdaterades därefter. De åtgärder som inte var utförda kommunicerades med tillgänglighetsrådet, prioriterades och de flesta genomfördes de kommande åren och exempel på åtgärder som blev åtgärdade var:

- Kontrastmarkering på dörrar, toaletter, hissdörrar, gångvägar, mm.
- Höj- och sänkbara receptionsdiskar.
- Förbättrade rullstolsWC med stomiskåp i vissa.
- Personlyft i en offentlig RWC.
- Förbättrad skyltning på sjukhuset.
- Ny entré med integrerad ramp på Kyrkgatan 2 (K2).
- Ombyggnad av Birkas huvudbyggnad och anpassning av ett elevhem.
- Förbättrad tillgänglighet på Rösta med rullstolsWC och hiss.
- Förbättrade röster i hissar.
- Delfinansiering av Norra entrén.
- Översyn av samtliga hörslinor

Ett större projekt som inte rymdes i budgeten från 1999 var ombyggnaden och tillgänglighetsanpassningen av Bäckedals folkhögskolas huvudbyggnad och en del av ett elevhem vilket togs i ett separat investeringsbeslut i 2012 och 2013 års investeringsplaner.

Från och med 2013 års investeringsplaner finns även ett årligt belopp om 200 000:- avsatt för nya eller ännu ej uppmärksammade tillgänglighetsbehov.

Landstingets fastigheter har generellt en god tillgänglighet och vi arbetar ständigt med att förbättra den oavsett om det gäller rullstolsburna, synskadade, hörselskadade eller personer med andra funktionsproblem.

Utifrån kapitel 3.4 Hälso- och sjukvårdens medicinska kvalitet är landstingets utmaning de närmsta åren:

- ✓ Kvaliteten inom diabetesvård, strokevård, cancersjukvård, och det självmordsförebyggande arbete
- ✓ Ledtid på akutmottagningen och undvikbar sluten vård
- ✓ Tillgängligheten
- ✓ Patientsäkerheten
- ✓ Samverkan med kommunerna inom ramen för ”Bättre liv för sjuka äldre”

3.5 Bedömningar om framtida vårdbehov inom några diagnosområden.

Inom landstingsdirektörens stab gjorde för något år sedan en fördjupad analys av några av de vanligaste sjukdomsgrupperna, bl a gjordes prognos om framtida resursbehov för dessa grupper.

2013-05-24

Dnr: LS
504/2013

- Depression- är en av de sjukdomar som kostar samhället mycket, på grund av höga sjukskrivningstal. Depression förekommer i de flesta åldersgrupper, men den stora volymen finns bland gruppen 20-64 år. Åldersgruppen 20-64 år beräknas minska med 3 700 invånare fram till år 2019. Det skulle innebära ett minskat inflöde av dessa patienter i framtiden, om enbart den demografiska framskrivningen används som beräkningsgrund, dock ökar depression hos yngre, vilket sannolikt ger en ökning av svåra/måttliga depressioner på sikt. För att kunna möta behovet av behandling enligt nationella riktlinjer för svåra depressioner, och bipolära tillstånd, behöver sannolikt resurser tillföras. Det gäller framförallt läkarresurser för suicidbedömning, vårdplaner och tätare läkemedelsbehandling samt psykologresurser för KBT-behandling och psykologutredningar. Ett observandum är den allra äldsta åldersgruppen. Här finns relativt få individer, men ändå många besök
- Ångest – I åldersgruppen 20-64 år återfinns de flesta patienterna som sökt primärvården för ångest. Den åldersgruppen beräknas minska med 2 900 invånare fram till år 2019. Det skulle innebära ett något minskat inflöde av dessa patienter i framtiden, om enbart den demografiska framskrivningen används som beräkningsgrund. Emot detta talar ökningen av antalet besök. För såväl diagnosen depression som ångest har besöken inom öppenvård och primärvård ökat sedan 2004. Särskilt tydlig är ökningen för diagnosen ångest. Efterfrågan på KBT-behandling är stor och antalet behandlare med rätt utbildning och erfarenhet begränsad både i Jämtland och övriga landet. På vissa håll i Sverige provas nu internetbaserad KBT-behandling för att öka tillgängligheten till denna behandlingsform.
- Stroke - Eftersom stroke är en sjukdom som är starkt åldersrelaterad beräknas insjuknandet i stroke i Jämtland inte att stiga den närmaste prognosperioden, utan år 2016 ligga kvar på nuvarande nivå. Anledningen är att gruppen äldre än 80 år minskar tydligt i länet, medan gruppen 75-79 år ökar bara marginellt. (den stora ökningen sker i gruppen 65-74 år). Med ökad medellivslängd och förbättrad överlevnad kommer förekomsten av personer som haft stroke ändå att öka i samhället. Förutom sjukhusvård kommer behovet av efterkontroller i primärvården att öka. Rehabiliteringsbehovet kommer att fortsätta öka, på sjukhusen, inom primärvården och i kommunerna. Det är av stor vikt att hela vårdkedjan vid stroke, med vård, utredning, behandling, information och rehabilitering är åldersanpassad. Inte minst med tanke på att livssituationen för yngre strokepatienter oftast ser annorlunda ut än för dem som är äldre. (se också kap 3.5.1)
- Kranskärslssjukdomar - Den framtida utvecklingen av kranskärslssjukdom hos befolkningen är osäker. I Jämtlands län beräknas åldersgruppen 65-74 år öka med ca 4 000 personer fram till 2016, vilket är en stor ökning. Sjuklighet och dödlighet minskar visserligen generellt i kranskärslssjukdom, men vid bedömning av vårdbehovet ska denna minskning ställas mot allt tidigare och mer aktiv behandling. En framgångsrik hjärtsjukvård kommer på sikt innebära att fler personer med allvarliga yttringar av kranskärslssjukdom kan tas omhand. En sådan utveckling ställer krav på vårdinsatser, bland annat i form av omvårdnad och i många fall livslång behandling och uppföljning. Det faktum att diabetes ökar innebär i sin tur att fler riskerar att insjukna i kranskärslssjukdom. Vårdbehovet kommer sannolikt att öka i framtiden i Jämtlands län vilket medför ökade sjukvårdskostnader för patienter med kranskärslssjukdom. (se också kap 3.5.1)
- Bröstcancer - I Jämtlands län beräknas kvinnor i åldersgruppen 65-79 år öka med ca 2 500 individer fram till 2019. Ökande medicinska och tumörbiologiska kunskaper och tillkomsten av ny teknologi ger nya behandlingsformer. Ett stort problem är att det inte finns onkologkompetens tillgänglig i Östersund, eftersom den medicinska behandlingen blir alltmer aggressiv med ökade komplikationsrisker, men också alltmer framgångsrik. Även strålbehandlingen kan komma att ändras i framtiden, med eventuellt högre stråldoser, men färre behandlingar mot bröstet, intensivare strålbehandling mot axillen och möjligen också intra-operativ strålbehandling av sårhålan för utvalda patienter. Eftersom Östersund saknar egen strålbehandling innebär sådana förändringar stora skillnader för patienterna, som reser och bor på annan ort under strålbehandlingen, men också på ekonomin
- Prostatacancer - En stor del av antalet diagnostiserade nyinsjuknade är äldre. Män i åldersgruppen 65-79 år beräknas fram till 2019 öka med ca 1 700 individer i Jämtlands län. Antalet personer som lever

2013-05-24

Dnr: LS
504/2013

med en cancerdiagnos, väntas öka. Tidig upptäckt tillsammans med behandlingsframgångar, innebär att ett kraftigt ökat antal patienter är och kommer att vara under aktiv uppföljning inom hälso- och sjukvården. En del kommer även att ha kostsam långtidsmedicinering. Det är också sannolikt att en cancerpatient som får återfall efter tio års symtomfrihet i framtiden kommer att behandlas betydligt mer aktivt än tidigare. Kirurgisk behandling kräver urologläkarkompetens. Det är fortfarande en relativ brist på denna kompetens i JLL, även om en kraftig förstärkning skett de senaste två åren. Kompetensförsörjningen är alltså en viktig framtidsfråga. Strålbehandling ges som regionvård på NUS eller i Sundsvall. Robotkirurgi används bara inom ramen för FoU i JLL. Frågan kommer att aktualiseras när NUS hösten 2013 sannolikt skaffar robot. Även här är avsaknad av onkolog ett problem. Den framgångsrika behandlingen av patienter med prostatacancer innebär inför framtiden att gruppen äldre och i prostatacancer sjuka patienter kommer att öka med ökade behov av palliation. För prostatacancer, liksom för övrig urologisk cancer, och cancer i palliativ fas kommer användandet av PET-CT⁶ att öka påtagligt de närmaste åren.

Diabetes - Bedömningen av diabetesutvecklingen är något osäker. Fram till 2019 kommer antalet personer i Jämtlands län över 65 år att öka med ca 4 000 enligt prognosen. Eftersom diabetes typ-2 allra främst drabbar personer över 65 år, är det därför sannolikt att antalet personer som *nyinsjuknar* i diabetes kommer att öka. Invånare äldre än 85 år kommer däremot att minska i antal, vilket innebär att antalet diabetiker i befolkningen inte kommer att öka i samma omfattning. De nya nationella riktlinjerna förordar mer patientutbildning, dessutom ska utbildningen hållas av diabeteskompetent personal med särskild pedagogisk utbildning. Två sådana diabetessjuksköterskor finns i nuläget i hela länet. Här borde alltså kompetensen ökas. Även på läkemedelsområdet går utvecklingen snabbt framåt. (se också kap 3.5.1)

- Under vintern 2012/2013 har en utredning om långa vårdtider gjorts. I bilaga 8b finns tabeller med medelvårdtider och olika fakta kring sjukhusets största diagnosgrupper. I de flesta områden ses en minskning av medelvårdtiden. Det kan vara flera orsaker till detta, t ex att behandlingsmetoder förfinas och förändras och att fler operationer görs polikliniskt. Inom psykiatri är minskningen de två senaste åren markant. En orsak till det kan vara neddragning av vårdplatser som skedde under 2010. En annan att beroendeenheten införlivades med psykiatri för snart två år sedan. Där vårdas många patienter med korta vårdtider. På Remonthagen beror variationen på att vissa år finns patienter med stora vårdbehov som kräver extremt långa vårdtider. Efter omstrukturering 2012 är målet att medelvårdtiden ska minska till 21 dagar. Ögon har ökat sin medelvårdtid. De hade 47 slutenvårdspatienter under 2012 varav 9 patienter hade en medelvårdtid > 5 dagar. Ett fåtal patienter påverkar medelvårdtiden negativt.

Vårdplatsutredning 2012 visar att för områden med relativt korta vårdtider (ca 5 dagar) utgörs ca 50 % av totala antalet vård dagar (vårdplatser) av patienter med över 10 dagars vårdtid. I bilaga 8c finns också en tabell som visar stora diagnosgrupper som har en medelvårdtid mer än fem dagar. Alla utvalda diagnosgrupper visar en minskning av medelvårdtid från 2011 till 2012 med undantag av pneumoni och hjärtsvikt. Av den bilagan (3c) framgår också de olika diagnosgruppernas storlekar i antal vårdtillfällen.

Utifrån kapitel 3.5 Bedömningar om framtida vårdbehov inom några vanliga diagnoser är landstingets utmaning de närmsta åren:

- ✓ Utveckla kunskap om hur olika diagnosers utveckling ska nyttjas för strategisk och effektiv planering av hälso- och sjukvården

⁶ (PET-CT= (positronemissionstomografi) ger bilder av ämnesomsättningen i kroppens olika organ. Detta används för att lokalisera tumörer, eftersom de ofta har en högre ämnesomsättning än intelligande celler. Vid en undersökning med PET/CT registreras ämnesomsättningen i tumören med hjälp av injicerade sockermolekyler. Samtidigt registrerar CT (datortomograf) tumörens exakta läge.

2013-05-24

Dnr: LS
504/2013

3.6 Jämställd och jämlik vård

Kränkningar

Kränkande bemötande är tänkt att ge en viss indikation på diskriminering. Diskriminering kan begränsa deltagande i samhällslivet samt minska inflytandet och en fientlig omgivning kan påverka beteendemönster och livsstilsfaktorer. Erfarenheter av diskriminering kan vidare ge upphov till både akut och kronisk stress, vilket kan orsaka nedsatt psykiskt välbefinnande och förändringar i fysiologiska processer (Frykman, 2006).

Jämfört med riket uppger en lägre andel av både kvinnor och män att de blivit utsatta för kränkande behandling, 20 procent av kvinnorna i länet mot rikets 24 procent respektive 12 procent av männen mot rikets 16 procent. Utsatthet för kränkande bemötande i Jämtlands län är särskilt vanligt bland unga kvinnor och personer som har haft svårt att betala löpande utgifter.

Nationella patientenkäten

I nationella patientenkäten framgår att det finns skillnader när det gäller kvinnor och mäns upplevelser i mötet med vården. Främst när det gäller upplevelsen av bemötande, information och kommunikation. Särskilt stora skillnader finns när det gäller kvinnors och mäns upplevelse av vilken information de fått avseende biverkningar på läkemedel.

Anmälningar av hälso- och sjukvården

Det är fler kvinnor än män som anmäler brister i bemötandet till patientnämnden. I tidigare studier från Socialstyrelsen finns det ingenting som tyder på att kvinnor skulle vara särskilt "känsliga" eller "gnälliga" och därmed överanmäler. Anmälningarna fick i hög utsträckning gehör vid anmälningar till HSAN.

Ojämna villkor för hälsa och vård i ett nationellt perspektiv

I Socialstyrelsens rapport *Ojämna villkor för hälsa och vård – Jämlikhetsperspektivet på hälso- och sjukvården* framkommer att det finns flera områden som är särskilt viktiga att uppmärksamma utifrån ett jämlikhetsperspektiv på hälso- och sjukvården.

Medelålders och äldre har haft en bättre hälsoutveckling än yngre och män har haft en bättre hälsoutveckling än kvinnor. Skillnaderna i hälsa är fortfarande stor mellan arbetare och tjänstepersoner samt mellan låg- och högutbildade. Mellan låg- och högutbildade kvinnor har skillnaden i återstående livslängd från 30 års ålder ökat sedan slutet av 1980-talet. Upplevelsen av ångslan, oro och ångest har ökat trefaldigt sedan slutet av 1980-talet inom ungdomsgruppen 16-25 år, det är också en negativ utveckling som håller i sig. Det har blivit vanligare att ungdomar vårdas på sjukhus för ångesttillstånd, depressioner och självmordsförsök vilket påvisar att det inte endast är den självrapporterade psykiska ohälsan som ökar. Andelen ungdomar med oro, ångslan och ångest har ökat oavsett ungdomens familjeförhållanden, födelseland, arbetsmarknadsstatus och föräldrarnas socioekonomi. Med stor sannolikhet har den försämrade psykiska hälsan att göra med ungdomarnas förändrade levnadsvillkor.

Den relativa dödligheten är större hos män än hos kvinnor. Som störst är den i 20 års åldern när det är tre gånger vanligare att män dör än att kvinnor gör det. Ända upp till 95 års ålder har män en högre dödsrisk än kvinnor. Män har dubbel så stor risk att dö av skador (inkl självmord), omkring 70 procent högre risk att dö i hjärt- och kärlsjukdomar och 50 procent högre risk att dö i cancer. I de yngre åldrarna är det mäns risk för skador som har störst betydelse för skillnaderna mellan könen medan det i de högre åldrarna är skillnader i cancer och hjärt- och kärlsjukdom som bidrar mest. Hos personer under 60 år är död i

2013-05-24

Dnr: LS
504/2013

cancer vanligare bland kvinnor än bland män, vilket bidrar till att kvinnors livslängd inte ökar i samma takt som männens. Bröstcancer har blivit vanligare vilket gör att fler insjuknar. Kvinnor drabbas i högre utsträckning än män av sjukdomar som leder till nedsatt hälsotillstånd, främst värk och nedsatt psykiskt välbefinnande. Sedan 1990-talet har andel som upplever nedsatt psykiskt välbefinnande (oro, trötthet, sömnsvårigheter, ångest mm) ökat, främst bland kvinnor men även hos män. Parallellt med att dessa besvär ökat har även andelen sjukskrivna ökat. Kvinnor är drabbade i högre utsträckning än män.

Utsatthet för våld är ett folkhälsoproblem och både kvinnor och män drabbas men av olika former av våld. Ensamstående mammor med små barn samt ungdomar är särskilt utsatta för våld. Kvinnor utsätts oftare än män för våld av en partner i hemmet. Partnervåldet är ofta upprepat och kopplat till en kontroll av kvinnors liv vilket leder till konsekvenser för hälsan. Män drabbas i högre utsträckning än kvinnor för våld av utomstående på offentlig plats samt av allvarliga fysiska skador.

Kvinnor drabbas i högre utsträckning än män av sexuell och reproduktiv ohälsa. I åldersgruppen 25-44 år är det 3,6 gånger vanligare att kvinnor vårdas på sjukhus av dessa skäl än bland män. Det beror helt och hållet på komplikationer vid graviditet och förlossning samt i mindre utsträckning på grund av andra gynekologiska besvär. Om dessa sjukdomar/komplikationer räknas bort är det något fler män som sjukhusvårdas i åldersgruppen.

Den ökade medellivslängden i landet gäller inte alla befolkningsgrupper. Exempelvis har inte den återstående medellivslängden från 30 års ålder för kvinnor med enbart grundskoleutbildning ökat, tvärtom för män och kvinnor med högre utbildning. Skillnaderna har alltså ökat mellan låg – och högutbildade.

Skillnaderna tar sig uttryck på olika sätt. Lågutbildade har högre risk att avlida tidigt i livet än högutbildade. Den högre dödsrisken återfinns för samtliga av de tre största dödsorsakerna (cancer, skador och hjärt – och kärlsjukdomar). Däremot är skillnaderna mellan låg – och högutbildade mindre nu än i början av 1990-talet. Att dö till följd av en skada (självmord och olycksfall sammantaget) är betydligt vanligare bland personer med enbart grundskoleutbildning än bland dem med eftergymnasial utbildning.

Hälsan hos personer som har invandrat till Sverige ser olika ut beroende på bland annat personens bakgrund (land, utbildning, kultur, tidigare levnadsförhållanden etc) samt hur omständigheterna kring invandringen, anledningen till invandringen har ett ut samt hur mottagandet i Sverige har fungerat. Många har haft svåra upplevelser före och under migrationsprocessen vilket gör att det är vanligare med nedsatt psykisk hälsa hos individer som har invandrat till Sverige än bland svenskfödda.

Hälsan hos befolkningen är generellt sämre i glesbygdskommuner i jämförelse med förortskommuner. Förortskommun är inte samma sak som "förort" här utan handlar om större samhällen eller i samhällen där det går att pendla till en stad. Där har befolkningen generellt sätt bättre hälsa än små isolerade samhällen. I glesbygdskommuner är det främst den fysiska hälsan som är sämre, exempelvis diabetes, värk i leder och hjärt- och kärlsjukdomar. Däremot är andelen av befolkningen som upplever stress och oro större i städer och i förortskommuner.

Den 1 februari 2013 kom ett pressmeddelande från Socialstyrelsen om att personer med funktionsnedsättningar som får cancer har en sämre chans än andra cancerpatienter att överleva. Det har visat sig att personer som har insatser enligt LSS, lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, som får cancer har en fördubblad risk att dö i jämförelse med patienter utan funktionsnedsättningar. Kvinnor med någon form av funktionsnedsättning som har bröstcancer har en nästan 70 % risk att dö än andra bröstcancerpatienter.

Jämställdhet i vården

Under hösten 2012 granskades landstingets arbete för att uppnå en jämställd vård. Granskningen visade behov av att förbättra styrningen av jämställdhetsperspektivet inom hälso- och sjukvården. Det saknas

2013-05-24

Dnr: LS
504/2013

koppling mellan inriktningsmålen i landstingsplanen och verksamhetsplanerna vilket försvårar möjligheten att följa effekten av politiskt fattade beslut för att uppnå en jämställd vård. Revisorerna efterfrågar även förbättrad uppföljning och kontroll för att säkerställa en jämställd vård. Det konstateras att genderbudgetering inte tillämpas i ekonomistyrningen liksom att CEMR-deklarationen till fullo inte är implementerad inom organisationen.

Revisorerna föreslår att arbetet behöver systematiseras i högre utsträckning och att målen för jämställd vård tydliggörs, minskar i antal samt bryts ner på verksamhetsnivå. Synliggörandet och användandet av konsuppladad statistik rekommenderas för att stärka landstingsstyrelsens kontroll och uppföljning. En genomlysning av landstingets forskningsarbete samt utbildning föreslås för att jämställdhetsmålen ska kunna infrias. Därutöver förordas även att se över hur patienten i högre grad kan bli delaktig i arbetet med att skapa en jämställd hälso- och sjukvård.

Utifrån kapitel 3.6 Jämställd och jämlik vård är landstingets utmaning de närmsta åren:

- ✓ Säkerställa en tydlig styrning och ledning för att uppnå en jämställd och jämlik vård.
- ✓ Systematiskt och jämställdhetsintegrerat förbättringsarbete
- ✓ Metodutveckling för att säkerställa en jämställd och jämlik vård.
- ✓ Säkerställa att våra system kan leverera en konsuppladad statistik på ett enkelt och användarvänligt vis.

3.7 Vårdval och privata vårdgivare

3.7.1 Vårdval

I Jämtlands län infördes vårdval inom primärvården 1 januari 2010 där modellen kallas ”Hälsoval Jämtlands län”. Införandet skedde med kort planeringstid vilket gör att modellen behöver utvecklas med sikte på år 2015. Idag finns följande anslutna med fyraåriga avtal:

Landstingsdriven primärvård - 18 godkända vårdenheter / 11 filialmottagningar (från april 2010)

Aktiebolag - Utrikeshälsan AB i Hammerdal (från nov 2010) avvecklas under 2013

Nya Närvården AB i Hoting / filial i Strömsund och Hammerdal (från dec 2010)

Ekonomisk förening - Fjällhälsan Hede (från jan 2011) och Offerdals hälsocentral (från jan 2011)

Gemensam nämnd - Närvård Frostviken (från jan 2012).

Varje månad byter eller väljer mellan 250-350 personer aktivt en hälsocentral. Läkarkontinuitet och flytt inom länet är två anledningar till att byte av hälsocentral sker, men det finns även andra orsaker som påverkar listningsströmmarna.

- Arbetspendling till Östersund/Brunflo gör att exempelvis Bräcke tappar till Brunflo

- Nybyggnation i Ås-området har lett till att Lugnvik tar patienter från Krokom

- Nyetablerad hälsocentral har lett till ett patientflöde mellan Strömsunds hälsocentral och Nya Närvården

- Hälsocentraler inom samma kommun tappar eller tar patienter av varandra såsom exemplen från Järpen till Åre och Torvalla till Odensala

Landstinget har från 1 januari 2013 infört vårdval inom medicinsk fotvård. Patienter med, diabetes, reumatoid artrit samt arteriell insufficiens i de nedre extremiteterna, är enligt beslut i landstingsfullmäktige aktuella för fotvård.

2013-05-24

Dnr: LS
504/2013

Socialdepartementet har under perioden 2012-2014 avsatt stimulansmedel för att utveckla vårdvalssystem där man vill se mer av innovationer och integrationer mellan vårdnivåer samt i samverkan med andra vårdgivare. Händer inget på frivillig väg överväger regeringen att lagstadga vårdval även för den specialiserade vården.

3.7.2 Privata vårdgivare

Privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster är verksamma med offentlig ersättning, Lag om läkarvårdsersättning (LOL) SFS 1993:1651 och Lagen om ersättning för sjukgymnastik (LOS), SFS 1993:1652. I enlighet med dessa lagar krävs att läkaren eller sjukgymnasten har ett samverkansavtal med landstinget. Den offentliga ersättningen till privata vårdgivare med samverkansavtal utgår enligt en nationell taxa som beslutas av regeringen. Det finns också privata läkare och sjukgymnaster som har rätt till ersättning enligt den nationella taxan utan att ha ingått något samverkansavtal med landstinget. Detta beror på övergångsbestämmelser i lagstiftningen.

Sedan 2009 finns ett system för ersättningsetablering. Om en läkare eller sjukgymnast på nationella taxan vill överlåta sin verksamhet ska rätten till ersättning från den nationella taxan sägas upp. En försäljning ska anmälas till landstinget som i sin tur publicerar en ansökningsinbjudan. Landstinget ska ingå samverkansavtal med den sökande som erbjudit högsta pris för verksamheten och som uppfyller övriga angivna krav.

En nationell utredning har genomförts för att få systemet att stämma överens med EU-rätten. I det förslag som lämnades till Socialdepartementet i november 2012 föreslås nationella taxan upphöra den 31 december 2018, och systemet med ersättningsetableringar upphöra den 31 december 2013.

Inom Jämtlands län finns idag 29 sjukgymnaster med avtal enligt LOS samt fyra läkare enligt LOL som beställarenheten administrerar i form av utbetalningar, statistik, försäljningar mm. Landstinget har upphandlat viss hälso- och sjukvård enligt lagen om offentlig upphandling (LOU) och har, via beställarenheten, avtal inom följande områden: ortopedi, kiropraktik, gynekologi, feldenkraiz och idrottsmedicin.

Utifrån kapitel 3.7 Vårdval och privata vårdgivare är landstingets utmaning de närmsta åren:

- ✓ **Strategisk upphandling av privata vårdgivare där de kan komplettera vården som bedrivs i egen regi**

3.8 TANDVÅRD

3.8.1 Folktandvården

Fritt vårdval gäller för samtliga åldrar. Folktandvården har dock planerings- och områdesansvar för alla medborgare i länet. Vårdval inom tandvård kan ej jämföras med vårdvalet inom primärvården då ingen upphandling enligt LOV (Lagen om valfrihetssystem) ännu har gjorts. De privata vårdgivarna har full rätt att välja vilka patienter de ska ta emot och alla privata vårdgivare utför inte barntandvård.

I bilaga 9 redovisas statistik som visar:

- marknadsandelar per klinik

2013-05-24

Dnr: LS
504/2013

- kariesfria 3-åringar och 19-åringar jmf med nationella siffror
- andel barnpatienter som kallas med mindre än en månads försening
- andelen vuxna patienter som kallas med mindre än sex månaders försening.

3.8.2 Tandhälsa- historik och framtida mål

Socialstyrelsen har sedan 1985 följt tandhälsans utveckling hos barn och ungdom i Sverige. Under dessa år har tandhälsan utvecklats i mycket positiv riktning. Samtidigt som tandhälsan stadigt förbättras har utbredningen av karies blivit alltmera skev. Idag har en liten minoritet av befolkningen hög kariesaktivitet. Ett samband mellan dålig munhälsa och socioekonomiska faktorer kan klart påvisas och är i dag en bra indikator på socioekonomiska förhållanden.

Jämtlands läns landsting har liksom övriga norrlandsting en ökning av andelen kariesfria barn och unga men ökningstakten har inte varit lika hög som i övriga landet. En kartläggning visar även att vissa områden i länet har mera kariessjukdom än andra.

Ur ett norrlandsperspektiv har 19-åringarna i Jämtland/Härjedalen haft lika mycket karies och lagningar som andra 19-åringar i Norrbotten, Västerbotten och Västernorrland men ur ett Sverigeperspektiv har de mer karies.

Riskgruppering ska nu ske av alla barn såväl som av alla vuxna revisionspatienter. Detta gör att alla patienter kallas efter sitt framtida uppskattade vårdbehov. De friska (utan förmodat vårdbehov) kallas med längre intervall och de med störst behov får mest vård.

Folktandvården har riktlinjer för hur vården av barn och ungdomar ska bedrivas som är framtagna vid universitetet i Umeå i samarbete med de fyra norrlandstingen.

Tillgänglighet inom allmäntandvården mäts utifrån planerade kallelseintervall. De patienter som går regelbundet hos Folktandvården benämns revisionspatienter. Förseningen anger hur många månader efter planerat kallelседatum som patienten kommer att bli kallad för besök. Barn och ungdomar har alltid förtur när Folktandvården saknar resurser för att kalla sina revisionspatienter vid den planerade tidpunkten. Andelen vuxna som kallats i rätt tid har sedan 2006 hållit sig runt 90% med en lägsta notering 2009 på 84 % och en högsta notering på 93% i början på 2011. Mätning sker nu varje månad. Vid senaste mätningen, oktober 2012 var förseningarna enligt den tabeller som redovisas i bilaga 9.

3.8.3 Barntandvård

I Jämtlands län har barn och ungdomar i åldersgruppen 3-19 år rätt att fritt välja utförare av tandvård. Förutom folktandvården i länet har Jämtlands läns landsting tecknat avtal med privattandläkare i Jämtlands län beträffande fritt tandläkarval för barn och ungdomar. Vårdgivare som anslutit sig till avtalet åtar sig att behandla barn- och ungdomar enligt landstingets riktlinjer. Avtalet löper t o m 2013-12-31. Endast barn folkbokförda i Jämtlands län omfattas av avtalet.

Från år 2014 planeras införande av LOV för barntandvård.

Utifrån kapitel 3.8 Tandvård är landstingets utmaning de närmsta åren:

- ✓ Arbetet med att ge en jämlik tandhälsa i länet
- ✓ Utformning av LOV för barntandvård

2013-05-24

Dnr: LS
504/2013

3.9 Personalstrategiska frågor

3.9.1 Kompetensförsörjningsstrategi 2011 – 2014

Kompetensförsörjning utgår från verksamhetens behov och syftar till att rekrytera och utveckla alla medarbetare med olika kunskap, erfarenhet, kön och ursprung för att stärka verksamheternas och medarbetarnas möjligheter att möta framtiden.

Befolkningsutvecklingen visar på att antalet äldre ökar och att tillträddande på arbetsmarknaden kommer att understiga avgångarna ända fram till 2025, något som inte hänt tidigare under modern tid. Det innebär en ökad konkurrens om den framtida arbetskraften. För landstinget handlar det om att dagens unga ska välja en utbildning inom hälso- och sjukvård och i förlängningen välja landstinget som en framtida arbetsgivare.

Utifrån ekonomisk utveckling med minskat skatteunderlag och ökad försörjningsbörda kommer ett effektivt nyttjande av kompetens att vara en viktig försörjningsfråga, dvs att bemanna med rätt kompetens, tillvarata, rekrytera och ställa om/utveckla kompetens utifrån verksamhetens behov och gällande lagstiftning.

Utifrån den alltmer snabba utvecklingen inom hälso- och sjukvård är det viktigt att medarbetare erhåller kompetensutveckling och att landstinget arbetar med omställning av kompetens för att kunna erbjuda medborgarna i länet en säker och trygg vård.

Ett kontinuerligt arbete pågår för att klara kompetensförsörjningen på kort och lång sikt. Utbildningsuppdraget, som landstinget har är en mycket viktig rekryteringsbas. Andra kompetensförsörjningsinsatser är bl a marknadsföring av jobb i landstinget till framförallt unga som ännu inte valt yrke, kontinuerliga rekryteringsinsatser inkl utlandsrekrytering, matchning av internt övertaliga mot behov, studiemedelssatser riktade mot behov av specialistutbildade samt kompetensutveckling. Strukturellt samarbete kring utbildningsinnehåll och utbildningsutbud sker med Vård och omsorgscollege, Mittuniversitet och Umeå universitet samt regionalt via Kompetensförsörjningsrådet.

3.9.2 Landstingets utbildningsåtagande

Landstingets utbildningsuppdrag är omfattande och kräver utrymme och i förhållande till hälso- och sjukvårdsuppdraget. Det är viktigt att landstinget tillhandahåller kvalitet i utbildning och handledning dels utifrån de avtal som landstinget har med utbildningsanordnare dels för att de studerande är landstingets framtida medarbetare.

Totalt beräknas det att ca 1100 studerande per år utbildas och handleds inom hälso- och sjukvården. Inom den sektorn finns ca 3 200 medarbetare. Rent teoretiskt har var tredje medarbetare ett handledningsuppdrag av varierande omfattning under ett år. Utbildningsåtagandet innebär också att medarbetare ska inneha handledarkompetens där utbildning i handledningsmetodik är grunden.

2013-05-24

Dnr: LS
504/2013

3.9.3 Läkares utförda tid

Utvecklingen av läkares utförda tid visar på en kontinuerlig ökning. Sen 2010 har den utförda tiden inberäknat arvodesanställda och bemanningsföretag ökat med motsvarande 18 årsarbetare. Ökningen återfinns i princip inom nyttjande av bemanningsföretag.

Att nyttja bemanningsföretag är kostnadskrävande.. Under perioden 2010-2012 har kostnaden för arvodesanställda och bemanningsföretag ökat från 37 miljoner till 67 miljoner d v s en kostnadsökning med 30 miljoner. Merparten av kostnaden och ökningen ligger i köp av hyrläkare.

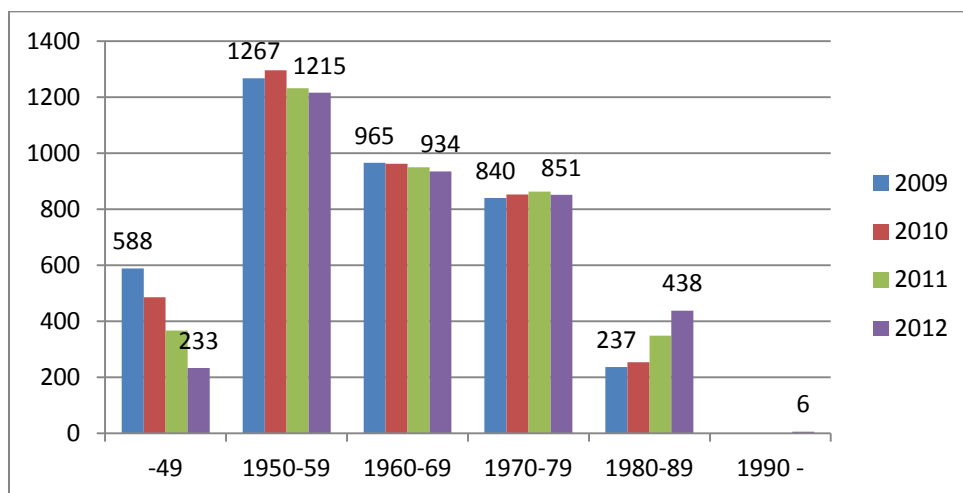
SKL har tillsammans med landstinget utarbetat nationella riktlinjer för att minska hyrläkarkostnaden. Utifrån dessa, utformas lokala riktlinjer. Norrlandsgemensamma ramavtal avseende bemanningsföretag gäller from april 2013. Det innebär krav på förändrade avrops- och uppföljningsrutiner som bedöms ge en kostnadseffektivitet. Kartläggning av landstingets framtida behov av läkare utmynnar i förlängningen i en åtgärdsplan vad gäller läkarförsörjning.

3.9.4 Kompetenssammansättning

Det sker en kompetensförskjutning inom hälso- och sjukvården mot högre och dyrare kompetens. Produktionen och uppdragen till centrumen är grunden för vilken kompetens som behövs. Produktions- och kapacitetsplanering är ett led i att bättre kunna styra mot bemanningsmål och krav på/behov av kompetensnivå.

Antal anställda på månadslön per yrkesområde redovisas i bilaga 5a. Utveckling inom hälso- och sjukvård, krav på patientsäkerhet är de främsta skälen till att andelen universitetsutbildade inom hälso- och sjukvården ökar. Skäl till minskningen inom administration är verksamhetsövergångar till andra arbetsgivare, omorganisationer som inneburit personalminskningar samt en stark restriktivitet vad gäller anställningar.

3.9.5 Generationsväxling



Hittills har kompetensväxlingen utifrån pensionsavgångar av medarbetare födda på 40-talet kunnat hanteras. Det finns personalbrist inom vissa yrkesgrupper framförallt vad gäller specialistläkare. De bristerna bedöms inte hänga samman med generationsskiftet utan mer på en ökad efterfrågan av bl a

2013-05-24

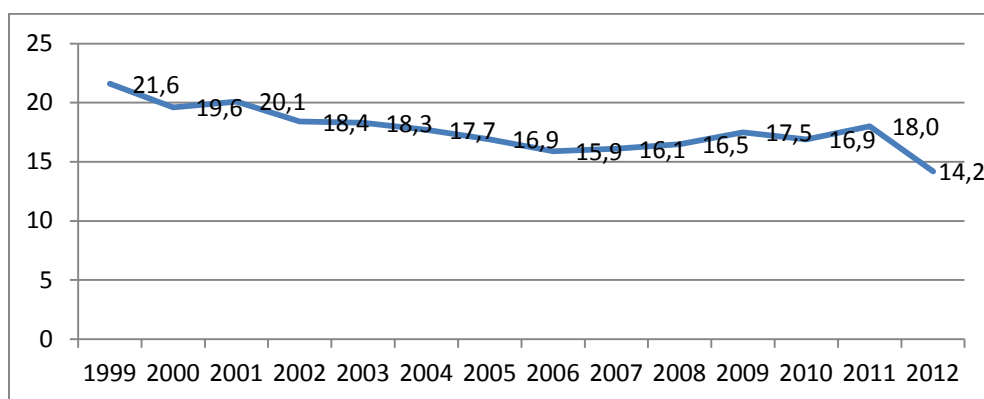
Dnr: LS

504/2013

läkare. Att åldersgruppen födda på 80- och 90-talet är förhållandevis liten kan delvis förklaras med att dagens unga människor etablerar sig sent på arbetsmarknaden idag (28 år) jämfört med tidigare samt att många yrken inom landstinget kräver högskole- eller universitetsexamen av varierande längd.

Kommande pensionsavgångar ska ställas i relation till minskade ungdomsgrupper. Gymnasieungdomar minskar drastiskt framförallt här i länet ända fram till ungefär 2017. Även om alla som går i pension inte ska ersättas så prognostiseras en hårdnande konkurrens om den framtida arbetskraften. För att väcka intresse för en framtida utbildning och arbete i landstinget anordnades studiebesök för 247 elever från grundskola och gymnasiet och feriearbete erbjöds till 59 ungdomar

3.9.6 Hel- och deltid



Antalet deltidsanställda är 623 personer. Antalet deltidsanställda har under året minskat från 18 % till 16,9 % av totalt antal anställda. I den gruppen ingår deltidsanställda som erhållit varaktig sjukersättning och beviljats SAP på deltid. Dessa grupper borträknat, så återstår 14,2 % deltidsanställda. Från personalpolitiska utskottet utgår ett uppdrag som syftar till att bli tydligare hur landstinget i högre grad kan erbjuda heltidsanställning och under vilka förutsättningar.

3.9.7 Ungdomars utbildningsval

För att möta upp mot minskade ungdomsgrupper och skapa förutsättningar för att kunna rekrytera framtida medarbetare till landstinget gör landstinget ett antal ungdomssatsningar. Studiebesök genomförs på Östersunds sjukhus för elever årskurs 9 och årskurs 3 på gymnasieskolan. Inbjudan går till samtliga skolor i länet och eleverna kommer från hela länet. Studiebesöken 2012 utvärderades via en enkät. På frågan om intresse väcktes för ett framtida jobb i landstinget svarade 61 % av eleverna, ja, 21 % svarade vet ej/kanske och 18 % svarade nej (bilaga 10)

3.9.8 Hälsofrämjande arbetsmiljö

Sjukfrånvaron inom Jämtlands läns landstinget har ökat från 5,9 % 2010 till 6,7 % 2012. I bilaga 5 redovisas sjukfrånvarostatistik från personalsystemet Heroma.

I jämförelse med andra landsting i Sverige är sjukfrånvaron i Jämtlands läns landsting hög, ett högt utgångsläge kräver mer insatser för att nå en hälsofrämjande arbetsmiljö. En stor del av sjukfrånvaron (64%) är långtidssjukfrånvaro, längre än 60 dagar. I jämförelse inom regionen ligger Jämtlands läns landsting relativt lika.

Landstinget ska bedriva ett systematiskt och effektivt arbetsmiljö- och rehabiliteringsarbete som skapar förutsättningar för medarbetarna att behålla, förstärka och förbättra sin hälsa. I det systematiska

2013-05-24

Dnr: LS
504/2013

arbetsmiljöarbetet är det viktigt att öka delaktigheten i planeringen av verksamheten och ge förutsättningar för att ta ansvar för den egna arbetsmiljön.

Hälso- och sjukvårdssektorn är en stor arbetsgivare som har individers och befolkningens hälsa som sitt huvuduppdrag. För att vara trovärdig i detta uppdrag måste vårdsektorn vara en förebild för andra genom att ge sina anställda en bra arbetsmiljö (Regeringens Proposition 2007/08:110).

Utifrån kapitel 3.9 Personalstrategiska frågor är landstingets utmaning de närmsta åren:

- ✓ Arbeta för god kompetensförsörjning på kort och lång sikt
- ✓ Hantera kompetensförskjutning på strategiskt bästa sätt
- ✓ Klara av generationsväxlingen
- ✓ Minska sjukfrånvaron och beakta folkhälsostrategins uppdrag att vårdsektorns ska vara en förebild för andra

3.10 Ekonomi

3.10.1 Omvärlden

Enligt SKL har risken för en djupare recession och förnyad finansiell oro minskat. I Sverige, liksom på andra håll i världen signalerar de finansiella marknaderna tillsammans med olika förtroendeindikatorer att vi rör oss mot ljusare tider. Trots dessa och liknande positiva tongångar kommer det att ta tid innan svensk ekonomi fullt ut är stabil igen, detta utifrån den fortsatt osäkra utvecklingen i vår omvärld. 2013 bedöms därför för svensk del bli ytterligare ett relativt svagt år med en BNP-tillväxt på enbart 1,4 procent.

Den svaga tillväxten gör att arbetsmarknaden försvagas ytterligare något. Under sensommaren 2013 beräknas arbetslösheten nå 8,2 procent, vilket är 0,5 procentenheter högre än genomsnittet för år 2012. Trots negativ utveckling på arbetsmarknaden förväntas skatteunderlaget växa i relativt god takt. I reala termer beräknas skatteunderlaget växa med 1,3 procent 2013, bl.a. beroende på ökande pensioner.

Åren 2014–2016 beräknas skatteunderlagets reala tillväxt överstiga 1 procent som följd av den återhämtning som beräknas ske på arbetsmarknaden. Från och med 2014 beräknas sysselsättningen stiga igen och arbetslösheten pressas tillbaka. Tillväxten i svensk ekonomi åren 2014–2016 är i hög grad ett resultat av inhemska faktorer – såväl konsumtionen som investeringarna växer snabbt. Den fortsatt svaga utvecklingen internationellt, och då inte minst i Europa, gör att exporten lämnar ett förhållandevis begränsat bidrag till tillväxten.

Regeringens prognos för kommunal konsumtion visar en ökning med mellan 0,5 och 1,0 procent per år fram till och med år 2017. Resultatet i kommunala sektorn väntas vara positivt varje år och år 2017 uppgå till 14 miljarder kronor, vilket är nära två procent av skatter och statbidrag. Detta är betydligt svagare konsumtionsutveckling och starkare resultat än vad SKL förutser i sina bedömningar. Skillnaden beror främst på att regeringen i sina beräkningar utgår från att kommuner och landsting anpassar sina kostnader

2013-05-24

Dnr: LS
504/2013

för att åtminstone klara balanskravet. Därmed styrs den kommunala konsumtionen av intäktsutvecklingen utan beaktande av demografiskt tryck och förväntningar om standardhöjningar.

3.10.2 Skatteunderlaget

Sett till hela perioden 2012–2016 skiljer det inte mycket mellan regeringens bedömning av skatteunderlagstillväxten och den prognos som SKL presenterade i februari 2013. Ser man till enskilda år är dock differensen mellan prognoserna betydande.

Procentuell förändring	2012	2013	2014	2015	2016	2011-2016
SKL, april 2013	4,1	3,4	3,2	4,0	4,7	21,0
Regeringen, april 2013	3,7	4,0	2,8	4,3	5,1	21,5
Ekonomistyrningsverket, mars 2013	4,3	3,4	3,1	4,2	4,7	21,2
SKL, feb 2013	4,1	3,3	3,3	4,1	4,7	21,0
Regeringen, sept 2012	4,1	4,1	4,2	4,8	4,5	23,7

Regeringens prognos för 2012 och 2013 har fastställts som uppräkningsfaktorer för utbetalning av preliminär skatt.

3.10.2.1 Prognos för Landstingsprisindex (LPIK)

Årlig procentuell förändring	2013	2014	2015	2016
LPIK inkl läkemedel	1,8	2,4	1,8	2,8
- Timlön	2,5	2,5	2,8	3,4
- Socialavgifter	2,5	5,0	1,0	4,3
- Läkemedel	-0,7	-0,3	-0,2	-0,2
- Förbrukning	1,3	1,6	1,9	2,2
LPIK exkl läkemedel	2,1	2,8	2,1	3,2

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

Det finns ännu ingen överenskommelse beträffande statsbidraget för läkemedelsförmånen.

Förutom de generella statsbidragen så finns ett stort antal specialdestinerade statsbidrag. Dessa är avsedda för en viss verksamhet eller ett bestämt ändamål och kräver i regel någon form av motprestation och återrapportering. Vissa av dessa statsbidrag beslutas i budgetpropositionen, andra beslutas under pågående år eller är en överenskommelse mellan staten och SKL. Stimulansmedel utbetalas ofta utifrån invånarantal för att komma igång med en aktivitet. Projektmedel ska ersätta kostnader under en projekttid.

Prestationsbaserade medel kräver en motprestation. Exempel på specialdestinerade statsbidrag är

2013-05-24

Dnr: LS
504/2013

tillgänglighetssatsning (kömiljard), äldresatsning, sjukskrivning, rehabgaranti, psykiatrisk ohälsa och förbättrad patientsäkerhet.

Under 2013 pågår ett förbättringsarbete för att ge överskådlig information på SKL:s hemsida. Basinformation avseende ekonomi ska ange vilka medel som kan gå till medlemmarna och hur mycket som går till SKL. Det ska framgå vilken grunden är för fördelning av medlen. Där ska även klargöras hur och av vem redovisning/uppföljning ska ske, vem som betalar ut pengarna och vid vilken tidpunkt.

3.10.3 God ekonomisk hushållning

God ekonomisk hushållning handlar om att uppnå en långsiktigt hållbar ekonomisk utveckling, som ger handlingsberedskap inför framtiden och säkerställer att inte kommande generationer ska behöva betala för det som en tidigare generation förbrukat. För att uppnå detta måste verksamheten bedrivas med överskott. Det ekonomiska resultatet behöver vara tillräckligt stort för att rymma pensionsskuldökning, stigande investeringskostnader och vara en buffert för oförutsedda kostnader och förändrade skatteintäkter.

För Jämtlands läns landsting krävs ett positivt resultat på cirka 40 miljoner kronor för bibehållen soliditet och ytterligare minst 25-30 miljoner som buffert för normala svängningar i skatteintäkterna. Ett resultat på 65-70 miljoner kronor motsvarar de 2 procent av verksamhetens nettokostnader som brukar användas som tumregel för god ekonomisk hushållning. Endast två år det senaste decenniet översteg landstingets resultat 2 procent av verksamhetens nettokostnader.

Ett grundvillkor för god ekonomisk hushållning är att intäkterna överstiger kostnaderna. Intäktsutvecklingen blir därmed avgörande för hur snabbt kostnaderna kan växa. Även om Jämtlands läns landsting har haft en låg nettokostnadsutveckling det senaste decenniet jämfört med övriga landsting, så har nettokostnaderna ökat snabbare än intäkterna, särskilt de senaste fem åren. Landstinget har därför fått allt svårare att klara en god ekonomisk hushållning.

Skatteunderlaget i Jämtlands län växte de senaste tio åren med i genomsnitt 3,5 procent per år. Länets ökningstakt tillhörde de lägsta i landet. Kopplingen till befolkningsutvecklingen är tydlig. Befolkningen i Jämtlands län har dessutom lägre inkomster än riket. Den taxerade genomsnittsinkomsten per person var näst lägst i landet 2012 och låg på 90 procent av rikssnittet. Landstinget får till stor del kompensation för den lägre inkomstnivån via det statliga inkomstutjämningsbidraget och påverkas därigenom även av det ekonomiska läget i resten av landet.

Om de generella statsbidragen, som utgör 23 procent av landstingets intäkter, hade ökat i samma takt som skatteintäkterna skulle landstinget ha klarat sina årliga nettokostnadsökningar på 3,3 procent och haft ett positivt ekonomiskt resultat. De generella statsbidragen till Jämtlands läns landsting ökade emellertid med endast 0,6 procent per år mellan 2002 och 2012. I ett riksperspektiv innebar det att landstinget fick den näst sämsta utvecklingen av skatter och generella statsbidrag av samtliga landsting.

Det kommunala utjämningsystemet ska utjämna för skillnader i inkomster och kostnader mellan olika delar av landet i syfte att skapa likvärdiga förutsättningar oavsett strukturella förhållanden. Landstingen kompenseras inte för befolkningsminskning – den faktor som har den största negativa effekten på landstingets skatteintäkter. Vidare har landstingets missgynnats i kostnadsutjämnningen. Från att ha fått ett årligt bidrag på 423 kronor per invånare 2005, tvingades landstinget 2012 betala in 177 kronor till systemet. Detta i kombination med länets minskande befolkning ledde till att det totala utjämningsbidraget till landstinget låg kvar på samma nivå 2012 som 2005.

Ser man bakåt i tiden har landstinget haft den näst lägsta nettokostnadsökningen per invånare i landet sedan 2005. Men det räcker inte för att få en ekonomi i balans. Samtidigt som verksamhetens nettokostnader de senaste tio åren ökade med 890 miljoner kronor (3,3 procent i snitt per år), växte skatteintäkter och generella statsbidrag med 774

2013-05-24

Dnr: LS
504/2013

miljoner kronor (3,0 procent i snitt per år). Skillnaden varje år på 0,3 procent ledde till allt större obalanser över tiden. Efter 10 år hade 116 miljoner kronor mer förbrukats än vad landstinget hade fått in i intäkter. Om engångsåterbetalningen från AFA⁷ 2012 räknas bort blev gapet ännu större – hela 164 miljoner kronor.

Att gapet kunde växa sig så stort beror på att alltför många kostnadsslag ökade snabbare än intäkterna, men endast några få steg långsammare. Bland de som växte särskilt snabbt fanns riks- och regionvård + 6,5 procent per år och länstrafik +6,9 procent per år. Ökningen på kostnader för utbildning, kultur och regional utveckling följde ökningstakten i skatter och generella statsbidrag + 3 procent per år. Läkemedel var ett av få kostnadsslag som ökade långsammare: + 2,1 procent per år.

När det gäller landstingets köp av högspecialiserad vård av Norrlands Universitetssjukhus till exempel, utgör mer än 45 procent av kostnaderna vård för personer över 65 år. Deras andel av länets befolkning är dock bara 22,1 procent.

3.10.4 EU-medel

Även om hälso- och sjukvårdspolitik beslutas på nationell nivå har många initiativ på EU-arenan inflytande och påverkan över vår hälso- och sjukvård.

Horisont 2020 är EU:s nya program för att främja forskning, innovation och konkurrenskraft i Europa. Förslag till prioriteringar i *Horisont 2020* är grundforskning, ICT, nanoteknologi, bioteknologi och rymdforskning, investering och stöd till små och medelstora företag samt livsmedelssäkerhet, energieffektivitet, grön transport, klimatåtgärder och säkerhet. *EU:s tredje sammanhållna hälsoprogram*. - har utvecklats från att ha folkhälsa i fokus till att ha ett bredare perspektiv. Det föreslagna programmet ska stödja och komplettera medlemsstaternas arbete med att uppnå följande fyra mål:

- Utveckla innovativa och långsiktigt hållbara hälso- och sjukvårdssystem
- Öka tillgången till bättre och tryggare hälso- och sjukvård
- Främja hälsa och förebygga ohälsa
- Skydda människor från gränsöverskridande hot mot hälsan.

3.10.5 Över- och underskott

Att den kommunala sektorn klarar av att sköta sin ekonomi på ett ansvarsfullt sätt är en viktig förutsättning för utvecklingen av lokal demokrati och självstyre. En verksamhet i ekonomisk balans uppnås genom kombinationen av adekvata åtgärder, nödvändiga omDispositioneringar och tilläggsanslag.

Med den ramfördelning som föreslås i denna landstingsplan förväntas verksamheten ge ett nollresultat under planperioden 2014-2016. Detta förutsätter att planerade, kostnadssänkande åtgärder, genomförs.

För den konkurrensutsatta delen inom Primärvård och Folktandvård tillämpar landstinget en modell för över- och underskott. Modellen anger att underskott ska återställas inom en treårsperiod från det år underskottet uppstod. Överskott får användas för att möta kommande års underskott. Denna modell syftar till att säkerställa landstingets konkurrensneutralitet i relation till privata vårdgivare.

Utifrån kapitel 3.10 Ekonomisk situation är landstingets utmaning de närmsta åren:

- Uppnå en ekonomi i balans

⁷ Den egentliga nettokostnadsnivån 2012, den som är en följd av hur stor verksamhetsvolym landstinget hade, var mer korrekt nivå än utan AFA-pengarna, eftersom de inte återkommer nästa år.

3.11 Länets utveckling

3.11.1 Regionförbundet Jämtlands län

Regionförbundet Jämtlands län har det övergripande ansvaret för att ta fram, genomföra och följa upp strategier för länets utveckling. Förbundet beslutar om hur vissa statliga medel för regional utveckling ska användas, arbetar med planering av regional infrastruktur samt tar emot och bereder ansökningar om bidrag från EU:s strukturfonder. Förbundet arbetar att främja ett växande näringsliv, samordna delar av kommunernas vård- och omsorgsarbete, planera utbildningsinsatser samt erbjuda energirådgivning.

En viktig del i arbetet med länets utveckling är frågor som rör internationalisering. Det innebär bland annat arbete med att samordna länspolitikernas internationella arbete och engagemang i flera internationella nätverk. Regionförbundet arbetar för länets utveckling och tillväxt inom följande områden:

- Näringsliv, där finansiering och projektstöd är en viktig del
- Infrastruktur
- Kompetens och utbildning
- Attraktion och livsmiljö
- Kultur

Områdena har formats med utgångspunkt i den Regionala utvecklingsstrategi som tagits fram för Jämtlands län och som uppdaterats 2010.

Regionförbundet finansieras bland annat av landstinget och länets kommuner. Finansieringen är uppdelad i en förbundsavgift och verksamhetsbidrag. Förutom budget och uppföljning regleras i en särskild budgetmodell hur över- respektive underskott ska hanteras.

Regionförbundets medlemmar har årligen senast 30 april samråd om Regionförbundets verksamhet och finansiering.

3.11.2 Regionansökan

De politiska partierna som är representerade i landstingsfullmäktige har under en tid diskuterat att bilda region i Jämtlands län. Partierna har nu beslutat att ställa sig bakom en ansökan om detta från Jämtlands läns landsting. Jämtlands läns landstings styrelse har därför beslutat att ansöka om att från och med den 1 januari 2015 få överta det regionala utvecklingsansvaret enligt ”Lagen om regionalt utvecklingsansvar i vissa län” (SFS 2010:630) och därmed också att få bilda en region med direktvalt regionfullmäktige 2015-01-01.

En förutsättning för att ansökan ska behandlas positivt av regeringen är att kommunfullmäktige i länets kommuner har yttrat sig över landstingets ansökan och att flertalet kommuner ställt sig bakom ansökan.

Om regering och riksdag godkänner ansökan samlas Jämtlands läns landstings verksamheter och Regionförbundet Jämtlands läns regionala utvecklingsfrågor i en ny organisation, Regionen. Dessutom kan också ytterligare regionala utvecklingsfrågor som idag är kvar på länsstyrelsen eventuellt flyttas över till Regionen, t ex företagsstödet

Utifrån kapitel 3.11 Länets utveckling är landstingets utmaning de närmsta åren:

- Finansiärrollen gentemot Regionförbundet Jämtlands län, Jamtli och Samordningsförbundet
- Regionbildningen

2013-05-24

Dnr: LS
504/2013

3.12 Trafik

3.12.1 Kostnadsfördelningsmodell Länstrafiken

En översyn av kostnadsfördelningsmodellen för Länstrafiken pågår för närvarande. Nuvarande modell har tillämpats sedan 2005. Mellan 2010 och 2011 ökade kostnaden för kollektivtrafiken i länet med 16 procent. För landstinget var ökningen 20 procent, samtidigt minskade resandet något. Länets kommuner och landstinget bestämde vid samråd i maj 2012 att ge Regionförbundet i uppdrag att göra en översyn av gällande kostnadsfördelningsmodell för Länstrafiken i Jämtlands län AB.

De kostnadsposter som har diskuterats för att skapa en annan kostnadsfördelning har varit

- Landstingets kostnadsansvar för långa lokala linjer (turer inom en kommun längre än 70 km) och landstingets köp av lokal anslutningstrafik enligt separata avtal av respektive kommun för 30 kronor per invånare (år 2003) och år, fast pris under hela avtalsperioden.
- Länstrafikens administration (OH-kostnad)
- Ovanstående i olika kombinationer samt "bonus" för Länstrafiken
- Skatteväxling.

Kommunerna och landstinget har haft ett antal samråd och har nu enats om att gå vidare med en fördelningsmodell från 1 januari 2014. Regionförbundet som även är Regional Kollektivtrafik Myndighet äger Länstrafiken. Förbundets styrelse har nu fattat beslut om att gå vidare med den nya kostnadsfördelningsmodell från 1 januari 2014 och att rekommendera samtliga kommuner och landstinget att ta samma beslut. Fördelningsmodellen innebär att OH-kostnaden fördelas och landstingets kostnad för lokal anslutningstrafik (30-kronan) upphör. I 2012 års kostnadsnivå skulle detta innebära en kostnadsminskning för landstinget med ca 10 miljoner kronor.

Utifrån kapitel 3.12 Trafik är landstingets utmaning de närmsta åren:

- Finansiärrollen så länge trafikfrågorna hanteras inom Regionförbundet Jämtlands län och Länstrafiken AB
- Konsekvenser kring Kollektivtrafikmyndigheten om regionbildning sker.

2013-05-24

Dnr: LS
504/2013

4 MÅLOMRÅDEN

Detta avsnitt är indelat i två huvudområden, dels hur landstinget vill bli uppfattat och dels verksamhetsresultat. Den första delen, hur landstinget vill bli uppfattat, är i sin tur indelat i områdena Patient, Medarbetare och samhälle.

Varje område har övergripande mål som visar landstingets viljeinriktning samt framgångsfaktorer som visar vad som verksamheten fokuserar på för att arbeta mot de strategiska målen.

4.1 Patient

Hälso- och sjukvård ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Hälso- och sjukvården ska vara solidariskt skattefinansierad och fördelas efter behov. Ingen som bor eller vistas i Jämtlands län ska nekas rätten till vård. Den som har största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde. Varje patient bemöts utifrån sin samlade livssituation, det vill säga fysisk och psykisk hälsa och sociala livsvillkor. Det ska ske en anpassning av metoder och behandling efter patientens sociala och geografiska behov.

Avgifter och övriga utgifter för den enskilde i samband med behandling, rådgivning, läkemedel och hjälpmedel ska vara låga och inte höjas. Vård och behandling för barn och unga upp till och med 19 år ska vara avgiftsfri.

Hälso- och sjukvård ges i rimlig tid och så nära som möjligt. Grunden för detta är ett väl fungerande samarbete och ansvarstagande mellan huvudmännen. Landstinget utvecklar samverkan mellan vårdens olika delar utifrån en helhetssyn på människan. Den enskildes behov står ständigt i centrum. Patientens ställning ska stärkas och göra det möjligt att efter individens förutsättningar ta eget ansvar för sin hälsa. För att detta ska uppnås krävs ett ständigt pågående värdegrundsarbete.

4.1.1 Övergripande mål: Vård efter behov och hälsofrämjande arbete

Mål	Framgångsfaktorer
Vård är en mänsklig rättighet och ska ges efter behov och på lika villkor. Landstingets patienter erbjuds och ges den allra bästa tillgängliga och medicinskt säkerställda vården. Patienten har rätt till en vårdplanering som ger besked om vad som sker närmast och vid vilken tidpunkt. Landstinget verkar för att människor trots sjukdom och ohälsa kan leva ett tryggt och värdigt liv utan onödiga begränsningar i funktion eller förmåga till aktivitet i det dagliga livet med delaktighet i samhällslivet. Barn, unga och äldre är prioriterade	Helhetsperspektiv Vårdens omfattning och innehåll tar hänsyn till individens totala hälsa och livssituation vad gäller fysisk och psykisk hälsa samt sociala livsvillkor och ges efter behov. I arbetet läggs vikt vid grupper med särskilda behov.
	Hälsofrämjande Verksamheten arbetar hälsofrämjande med hjälp av förebyggande metoder som fångar upp och stöttar individen. Arbetet ska också ge kunskap om hälsoläget i länet genom kartläggning med efterföljande behovsanalys. I patientens kontakt med vården är livsstilsfrågor en självklar del, varför vi arbetar med FaR, fysisk aktivitet på recept, preventivt alkohol-, drog- och tobaksarbete.
	Jämlikhet och jämställdhet Alla nya vårdrutiner, och vid revidering av vårdrutiner, jämställdhetsintegreras dessa på så sätt att de skapar jämlika och jämställda villkor för alla patienter. God kvalitet i vård och behandling förutsätter bl.a. att vården ges på

2013-05-24

Dnr: LS
504/2013

Mål	Framgångsfaktorer
patientgrupper . Specialistkunskap så som geriatrisk kompetens är tillgänglig vid behov. Patienter i livets slutskede får bästa möjliga vård. Funktionsnedsatta, HBTQ-personer (homosexuella, bisexuella, trans- och queer-personer), samt etniska minoriteter är grupper som kan ha specifika behov. För att säkerställa en jämlik och jämställd vård krävs särskild uppmärksamhet på sådana behov.	jämställda och jämlika villkor. Medicinskt omotiverade skillnader i vård och behandling av kvinnor och män kartläggs och åtgärdas. Det finns handlingsplaner för såväl utbildning som åtgärder för att garantera jämlikhet och icke diskriminering i vården för funktionsnedsatta, etniska minoriteter och HBTQ-personer. Arbetet mot våld i nära relationer uppmärksammas särskilt i det interna arbetet. Öppen dialog Alla verksamheter har en öppen och fungerande dialog med patient-, brukar- och anhörigföreningar.

4.1.2 Övergripande mål: Trygga patienter

Mål	Framgångsfaktorer
Landstingets verksamhet kännetecknas av ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Patienten får ett gott bemötande och blir väl informerad i sitt möte med vården samt får möjlighet att påverka vårdens omfattning och innehåll. Vården inger trygghet och förtroende. Patientsäkerheten är i fokus och det finns en kontinuitet i patientens kontakter med vården, vilket inkluderar att ge patienterna kontinuitet i sina läkarkontakter. Möjlighet ges till vård med komplementär medicin och beprövad erfarenhet. Ett målmedvetet folkhälsoarbete och ett brett suicidpreventivt arbete genomförs. Att ingen ska ta sitt liv är en viktig vision för landstingets arbete.	Tillgänglighet Vården är lätt att nå och tillgänglig för att ge rådgivning, vård och behandling även för personer med funktionsnedsättning. Information går att inhämta på flera språk. I Jämtlands län nekas ingen vård. Akutsjukvården fungerar bra över hela länet. IVPA (i väntan på ambulans) är ett exempel på samarbete med kommunerna. Även samverkan med andra myndigheter och organisationer utgör en viktig del. Patienter har rätt till god vård inom rimlig tid. Länssjukvårdens specialister finns tillgängliga i primärvården via distansoberoende teknik och på plats ute i hälsocentralerna. Förtroende Patienten och närstående möts med ett respektfullt, fördomsfritt och förtroendeingivande förhållningssätt. Patientens förväntningar på bemötande och kompetens inom hälso- och sjukvården uppfylls. Patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården tillgodoses. Patientsäkerhet Landstinget arbetar för en nollvision för vårdskador. Landstingets verksamhet kännetecknas av ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Suicidprevention Landstinget har en övergripande handlingsplan för suicidprevention. Insatser sker i samarbete med andra aktörer och är tillgängligt i hela länet.

2013-05-24

Dnr: LS
504/2013

Mål	Framgångsfaktorer
	Kommunikation och dialog Patienten och närstående får kontinuerlig och begriplig information om vårdens innehåll, kvalitet, behandlingsformer, hjälpmedel och läkemedel. Det finns en nära kommunikation och dialog mellan vårdgivare, patienten och närstående. Användning av telemedicin och e-hälsa ökar.
	Samarbete och samverkan Landstinget samarbetar lokalt, regionalt och nationellt med kommuner, andra landsting och andra aktörer i syfte att tillgodose patientens behov av en väl fungerande vård och vårdkedjor som särskilt ser till barn och ungas behov. Distansoberoende tjänster och tekniker som exempelvis e-hälsa och telemedicin nyttjas och utvecklas.

4.2 Medarbetare

Landstinget är en attraktiv arbetsgivare som erbjuder ett meningsfullt arbete, möjligheten att utföra en viktig samhällsinsats, stimulerande och utvecklande arbetsuppgifter samt goda möjligheter att utvecklas i arbetet. Landstinget arbetar ständigt med utveckling och förbättring av arbetets organisation och kvalitet.

Arbetsmiljö och arbetsorganisation ska förbättras kontinuerligt tillsammans med medarbetarna. Det kräver ökat medarbetarinflytande och en positiv syn på fackligt inflytande.

Allt förbättringsarbete sker genom verksamhetsfokus och präglas av ett långsiktigt hälsofrämjande arbetssätt som baseras på samverkan och faktabaserade beslut med kontinuerlig uppföljning. Samverkan med patient-, närstående- och brukarorganisationer, liksom helhetssyn mellan vårdgivare, behövs för en god vård. För att lyckas med detta krävs ett tydligt ledarskap med klara befogenheter på alla nivåer. Ett flödestänk och tydlig målstyrning är avgörande för att uppnå ständiga förbättringar.

Rutiner för tydligare kommunikationsarbete säkerställs och alla medarbetare ges tillgång till kompetensutveckling utifrån verksamhetens behov.

4.2.1 Övergripande mål: Hälsofrämjande arbetsmiljö

Mål	Framgångsfaktorer
Landstinget erbjuder en trygg och stimulerande arbetsmiljö. Medarbetarnas påverkansmöjligheter är viktiga och samverkan mellan arbetstagare och arbetsgivare är en självklarhet. Arbetsmiljön för landstingets medarbetare är hälsofrämjande.	Medarbetarinflytande och dialog Det finns en tydlig struktur för arbetsgivarens, medarbetarnas och fackens inflytande på arbetsmiljö, arbetsinnehåll och lön. Heltid är en rättighet och deltid en möjlighet.
	Jämlikhet och jämställdhet Jämställdhet- och jämlikhet följs upp och utvecklas kontinuerligt. Kunskap och metoder fördjupas, utvecklas och följs ständigt upp och redovisas. En mångfald bland medarbetare bidrar till utveckling. Varje medarbetare får utifrån sitt arbete och arbetets behov utrymme att använda sin kompetens.

2013-05-24

Dnr: LS
504/2013

Mål	Framgångsfaktorer
Landstinget är en lyhörd arbetsgivare där varje medarbetares insatser, synpunkter och idéer är meningsfulla. Det sker ett ständigt förbättrings- och utvecklingsarbete som alla deltar i.	Hälsofrämjande och rehabiliterande Medarbetarna erbjuds en hälsofrämjande arbetsmiljö och samordnad rehabilitering när sådant behov finns.
	Tydligt ledarskap Befogenheter och ansvar följs åt och är tydliga på alla nivåer. Landstingets chefer är tydliga representanter för arbetsgivaren och goda ledare som tar ansvar för både sin egen verksamhet och landstinget som helhet. Chefs- och ledarskapet i landstinget präglas av grundläggande värderingar om alla människors lika värde. Ledarskapets huvuduppgift är att stödja medarbetaren som resurs för att uppnå verksamhetens mål. Ledarskapet bygger på en relation som är resultatet av samspelet mellan ledaren, gruppen, individen och organisationen.

4.2.2 Övergripande mål: Utveckling genom lärande och förnyelse

Mål	Framgångsfaktorer
Landstinget är en lärande organisation som stimulerar alla medarbetare att delta i utbildning och annan kompetensutveckling i syfte att utveckla verksamheten. Det är en förutsättning för att kunna erbjuda en hälso- och sjukvård med god kvalitet till en rimlig kostnad. En viktig uppgift är att skapa en miljö där utveckling stimuleras och där det finns baskunskaper i verktyg och metoder för att bedriva verksamhetsutveckling.	Utvecklingsbenägen och öppen för nya idéer Pilotprojekt, innovativa idéer, jämställdhets- och jämlikhetsarbete är kännetecken för landstingets arbete. Uppföljning av verksamheten är en del i den lärande processen. Medarbetarnas idéer och kompetens om förbättringsarbete i den dagliga verksamheten uppmärksammas och tillvaratas
	Systematiskt erfarenhetsutbyte Erfarenhetsutbyten ska tas tillvara och utvecklas vidare. Ledarskapet ska utvecklas genom dialog och lärande och beprövade erfarenheter ska användas. De metoder som landstinget implementerar inom alla verksamheter ska vara evidensbaserade eller bygga på beprövad erfarenhet.
	Långsiktig kompetensförsörjning Landstinget arbetar med rekrytering och kompetensutveckling av medarbetare genom att skapa en lärande miljö för elever och studenter. Ett nära och konstruktivt samarbete med olika aktörer i utbildningssystemet utvecklas. Fortbildning och möten på distans möjliggörs. Strukturer för kompetensförsörjning på kort och lång sikt utvecklas.
	Forskning Landstinget stimulerar till verksamhetsnära och/eller klinisk forskning, inom alla yrkesgrupper, särskilt prioriteras kvinnors deltagande inom FOU- verksamheten. Möjlighet till forskning förbättrar vården och gör landstinget attraktivt som arbetsgivare och är också en del av landstingets samhällsansvar.

2013-05-24

Dnr: LS
504/2013

4.3 Samhälle

Landstinget ska bidra till en god hälsa och positiv livsmiljö för alla i Jämtlands län. Vården ska inge trygghet för länets befolkning. Vården ska ges med god kvalitet och säkerhet i hela länet. Ett målmedvetet folkhälsoarbete och brett suicidpreventivt arbete genomförs. Att ingen ska behöva ta sitt liv är en viktig vision för landstingets arbete. Förebyggande arbete för att förbättra ungas psykiska hälsa och minska användningen av droger är av högsta prioritet, som kräver ett väl utvecklat samarbete med andra aktörer. Landstinget arbetar för att utjämna skillnader i hälsa och livsvillkor mellan olika grupper i samhället, varför landstinget fortlöpande ska utveckla sitt jämlikhets-, jämställdhets- och tillgänglighetsarbete. Landstinget ska vara drivande i att utveckla sjukdomsförebyggande och rehabiliterande arbetsmetoder i all sin verksamhet för att minska skillnaderna i hälsa i länet och därmed stärka folkhälsan.

Drogpreventivt arbete och mobilisering mot alkohol och droger ska utvecklas. Landstinget deltar aktivt i samarbetsgrupper för att förebygga, sprida kunskap om och upptäcka hot våld och trakasserier. Folkhälsoarbetet vidareutvecklas i samarbete med kommuner, myndigheter, näringsliv och organisationer för att få ett ökat engagemang genom medvetna satsningar för en friskare befolkning.

Landstinget är en aktiv samarbetspart med regionförbundet. Kulturen ska vara ett naturligt inslag i den egna verksamheten och har betydelse för friskvård och sjukvård. Landstinget ska utveckla arbetet med e-panel och medborgardialoger. Landstinget ska vara en aktiv part i viktiga länsutvecklingsfrågor och stimulera föreningslivet att delta.

Landstingets strävan är att ur ett samhällsekonomiskt perspektiv medverka till att varje skattekrona från länets skattebetalare används på bästa sätt.

4.3.1 Övergripande mål: Hållbar utveckling

Mål	Framgångsfaktorer
Landstingets alla verksamheter tar ett etiskt, socialt, ekonomiskt och miljömässigt ansvar och strävar efter att ligga i framkant i dessa frågor.	Folkhälsa Landstingets alla verksamheter arbetar utifrån ett hälsofrämjande och förbyggande förhållningssätt, och främjar länsinvånarnas livsvillkor och levnadsvanor samt bidrar till förbättrad jämställdhet och jämlikt fördelad hälsa. Verksamheten erbjuder hälsofrämjande metoder för att minska vårdbehovet. Landstinget utvecklar arbetet för nationella minoriteter och gör särskilda satsningar för samers hälsa. Barn och ungas psykiska hälsa prioriteras. Landstinget arbetar brett med tillgänglighet och riktar insatser till grupper med särskilda behov.
Verksamheten är under ständig utveckling, bland annat med hjälp av en god omvärldsbevakning.	
Landstinget skapar förutsättningar för goda, hälsofrämjande livsvillkor där folkhälsa är en primär faktor för hållbar utveckling.	Upphandling 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. Inga upphandlingar eller avtal skrivs med företag där man inte följer gällande avtal på svensk arbetsmarknad. Metoden "Vita jobb" ska användas. Landstinget efterfrågar innovationsprodukter och genomför innovationsupphandlingar i samarbete med andra i syfte att främja lösningar som inte finns i nuläget. Utfasning av miljö- och hälsofarliga ämnen pågår.

2013-05-24

Dnr: LS
504/2013

Mål	Framgångsfaktorer
	Resurshushållning Landstinget arbetar med resurshushållning på alla områden; miljö, energi och ekonomi. Landstingets ekonomi är i balans för att klara framtida krav och utmaningar. Som finansierare i länstrafiken är landstinget mån om resurssnåla trafikslag. Forskning, utveckling och innovation. Personella och ekonomiska resurser avsätts för att utveckla forskning, utveckling och innovation. Landstinget arbetar med detta som ett led i att utveckla hälso- och sjukvården samt skapa attraktiva arbetsplatser. Samarbete med andra forsknings- och utbildningsaktörer inom och utom länet utvecklas. Kunskap om möjlig extern finansiering och samarbeten för utvecklingsprojekt hålls ständigt uppdaterad.

4.3.2 Övergripande mål: Goda samarbetsparter

Mål	Framgångsfaktorer
Landstinget deltar i samarbete och samverkan lokalt, regionalt, nationellt och internationellt för att medverka till att klara framtida utmaningar inom hälso- och sjukvården.	Jämlikhet och jämställdhet Landstinget arbetar med kvalitet i vården som förutsätter jämlikhet och jämställdhet i alla beslut. Arbetet med värderingsgrund bygger på kunskaper om sociala skillnader, HBTQ-frågor (homosexuella, bisexuella, trans- och queerpersoner), köns-, etnicitets-, tillgänglighets- och minoritetsfrågor. Preventivt arbete mot våld i nära relationer är ett prioriterat område. Landstinget arbetar för att implementera barnkonventionens innehåll. Hälsofrämjande Landstinget arbetar hälsofrämjande för hela länets befolkning med verksamhet för ökad livskvalitet. Landstingets arbete med livsstilsfrågor förbättrar länsinvånarnas hälsa. Nationella och internationella nätverk Landstinget deltar i nätverk för erfarenhetsutbyte och kunskapsinhämtande. Samverkan I landstingets gränsöverskridande verksamheter pågår samverkan lokalt, regionalt och nationellt med kommuner, andra landsting, organisationer och myndigheter Regionförbundet är en viktig part för samverkan. Länstrafiken Länstrafiken är en viktig för hela länets utveckling. Samverkan mellan landstinget, regionförbundet och kommunerna är en förutsättning för finansieringen.
Landstingets interna sjukvårdsprocesser och den kommunala sjukvården fortsätter att utveckla en nära samverkan på alla nivåer.	

4.3.3 Övergripande mål: Aktiv demokratisk organisation

Mål	Framgångsfaktorer
Landstinget har ett stort ansvar som offentlig organisation och är en synlig aktör som ger länsinvånare möjlighet till insyn och delaktighet.	Medborgardialog Landstinget ger länets befolkning möjlighet till information och dialog. Dialog med patient-, anhörig- och brukarorganisationer utvecklas. Landstinget bidrar till att skapa medvetenhet om den politiska organisationen och processen.

2013-05-24

Dnr: LS
504/2013

Mål	Framgångsfaktorer
Verksamheten utvecklar ständigt demokratin inom den egna organisationen med syfte att öka kunskapen om landstinget och därmed stärka dess legitimitet.	Ungas inflytande Ungas delaktighet och inflytande är en självklar del i landstingets arbete och utvecklas ständigt.
	Lärande processer Landstinget är en lärande organisation där förändringsarbete och verksamhetsuppföljning är en viktig del. Aktiv kommunikation och dialog är en framgångsfaktor för landstinget och samhällsutvecklingen.
	Jämlikhet och jämställdhet Landstinget är en demokratiskt styrd organisation som ser till hela befolkningens behov.
	Landstingets organisation och arbetssätt Uppdrag, roller och ansvarsfördelning mellan politik och verksamhet samt förtroendevalda och tjänstemän är tydliga.

4.4 Verksamhetsresultat

Verksamhetsresultat är inte enbart en ekonomisk fråga utan också en fråga om måluppfyllelse. Landstinget ska ha en tydlig styrning och ett kontinuerligt uppföljningsarbete som tar hänsyn till ekonomiska, miljömässiga, sociala och etiska perspektiv.

Landstingets verksamheter är utvecklingsbenägna, lärande och ekonomiskt ansvarsfulla. Arbetet är långsiktigt hållbart för att bidra till folkhälsa och positiv livsmiljö för hela länets befolkning.

Resultat ska ställas i relation till landstingets vision. I varje bokslut utvärderas hur verksamheten följt värdegrunden och närmat sig visionen.

Det ekonomiska resultatet ska långsiktigt ge en god ekonomisk hushållning. För planperioden är målet att ha ekonomin i balans. Varje skattekrona används så effektivt som möjligt. För att uppnå detta ger landstinget alla medarbetare förutsättningar att vara delaktiga i planerings-, utvecklings- och förbättringsarbete.

För att höja verksamhetens kvalitet sker ett kontinuerligt uppföljnings- och utvecklingsarbete kring medicinsk kvalitet, tillgänglighet och bemötande. Landstinget är en attraktiv arbetsgivare.

4.4.1 Övergripande mål: Långsiktigt hållbar

Mål	Framgångsfaktorer
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. Vård och hälsofrämjande arbete håller en hög kvalitet med god måluppfyllelse.	Resurshushållning Verksamheten ger ett långsiktigt ekonomiskt resultat som ger utrymme för framtida behov och hållbar ekonomi. All verksamhet genomförs med minsta möjliga negativa påverkan på människor och miljö. Systematiskt hälsofrämjande insatser genomförs för att uppnå högre livskvalitet och undvika framtida vårdkostnader. För att klara framtida personalförsörjning sker rekrytering och utbildning för att klara framtidens vårdbehov. Avtalstrohet vid inköp ska råda.
	Utveckling Landstinget är en lärande organisation med god omvärldsbevakning som bygger upp och förädlar sitt varumärke som hälso- och vårdgivare, samarbetspart och arbetsgivare. Gränsöverskridande samarbeten är ett prioriterat utvecklingsområde.

2013-05-24

Dnr: LS
504/2013

Mål	Framgångsfaktorer
	Folkhälsa Folkhälsostrategin genomförs och folkhälsoarbetet vidareutvecklas för att minska hälsoskillnader och förbättra hälsan i länet. Utvärdering och uppföljning ligger till grund för framtida insatser. Forskning, utveckling och innovation, FoUI Personella och ekonomiska resurser avsätts för att utveckla FoUI (forskning, utveckling och innovation). Landstinget arbetar med FoUI som ett led i att vara en bättre vård- och arbetsgivare samt en attraktiv arbetsplats. Samarbete med andra forsknings- och utbildningsaktörer inom och utom länet utvecklas. Kunskap om möjlig extern finansiering och samarbeten för utvecklingsprojekt hålls ständigt uppdaterad.

4.4.2 Övergripande mål: Effektiva processer

Mål	Framgångsfaktorer
Landstinget arbetar för att effektivisera verksamheten utan att inskränka på kvalitet och patientsäkerhet. Vården utvecklas och ges i samverkan inom landstingets olika professioner och mellan vårdens aktörer. Verksamheten utförs på rätt nivå med hög måluppfyllelse, som i sin tur är en förutsättning för en effektiv vård. Maktförhållanden mellan vårdens olika professioner och mellan kön uppmärksammas, analyseras, åtgärdas och förändras i de fall de hindrar förbättring av vården. In- och utprioriteringar av verksamheter sker i öppna processer. Alla verksamheter arbetar med ständig utveckling och effektivisering. Nya och förbättrade metoder ersätter tidigare metoder.	Tydlighet Medarbetare som medverkar i landstingets processer har ett klart uppdrag, ett tydligt ansvar och klara befogenheter i syfte att ge en kvalitativt god vård. Demokratiska beslut verkställs.
	Ekonomi Landstinget tillämpar ett hälsoekonomiskt perspektiv och verksamheten är kostnadseffektiv för att på bästa sätt nå de uppsatta målen. Landstingets har en budget i balans med planering för framtida behov. Verksamheten säkerställer kostnadseffektiva processer.
	Uppföljning och utvärdering Landstingets verksamhet och processer är under ständig uppföljning och utvärdering för att i sin tur utgöra en grund till kommande utvecklingsarbete i en lärande organisation.
	Samverkan och samarbete Verksamhetens interna och externa vårdkedjor följs upp och utvärderas. Dialog, kommunikation och återkoppling i tidigt skede är en del i varje process i landstingets verksamhet.
	Forskning, utveckling och lärande Forskning, utveckling och lärande ingår i landstingets processer. Resultaten följs upp och de goda exemplen implementeras i verksamheten.
	Jämställd och jämlik Alla landstingets vårdverksamheter kartlägger skillnader i vård och behandling mellan män och kvinnor. Medicinskt omotiverade skillnader åtgärdas. Arbete med att ge samma förutsättningar och möjligheter oavsett kön för landstingets medarbetare pågår. Tvärprofessionella team, jämställdhets- och jämlikhetsarbete är kännetecken för landstingets arbete. Verksamheten arbetar med att motverka strukturella skillnader i maktförhållanden mellan yrkesgrupper. Säkerställa en tydlig styrning och ledning för att uppnå en jämställd och jämlik vård Könsuppdelad statistik ska finnas på alla områden.

2013-05-24

Dnr: LS
504/2013

5 FINANSIELLA MÅL

I fullmäktiges uppgifter ingår enligt kommunallagen, 8 kap 5§, att för ekonomin ange de finansiella mål som är av betydelse för en god ekonomisk hushållning. Dessa mål preciseras i detta avsnitt.

5.1 Långsiktigt hållbar ekonomi

För att uppnå det övergripande målet om en långsiktigt hållbar ekonomi krävs på längre sikt positiva ekonomiska resultat. För planperioden bedöms detta inte kunna uppnås men för nästkommande år höjs resultatmålet till 2 procent av verksamhetens nettokostnader.

Mätetal	Mål planperioden	Mål på längre sikt
Ekonomiskt resultat efter finansnetto som procentandel av verksamhetens nettokostnader	1,3 %	Minst 2 %

Soliditet

Soliditeten visar hur stor del av landstingets tillgångar som finansieras med eget kapital och är ett mått på landstingets långsiktiga finansiella handlingsberedskap. Utifrån budgeterade resultat för planperioden kommer soliditeten att utvecklas negativt. För perioden därefter är målet att soliditeten ska förbättras för varje år.

Mätetal	Mål 2014	Mål 2015	Mål 2016	Mål på längre sikt
Soliditet (eget kapital genom totalt kapital)	25,7 %	26,3 %	27,2 %	En årlig förbättring

Kostnadskontroll

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.

Mätetal	Mål 2014
Nettokostnadsutveckling: Utgångsvärde årsbokslut 2014. (Siffran som anges här baseras på prognos per 2013-04-30)	Max 0,2 %

Ett verktyg för att begränsa nettokostnadsökningen är att i största möjliga mån göra inköp mot landstingets upphandlade avtal. Avtalstroheten mäts som den andel av inköpen som skett mot upphandlade avtal.

Mätetal	Mål 2014
Avtalstrohet	90 %

2013-05-24

Dnr: LS
504/2013**Självfinansieringsgrad investeringar**

Investeringar påverkar såväl likviditet som framtida kostnader. För att behålla handlingsberedskap och undvika ökade kostnader till följd av upplåning är landstingets mål att investeringar ska ske med medel från den egna verksamheten. Ett nyckeltal som visar i vilken utsträckning investeringar är egenfinansierade är självfinansieringsgrad investeringar.

Mätetal	Mål planperioden
Självfinansieringsgrad investeringar	100 %

2013-05-24

Dnr: LS
504/2013

6 UPPDRAG TILL LANDSTINGSSTYRELSE, NÄMNDER, BEREDNINGAR

Denna budget och flerårsplan är landstingsfullmäktiges uppdrag till landstingsstyrelsen. Av planen framgår även budget för patientnämnd och revision.

Utifrån Landstingsplanen ska landstingsstyrelsen, patientnämnden och revisionen besluta om uppdrag för respektive verksamhet. Uppdragen ska konkretisera Landstingsplanen.

Landstingsstyrelsen ger landstingsdirektören i uppdrag att verkställa landstingsplan 2014-2016 i de delar som avser verksamheter som styrelsen ansvarar för.

Uppföljningen till fullmäktige från landstingsstyrelsen redovisas i delårsbokslut per sista april och per sista augusti samt i årsbokslut. Årsbokslutet ska behandlas av landstingsfullmäktige i april. Landstingsstyrelsen följer löpande upp verksamheten vid varje styrelse.

Landstingsstyrelsen ska:

- Fastställa uppdrag samt ange erforderliga direktiv till landstingsdirektören.
- Fastställa plan för styrelsens uppföljning av verksamheterna.
- Senast i november redovisa uppdraget till landstingsdirektören samt styrelsens uppföljningsplan för landstingsfullmäktige.

2013-05-24

Dnr: LS
504/2013

7 BUDGET 2014

7.1 Landstingsorganisationens resultatbudget (miljoner kr)

	Resultat	Budget	Budget	Budget	Budget
	2012	2013	2014	2015	2016
Verksamhetens intäkter	526,2	533,0	540,0	545,0	550,0
Verksamhetens kostnader	-3 636,8	-3 698,1	-3 771,4	-3 828,1	-3 905,1
Avskrivningar	-100,7	-97,1	-97,1	-97,1	-97,1
Verksamhetens netto	-3 211,3	-3 262,2	-3 328,5	-3 380,2	-3 452,2
Skatteintäkter	2 296,7	2 364,8	2 427,7	2 501,4	2 593,5
Statsbidrag Läkemedel	295,8	305,4	297,8	297,8	297,8
Generella statsbidrag	548,1	603,8	629,7	633,5	638,6
Finansiella intäkter	20,5	14,8	16,6	25,4	30,0
Finansiella kostnader	-42,0	-26,6	-22,0	-33,0	-45,5
Årets resultat	-92,1	0,0	21,3	44,9	62,2

Generella statsbidrag (mkr)

Inkomstutjämnning	529,9	546,7	567,6
Kostnadsutjämnning	17,7	18,1	18,6
Regleringsavgift/bidrag	-38,1	-51,7	-68,1
Strukturbidrag	123,5	123,7	123,8
Överföring statsbidrag till kommunerna	-3,8	-3,8	-3,8
LSS statsbidrag /barnhabilitering Landstingets del	0,5	0,5	0,5
SUMMA	629,7	633,5	638,6

Balanskravet

Balanskravet innebär att ett negativt resultat för ett räkenskapsår ska regleras under de närmast följande tre åren. I resultat enligt balanskravet får inte reavinster vid försäljning av anläggningstillgångar tillgodoräknas, däremot ska reaförluster vid försäljning av anläggningstillgångar räknas in.

Efter år 2012 återstår enligt balanskravet totalt 139,6 mkr att återställa varav 36,7 mkr under år 2013. Budgeten för planperioden kommer inte att kunna återställa det balanserade resultatet fullt ut. 22,4 mkr återstår att återställa efter planperioden.

2013-05-24

Dnr: LS
504/2013

7.2 Landstingsorganisationens finansieringsbudget (miljoner kr)

	BUDGET		
	2014	2015	2016
Tillförda medel			
Internt tillförda medel	196,1	215,5	252,1
Förändring av kortfristiga placeringar	-140,0	-120,0	-150,0
Förändring av kortfristiga fordringar	39,0	0,0	0,0
Minskning långfristiga fordringar	0,0	0,0	0,0
Summa tillförda medel	95,1	95,5	102,1
Använda medel			
Nettoinvesteringar	70,0	70,0	70,0
Köp av värdepapper	0,0	0,0	0,0
Minskning långfristiga skulder	0,0	0,0	0,0
Summa använda medel	70,0	70,0	70,0
FÖRÄNDRING LIKVIDA MEDEL	25,1	25,5	32,1

INTERNT TILLFÖRDA MEDEL, ÅR 2014 (MILJ KR)

Årets resultat	21,3
Avskrivningar	97,1
Ökning pensionsskuld inkl räntekostnader	77,7
Ökning premieskulden till Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (LÖF)	0,0
SUMMA	196,1

2013-05-24

Dnr: LS
504/2013

7.3 Landstingsorganisationens balansbudget (miljoner kr)

	BUDGET		
	2014	2015	2016
Fastigheter och Inventarier	837,0	809,9	782,8
Värdepapper, andelar m.m.	24,2	24,2	24,2
Långfristiga fordringar	0,0	0,0	0,0
Summa anläggningstillgångar	861,2	834,1	807,0
Förråd	13,4	13,4	13,4
Kortfristiga fordringar	156,6	156,6	156,6
Kortfristiga placeringar	497,8	617,8	767,8
Pensionsportföljen	512,3	512,3	512,3
Likvida medel	251,0	276,5	308,6
Summa omsättningstillgångar	1 431,1	1 576,6	1 758,7
Summa tillgångar	2 292,3	2 410,7	2 565,7
Eget kapital	568,3	589,6	634,5
Förändring eget kapital/ÅR	21,3	44,9	62,2
Avsättning pensioner	1 043,4	1116,9	1 209,7
Långfristiga skulder inkl LÖF	82,3	82,3	82,3
Kortfristiga skulder	577,0	577,0	577,0
Summa eget kapital, avs o skulder	2 292,3	2 410,7	2 565,7

2013-05-24

Dnr: LS
504/2013

7.4 Ekonomiska ramar

Ekonomiska ramar

Utgångspunkten i arbetet med budget inför 2013 har varit att skapa rimliga ekonomiska förutsättningar för hela verksamheten. Omdisponeringar av landstingsbidrag har genomförts.

Läkemedelskostnaderna i primärvård har inte räknats upp. 2013 års ekonomiska ram uppräknas med Landstingsprisindex (LPIK): 2,4 procent år 2014, 1,8 procent år 2015 och 1,8 procent år 2016.

Ramarna är justerade enligt ovanstående. Övriga ramjusteringar som gjorts för 2014 kommenteras nedan.

Centrum för opererande specialiteter

Landstingsbidraget uppgår till 824,5 mkr. Utöver ramuppräkning, som beskrivs ovan, har 0,6 mkr överförs till Centrum för lednings- o verksamhetsstöd för risksamordnare och 3,7 mkr för personalkonsulter och ekonomihandläggare, 0,4 mkr till Centrum för medicinska specialiteter för badvakt. 0,5 mkr har överförs från Centrum för lednings- och verksamhetsstöd för lokal utvecklingsplan för cancervård.

Centrum för medicinska specialiteter

Landstingsbidraget uppgår till 677,5 mkr. Utöver ramuppräkning, som beskrivs ovan, har 2,8 mkr överförs till Centrum för lednings- o verksamhetsstöd för personalkonsulter och ekonomihandläggare. 0,4 mkr har överförs från Centrum för opererande specialiteter för badvakt och 0,4 mkr har överförs från Centrum för lednings- och verksamhetsstöd för lokal utvecklingsplan för cancervård. Tillfälliga medel ökar med 0,2 mkr.

Centrum för barn/kvinna/psykiatri

Landstingsbidraget uppgår till 484,9 mkr. Utöver ramuppräkning, som beskrivs ovan har 2,2 mkr överförs till Centrum för lednings- och verksamhetsstöd för personalkonsulter och ekonomihandläggare. 0,1 mkr har överförs från Centrum för lednings- och verksamhetsstöd för lokal utvecklingsplan för cancervård.

Centrum för folktandvård

Landstingsbidraget uppgår till 66,1 mkr, varav 41,6 mkr avser konkurrensskyddad verksamhet. Utöver ramuppräkning, som beskrivs ovan, har inga förändringar skett.

Centrum för primärvård

Landstingsbidraget uppgår till 31,4 mkr för den anslagsfinansierade primärvården. Utöver ramuppräkning, som beskrivs ovan, har inga förändringar skett.

Centrum för diagnostik, teknik och service

Landstingsbidraget uppgår till 16,1 mkr för hjälpmedelsverksamheten. Utöver ramuppräkning, som beskrivs ovan, har inga förändringar skett.

Centrum för lednings- och verksamhetsstöd

Landstingsbidraget uppgår till 1077,1 mkr, varav 857,4 mkr avser landstingsövergripande verksamhet. I landstingsbidraget ingår medel till Regionförbund Jämtlands län med 96,8 mkr (efter neddragning med 1 mkr och rättning av för högt bidrag 2013) och till Länstrafiken med 64,6 mkr (efter neddragning med 10 mkr). Utöver ramuppräkning, som beskrivs ovan, har 1 mkr utfördelats för lokal utvecklingsplan för cancervård. 0,6 mkr har överförs från Centrum för opererande specialiteter för risksamordnare och 8,8 mkr har överförs från övriga centrum för personalkonsulter och ekonomihandläggare.

2013-05-24

Dnr: LS
504/2013**Politisk organisation**

Landstingsbidraget uppgår till 20,8 mkr. Utöver ramuppräknings, som beskrivs ovan, har 0,35 mkr som var ett tillfälligt bidrag för översyn av den politiska organisationen, dragits av.

Patientnämnden

Landstingsbidraget uppgår till 2,7 mkr. Utöver uppräknings, som beskrivs ovan, har ingen förändring skett.

Revision

Landstingsbidraget uppgår till 5 mkr. Utöver uppräknings, som beskrivs ovan, har ingen förändring skett.

Motsedda utgifter

Landstingsbidraget uppgår till 122,4 mkr. Under motsedda kostnader budgeteras vissa landstingsövergripande poster, bland annat pensionskostnader samt medel för särskilda satsningar. 5 mkr är avsatta för SAP (särskild avtalspension).

7.4.1 Landstingsskatt

Landstingsskatten i Jämtlands läns landsting uppgår för år 2013 till 10:85 kr.

År	Skatt efter förändring (kr)	Förändring	Orsak
1992	11,20	-2,55	Ädelreformen skatteväxling till kommunerna
1995	11,70	+0,50	Skattehöjning
1996	9,32	-0,07	Psykiatrireformen skatteväxling till kommunerna
1996		-2,31	Omsorgsverksamheten skatteväxling till kommunerna
1999	9,13	-0,19	Gymnasieskolan skatteväxling till kommunerna
2000	9,50	+0,37	Skattehöjning
2000	9,55	+0,05	Barnhabilitering skatteväxling till landstinget
2003	10:15	+0,60	Skattehöjning
2009	10:60	+0,45	Skattehöjning
2013	10:85	+0,25	Skattehöjning

7.4.2 Avgifter

Den första januari 1991 slopades den statliga regleringen i sjukförsäkringen beträffande patientavgifter i öppen vård. Möjligheterna öppnades då för landstingen att överskrida de tidigare högsta avgifterna som gick att ta ut för läkarvård och sjukvårdande behandling.

2007 togs en ny policy för Jämtlands läns landstings patientavgifter av landstingsfullmäktige. Den går i stort ut på att patientavgifterna ska vara en del av vårdpolitiken och att de ska bedömas ur ett välfärdspolitiskt sammanhang. Avgifterna ska även kunna fungera som en finansieringskälla och/eller som ett styrinstrument för att lotsa patienten till en lämplig vårdnivå.

För år 2014 är avgifterna oförändrade.

8 BILAGOR

Bilaga 1 Landstingets engagemang i bolag, stiftelser och förbund

Landstingets verksamhet kan bedrivas i annan form än inom förvaltningsorganisationen om medborgarnyttan bedöms bli högre än om verksamheten drivits inom den egna organisationen. Samverkan med andra kan ibland vara ett alternativ. Arbetet med koncernfrågorna inom landstinget utgår från den policy om ägarstyrning som antogs av landstingsfullmäktige i april 2006.

När landstinget använder sig av begreppet ”koncernen” avses landstingets verksamhet, hel- eller delägda aktiebolag, stiftelser där landstinget är engagerat, bostadsrättsföreningar, kommunalförbund, finansiella samordningsförbund och gemensamma nämnder.

I koncernredovisningen inkluderas företag där landstinget utövar väsentligt inflytande. Med väsentligt inflytande menas att landstinget har en röstandel motsvarande minst 20 procent eller tillsätter minst 20 procent av styrelseledamöterna.

Koncernen 2014

Bolag	
Landstingsbostäder i Jämtland AB	Helägt bolag, 100 procent.

Stiftelser	
Stiftelsen Jamtli	Driften av stiftelsens verksamhet ersätts med 65 procent av Jämtlands läns landsting och 35 procent av Östersunds kommun. Fastställda huvudmannadirektiv finns.
Stiftelsen Zenit	Jämtkraft AB:s stiftelse för forskning, Östersunds kommun, Mittuniversitetet och Jämtlands läns landsting.

Bostadsrättsföreningar	
Bostadsrättsföreningen Åkerärtan	Jämtlands läns landstings andel 64 procent av andelskapitalet.
Bostadsrättsföreningen Lugrviks centrum	Jämtlands läns landstings andel 10 procent.
Bostadsrättsföreningen Torvalla centrum	Jämtlands läns landstings andel cirka 16 procent.

Övrigt	
Kommunalförbund och finansiellt samordningsförbund	Regionförbundet Jämtlands län. Norrlandstingens regionförbund (medlemmar är de fyra norra landstingen). Finansiellt samordningsförbund syftar till att ge förbundsmedlemmarnas aktörer (kommuner i Jämtlands län, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen samt Jämtlands läns landsting) bättre möjlighet att samordna och prioritera gemensamma insatser.
Gemensamma nämnder	Gemensam nämnd för samordnad upphandling, lagerhållning och distribution av sjukvårdsprodukter. (Jämtlands läns landsting och alla kommuner i länet). Närvård Frostviken (Strömsunds kommun och Jämtlands läns landsting).
Ideell förening för bildandet av Region Mittsverige	

2013-05-24

Dnr: LS
504/2013

BOLAG

Landstingsbostäder

Bolaget, som är ett helägt aktiebolag, ska i allmännyttigt syfte och med iakttagande av kommunallagens lokaliseringsprincip främja bostadsförsörjningen inom Jämtlands läns landstings verksamhetsområde.

Bolagets verksamhet bedrivs för landstinget, i första hand, i rekryteringsfrämjande syfte, i ägardirektiven anges den prioritetsordning som gäller.

Enligt bolagsordningen kan bolaget inom Jämtlands län förvärva, äga, bygga, förvalta och avyttra fastigheter, tomträtter och bostadsrätter med huvudsakligen bostäder och därtill hörande kollektiva anordningar. Bolaget ska arbeta i enlighet med kraven i miljöledningssystemet ISO 14 001 anpassat till bostäder och EMAS (Europeiska miljöstyrnings- och miljörevisionsordning, ingen certifiering behövs.

Marknadsmässigt direktavkastningskrav som gäller enligt ägardirektiven kommer att gälla fullt ut från och med den femårsperiod som börjar 2015.

STIFTELSE

Stiftelsen Jamtli

Jämtlands läns landsting, Östersunds kommun, Heimbygda och Jämtlands läns konstförening är stiftare av Jämtlands läns museum. Verksamheten styrs genom huvudmannadirektiv, årsavtal mellan stiftelsen och kommunen/landstinget, samarbetsavtal mellan kommunen och landstinget samt stiftelsens styrelse.

Huvudmännen ser Jamtli som en tillgång och resurs för regionen med en stor utvecklingspotential och önskar att stiftelsen framförallt ska bidra till länets utveckling genom att vara en europeisk förebild avseende bruk av kulturarvet.

Genom den omfattande genomlysning av huvudmannadirektiven som gjordes inför perioden 2007 – 2010 har direktiven fått en tydligare koppling till regional kulturplan, Jamtlis strategiplan, årsavtal och årsredovisning. Nuvarande huvudmannadirektiv 2011 – 2014 ska sägas upp före årsskiftet

Regional kulturplan för Jämtlands län är ett planeringsverktyg och en handlingsplan för utveckling av de regionala kulturverksamheterna i länet. Kulturplanen ger en samlad bild av de kulturverksamheter i länet som har statlig eller regional finansiering eller har annan regional karaktär.

Stiftelsen Zenit

Stiftelsens huvudmän är enligt stadgarna Jämtkraft AB:s stiftelse för forskning, Östersunds kommun, Högskolan i Östersund, Länsstyrelsen i Jämtlands län och Jämtlands läns landsting. Av formella skäl har länsstyrelsen begärt utträde ur stiftelsen.

Stiftelsens ändamål är enligt stadgarna att bidra till utveckling av högre utbildning och till denna anknuten FoU-verksamhet, samt att utveckla kontakterna mellan utbildning och FoU-verksamhet med det omgivande samhället.

Under senare år har stiftelsen samarbetet med Mittuniversitetet för att söka efter lämpliga affärsidéer att stödja. I balansräkningen redovisas 31/12 2012 totalt 7,4 mkr i tillgångar. Den största delen av tillgångarna härrör från tidigare konsultverksamhet. Under 2012 har ett royaltavtal på 150 tkr tecknats med ett företag som utvecklar en ny rullskida.

2013-05-24

Dnr: LS
504/2013

BOSTADSRÄTTER

Bostadsrättsföreningen Åkerärtan

Föreningen äger fastigheten Åkerärtan 1 och Kartboken 1, där Odensala hälsocentral finns. Föreningens uppgift är att främja medlemmarnas ekonomiska intressen genom att i föreningens hus upplåta bostäder för permanent boende och lokaler åt medlemmarna till nyttjande utan tidsbegränsning. Vidare har föreningen till uppgift att främja studie- och fritidsverksamhet inom föreningen samt stärka gemenskapen. Föreningen ska även tillgodose gemensamma intressen och behov samt främja serviceverksamhet med anknytning till boendet.

KOMMUNALFÖRBUND

Norrlandstingens regionförbund

Norrlandstingen (de fyra nordligaste landstingen) har ett gemensamt ansvar för beställning, planering och samordning av regionsjukvård, utbildning och forskning utifrån ett behovs- och befolkningsperspektiv. Det gemensamma ansvarstagandet utövas genom Norrlandstingens regionförbund. Förbundet kan också användas för samverkansfrågor där Regionförbundets beslut blir rekommendationer till medlemslandstingen.

Budget för Norrlandstingens regionförbund ingår i anslaget till Centrum Landstingsdirektör med staber som uppräknats för pris- och löneökningar med 1,8 %. Beslut om Jämtlands läns landstings bidrag till Norrlandstingens regionförbund för år 2013 fattas under hösten 2012.

FINANSIELLA SAMORDNINGSFÖRBUNDSAMORDNINGSFÖRBUND JÄMTLANDS LÄN

Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, länets kommuner och landstinget (parterna) har som uppdrag att stödja samverkan mellan huvudmännen.

Landstinget och kommunerna bidrar med vardera 25 procent av kostnaden, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen med 50 procent. Syftet med förbundet är att svara för en finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet med målsättningen att det ska ge större nytta för den enskilde. En kontinuerlig uppföljning av verksamheten kommer att ske.

Lokala samverkansgrupper finns i alla kommuner och består av representanter från alla fyra parter.

GEMENSAMMA NÄMNDER

Närvård i Frostviken

”Gemensam nämnd för närvård i Frostviken” inrättades 1 januari 2005.

Ett samarbetsavtal mellan landstinget och Strömsunds kommun reglerar vad som gäller. Strömsunds kommun är värdkommun och närvårdsnämnden ingår i kommunens organisation

Det är kommunen som fastställer budgeten för närvårdsnämnden. Detta sker efter samråd med Jämtlands läns landsting. Vid samrådet ska nämndens verksamhetsomfattning och inriktning fastställas. Förslag till budget ska presenteras för landstinget senast den 1 oktober varje år.

2013-05-24

Dnr: LS
504/2013

Syftet med nämnden är att åstadkomma kostnadseffektiv vård och omsorg med hög kvalitet i Frostviken. Närvårdsnämnden ansvarar bland annat för landstingets primärvårdsuppgifter enligt hälso- och sjukvårdslagen, inklusive ambulansverksamhet.

Samordnad upphandling, lagerhållning och distribution av sjukvårdsprodukter

Östersunds, Strömsunds, Krokoms, Härjedalens, Bergs, Bräcke, Åre och Ragunda kommuner samt Jämtlands läns landsting har kommit överens om att samverka i en gemensam nämnd. Den gemensamma nämnden är tillsatt i Jämtlands läns landsting och ingår i dess organisation. Nämndens uppgift är att på affärsmässiga villkor svara för samordnad upphandling, lagerhållning och distribution av sjukvårdsprodukter och hjälpmedel för länets samtliga kommuner och landstinget. Genom nämnden kan kommunerna använda sig av landstingets upphandlingskompetens för sjukvårdsprodukter och hjälpmedel. De använder även landstingets förråd och transportorganisation. Därigenom nyttjas de samhällsbetalda resurserna effektivare.

2013-05-24

Dnr: LS
504/2013

Bilaga 2 Avgifter och taxor

Avgifter och taxor specificeras i landstingets avgiftshandbok.

Öppen vård		Avgift 2014 (kr)
Läkarbesök		
Primärvård	Dagtid	150
Privata offentligt finansierade allmänläkare	Jourtid	250
	Hembesök dagtid	200
Specialiserad vård Privata offentligt finansierade specialistläkare	Akuta besök utan remiss	300
	Akuta besök med remiss	0
	Planerade besök:	
	Första besök efter remiss	100
	Preoperativ bedömning inför inläggning	100
	Övriga besök (återbesök)	250
Primär- och specialiserad vård	Provtagningar, utan koppling till planerat besök	0
	Röntgen, utan koppling till planerat besök	0
	Telefonrecept, remiss för fotvård	60
	Kvalificerad telefonrådgivning som ersätter ett besök	100
	Oplanerade återbesök på grund av försämrat tillstånd inom 24 timmar	0
Sjukvårdande behandling		
Besök hos distrikts-/sjuksköterska, sjukgymnast, logoped, psykolog, dietist, foterapeut, kurator, arbetsterapeut m.fl. yrkeskategorier som utövar sjukvårdande behandlingar.		100
Avgifter i samband med intyg för körkort efter rattonykterhet		
	Läkarbesök	150
	Provtagning	100
	Intyg enligt timtaxa, se grupp 4 nedan.	
Intyg, Hälsokontroller		

2013-05-24

Dnr: LS
504/2013

Öppen vård		Avgift 2014 (kr)
Intyg och vissa hälsokontroller debiteras enligt följande grupp nivåer.		
För intygen tillkommer moms.		
Grupp 1		0
Grupp 2		300
Grupp 3	Timtaxa. Annan vårdgivare än läkare som självständigt utfärdar intyg.	500
Grupp 4	Timtaxa. Avser läkare, lägsta avgift 500 kr. Tid därutöver 250 kronor per påbörjad 15-minutersperiod.	1 000
Gynekologisk hälsokontroll		
Gyn cytologiskt cellprov		150
Mammografi		
Mammografi screening		150
Vaccinationer		
Avgift vid vaccination ska alltid uttas med besöksavgift plus vaccinkostnad även när vaccinationen ges i samband med läkar- eller distriktssköterskebesök på grund av sjukdom.		
Läkarkontakt	Vaccinationskostnad tillkommer vid läkarkontakt.	200
Sjuksköterskekontakt	Vaccinationskostnad tillkommer vid sjuksköterskekontakt.	100
Riskgrupper och ålder över 65 år	Undantag ska gälla vid vaccination mot influensa till personer över 65 år samt medicinska riskgrupper, där en total avgift i stället tas ut.	75
Adoptionsresa	I samband med adoptionsresor ska varken besöksavgift eller avgift för vaccination uttas. Gäller föräldrar och syskon.	0
Hjälpmedel		
Avgift vid första besöket plus en utprovning		100
Hörselhjälpmedel	Ordinationsavgift för hörapparat. Överskjutande kostnad över 3 500 kronor per hörapparat betalas av hörapparatbäraren.	500
	Utprovning av maskers	200
Synhjälpmedel	Avståndsglas alt bifokalgas/progressiva glas. Avgift per glasögonpar.	400
	Glasögonbidrag, per år, till barn 0-7 år	700

2013-05-24

Dnr: LS
504/2013

Öppen vård		Avgift 2014 (kr)
	Glasögonbidrag eller kontaktlinsbidrag, per år, till patienter som opererats för gråstarr.	1 000
Peruk och toupéer	Hanteras av hjälpmedelscentralen, se nedan.	
Ortopedtekniska hjälpmedel		
Avgift vid första besöket plus en utprovning		100
Egenavgift	Egenavgift resår-, termo- och tygkorsetter	600
Ortopediska skor	Egenavgift Vuxna	1 000
	Egenavgift Barn	300
Inlägg, ortoser		300
Hjälpmedelscentralens sortiment		
Hjälpmedelscentralens sortiment är uppdelat i: • egenansvar/egenvårdsprodukter – kan inte fås som hjälpmedel • egenansvar med kostnadstak 300 kr • egenavgift – kan även vara årsavgift eller serviceavgift • deponeringsavgift – återbetalas när hjälpmedlet återlämnas • hjälpmedel som utlånas kostnadsfritt Hjälpmedelscentralens regler finns på www.jll.se		
Tandvård		
Nedanstående patientavgifter ska gälla för nödvändig tandvård och tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling. Högkostnadsskyddet gäller för besöken. För barn och ungdomar till och med det kalenderår de fyller 19 år gäller den avgiftsfria barn- och ungdomstandvårdens regler. Från och med den 1 januari det år patienten fyller 20 år till 20-årsdagen ska ingen patientavgift tas ut.		
Allmäntandläkare	Dagtid	150
	Jourtid	250
Specialisttandläkare	Dagtid	250
	Övrig tid	250
Tandhygienist		100

2013-05-24

Dnr: LS
504/2013

Öppen vård		Avgift 2014 (kr)
Ambulanstransport		
Eventuell befrielse av avgift t ex flera transporter under kort tidsperiod enligt riktlinjer.		
Avgiften uttas ej av barn och ungdomar		
Avgift per ambulanstransport		150
Särskilda avgiftsbefrielser		
Barn & ungdomar	Avgiftsbefrielsen för barn och ungdomar intill 20-årsdagen ska fortsätta. Detta gäller för läkarbesök och sjukvårdande behandlingar inom primär- och länssjukvård samt hos privata, offentligt finansierade vårdgivare. För ungdomspsykiatrisk mottagning gäller avgiftsbefrielse intill 23-årsdagen.	-
	Uttag av patientavgift görs i dessa fall ej heller vid telefonrådgivning.	
Patienter utskrivna enligt LPT och LRV	I enlighet med vad som gällt under 2010 ska patienter som varit inskrivna på sjukhuset enligt LPT (lagen om psykiatrisk tvångsvård) och LRV (lagen om rättspsykiatrisk vård) vara befriade från patientavgift vid återbesök på psykiatriska kliniken inom sjukhuset.	-
Avgiftstak		
Högekostnadsskydd	Avgiftstaket för sjukvårdsavgifter ska vara oförändrat.	900
Debitering vid uteblivna patientbesök		
Patient som uteblir från ett bokat besök utan att ha meddelat mottagningen debiteras gällande patientavgift. Detta gäller även då patient har frikort, är avgiftsbefriad (barn/ungdom, värnpliktig eller smittskyddsfall) samt enligt nedanstående vid:		
Mödravårdscentraler	Barnmorska	100
	Läkare	150
Barnavårdscentraler	Sjuksköterska	100
	Läkare	150
Röntgenverksamhet		250
Vaccinationer	Besök hos sjuksköterska	100
	Besök hos läkare	200
Hörcentralen		100

2013-05-24

Dnr: LS
504/2013

Öppen vård		Avgift 2014 (kr)
Fys lab		250
Lab.undersökningar		100

Sluten vård		Avgift 2014 (kr)
Av patienter som intas enligt LPT (lagen om psykiatrisk tvångsvård) eller LRV (lagen om rättspsykiatrisk vård) uttas ej avgift. Vid inläggning för operation, som inställs på grund av bristande kapacitet eller överbeläggning, uttas ej avgift.		
Ålder:	0 - 19 år	0
	20 - 64 år	80
	65 år och äldre	70
Personer under 40 år med hel sjuk- eller aktivitetsersättning erlägger en och samma avgift från och med första vård dagen.		40
Avgifter då remittenten inte är verksam enligt lagen om läkevårdsersättning		
Patientavgiften avskaffas vid besök på röntgen, fys lab och isotoplab. Motsvarande avgift tas i stället ut av den remitterande läkaren.		
När patient besöker klin lab för provtagning, debiteras den remitterande läkaren 100 kr + avgift för analys av provet enligt prislista.		

Bilaga 3 Ordlista och förkortningar

ORDLISTA

Aktiviteter Fullmäktiges anvisning till styrelsen/verksamheter vad som ska göras

Anläggningstillgång/omsättningstillgång Ett landsting har två sorters tillgångar, anläggningstillgångar och omsättningstillgångar. Med anläggningstillgång menas tillgång som är avsedd att stadigvarande brukas eller innehas i verksamheten. Med omsättningstillgångar menas tillgångar som inte är avsedda att stadigvarande brukas eller innehas i verksamheten, exempelvis likvida medel, kundfordringar och varulager.

Följande olika typer av anläggningstillgångar existerar:

- materiella, t ex maskiner, inventarier och fastigheter
- finansiella, t ex aktier i dotterbolag
- immateriella, t ex goodwill, patent- och licensrättigheter.

Avsättning Skuld som är oviss när det gäller förfallotidpunkt eller belopp. Ett företag skall redovisa en avsättning i balansräkningen när det har ett åtagande för en inträffad händelse, där det är troligt att det krävs ett utflöde av resurser för att reglera åtagandet och företaget kan göra en tillförlitlig uppskattning av beloppet. Om inte samtliga dessa villkor är uppfyllda skall någon avsättning inte redovisas i balansräkningen. Exempel på avsättning är kostnaden för intjänade pensioner.

BRA-yta Bruksarea.

CEMR (Council of European Municipalities and Regions) är de europeiska kommun- och regionförbundens samarbetsorganisation.

Eget kapital Värdet av ett företags tillgångar med avdrag för skulder och avsättningar. Om landstingets resultat är positivt ökar det egna kapitalet, medan ett negativt resultat minskar det egna kapitalet.

e-hälsa Samlingsbegrepp för vård och stöd på distans, det vill säga informations- och kommunikationsverktyg som används till förebyggande åtgärder, diagnos, behandling samt övervakning och styrning av hälsa och livsstil. e-hälsa omfattar samspelet mellan patienter och vårdinrättningar, dataöverföring mellan olika institutioner och kommunikation mellan patienter eller mellan hälso- och sjukvårdspersonal. e-hälsa omfattar också nätverk för hälsoinformation, elektroniska patientjournaler, telemedicinska tjänster samt kroppsburna och bärbara kommunikationssystem för att övervaka och hjälpa patienter” enligt EU:s folkhälsportal.

Extern intäkt/kostnad Intäkter eller kostnader som företaget har i relation till andra företag, organisationer eller privatpersoner.

FoUI Forskning och utveckling Innovation

Fysiskt kompetent personal Personalen har rätt fysisk kompetens för att lösa sina arbetsuppgifter.

Hälsoval Det vårdvalssystem för primärvård som infördes januari 2010.

IB (Ingående balans) Värdet på tillgångar, skulder och eget kapital vid årets början.

Innovationsupphandling Upphandling av i förväg okända lösningar på ett definierat problem eller behov för vilka det ibland ännu inte har etablerats någon marknad

Inriktningsmål Fullmäktiges politiska vilja avseende vad landstingets arbete ska leda till på lång sikt.

Interna intäkter/kostnader Transaktioner mellan olika kostnadsställen eller enheter inom organisationen.

2013-05-24

Dnr: LS
504/2013

Investering Inköp av anläggningstillgångar såsom fastighet, utrustning eller maskiner med varaktighet över tre år och ett inköpsvärde på minimum ett halvt basbelopp.

Jämlikhet Alla människors lika värde - oavsett vem du är.

Jämställdhet Jämställdhet innefattar mäns och kvinnors lika rättigheter, skyldigheter och möjligheter inom livets alla områden. Det övergripande målet för jämställdhetspolitiken är att ”kvinnor och män skall ha samma makt att forma samhället och sina egna liv”

Jämställdhetsintegrering Den strategi som ska användas för att uppnå de jämställdhetspolitiska målen. Målet är ett jämställt samhälle. Det innebär att alla beslut, all planering och allt utförande som sker inom Jämtlands läns landsting ska ha ett jämställdhetsperspektiv.

Landstingskoncernen Landstinget med dess förvaltning samt de aktiebolag, ekonomiska föreningar och stiftelser där landstinget har ett väsentligt inflytande.

Likvida medel Landstingets kontanta tillgodohavanden – kassa, postgiro, bank, bankgiro, utländska sedlar, erhållna checkar, postanvisningar och postväxlar som ännu inte lösts in.

Likviditet Landstingets betalningsförmåga på kort sikt.

LPIK Prisindex med kvalitetsjusterade löner för landsting

Målvärden Fullmäktiges vilja avseende vilken resultatnivå som ska uppnås.

Mångfald Alla de sätt på vilka vi är olika, såväl synliga som osynliga, t ex kön, ålder, ursprung, utseende, utbildning, sexuell läggning, funktionsnedsättning. Mångfald innebär också att dessa olikheter ska värdesättas och tas tillvara och att varje individ värderas utifrån den unika individ den är med olika egenskaper, erfarenheter och förutsättningar.

Nettokostnad Verksamhetens intäkter minus verksamhetens kostnader (personal, material, tjänster och avskrivningar). Nettokostnaden finansieras med skatter och generella statsbidrag.

Nyckeltal/nyckelindikatorer Ett sätt att genom jämförelsetal beskriva verksamheten och göra den jämförbar över tid och med andra företag. Nyckeltal används i samband med uppföljning för att bland annat mäta resursanvändning.

Realisationsvinst (reavinst) Vinst som uppstår vid försäljning, till exempel vid fastighetsaffärer. Realisationsvinsten är försäljningsvärdet minus bokfört restvärde och eventuella försäljningsomkostnader.

Resultat Skillnaden mellan ett företags intäkter och kostnader under en viss period.

Resultaträkning Uppställning som visar hur vinsten eller förlusten för perioden har uppkommit.

Skuld Åtagande att i framtiden betala eller på annat sätt fullgöra en ekonomisk förpliktelse till någon utomstående. Skulder som förfaller till betalning inom ett år benämns kortfristiga skulder, övriga skulder benämns långfristiga.

Soliditet Betalningsförmåga på lång sikt eller förmåga att stå emot förluster och konjunkturnedgångar. Soliditeten anger den del av landstingets tillgångar som finansierats med eget kapital (eget kapital/totalt kapital).

Självfinansieringsgrad Förmågan att ur den löpande rörelseverksamheten skapa inbetalningsöverskott/ likviditet. Det är framför allt genom vinster som möjligheterna till självfinansiering skapas.

UB (Utgående balans) Värdet på tillgångar, skulder och eget kapital vid årets slut.

Bilaga 4 Policyer och styrdokument beslutade av landstingsfullmäktige

Policy	Dnr	Fastställd	Organ
Konstpolicy Jämtlands läns landsting	LS/1654/2010	2013-02-13	Beredningen demokrati och folkhälsa
Folkhälsopolicy 2011-2015 (Gemensam med kommunerna)	LS/862/2002 LS/368/2009	2011-06-15	Landstingsfullmäktige
FoU-policy	LS/140/2005	2006-02-15	Beredningen demokrati och folkhälsa
Hjälpmedelspolicy	LS/463-2007	2007-06-27	Gemensam nämnd avs. samordnad upphandling, lagerhållning och distribution
Jämställdhetspolicy för förtroendevalda	LS/797/2002 LS/31/2012	2008-12-09	Beredningen demokrati och folkhälsa
Kommunikations- och informationspolicy	LS/1518/2010	2011-02-16	Landstingsfullmäktige
Kulturpolicy för Jämtlands Län (gemensam med kommuner)	LS/1011/2007	2010-06-22	Landstingsfullmäktige och länets kommuner
Miljöpolicy	LS/1059/2011	2012-06-20	Beredningen demokrati och folkhälsa
Parkeringspolicy	LS/740/2007	2007-10-17	Landstingsstyrelsen
Personalpolitiskt policy	LS/685/2010	2010-06-23	Landstingsstyrelsen
Policy - Alla på lika villkor – delaktighet, jämlikhet och jämställdhet för personer med funktionsnedsättning	LS/1055/2008	2009-10-21	Beredningen demokrati och folkhälsa
Policy för fastighets- och lokalförsörjning	LS/1060/2011	2012-06-20	Landstingsfullmäktige
Policy för Informationssäkerhet	LS/1514/2009	2010-02-18	Landstingsstyrelsen
Policy för mångfald som utvecklingskraft	LS/979/2009.	2011-02-16	Beredningen demokrati och folkhälsa
Policy för ungdomsdemokrati i Jämtlands län (gemensam med kommuner)	LS/712/2004	2006	Ungdomsråd/Beredningen demokrati och folkhälsa
Policy för uthyrning av landstingets lokaler	LS/12/2011	2011-02-16	Landstingsstyrelsen
Policy för ägarstyrning	LS/339/2005	2006-04-25	Landstingsstyrelsen
Skyttopolicy för invändig skyltning inom JLL	LS/474/2007	2007-06-27	Landstingsstyrelsen
Upphandlingspolicy	LS/608/2007 LS/1359/2008	2010-02-17	Beredningen demokrati och folkhälsa

Övriga styrdokument	Dnr	Fastställd	Organ
Nationell eHälsa – strategin för tillgänglig och säker information inom vård och omsorg	LS/1058/2011	2012-02-15	Landstingsfullmäktige
Placeringsreglemente för förvaltning av pensionsmedel	LS/688/2012	2012-06-20	Landstingsfullmäktige
Reglemente för kortsiktig likviditetsförvaltning, finansiering och skuldförvaltning	LS/689/2012	2012-06-20	Landstingsfullmäktige
Riktlinjer för en ny hälso- och sjukvårdspolitik i länet	LS/453/2000	2000-11-30	Landstingsfullmäktige
Strategi för eSamhället	LS/1058/2011	2012-02-15	Landstingsfullmäktige

Bilaga 5 Fastighetsinvesteringar

Fastighetsinvesteringsplan 2014-2016				130423
	År/Investering kkr			
	2014	2015	2016	
Aktivitet/Lokal	30000	30000	40000	Kommentarer
Regional läkarutbild o FOU	3000			Avslutande anpassningar för utbildning ute i verksamheten på lasarettet (barn, kvinna)
Ombyggnad plan 6		10000		Ombyggnad av lokaler för kirurgi och ortopedmottagning samt anpassning av övriga ytor på plan 6. Projektet pågår.
Uppdatering av centralköket		2000		Anpassa lokalerna och förbättra logistiken i samband med byte av köksutrustning.
Försäljningsapoteket	500			Flytt till plan 6, huvudfinansiering med externt hyreskontrakt av apoteksytan.
Sjukhusapotek	4000			Anpassa lokal för sjukhusapotek
Bygga expeditioner på plan 5	10000			Skapa ett större antal arbetsplatser på plan 5 (fd apoteket)
Centraloperation				Ombyggnad av 4 salar för bättre flöde och uppdukning. OBS stora utrustningskostnader. Kalkyl ej möjlig att ta fram i detta läge.
Specialiststandvården			11000	Förändring av logistik och utökade lokaler i hus 12. Kalkyl framtagen utifrån tidig utredning
Röntgen				Succesiv anpassning av lokalerna för utbyte samt ny teknik i medicinsk utrustning. Flödet ska förändras på sikt till ett optimalare flöde allt eftersom utrustning byts. Finansieras delvis via utrustningsanslag. Kalkyl ej möjlig att ta fram i detta läge.
Sterilen plan 3	1200			Anpassning för bättre arbetsmiljö, hygienkrav.
Cystoskopin	1500			Flyttning av verksamhet från plan 5 till plan 6 för förbättrad logistik.
Endoskopin	500			Nytt sköljrum för att uppfylla hygienkrav.
Gamla arkivet plan 3		2000		Lokaler för apoteksmaterial, Zefyren, entreprenörslokaler, omklädningsrum, röntgens behov, eventuella ytor för ett PCHab.
KFC-Z	1000			Anpassning av lokaler för akademiskt centrum.
Arkiv	500			Flytt av arkiv från Borgen till sjukhuset plan 1. Samlokalisering av andra arkiv inom sjukhuset.
Plan 9	500			Förändrade lokaler för ortopeden med en inskrivningsenhet.
Ingång 1		200		Utöka väntrummet
Kyrkgatan 8		700		Anpassning av huset för att kunna bruka det i verksamheten.
BUP				Rivning alternativt åtgärder för att ta husen i drift igen.
Tillgänglighetsanpassningar	200	200	200	Kontinuerlig tillgänglighetsanpassningar av vårt fastighetsbestånd
Fastighetstekniska investeringar				
Hissar		7500	7500	Nya hissar i höghuset totalkostnad ca 18000 miljoner.
Brandskydd	1000			Grundinstallation av sprinklersystem för Östersunds sjukhus
Renovering av pannrum las		5000	5000	Teknisk livslängd av utrustning i "pannrummet" i Östersunds sjukhus har gått ut, stort investeringsbehov som ej rymts i vanliga underhållsbudgeten
Energiåtgärder	2000	2000	2000	Större investeringar som syftar till att minska energikostnader för landstinget (belysning, vent, klimatskal)
Yttre mark och huvudentré	2000			Tydligare entré, säkrare och bättre utemiljö, cykeluppställning, mm. (3000 kkr avsatt 2013)
Summa	27900	29600	25700	
Återstående medel	2100	400	14300	
Exempel på investeringar som eventuellt prioriteras under budgetåret av landstingsstyrelsen ur återstående medel för att klara idag okända behov.				
Plan 9				Förändrade lokaler för ortopeden med ett annat flöde på plan 9. Osäker kalkyl utredning saknas.
TBC-mottagning				Förbättra flödet för infekterade patienter, riktig kalkyl saknas
Odensala hälsocentral				Nyttja lediga lokaler efter FTV-flytt. Förändring av primärvårdens verksamhet.

Bilaga 6 a Befolkningsutveckling mm fördelat på länet och kommunerna

Indikator	Länet	Ber	Brä	Hjd	Kro	Rag	Str	Åre	Bilaga 6 a Ösd
Befolkningsutv. 0-19 år till 2021	-452	-355	-434	-269	-351	-259	-465	242	-31
20-64 år	-5089	-583	-548	-771	-243	-388	-1181	562	-1937
65-74 år	2334	94	68	140	429	36	131	238	1197
75 år och äldre	1807	60	59	98	312	33	8	89	1149
Tot. förändring till 2021	-1400	-784	-854	-802	147	-578	-1508	1131	378
Andel 75 år och äldre 2010	10%	13%	12%	13%	8%	14%	13%	8%	9%
Andel 75 år och äldre 2030	14%	19%	18%	19%	13%	19%	19%	9%	14%
Födelsenetto 2012	-190	-64	-20	-73	4	-57	-47	28	39
Flyttningsnetto 2012 antal (M/K)	96 (4/92)	-65 (-29/-36)	-76 (-36/-40)	-21 (5/-26)	29 (-8/37)	22 (14/8)	14 (19/-5)	120 (75/45)	73 (-36/109)
Invandringsnetto M+K	626	51	67	53	27	55	110	73	190
Andel öppet arbetslösa 16-64 år	8,3	8,6	9,7	9,2	7,0	8,7	8,1	6,7	8,4
20-24 år	18,7	22,9	24,3	18,6	18,1	21,6	16,0	11,3	16,7
25-34 år	12,2	13,5	17,0	12,8	9,7	13,2	11,7	8,6	10,8
Ohälsotal, antal dagar	37,9	38,3	46,1	33,0	36,8	46,3	40,2	27,2	34,9
Sjukskrivningsdagar	10,2	11,8	12,1	8,0	11,4	12,1	10,0	7,8	10,2
Medelinkomst (av tjänst)	166,7	156,2	161,0	168,6	169,1	165,6	162,9	165,1	185,2
Andel barn i ekonomiskt utsatta hushåll	11%	15%	15%	13%	9%	11%	17%	10%	8%
Andel med eftergymnasial utbildning. Män	13,7%	11,0%	10,5%	10,0%	16,4%	10,4%	10,6%	16,6%	24,2%
Kvinnor	21,2%	18,7%	18,6%	17,6%	24,3%	15,7%	17,8%	26,4%	30,4%
Befolkningsutveckling: Demografen i Lund 2012									
Flyttningsnetto: SCB 31/12 2012				Andel barn i ekonomiskt utsatta hushåll: Klippt och klistrat från 'matris 6 febr -13'					
Andel 75 år och äldre: från matris folkhälsa bilaga				Invandringsnetto: SCB 31/12 2012					
Födelsenetto: SCB 31/12 2012				Andel öppet arbetslösa: SCB 31/12 2012					
Medelinkomst: SCB 2012 (2011 års taxerade inkomst)				Sjukskrivningsdagar: Försäkringskassan 31/1 2013					
				Ohälsotal: Försäkringskassan 31/12 2012					

Bilaga 6 b gästnätter och kvotflyktingar / asylsökande

Fördelning kommersiella gästnätter på kommunerna exklusive kommersiellt förmedlade stugor/lägenheter

Kommun	Totalt anta kommersiella gästnätter	Andel jan - april	Andel maj – sept	Andel okt - dec
Berg	95 209	38 %	48 %	14 %
Bräcke	13 302	20 %	63 %	17 %
Härjedalen	313 616	45 %	43 %	12 %
Krokom	48 366	34 %	51 %	15 %
Ragunda	30 781	31 %	55 %	14 %
Strömsund	81 978	16 %	75 %	9 %
Åre	628 273	55 %	30 %	15 %
Östersund	354 811	20 %	63 %	17 %
Totalt	1 566 336	40 %	45 %	15 %

Källa: Gästnattstatistik Jämtlands län 2012

Kvotflyktingar och asylsökande i Jämtlands län 31 december 2012

Kommun	Kvotflyktingar	ABO+ EBO	Anknytningsin- vandring	Asylsökande	Ensamkommande	Totalt
Berg	24	7	8	5	4	48
Bräcke	38	23	3	7	5	76
Härjedalen	23	5	1	105	4	138
Krokom	15	14	4	84	5	122
Ragunda	31	1		1		33
Strömsund	57	6	13	46	8	130
Åre	21	12	4	5	4	46
Östersund	46	37	7	214	11	315
Summa	255	105	40	467	41	908

ABO+EBO = asylsökande som fått uppehållstillstånd och bor i anläggningsboende eller flyttat till eget boende

Bilaga 7 a Indikatorer

[illegible]

Bilaga 7 b Ur hälsosamtal i skolan

Ur Hälsosamtal i skolan 2011/12 - Länsuppgifter		Åk 4 poj	Åk 4 fl	Åk 7 poj	Åk 7 fl	Åk 1 gy, poj	Åk 1 gy, fl
Jag mår	mkt bra	62	59	50	40	43	24
	<i>bra</i>	<i>3</i>	<i>34</i>	<i>41</i>	<i>48</i>	<i>47</i>	<i>52</i>
Jag har de senaste 3 månaderna känt mig ledsen eller nedstämd	alltid				1		2
	ofta	2	2	9	6	4	18
	ibland	9	15	2	25	13	35
Jag har de senaste 3 månaderna känt mig orolig eller rädd	aldrig	74	65	70	50	71	38
	sällan	19	21	24	35	22	32
Jag sover bra	alltid	46	43	31	24	27	22
	ofta	40	43	54	54	46	50

Bilaga 7 c Förklaring indikatorer

Behöriga till gymnasieskolan	Behörig gymn skolan 2011	SCB (urspr Skolverket)
Barn i ekonomiskt utsatta hushåll	Andel barn i ekonomiskt utsatta hushåll, 2010	SCB, Inkomst- och taxering reg(Folkhälsodata, FHI)
Rökning åk 9 (2012)	Andel röker varje dag/nästan varje dag	CAN 2012
Rökning vuxna (2010)	Andel som uppgett att de röker dagligen	Hälsa på lika villkor 2010
Alkoholbruk årskurs 9 (2012)	Andel som intensivkonsumerat alkoh 1 gång/mån eller oftare	CAN 2012
Alkoholbruk vuxna	Andel riskkonsumenter ¹ , 16-84 år, åldersstandardiserat, 2010	Hälsa på lika villkor 2010
Narkotika	Andel som uppgett att de någon gång har använt narkotika	CAN 2012
Övervikt/fetma vuxna	Andel med övervikt/fetma 16-84 år, åldersstandardiserat, 2010 ²	Hälsa på lika villkor 2010
Övervikt/fetma barn	Andel med övervikt/fetma hos barn f. 2007, dvs 3,75-4,25 år	Barnhälsovårdens kvalitetsutv i Jämtlands län, Resultatredovisning 2011
Andel vaccinerade barn födda 2009 MPR	Andel vaccinerade barn födda 2009 dvs 2 år MPR=Mässling, Rödahund, Påssjuka	Barnhälsov kvalitetsutv i Jämtl län res redov 2011
Aborter unga	Antal aborter/1000 kvinnor, upp t o m 19 år, och 20-29år , 2011	Socialstyrelsen, 2011
Nedsatt psyk välbefinnande vuxna	Andel med nedsatt psykiskt välbefinnande, 16-84 år, 2010	Hälsa på lika villkor 2010
Nedsatt psykiskt välbefinnande,ungavux	Andel med nedsatt psykiskt välbefinnande, 16-29 år, 2010	Hälsa på lika villkor 2010
Hälsotillstånd bra/mycket bra	Andel som uppgett mycket bra eller bra allmänt hälsotillstånd	Hälsa på lika villkor 2010
Själv mord 2008-2010	Antal självmord + dödsfall med oklart uppsåt/100 000 inv, 2008-2010	Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen
Själv mord antal 1997-2011	Antal självmord (säkra och osäkra)	Karol institut, Guo-Xin - Jiang MD, PhD, 2012-09-18
Anmälda brott	Misshandelsbrott män o kvinnor (se särskild kommentar)	www.bra.se
Äldre nöjda med hemtjänst i sin helhet	De äldres bedömn sammantaget (nöjda/ mycket nöjda) med hemtj 2012 (kommun ranking i Sv ndikatorn)	Öppna Jämförelser vård och omsorg om äldre 2012

1 Riskkonsumenter: För att beräkna riskkonsumtion skapas ett summaindex utifrån hur man besvarat frågorna. Män och kvinnor får olika gränsvärden för när de beräknas ha ett riskbruk.

2 Med övervikt avses personer med BMI över eller lika med 25 och med fetma avses BMI lika med eller över 30

Bilaga 8 a Överblick öppna jämförelse

2012 kom en rapport ”Öppna jämförelser i överblick”. Den är utformad i första hand för olika ledningsnivåer i landstingen. Syftet är att få en överblick av hur egna landstinget placerar sig i rangordning i förhållande till andra landsting. Den här rapporten är ett komplement till huvudrapporten Öppna jämförelser (ÖJ) 2012. Och bygger på samma faktaunderlag.

- Totalindex beräknas som genomsnittet för alla indikatorer
- Genomsnittet av de fyra indikatorgruppernas index, dvs. tillgänglighet, patienterfarenhet, medicinsk kvalitet och kostnader ¼ vardera
- Index för respektive medicinsk grupp t.ex. kvinnosjukvård

Index	antal indikatorer	Placering 2012	Placering 2011	Mer än 4 steg i någon riktning
Totalindex	162	20	20	
Förtroende och	12	6	14	+
Tillgänglighet	5	16	13	
Medicinsk kvalitet	149	21	21	
Kostnader	3	19	17	
Medicinska index				
Dödlighet undvikbar	11	17	19	
Läkemedelsbehandlin	8	4	3	
Graviditet o	9	3	9	+
Kvinnosjukvård	8	18	14	-
Rörelseorganens sjukd	18	15	14	
Diabetesvård	7	19	9	
Hjärtsjukvård	14	7	9	
Strokesjukvård	11	21	21	
Njursjukvård	4	17	9	-
Cancersjukvård	16	21	21	
Psykiatrisk vård	11	15	1	-
Kirurgisk behandling	15	12	7	-
Intensivvård	3	11	15	+
Annan Vård	7	21	7	-

Bilaga 8 b Fakta hämtat ur utredningen långa väntetider

Tabell 1. Utveckling av medelvårdtid inom olika specialiteter 2004 -2012*

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
JLL Total	6,7	5,9	5,7	5,6	5,6	5,9	5,5	5,2	5,1
Infektionskliniken	6	5,4	6,1	6,6	6,3	6,4	6,3	5,9	6,2
Medicinkliniken	6,7	5	5,3	5	5	5	5,2	4,9	4,7
Område kirurgi	5	4,2	4,9	4,9	5,1	5	4,6	4,6	4,6
Område ortopedi	6,2	5,8	6	6,5	6,5	5,7	5,8	5,2	5,2
RHR	21,4	23,1	31,9	19,9	20,5	22,1	25,2	25,9	24,6
Ögon (Kir)	1,5			1,4	2,5	1,8	2,1	2,6	3,3
Öron-Näsa-Halsenheten (Kir)			1,7	1,8	1,9	1,7	2	2	2
Barn- och	3,4	2,9	3,3	3,6	3,2	3,3	3,9	3,5	3,3
Kvinnosjukvården	3,3	3,3	3,2	2,9	2,8	2,7	2,6	2,5	2,4
Område psykiatri	27,1	29,4	27,5	33,6	29,8	38,5	28	18,9	19,8

*Tabellen baseras på definitionen "Klinik", vilket innebär att den visar antal vtf kopplat till respektive områdes avdelningar. Det innebär t ex att kirurg- och ortopedbarn endast finns med i BUM:s siffror samt att utlokaliserade patienter från andra områden är exkluderade.

Bilaga 8 c Medelvårdtid, vårdtillfällen mm

Tabell 2. Andel flytt, medelvårdtid, antal vårdtillfällen samt avlidna på sjukhus för olika diagnosgrupper *

Diagnos	Antal vtf 2011	Medel-vårdtid 2011	Antal vtf 2012	Medel-vårdtid 2012	Andel flytt 2012	Andel avlidna på sjukhus 2012
Stroke	354	8,6	362	7,1	23 %	8 %
Hjärtsvi	296	6,5	231	6,6	17 %	10 %
KOL	207	8,1	224	7,2	30 %	2 %
Lungca	65	10,7	94	8,7	17 %	23 %
Pneumo	242	6,1	226	6,7	33 %	10 %
UVI	156	5,4	146	5,3	19 %	0 %
Colorect	146	9,8	125	9,4	43 %	5 %
Prostata	170	5,7	169	5,0	15 %	5 %
Höftfra	360	8,3	360	7,9	6 %	3 %
Psyk.stö	379	6,4	313	5,9	10 %	0%
Depress	153	18,9	181	16,4	7 %	0 %
Schizofr	35	92,3	80	79,8	35 %	0 %

*Definition vårdtillfälle (vtf) är vårdkontakt i slutenvård där utskrivning ligger till grund för beräkning av vårdtillfällen under året. Definition av varje diagnosgrupp finns i utredningen.

Bilaga 9 a Tandvård

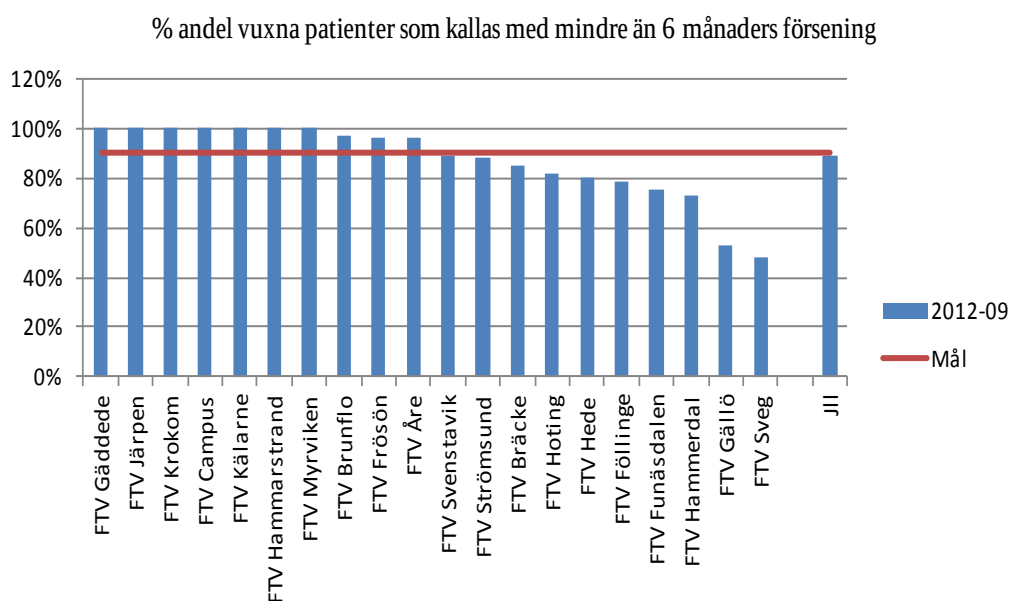
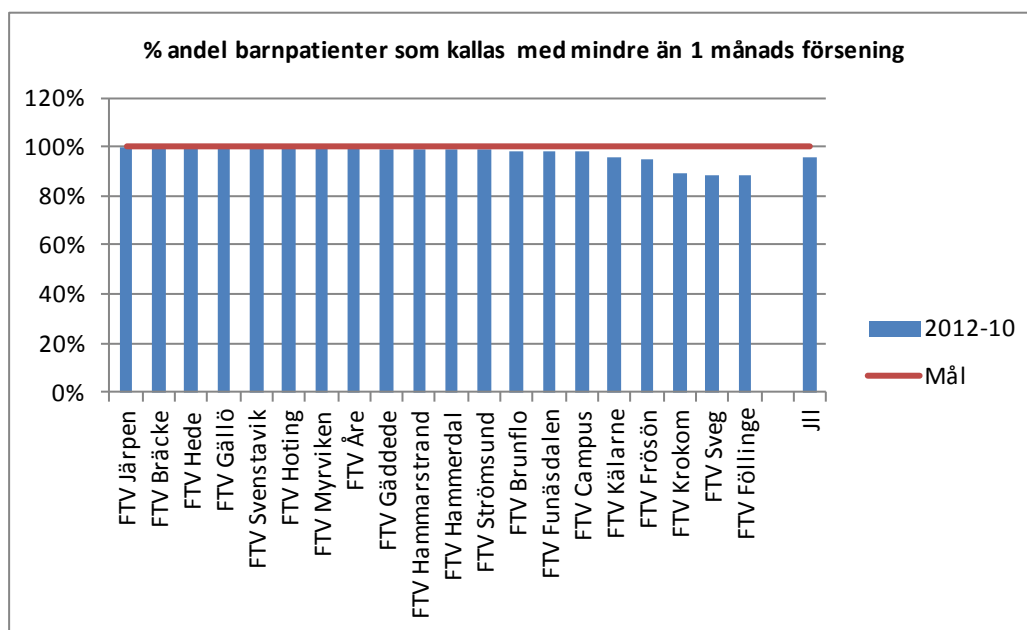
Område/klinik	Marknads	andel	Antal	kliniker
	% barn	% vuxna	Ftv	Privata
Bräcke/Ragunda				
Bräcke	98	65	1	0
Kälarne	112	49	1	0
Hammarstrand	65	23	1	2
Gällö	93	71	1	0
Summa	84	45	4	2
Strömsund				
Strömsund	103	36	1	2
Hammerdal	79	48	1	1
Hoting	69	31	1	0
Gäddede	98	60	1	0
Summa	90	39	4	3
Krokom/Åre				
Krokom	80	34	1	1
Föllinge	71	50	1	0
Järpen	108	29	1	0
Åre	68	59	1	1
Summa	83	39	4	2
Campus/Berg				
Svenstavik	143	54	1	0
Myrviken	64	40	1	0
Campus	83	33	1	17
Summa	86	36	3	17
Frösön/Brunflo				
Frösön	83	24	1	0
Brunflo	91	51	1	0
Summa	85	30	2	0
Härjedalen				
Sveg	87	39	1	1
Funäsdalen	103	69	1	0
Hede	109	64	1	0
Summa	95	50	3	1
TOTALT	88	37	20	25

	Kariesfria 3-åringar %		kariesfria 19-åringar %	
År	Jll	Sverige	Jll	Sverige
1990		91	8	
2000		94	16	17
2010	95	96	24	31
2011	96		24	
Mål 2013 för 4-åringarna	91		25	

Tabellen
visar hur

många procent av 3- respektive 19-åringarna som varit kariesfria(Att statistik saknas för 3-åringarna i Jll 1990 och 2000 beror på att det är 4-åringarna som vi har statistik på under senare år.

Bilaga 9 b Tid för kallelse tandvård



Bilaga 10 a Personalstatistik

Antal anställda på månadslön per yrkesområde Antalet redovisas per 121231

Befattningsområde	2006	2007	2008	2009	2010*	2011	2012
Ledning *					151	144	143
Administration*	715	670	667	709	545	495	474
205010-206510,208013 Sjuksköt/barnmorskor/BMA	1234	1257	1292	1218	1192	1239	1235
207013-207090 Undersköterska, skötare, barnsköterskor, ambulanssjukvårdare	704	679	667	639	595	599	600
Paramedicin	279	285	313	317	318	324	337
Läkare	415	417	440	459	457	455	452
Tandvård	199	195	185	187	192	187	198
Teknik, ingenjörer	83	73	78	75	72	62	62
Ekonomi och transport	233	219	202	196	186	190	162
Ld.dir	1	1	1	1	1	1	1
Övriga	13	10	8	33	26	24	14
Totalt	4032	3936	4006	3951	3847	3788	3679

Differens mellan yrkesgrupper mellan åren 2009 och 2010 kan delvis bero på att nytt system för befattningsklassificering, AID, började tillämpas. From 2010 redovisas ledning (heltidschefer) separat i egen klassificering. Tidigare redovisades de med administration. Deltidschefer är oftast redovisade i sin grundbefattning. Skillnaden mellan 2010 och 2011 vad gäller administration kan delvis förklaras av verksamhetsövergång från landstinget till Regionförbundet.

Studiebesök grundskola och gymnasieskola

	2010	2011	2012
Antal elever från grundskola	176	131	200
Antal elever från gymnasiet	81	86	47
Totalt antal elever	257	217	247

Sjukfrånvaro	år 2010	år 2011	år 2012
Sjukfrånvaro i % av ordinarie avtalad arbetstid	5,9%	6,2 %	6,7%
Total sjukfrånvaro i timmar	410 472 tim	418 093 tim	442 824 tim
Motsvarar antal årsarbetare (1760 tim)	233 st	237 st	251 st
Total sjuklönekostnad exkl. sociala avgifter	17 282 619kr	16 912 256 kr	18 305 729kr

Källa : Heromas personalstatistik 12-02-11.