

Planerings- och beställarstaben
Ingela Jönsson
Tfn: 063-147762
E-post: ingela.jonsson@jll.se

2014-09-26

Långsiktig utvecklingsplan för god ekonomisk hushållning (LS/1810/2013)

Ärendebeskrivning

Protokollsutdrag från ekonomiutskottet 2014-09-25, § 75 om Långsiktig utvecklingsplan för god ekonomisk hushållning.

Ärendebeskrivning

Landstingsstyrelsen gav 2013-08-28, § 182, Landstingsdirektören i uppdrag att till landstingsstyrelsens möte i november presentera en långsiktig plan för att uppnå en god ekonomisk hushållning i landstinget. Vid novemberstyrelsen presenterades underlag för att ta fram en långsiktig plan för att uppnå en god ekonomisk hushållning och att beslut planeras till styrelsen i april och fullmäktige i juni. Ekonomiutskottet har följt arbetet och hade 20140312 en fördjupad diskussion kring planen och gav inriktningsbesked angående det fortsatta arbetet med planen. Ekonomiutskottet 20140404 godkände att planen presenteras för beslut i landstingsstyrelsen i maj och fullmäktige i juni.

Den långsiktiga utvecklingsplanen för god ekonomisk hushållning innehåller följande delar:

- ✓ God kostnadskontroll och ständiga förbättringar
- ✓ Åtgärder för kostnadsminskningar som summerar ca 110 miljoner kronor
- ✓ Satsning på kompetensförsörjning
- ✓ Satsning på förebyggande hälso- och sjukvård
- ✓ Satsning på långsiktigt Lean-arbete
- ✓ Satsning på teknisk utveckling
- ✓ Satsning på fastighetsförändringar
- ✓ Satsning på samverkan

Fullmäktige beslutade 2014-06-17-18, § 138, Ärendet återremitteras med följande motivering:

Långsiktig utvecklingsplan för god ekonomisk hushållning ska omarbetas och kompletteras så att dokumentet;

- utgår ifrån aktuellt ekonomiskt läge,
- innehåller åtgärder och mål för att svara upp mot utmaningar,
- innehåller förtydligande över vad som innefattas i ”omstrukturering av primärvården”,
- innehåller en konsekvensanalys av de föreslagna åtgärderna, t ex kostnadsminskningar av primärvården och
- kompletteras så att den täcker den kommande regionens hela verksamhet

Beslutsunderlag

Protokollsutdrag från fullmäktige 2014-06-17-18, § 138

Reviderat förslag till Långsiktig plan för god ekonomisk hushållning

Landstingsdirektörens förslag

Ekonomiutskottet föreslår landstingsstyrelsen

Landstingsstyrelsen föreslår landstingsfullmäktige

1. Den långsiktiga utvecklingsplanen för god ekonomisk hushållning godkänns.
2. Planen ska revideras våren 2015 så att den dels uppdateras utifrån de utredningar som gjorts till dess och dels för att täcka hela Region Jämtland Härjedalens verksamhet.

Yrkanden

Harriet Jorderud (S) yrkar på följande redaktionella ändringar :

- Under avsnitt 3.2, första meningen, ska juni ändras till augusti vad gäller det prognostiserade underskottet.
- Under avsnitt 3.3 ska nettokostnadsminskningen ändras till 120 mkr istället för 110 mkr.

Proposition

Ordförande ställer proposition på sitt eget yrkande och finner det antaget.

EKONOMIUTSKOTTETS BESLUT

1. Förslag på redaktionella ändringar godkänns.
2. Ekonomiutskottet föreslår landstingsstyrelsen

Landstingsstyrelsen föreslår landstingsfullmäktige

- a. Den långsiktiga utvecklingsplanen för god ekonomisk hushållning godkänns.
- b. Planen ska revideras våren 2015 så att den dels uppdateras utifrån de utredningar som gjorts till dess och dels för att täcka hela Region Jämtland Härjedalens verksamhet.



**Långsiktig utvecklingsplan för
GOD EKONOMISK HUSHÅLLNING 2015-2025**

Version: 0.9

Ansvarig: Landstingsfullmäktige

ÄNDRINGSFÖRTECKNING

Version	Datum	Ändring	Beslutat av	Datum
0.1	2014-02-12	Nyutgåva		
0.2	2014-03-06	Redigerat		
0.3	2014-03-10	Efter ledningsgruppen		
0.4	2014-04-08	Efter ekonomiutskott 140404		
0.5	2014-04-16	Efter ledningsgrupp 140415		
0.6	2014-04-28	Efter synpunkter (s) o (v)		
0.7	2014-05-05	Efter synpunkter (s) o (v)		
0.8	2014-05-15	Efter ekonomiutskottet		2014-05-08
0.9	2014-09-23	Till styrelsen efter återremiss från fullmäktige		

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	SAMMANFATTNING	5
2	INLEDNING	6
2.1	God ekonomisk hushållning.....	6
2.2	Innehållet i denna plan	6
2.3	Disposition av planen.....	7
3	INRIKTNING OCH MÅL.....	8
3.1	MÅL 1 God kostnadskontroll och ständiga förbättringar.....	8
3.2	Utgångsläge och denna plans resultat.....	9
3.3	MÅL 2 Åtgärder som innebär kostnadsminskningar	9
3.4	MÅL 3 Satsning på kompetensförsörjning.....	12
3.5	MÅL 4 Satsning på förebyggande hälso- och sjukvård.....	13
3.6	MÅL 5 Satsning på långsiktigt Leanarbete	14
3.7	MÅL 6 Satsning på teknisk utveckling	15
3.8	MÅL 7 Satsning på fastigheter som goda verktyg för framtidens hälso- och sjukvård	15
3.9	MÅL 8 Satsning på samverkan för effektiva flöden och kostnadseffektiv vård	15
4	AKTIVITETER OCH GENOMFÖRANDE.....	16
4.1	MÅL 1 God kostnadskontroll och ständiga förbättringar.....	16
4.1.1	Fokus på styrförmåga	16
4.1.2	Långsiktig utvecklingsplan för miljö	17
4.1.3	Strukturerat arbetssätt ang inprio och utprio	18
4.1.4	Produktions- och kapacitetsplanering/ständiga förbättringar.....	18
4.1.5	Uppvaka departement angående kostnadsutjämningsystemet mm.....	18
4.2	MÅL 2 Åtgärder som innebär kostnadsminskningar	18
4.3	MÅL 3 Satsning på kompetensförsörjning.....	19
4.3.1	Attraktiv arbetsgivare	19
4.3.2	Chefsförsörjning, säkerställa chefers kompetens.....	19
4.3.3	Framtida behov av kompetens.	19
4.4	MÅL 4 Satsning på förebyggande hälso- och sjukvård.....	20
4.5	MÅL 5 Satsning på långsiktigt Leanarbete	21
4.6	MÅL 6 Satsning på teknisk utveckling – distansoberoende teknik.....	21
4.7	MÅL 7 Satsning på fastigheter som goda verktyg för framtidens hälso- och sjukvård	21
4.7.1	Fastighetsförändringar 0 till 5 år.....	21
4.7.2	Fastighetsförändringar 5-10 år	22
4.7.3	Styrning av fastighetsinvesteringar	22

4.8	MÅL 8 Satsning på samverkan för effektiva flöden och kostnadseffektiv vård	22
5	BAKGRUND OCH PLANERINGSFÖRUTSÄTTNINGAR.....	23
5.1	Ekonomisk analys	23
5.1.1	Balanskravet	24
5.1.2	Framtiden - skräckscenariot	24
5.1.3	Läkemedel - styrförmåga	25
5.1.3.1	Strukturer för styrning	26
5.1.4	Köpt vård.....	26
5.2	Omvärldsbeskrivning	27
5.2.1	Befolkningens utveckling 2012-2032 och påverkan på vårdkonsumtionen	27
5.2.2	Trender som kommer att påverka landstinget	28
5.2.3	Regional utveckling och regional utvecklingsstrategi	28
5.3	Kompetensförsörjning	29
5.4	Förebyggande hälso- och sjukvård	32
5.5	Lean	35
5.5.1	Verksamhetsstrategi	35
5.5.2	Landstingets ledningssystem	35
5.5.3	Produktions- och kapacitetsplanering	35
5.5.4	Effekter av Lean	36
5.5.5	Vad krävs för ett långsiktigt Leanarbete?	36
5.6	Teknisk utveckling	37
5.7	Lokalförändringar	40
6	UTVÄRDERING OCH REVIDERING	41
7	UPPFÖLJNING AV DENNA PLAN.....	41

1 SAMMANFATTNING

GOD EKONOMISK HUSHÅLLNING =
positivt resultat minst 60 mkr dvs 2% av nettokostnaderna
senast vid utgången av 2018 år

Mål 1 God kostnadskontroll och ständiga förbättringar

Mål 2 Åtgärder för kostnadsminskningar:

	Vad	Effekt 2015	Effekt 2016	Effekt 2017
1	Akut omhändertagande			10 mkr
2	Sjuktransporter		20 mkr	
3	Poliklinisering			20 mkr
4	Lokal/resursutnyttjande på sjh			10 mkr
5	Metoder i vården		10 mkr	
6	Primärvården	2 mkr	13 mkr	
7	Folktandvården		5 mkr	
8	Administration		10 mkr	
9	Intäkter	20 mkr		
	SUMMA	22 mkr	58 mkr	40 mkr

Satsningsområden:

MÅL 3 Kompetensförsörjning 5 mkr/årligen (omdisponering)

MÅL 4 Förebyggande hälso/ sjukvård inom befintliga resurser

MÅL 5 Långsiktigt Lean-arbete 2 mkr/årligen

MÅL 6 Teknisk utveckling
- distansoberoende teknik 2 mkr/årligen

MÅL 7 Fastighetsförändringar Kan ej preciseras innan utvecklingsplan för
det totala fastighetsbeståndet är klar. (20141231)

MÅL 8 Samverkan inom befintliga resurser

Planen har i denna första version fokuserat på landstingets hälso- och sjukvårdsuppdrag och har inte beaktat att landstinget bildar region från 2015. Dock anges att en första revidering av planen ska ske redan våren 2015 med anledning av ny mandatperiod och regionbildningen.

2 INLEDNING

2.1 God ekonomisk hushållning

God ekonomisk hushållning innebär att landstinget ska uppnå och bibehålla en styrka i ekonomin och långsiktigt följa principen att varje generation bär kostnaderna för den service den konsumerar och beslutar om. För att komma fram till vilket ekonomiskt resultat som behövs för att uppnå god ekonomisk hushållning, måste ett antal faktorer beräknas:

- Det resultat som krävs för inflationsskydda det egna kapitalet
- Vad som behövs för att bibehålla soliditeten
- Vad som behövs som buffert för variationer i skatteintäkterna
- Vad som behövs i form av eventuellt sparande för större investeringar

Variationer mellan budgeterade och definitiva skatteintäkter uppstår alltid eftersom den ekonomiska utvecklingen aldrig går att exakt förutse. Om man bortser från de extrema variationer som uppstod i samband med finanskrisen, är en normal avvikelse mellan budgeterade och slutliga skatteintäkter för Jämtlands läns landsting +/- 30 miljoner kronor.

Efter en beräkning av alla uppräknade komponenter bör resultatet för landstinget vara cirka 60 miljoner kronor per år.

Resultatet måste vara ännu högre om större investeringar ska rymmas och dessutom måsten uppräkning över tiden ske.

I bilaga 1 finns en ekonomisk analys av landstingets kostnader och intäkter.

2.2 Innehållet i denna plan

Genom denna långsiktiga utvecklingsplan vill landstinget ta ett långsiktigt sammanhållet grepp om vad som krävs för att uppnå god ekonomisk hushållning. Det innebär också att några satsningsområden identifieras som väsentliga för att tillsammans med kostnadskontroll och kostnadsminskningar nå målet god ekonomisk hushållning.

Denna plan innehåller två delar som ger en grund att utgå från:

- Ekonomisk analys - syftet är att skapa förståelse för vad god ekonomisk hushållning innebär för Jämtlands läns landsting och hur landstingets ekonomi utvecklats under ett antal år bakåt och vad landstinget behöver ta hänsyn till i ekonomiska termer under perioden fram till 2025.
- Omvärldsbeskrivning, dvs vad ska Jämtlands läns landsting beakta i planeringen avseende - demografisk utveckling, - medicinsk utveckling - teknisk utveckling och den regionala utvecklingsstrategin (RUSen) och institutionella förändringar t ex lagar.

Planen innehåller två delar som beskriver hur den ekonomiska utmaningen ska hanteras:

- Kostnadskontroll och vardagsrationalisering
- Åtgärder som innebär kostnadsminskningar

Slutligen innehåller planen också sex satsningsområden som krävs för att möta landstingets utmaningar eller för att ge förutsättningar för att uppnå kostnadskontroll, vardagsrationaliseringar och kostnadsminskningar.

- Kompetensförsörjning
- Förebyggande hälso- och sjukvård
- Lean
- Teknisk utveckling
- Fastighetsförändringar
- Kommunal samverkan

Genom att arbeta systematiskt med dessa satsningsområden ökar chansen att förstärka landstingets varumärke i en positiv riktning – grundläggande för landstingets långsiktiga kompetensförsörjning specifikt men även generellt för hela regionen efter 2015.

För såväl satsningsområden som åtgärder för kostnadskontroll och kostnadsminskning gäller att perspektiven jämställdhet och jämlikhet finns konsekvensbeskrivna. Målet är att omotiverad skillnader ska arbetas bort och bli en del i den värdegrund som ska arbetas fram parallellt och i samklang med ett varumärkesarbete för den nya regionen.

Den långsiktiga utvecklingsplanen för god ekonomisk hushållning har en tidshorisont på 10 år dvs fram till 2025. Den beslutas och revideras av landstingsfullmäktige. Planen ligger till grund för kommande års landstingsplaner. Det innebär att det som i denna plan är uttryckt som mål, utredningsuppdrag eller satsningar ska ses som inriktningar som återkommer i aktuellt års landstingsplan som formella beslut eller under åren som specifika ärenden för politiskt ställningstagande..

2.3 Disposition av planen

Planens upplägg i fortsättningen är tre kapitel,

- Kap 3 Inriktning och mål, = Vad vill vi uppnå
- Kap 4 Aktiviteter och genomförande = Hur vill vi göra det
- Kap 5 Bakgrund och planeringsförutsättningar.

Bakgrund/planeringsförutsättningar ligger sist i dokumentet och är viktiga för förståelse av ställningstaganden i de andra två kapitlen.

3 INRIKTNING OCH MÅL

3.1 MÅL 1 God kostnadskontroll och ständiga förbättringar

En grund för god ekonomisk hushållning är att ha kontinuerlig kontroll över den årliga nettokostnadsökningen. När landstinget väl lyckas få ner kostnaderna återstår att få till en kontinuerlig kontroll över den årliga nettokostnadsökningen. Annars riskerar kostnaderna växa snabbare än intäkterna och det kommer åter att uppstå en obalans. Det kan inflikas att utan de skattehöjningar som gjordes 2003, 2009 och 2013 på sammanlagt 1 krona och 30 öre skulle landstingets obalans vid ingången av 2014 ha varit 385 miljoner kronor istället för hundra. Den obalansen kommer landstinget åter att hamna i år 2022, utan kontroll av kostnadsutvecklingen.

Hur stort behovet är av fortlöpande rationaliseringar över tiden, kan uppskattas genom beräkningar baserade på följande uppskattningar:

- Verksamhetens nettokostnader antas de första åren följa det landstingsprisindex (LPIK) som SKL tar fram när det gäller personalkostnader och sociala avgifter, läkemedel inom förmånen samt vissa av övriga omkostnader.
- Kostnadsökningstakten för övriga läkemedel har antagits följa snittökningen under perioden 2005-2013 på 13,2 procent per år.
- Riks- och regionvårdskostnaderna antas stiga med i snitt 5 procent per år, Under perioden 2002-2013 ökade de för Jämtlands läns landsting med i snitt med 6,5 procent per år.
- Pensionskostnaderna har för de fem första åren hämtats från KPAs prognos december 2013.
- De första tre åren har skatteintäkterna hämtats från landstingsplan 2014-2016. Skatteintäkterna har antagits växa med i snitt 2,7 procent per år fr o m 2017, vilket motsvarar ökningstakten perioden 2002-2013 om effekten av skattehöjningarna med sammanlagt 1 krona och 30 öre under den perioden räknas bort. Denna period innehöll år med både stark utveckling, i synnerhet före finanskrisen, och svaga år. Det finns få skäl att anta att det närmaste decenniet ser bättre ut.
- Verksamhetens intäkter = verksamhetens intäkter 2013 exklusive AFA-återbetalningen.
- Intäkter med samma andel av de prestationsbaserade statsbidragen som i nuläget.

Denna beräkning resulterar i att kostnaderna är ca 30-50 mkr högre än intäkterna varje år, detta motsvarar ca 0,8-1,3% av de totala kostnaderna.

En kontroll av nettokostnadsutvecklingen kräver en minskning av ökningstakten för samtliga kostnadsgrupper. Det handlar bl a om att åtgärda kvalitetsbristkostnader och genom systematiskt LEAN-arbete skapa effektiva flöden, dvs ständiga förbättringar. Dessutom bör landstinget fokusera mer på att få del av den del av de prestationsbaserade statsbidragen som är möjliga att få.

ATT OBSERVERA : Målet ovan är ingen enkel åtgärd. Paketen i nästa kapitel är åtaganden utöver detta vilket gör de ansträngningar som krävs för kostnadskontroll än mer utmanande.

3.2 Utgångsläge och denna plans resultat

Efter augusti 2014 prognostiseras ett underskott på 134 miljoner kronor. OM utvecklingen av kostnaderna och intäkterna utvecklas i takt under 2015-2017 dvs att inget nytt budgetunderskott uppstår kommer budgeterat resultat och åtgärderna i nästa kapitel att ta bort nuvarande underskott och en ekonomi i balans kan uppnås vid utgången av 2018.

Miljoner kr	2014	2015	2016	2017
Landstingsplan 2015-2017		21	23	21
Prognos	-134	-134	-112	-54
Åtgärder		22	58	40
Resultat	-134	-91	-31	7

I årsbokslutet 2013 anges att det balanserade underskottet är 188 miljoner kronor. OM ovanstående plan följs kommer det balanserade underskottet att kunna börja återbetalas fr o m 2018, men då har underskottet växt från nuvarande 188 mkr till 440 mkr. Det betyder att om varje år ger 60 mkr i överskott kommer tidigare års obalans att vara återbetald 2025.

3.3 MÅL 2 Åtgärder som innebär kostnadsminskningar

I detta kapitel presenteras 9 åtgärdspaket som tillsammans innebär nettokostnadsminskning på 120 mkr. Paketet beskriver övergripande var åtgärder ska vidtas för att minska kostnaderna/öka intäkter. Varje paket behöver fördjupade utredningar varför det i detta skede inte är möjligt att göra konsekvensanalyser. Det ingår i utredningarna att göra konsekvensanalyser. I varje paket finns åtgärder som kommer att innebära att frågeställningar kommer tillbaka till politiskt avgörande som särskilda ärenden, medan andra åtgärder kommer att kunna verkställas löpande av verksamheten utifrån befintliga befogenheter.

Den politiska vilja som uttalas i landstingsplan/regionplan 2015-2017 och den långsiktiga utvecklingsplanen för miljö ska beaktas vid verkställande av dessa åtgärdspaket.

PAKET 1: Genomlysning/utredning av akut omhändertagande

Detta inkluderar ambulansverksamhet, akutmottagning, psykakut, andra former för akut omhändertagande tex direkt in på rätt avdelning, användning av OBSplatser mm. Syftet är tvåfalt dels att effektivisera resurserna så att kostnaderna kan minska och dels uppnå kortare ledtider för patienterna.

Ekonomiskt mål: minskad kostnad 10 mkr

Tidplan: Utredning/analys klar 20150630

Måltidpunkt: 20170101

PAKET 2: Genomlysning/utredning av alla sjuktransportslag

Detta avser effektivisering av nyttjandet av sjukresor med egen bil, buss, taxi, tåg och ordinarie

flyg. Det inkluderar också utarbetande av riktlinjer för effektivaste nyttjandet av vägambulans, flygambulans och helikopter. Slutligen inkluderas effektivisering av administrationen kring beställning av dessa transporter. Syftet är att effektivisera, samordna, koordinera och ge tydliga riktlinjer för när vilket färdssätt ska nyttjas.

Ekonomiskt mål: minskad kostnad 20 mkr

Tidplan: Utredning/analys klar 20141230

Måltidpunkt: Tidigast 20160101 eftersom kostnadsslagen bygger på uppsägning av avtal, nya upphandlingar och/eller start av egen regi vilket betyder följsamhet till avtalslängd och LOU.

PAKET 3: Ökad poliklinisering av vården på sjukhuset.

Varje centrum analyserar vad som är lämpligt att poliklinisera dvs flytta från slutenvård på sjukhuset till öppenvårdsmottagning på sjukhuset, till primärvården eller till patientens hem. Analysen ska också beskriva vad som krävs för att genomföra förändringen (utrustning, distansteknik, lokalförändringar, personal, kompetens).

Ekonomiskt mål: minskad kostnad 20 mkr

Tidplan: Centrumens utredning/analys klar 20150630.

Sammanlagd plan för hela sjukhuset klar 2015-12-31

Måltidpunkt: 20170101 (eftersom 2016 är verkställighetstid tex lokalförändringar)

PAKET 4: Effektivisera lokal/resursnyttjande inom sjukhuset

En centrumöverskridande analys ska genomföras för att se om det finns lokaler, utrustningar, verksamheter som kan samnyttjas av fler verksamheter och om vårdplatserna kan struktureras på annat effektivare sätt.

Ekonomiskt mål: minskad kostnad 10 mkr

Tidplan: Analys klar 20141231

Måltidpunkt: 20170101 (eftersom lokalplanering under 2015 och 2016 verkställighetstid)

PAKET 5: Analys av metoder/utbud i vården

Varje centrum ska göra analys av befintliga metoder i vården. Görs åtgärder som enligt nationella riktlinjer inte ska göras? Görs åtgärder där billigare alternativ kan väljas? Analys av vilket utbud JLL ska erbjuda samt hur ny teknik kan ge nya effektivare arbetssätt. Finns vårdkostnader skapade av vården själv pga brister i rutiner, kvalitet eller metoder? I analysen ska också ingå att tydliggöra gränsen mellan verksamheternas egna ansvar och när förändringen kräver politiska beslut. I analysen ingår slutligen också att värdera vilket utbud som ska ske i egen regi eller köpas.

Ekonomiskt mål: minskad kostnad 10 mkr

Tidplan: Analys klar 20151231 och ständigt pågående

Måltidpunkt: 20160101 successivt och alltid

PAKET 6: Förändra strukturen för Primärvården

Det finns tre uppdrag givna angående primärvården:

- Se över strukturen för primärvården i Östersund
- Se över strukturen för primärvården i länet i övrigt
- Se över verksamheten på närvårdsavdelningen (NÄVA) i Strömsund

Med struktur avses: verksamheternas arbetssätt, utveckling genom ny teknik, definition av

primärvårdens uppdrag och verksamheternas lokaliseringar. I utredningsarbetet ska beslut om utveckling inom glesbygdsmedicin beaktas.

Ekonomiskt mål: Den landstingsdrivna primärvården ska 2015 kunna finansieras inom befintlig hälsovalsersättning, dvs inga underskott

Tidplan: Påbörjas under 2014, delrapportering hösten 2014

Måltidpunkt: 2015 (NÄVA) 2016 övriga uppdrag.

PAKET 7: Förändra strukturen för Folktandvården

Tandvårdens mål är att verka för en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen. Tandvården har krav på sig att vara av god kvalitet med en god hygienisk standard och lägga särskild vikt vid förebyggande åtgärder, tandvårdslagen (1985:125) 2§ och 3§. Landstinget har ett ansvar att planera tandvården med utgångspunkt i befolkningens behov, tandvårdslagen (1985:125) 8§.

Ett minskat befolkningsunderlag leder till allt större problem att upprätthålla verksamhet med den tillgänglighet över hela länet som är önskvärd. Ett problem är att små kliniker med sviktande patientunderlag inte klarar att själva finansiera lokaler, utrustning och kompetensförsörjning. Skattemedel tillskjuts idag för att stödja verksamheten på vissa orter.

Ett annat problem är att rekrytera nya medarbetare till dessa kliniker. En generell ståndpunkt är att så kallade entandläkarkliniker inte är att föredra utifrån kvalitet, sårbarhet vid frånvaro och behov av kollegialt utbyte. Nyutexaminerade tandläkare och hygienister är inte aktuella för dessa kliniker eftersom de kräver handledning och stöd från rutinerade kollegor.

För att säkerställa invånarnas tillgänglighet till en kvalitativ och konkurrenskraftig tandvård med en god ekonomisk balans även i framtiden, ges nedanstående uppdrag.

Uppdragets mål är:

- Att tillgodose Jämtlands läns medborgare tillgänglighet till kvalitativ och konkurrenskraftig tandvård i framtiden med långsiktigt hållbar ekonomi.
- Att konkurrensneutralitet ska vara säkerställt.

Krav på uppdraget

- Att ta fram en plan för framtida lokalisering av Folktandvården i relation till medborgarnas behov. Särskild hänsyn ska tas till de prioriterade patientgrupperna, akut tandvård, barn och ungdomar och de med rätt till nödvändig tandvård.
- Utifrån ovanstående plan lägga förslag på bemanning och vårdutbud.
- Undersöka mobila alternativ.

Tidplan, start februari 2014, klart september 2014.

- Utredda specialisttandvårdens uppdrag i form av vilka specialiteter som ska finnas, i vilken omfattning samt finansiering.
- Utredda sjukhustandvårdens uppdrag och finansiering.

Tidplan, start februari 2014, klart december 2014.

Ekonomiskt mål: positivt utfall +/- 0 2015 och +5 mkr fr o m 2016

PAKET 8 Minskning av administrativa och landstingsövergripande kostnader

Landstingsstyrelsen gör 2013/2014 en administrativ utredning med extern konsult. Resultatet presenteras för styrelsen mars 2014. Landstinget bildar från 20150101 region och övertar det regionala utvecklingsansvaret vilket innebär en sammanläggning av landstingets och regionförbundet Jämtlands läns verksamhet. Under 2014 ska analyser ske av möjligheter till minskning av administrativa och organisationsövergripande kostnader.

Ekonomiskt mål: minskad kostnad 10 mkr

Tidplan: Klart 20141231

Måltidpunkt: successivt under 2015 med full effekt 2016

PAKET 9 Översyn av landstingets externa intäkter förutom skatt

En översyn av landstingets intäktsmöjligheter ska göras med tre delar:

- Översyn av patientavgifterna, jämförelse med riket, mängden olika avgiftsnivåer, - hur styr avgifterna vårdkonsumtionen.
- Översyn av nivån på utomlänsintäkterna dvs regionala prislistan – gemensamt inom Norrlandstingens Regionförbund
- Översyn av vilka verksamheter JLL har som kan sälja vård till andra landsting
- Översyn av övriga intäkter – finns möjligheter att öka intäkterna inkluderande möjligheterna att ta del av statliga stimulansmedel och möjligheterna att söka extern finansiering.

Ekonomiskt mål: ökade intäkter 20 mkr

Tidplan: Klart 20141231

Måltidpunkt: 20150101 delvis, full effekt tidigast 2015-06-30.

3.4 MÅL 3 Satsning på kompetensförsörjning

Med kompetensförsörjning avses att rekrytera, utveckla, behålla och avveckla kompetens.

Landstinget eftersträvar jämställdhet och jämlikhet mångfald i hela sin organisation.

Mångfald/olikheter bland landstingets medarbetare ska värdesättas och tillvaratas så att blandningen av kompetenser och erfarenheter skapar kreativa miljöer, ger nya infallsvinklar och fler perspektiv och därmed bättre resultat i verksamheten.

Det är viktigt med ett aktivt arbete för att upprätthålla en akademisk miljö som både underhåller den regionaliserade läkarutbildningen och stimulerar forsknings- och utvecklingsintresse hos vår personal.

För långsiktig kompetensförsörjning finns följande mål:

- Landstinget ska vara en attraktiv arbetsgivare
- Landstinget ska ha en god chefsförsörjning
- Landstingets kompetensförsörjning ska understödja omställning till framtidens sjukvård (se kap 5.3.1 ang framtida trender)

- Landstinget ska införa svensk standard för kompetensförsörjning för att kunna göra långsiktig planering och insatser som bygger på underlag med god kvalitet. Detta innebär:
 - Varje verksamhet ska ha en kompetensförsörjningsplan. Planen ska i samband med budgetarbetet uppdateras och revideras vid behov.
 - Varje medarbetares kompetens ska kartläggas och dokumenteras löpande.
 - Prognoser på landstingets kompetensförsörjningsbehov ska upprättas i 4, 8 och 12 års-perspektiv utifrån verksamheternas kompetensförsörjningsplaner. Prognoserna ska revideras varje år.
 - Aktivitetsplaner kopplat till prognoserna ska upprättas i 1, 4, 8 och 12 års-perspektiv. Ska revideras årligen.

3.5 MÅL 4 Satsning på förebyggande hälso- och sjukvård

Hälso- och sjukvårdslagen gjorde sjukdomsförebyggande arbete lagfäst och jämställt med sjukvårdande. Utöver vårdens traditionella roll att behandla sjukdom och skada, har hälsofrämjande hälso- och sjukvård en vidare roll i förebyggande av sjukdom och skada samt i främjande av hälsa. Ändamålet för hälso- sjukvården blir därför ett förbättrat hälsotillstånd för den enskilde och för befolkningen. En god hälsa förutsätter god munhälsa och tandvården måste ingå i förebyggande insatser.

Både livsvillkor och levnadsvanor påverkar vår hälsa. Förebyggande och hälsofrämjande insatser har positiva effekter upp i höga åldrar både då det gäller hälsan och livskvaliteten.

Det finns goda vetenskapliga belägg för att hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser är effektiva för att förbättra folkhälsan, men det är fortfarande oklart i vilken grad insatserna har lett till en mer jämlik och jämställd hälso- och sjukvård. För att kunna vara aktiv i arbetet med jämlikhet och jämställdhet krävs att hälso- och sjukvården är medveten om att olika grupper har olika hälsa, ohälsa samt vårdbehov. I Sverige finns stora skillnader i hälsa mellan olika grupper i befolkningen när det gäller dödlighet, sjuklighet och självskattad hälsa. Särskilt utsatta är individer med ogynnsamma livsvillkor – individer med låg socioekonomisk status. Dessa är också svårast att nå med hälsofrämjande insatser

De nya nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder ska implementeras.

Landstinget behöver utveckla och tillämpa hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande metoder genom att systematiskt integrera dessa i allt löpande vårdarbete. Genom att utvärdera insatsernas hälsoeffekter går det att bedöma vilka av dem som har främjat hälsa vilket kan leda till en effektivisering av hälso- och sjukvårdens totala resurser.

Skadeprevention och forskning är viktiga inslag i detta arbete, liksom en god fysisk miljö i både hem och på arbetsplatser. Grupper med ogynnsamma livsvillkor bör prioriteras. Människor måste ges möjlighet att själva få vara delaktiga i sin vård och att själva kunna påverka sin hälsa.

Samverkan med kommunerna ska vara ett naturligt arbetssätt t ex samarbete med förskola-skola.

Sjukvården ska arbeta för att skapa hälsa – inte bara bota och lindra sjukdomar

Målvärde:

- *Tobacco Endgame – Rökfritt Sverige 2025* är ett opinionsbildningsprojekt. Tobaks- och folkhälsoexperter i Sverige föreslår att regering och riksdag beslutar om 2025 som mål för utfasningen av rökningen i vårt land och att mindre än 5 procent av befolkningen då röker. Det är en nivå som kommer att göra rökningen till ett mindre allvarligt folkhälsoproblem än i dag.
Jämtlands läns landsting bör vara första landsting att ansluta sig till detta och sätta upp målet: Rökritt Jämtlands län 2025.
- Utveckla metoder för folkhälsoarbete i praktiken och satsa åtgärder som ger minskad sjukdomsburda och minskade sjukvårdskostnader t ex skadeprevention, våldspreventivt arbete, åtgärder kopplade till psykisk ohälsa, övervikt/fetma och åtgärder som leder till minskning av alkoholrelaterade sjukdomar och skador.

3.6 MÅL 5 Satsning på långsiktigt Leanarbete

Syftet är att säkerställa att Leansatsningen är långsiktig och uthållig och ger avsett resultat dvs att Landstingsplanens mål uppnås. Inriktningen är att koppla samman Lean med landstingets styrmodell och produktions- och kapacitetsplanering, beskriva vilka resursinsatser som krävs samt beskriva hur de olika delarna kompletterar varandra och inverkar på patientsäkerhet, medicinsk kvalitet, ekonomi, flöden och tillgänglighet.

Målvärde 4 år:

- JLL modell för lean förbättringsarbete är framtagen och används - hur värdeflödeskartläggning genomförs, verktygslåda mm
- Styrtaflor används
- Leancoacher är utbildade som stöd till verksamheten
- Samtliga chefer har utbildning eller ska utbildas i Lean
- Leanspelsledare finns
- Ledarskaputbildning utifrån leans principer finns
- Förbättring av JLLs baslinjemått på Lean

Målvärde 8 år:

- JLL omnämns som exempellandsting i Sverige avseende Lean Healthcare
- Lean Forums Lean Healthcare-konferens nationellt har arrangerats av JLL
- Samarbetet med MIUN är etablerat och formaliserat
- Leansatsningen har varit föremål för FOU-publikation

Målvärde 12 år:

- Lean som filosofi genomsyrar hela verksamheten

3.7 MÅL 6 Satsning på teknisk utveckling

Målvärde 4 år: Minst en huvudprocess inom varje område har utvecklat vårdtjänster som använder distansoberoende teknik

Målvärde 8 år: Utvecklad teknik tillsammans med hemsjukvården

Målvärde 12 år: Egenvård med stöd av distansoberoende teknik har minskat akutflöden och minskat återbesök

3.8 MÅL 7 Satsning på fastigheter som goda verktyg för framtidens hälso- och sjukvård

Vården förändras allt snabbare och det är viktigt att lokalerna anpassas efter vårdens behov så att lokalen inte är ett hinder i verksamheten och dess utveckling. Lokalerna ska vara ändamålsenliga och strukturen skall underlätta vårdverksamhetens strävan mot effektiva patientflöden (LEAN).

- Kostnaden för lokalen är viktig men kostnaden för den vårdverksamhet som bedrivs i lokalen är 10-20 gånger större och kan ändamålsenliga lokaler underlätta vårdflödet så är det oftast mycket väl investerade pengar i ett Landstingsperspektiv. Ett övergripande beslut i landstingsfullmäktige är taget att specialistsjukvården skall vara lokaliserad till nuvarande sjukhusområde i ett 50-års perspektiv
- En fastighetsutvecklingsplan avseende 2015-2025 är under framtagande
- En översyn på primärvårdsverksamheten pågår i Östersund som kommer att påverka fastighetsbeståndet

Målet i första steget är att ta fram en långsiktig utvecklingsplan för landstingets totala fastighetsbestånd. Klart 20141231

3.9 MÅL 8 Satsning på samverkan för effektiva flöden och kostnadseffektiv vård

Samverkan innehåller både samverkan med länets kommuner och samverkan med andra landsting.

Samverkan med kommunerna

Måldokumentet gemensam hälso- och sjukvårdspolitik har tre mål:

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

Detta dokument ska fördjupas genom en handlingsplan under 2014.

Samverkan med kommunerna för att minska återinläggningar och tillfälligt kunna nyttja korttidsplatser.

Samverkan med kommunerna för att göra mer i hemmen av både specialiserad vård och primärvård.

Samverkan med kommunerna för att utveckla distansteknik mellan specvård-PV-kommun och distansteknik som understöd för egenvård.

Samverkan med Östersunds kommun avseende kostverksamhet skulle kunna ge goda ekonomiska effekter. Även ökat samarbete avseende telefoni, löner och andra servicefunktioner kan vara av intresse.

Samverkan med andra landsting

Samverkan med andra landsting har följande syfte:

- Nyttja samverkan inom norra sjukvårdsområdet via Norrlandstingens Regionförbund så att JLL kan ta del av andras kompetenser istället för att ha egna resurser
- Nyttja samverkan inom norra sjukvårdsområdet för gemensamma forskningsprojekt för att stimulerar vår personal att delta i andras projekt, och för våra forskare att tillsammans med andra få större patientunderlag och utvecklande forskningssamarbete.
- Utveckla samarbetet med Landstinget Västernorrland för att se vilka gemensamma effektiviseringar som kan uppnås.
- Närma oss Nord och Sör-tröndelag inkl Trondheim inom vissa delar vad gäller specialiserad vård, forskning, telemedicin mm.

Resultatet är beroende på mottagande hos de andra landstingen

Även samverkan med näringslivet ska beaktas för att uppnå kostnadseffektivvård

4 AKTIVITETER OCH GENOMFÖRANDE

4.1 MÅL 1 God kostnadskontroll och ständiga förbättringar

4.1.1 Fokus på styrförmåga

De olika kostnadsslagen har olika förutsättningar när det gäller styrning, och kräver därför olika angreppssätt.

- Personalkostnaderna styrs främst av enhetschefernas beslut
- Läkemedelskostnaderna styrs av nationella och regionala ageranden kring nya läkemedel men också av alla läkares "fria förskrivningsrätt". Därför krävs här särskilda styrningsstödande åtgärder.
- Riks- och regionvårdskostnader styrs dels av läkarnas remitteringar och dels av avtalen med universitetssjukhusen (priset). I viss mån påverkas dessa kostnader också av universitetssjukhusens ambitioner och nya metoder. Dessutom handlar detta om de svårast sjuka patienterna. Därför krävs också här särskilda åtgärder.
- Pensionskostnaderna är till vissa delar påverkbara genom besluten om personalkostnader, medan andra delar inte är påverkbara t ex finansiell utveckling av skulden.

För att nå målet kostnadskontroll ständiga förbättringar krävs fokusering på styrförmågan och att anpassa direktiv och åtgärder för att uppnå kostnadskontroll.

Personalkostnader

Ökad styrning av personalkostnaderna handlar dels om att utveckla bemanningsmål och dels om utveckling av kompetensförsörjning med hjälp av svensk standard, samt om analyser av kostnadskonsekvenser av nödvändiga förändringar av jämställdhets och jämlikhetsskäl – som också är en rekryteringsfråga.

Läkemedelskostnaderna

Följande strategiska frågor bör utredas:

- Utveckla och förtydliga uppdragen till Läkemedelskommittén och styrgrupp läkemedel.
- Vilken målsättning har JLL med läkemedelsförskrivningen? Ska vi fortsatt ha en låg förskrivning med ökad styrning till rekommendationslistor o upphandling?
- Hur stor ”frihet” innebär den fria förskrivningsrätten – hur stora möjligheter har verksamhetschefen att i dialog med MLU och läkare att styra över förskrivningen.
- Läkemedelsnäratjänster – vad ska JLL göra själva i framtiden? – finns det konkurrens som pressar priserna för JLL inom området, eller är det billigare att göra själva?
- Kompetensväxling – vad skulle farmaceuter ute i vården kunna göra? Det finns studier som visar att kvaliteten ökar om en farmaceut finns med i flödet läkemedelsavstämning, läkemedelsgenomgångar och läkemedelsberättelse mm.

Riks och regionvårdskostnader

Våren 2014 pågår en genomgång kring den köpta vården per specialistområde. Syftet med genomgången är att se om det finns förutsättningar för ”hemtagning” av vård som vi idag köper. När denna analys är klar kommer ledningsgruppen att fatta beslut om vilka åtgärder som ska prioriteras.

Inom ramen för samarbetet inom Norrlandstingens Regionförbund diskuteras också bildande av ett strategiskt råd för att köparlandstingen tillsammans med NUS ska kunna påverka utvecklingen av den vård vi köper, diskutera ambitionsnivåer och få framförhållning i de förändringar som sker.

Uppföljning och förutsättningar för att ta ansvar

Utvecklad och tätare uppföljning av enheter och enhetschefer, områden och områdeschefer och centrum och centrumchefer och av landstingsdirektören, dvs alla nivåer. Delegerat beslutsfattande och tydliga befogenheter och utvecklat stöd till cheferna så att de kan ta ansvar och bli utvärderade utifrån givna förutsättningar.

4.1.2 Långsiktig utvecklingsplan för miljö

Landstinget har en fastställd långsiktig plan för sitt miljöarbete, Miljö-LUP. Att genomföra ett långsiktigt arbete med att minska miljö och klimatpåverkan i verksamheten kommer att kräva

resurser men även minska kostnader på många områden.

Ett område som landstinget i Miljö-LUPen prioriterar är landstingets hantering av kemikalier som förutom en negativ miljöpåverkan kan utgöra en arbetsmiljörisk för personal och patienter och kan även kosta mycket att köpa in och hantera. Kan några av dessa kemikalier ersättas av ofarliga kemikalier minskar vi både risker och kostnader.

Även inom avfalls, energi och resor/transporter finns åtgärder beskrivna i miljö-LUPen som kan bidra till lägre kostnader.

4.1.3 Strukturerat arbetssätt ang inprio och utprio

JLL har ett strukturerat arbetssätt när det gäller att starta nya metoder, verksamheter. Det som avses är arbetet med inprioriteringar och utprioriteringar. I det arbetet deltar både tjänstemän och politiker. Det är viktigt att fortsätta detta strukturerade arbetssätt och utveckla det ytterligare ang framförhållning och metoder.

4.1.4 Produktions- och kapacitetsplanering/ständiga förbättringar

En viktig del i JLLs förmåga till kostnadskontroll och vardagsrationaliseringar handlar om utvecklad produktions- och kapacitetsplanering och förmåga att effektuera ständiga förbättringar..

4.1.5 Uppvakta departement angående kostnadsutjämningsystemet mm

När det gäller skatteintäkterna har det endast varit under de år som landstingsskattesatsen höjts som skatteintäkterna ökat så kraftigt att det överstigit den ”normala” ökningen av landstingets nettokostnader. När det gäller utvecklingen av de kommunala utjämningsbidragen, innebar den senaste förändringen en förbättring för landstinget, men fortfarande måste utvecklingen av bidragen för landstingets del anses vara en stor försämring.

Många betraktar dessa intäkter som opåverkbara från ett landstingspolitiskt perspektiv. Tidigare har grupper av politiker och tjänstemän från landstinget uppvaktat departement. Med hjälp av fakta och analysunderlag har man visat på vad Jämtlands län med våra speciella omständigheter med långa avstånd m m behöver för att våra förutsättningar att bedriva en likvärdig vård ska kunna jämföras med övriga landet. Då lyckades man få med t ex glesbygdsfaktorn som gjorde tidigare systemet bättre än vad det annars hade varit. Det finns goda skäl att fundera på om dessa aktiviteter borde återupptas.

Även i andra strategiska frågor bör uppvaktningar/inbjudningar till nationell nivå beaktas.

4.2 MÅL 2 Åtgärder som innebär kostnadsminskningar

Verkställandet av de 9 paketen ska ske genom att varje paket betraktas som ett projekt. Det betyder att en projektledare utses, projektplan skrivs (i ProjektiL) och förankras i LDs ledningsgrupp. LD är projektägare och LDs ledningsgrupp är styrgrupp. Varje projekt ska vara

uppdelat i delmål så att styrning och uppföljning kan ske aktivt. Verkställighet av förslag i varje delmål ska också kunna ske, dvs inte behöva vänta på att hela projektet är klart.

4.3 MÅL 3 Satsning på kompetensförsörjning

Ansvarig för satsningen: Personalchefen

4.3.1 Attraktiv arbetsgivare

Långsiktiga åtgärder för att vara en attraktiv arbetsgivare kommer att tas fram i Personalstrategi 2015-2017. Den ska stödja organisationen med rätt kompetens.

4.3.2 Chefsförsörjning, säkerställa chefers kompetens.

Landstinget behöver tydliggöra vilka förväntningar och krav som landstinget har på chefs- och ledarskapet. För att det ska uppnås måste landstinget också skapa förutsättningar för att kunna utöva ett gott chefs- och ledarskap. Som en del i ledarförsörjningen ska landstinget ta tillvarata intresserade medarbetare och som har förmåga att bedriva ledarskap.

4.3.3 Framtida behov av kompetens.

Landstinget behöver bättre kontroll och styrförmåga över vilken kompetens som behövs i framtiden och för att kunna bedöma verksamhetens behov av kompetensutveckling. Utifrån det behövs en modell för att strukturellt och systematiskt kunna förutse kommande behov.

Svensk standard för kompetensförsörjning är en modell som tillgodoser detta. För detta behövs systemstöd samt en samordnare/projektledare som arbetar tillsammans med närmsta chef för införande. Projektplan för detta innehåller - Införa svensk standard för långsiktig kompetensförsörjning, ta fram förslag för systemstöd, införande/utbilda chefer, handlingsplan för långsiktig kompetensförsörjning, kopplad till LUP god ekonomisk hushållning. Den handlingsplanen ska revideras årligen.

Svensk standard för kompetensförsörjning kommer att ge bättre styrförmåga på kompetensförsörjningen, underlag för bättre bemanningsplanering, svar på vilket behov och omfattning av kompetens JLL har.

Därefter finns grund för att arbeta med:

- **Kompetenssammansättning**
Landstinget behöver veta vilken kompetenssammansättning som behövs och planera önskvärd kompetensförskjutning. Landstinget behöver också förutse önskade kompetensförskjutning – när kompetens som behövs/önskas inte kan rekryteras och annan kompetens ersätter.
- **Kompetensutveckling**
För att landstinget att klara kompetensförsörjningen så kommer kartläggning att visa vilken behov av kompetensutveckling som finns.

- **Kompetensavveckling**

Utifrån prognoser kan det också finnas behov av omställning eller avveckling av Satsning på samverkan för effektiva flöden och kostnadseffektiv vård kompetens. Det ska på samma sätt som framtida behov beskrivas i handlingsplanerna.

Kostnadsberäkningar:

- Inköp av systemstöd , uppskattningsvis ca 300 tkr årligen, projektledare/samordnare: 2014 - 378 tkr . 2015 - 500 tkr
- Medel för åtgärder: uppdragsutbildning, karriärtjänster, kompetensstegar, kompetensutveckling, chefsutbildning/utveckling. Landstinget kommer att behöva ha en ökad ambition avseende att erbjuda och stimulera utbildningsmöjligheter i egen regi och/eller med ekonomiskt stöd, ökade marknadsföringsinsatser på högstadium och gymnasium samt möjligheter att ”pröva på” (aspirantutbildning).
- **Ekonomisk lösning:** Idag finns fem miljoner i budget för särskild avtalspension SAP. Ändamålet för denna budget utvidgas så det som inte används för SAP kan avsättas för samordnare och inköp av systemstöd och åtgärder för långsiktigt kompetensförsörjning enligt beslut av landstingsdirektören. Utredning om studiemedel pågår.
(2014 inkom ca 12-14 ansökningar om SAP varav hälften beviljades till en kostnad på 600 tkr, de avslagna ansökningarna rörde bristyrken.)

4.4 MÅL 4 Satsning på förebyggande hälso- och sjukvård

Ansvarig för satsningen: Hälso- och sjukvårdschefen

För att bli framgångsrika i arbetet med förebyggande hälso- och sjukvård krävs konkreta handlingsplaner, tydliga uppdrag och forskning på vad som är verksamma metoder. Genom fokusering och överenskommelse via konkreta handlingsplaner ska landstingets specifika folkhälsoresurser och landstingets hälso- och sjukvård tillsammans agera för att nå uppsatta mål.

Åtgärderna ska genomföras i det direkta patientarbetet där följande grupper är prioriterade:

Nyblivna föräldrar genom BVC
Barn, föräldrar och personal i förskolan
Barn föräldrar och personal i skolan
Ungdomar i gymnasieskolan genom ungdomsmottagningen

Riktade insatser ska också ske till

Grupper med högre ohälsotal
Arbetslösa
Sjukskrivna
Funktionsnedsatta
Fallprevention för äldre
Rökare
Överviktiga

Kostnadsberäkningar: Detta arbete ska ske inom ramen för de resurser som landstinget har.

4.5 MÅL 5 Satsning på långsiktigt Leanarbete

Ansvarig för satsningen: Landstingsdirektören via den särskilda styrgruppen för Lean.

Det finns en aktivitetslista/handlingsplan för planerade åtgärder inom Leansatsningen.

Aktivitetslistan ska uppdateras årligen.

Kostnadsberäkningar:

Resursåtgången för aktiviteter beskrivna i en särskild aktivitetslista/handlingsplan samt en heltidstjänst som Leansamordnare uppskattas till 2 mkr per år. Medlen behöver avsättas varje år under åtminstone 2015-2020.

4.6 MÅL 6 Satsning på teknisk utveckling – distansoberoende teknik

Ansvarig för satsningen: Landstingsdirektören

Jämtlands läns landsting har under 2000-talet genomfört några satsningar för att införa distansoberoende teknik. Dessa projekt har inte varit så framgångsrika pga av att de har fokuserat för mycket på de tekniska lösningarna medan arbetssätt, samarbetsformer och medarbetarnas inställning till teknikförändringen inte beaktats tillräckligt. För att nu bli framgångsrika måste dessa lärdomar beaktas.

Inom just detta område finns det möjligheter att söka extern finansiering som måste bevakas. Men utvecklingen inom detta område måste starta oberoende av om extern finansiering erhålls eller inte. Därför måste ett särskilt anslag avsättas med Landstingsdirektören som beslutande för att stimulera till utveckling där engagerade medarbetare har kostnadseffektiva lösningsförslag.

Kostnadsberäkningar: 2 miljoner kr avsätts årligen för investeringar i distansoberoende teknik eller åtgärder för ändrat arbetssätt med ny teknik.

4.7 MÅL 7 Satsning på fastigheter som goda verktyg för framtidens hälso- och sjukvård

Ansvarig för satsningen: Fastighetschefen

4.7.1 Fastighetsförändringar 0 till 5 år

Den närmaste 5-årsperioden pågår ett projekt på sjukhuset vars huvudsyfte är att förbättra verksamheten på ortoped och kirurgmottagningarna på plan 6. Detta innebär relativt många omflyttningsprojekt för att förbättra för våra patienter och vår arbetsmiljö.

I primärvården Östersund pågår en förändring av verksamheten.

4.7.2 Fastighetsförändringar 5-10 år

Ett arbete pågår med en utvecklingsplan för sjukhuset. Vårt sjukhus är helt fullt och det mycket svårt att inom befintliga byggnader att utveckla lokalerna. Exempelvis har dagens operationslokaler svårt att klara vårdens krav på utrymmen eftersom utvecklingen går mot mer och mer avancerad teknik som inte ryms inom nuvarande lokalytor. I utvecklingsplanen tittar vi på kvarterets totala utvecklingspotential att möta lokalkraven som behövs för att driva en effektiv och säker vård. Några exempel på verksamheter och aktiviteter som skulle utvecklas på ett positivare sätt med ändamålsenligare lokaler är:

- Intensivvården med operation
- Dagvården dvs lokaler som är tillgängliga och anpassade för medicinsk behandling över dagen utan att läggas in.
- Bättre intern logistik mellan avdelningar för att underlätta patientens väg genom vården
- Patienthotell
- En-patient-rum
- Skapa mer och bättre miljöer där vården och patienten kan mötas på en jämlik nivå
- Bättre skydd mot smittspridning
- Förbättrad parkeringslösning inom sjukhuskvarteret

4.7.3 Styrning av fastighetsinvesteringar

Fastighetsinvesteringarna som kommer fram i den fastighetsutvecklingsplan måste synkroniseras mot verksamheternas utvecklingsbehov. Detta sker genom förankring i LDs ledningsgrupp.

I anslutning till inprioriterings- och utprioriterings-diskussionerna ska också fastighetsbehoven analyseras. Hur detta ska ske framgår av det investeringsreglemente som är under utarbetande (beslut våren 2014).

Slutligen bör en politiska referensgrupp inrättas för att följa arbetet med fastighetsutvecklingen

Kostnadsberäkningar :

Inga kostnadsberäkningar kan göras innan den långsiktiga utvecklingsplanen för landstingets totala fastighetsbestånd är klar. (20141231) I den planen kommer kostnadsberäkningar att göras.

4.8 MÅL 8 Satsning på samverkan för effektiva flöden och kostnadseffektiv vård

Ansvarig för satsningen. Landstingsdirektören

Angreppssättet för att uppnå en fördjupad och effektiviserande samverkan med kommunerna består av

- Förankrat arbete med handlingsplanen till gemensam hälso- och sjukvårdspolitik – tidplan klart under 2014.
- Via fredagsgruppen och ledningskraft verka för att gemensamma lösningar för att minska återinläggningar

- Via fredagsgruppen och ledningskraft aktualisera gemensam utveckling kring vård i hemmen
- Via fredagsgruppen och ehälsa-samarbetet verka för att tillsammans med kommunerna utveckla distansteknik mellan specvård-PV-kommun
- Uppdrag utformas för kontakter angående samverkan inom kostområdet och andra servicefunktioner.

Angreppssättet för att uppnå en fördjupad och effektiviserande samverkan med andra landsting består av:

- Via Beredningsgruppen i Norrlandstingens Regionförbund och Landstingsdirektörerna aktualisera samverkan inom norra sjukvårdsområdet så att JLL kan ta del av andras kompetenser istället för att ha egna resurser
- Via NRFs FOUU-råd delta i utvecklande forskningssamverkan.
- Landstingsdirektören utser en grupp med särskilt uppdrag att utveckla samarbetet med Landstinget Västernorrland för att se vilka gemensamma effektiviseringar som kan uppnås.

Påbörjas under 2014, delrapportering 20151231. I detta arbete ska samverkan med patient- och funktionsnedsattas organisationer och anhörigstöd ingå.

Kostnadsberäkningar:

Det finns för närvarande inget i denna satsning som inte kan hanteras inom befintliga resurser. Det kan dock som resultat av samverkansansatserna bli behov av åtgärder som kräver finansiering. Dessa får då hanteras som särskilda beslutsärenden.

5 BAKGRUND OCH PLANERINGSFÖRUTSÄTTNINGAR

5.1 Ekonomisk analys

Efter en beräkning av alla uppräknade komponenter förutom sparande för nytt sjukhus, hamnar resultatmålet för god ekonomisk hushållning för Jämtlands läns landsting på cirka 60 miljoner kronor per år, med uppräkning över tiden. Det motsvarar ca 1,8 procent av verksamhetens nettokostnader. Som tumregel för att uppnå god ekonomisk hushållning brukar man använda resultatmålet 2 procent av verksamhetens nettokostnader.

Sammanfattningsvis beror landstingets svaga ekonomiska resultat på att landstinget både haft en svag utveckling av skatteintäkter och generella statsbidrag samt en nettokostnadsutveckling som varit för hög i förhållande till intäkterna, i synnerhet under de senaste tre åren. I en riksjämförelse har dock Jämtlands läns landstings nettokostnadsutveckling varit måttlig.

För att leva upp till målet för god ekonomisk hushållning skulle landstinget behöva ett positivt resultat som ligger på minst ca 60 miljoner kronor 2014 för att därefter stiga i takt med den allmänna uppräkningsplanen av intäkter och kostnader. Det är dock inte förrän 2016 som det budgeterade resultatet, i landstingsplan 2014-2016, kan anses vara i nivå med god ekonomisk hushållning.

Återbetalningen av pengar från AFA-försäkringen 2013 på 46 miljoner kronor var en enstaka händelse. Landstinget kan inte räkna med att få liknande engångsåterbetalningar 2014. Landstingets resultat 2013, rensat för RIPS-räntekostnaden och AFA-pengarna, var minus 100 miljoner kronor. Det var den obalansen som landstinget tog med sig in i 2014. **För att nå ett plusresultat på 60 miljoner kronor behöver landstinget därför förstärka resultatet med 160 miljoner kronor.** Samtidigt behöver landstinget få ner nettokostnadsökningstakten för att inte återigen hamna i obalans inom några år.

Om landstingets kostnader ökar i takt med landstingsprisindex (LPIK) kommer enbart personalkostnaderna att öka med 48,5 miljoner kronor 2014. Med hänsyn till den årliga lönerörelsen skulle personalkostnaderna därför behöva minska med motsvarande 140 – 170 tjänster redan i januari, för att åstadkomma en minskning av verksamhetsnettot med 23,8 miljoner kronor samma år. Detta är inte genomförbart, då förhandlingar med de fackliga organisationerna och uppsägningstider innebär att den typen av åtgärder får effekt först med 6 – 12 månaders fördröjning. Effektivisering till följd av produktions- och kapacitetsutveckling och andra åtgärder måste i slutänden resultera i färre arbetade timmar. För att leda till lägre kostnader måste antalet anställda och/eller inhyrd personal minska, vilket är en process som realistiskt sett kan ske över en treårsperiod, om en fungerande verksamhet samtidigt ska kunna upprätthållas och förbättras. Nedskärningar kan naturligtvis även ske på övriga verksamhetskostnader. Men, det är inte troligt att det skulle vara möjligt att enbart minska dessa kostnader, eftersom de bara utgör 40 procent av totalkostnaderna.

Förutom kostnadsbesparingar finns möjligheten för landstinget att öka verksamhetens intäkter genom att klara målen för de olika prestationsbaserade statsbidragen (kömiljarden m m). Dessa intäkter skulle kunna ökas med minst 25 miljoner kronor (potentialen är ca 50 miljoner, förutsatt att alla landsting klarar sina delar, samt att vi klarade ca 25 mkr 2013)

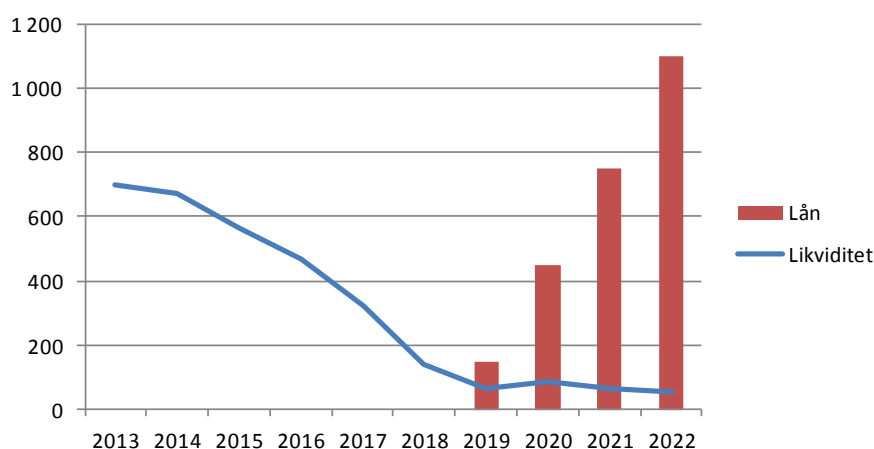
5.1.1 Balanskravet

Efter 2013 återstår enligt balanskravet totalt 187 mkr att återställa. Budget för planperioden 2013-2015 kommer inte att återställa det balanserade resultatet.

5.1.2 Framtiden - skräckscenariot

Om landstingets nettokostnader fortsätter att öka i samma takt som de senaste åren, d v s med minst 100 miljoner kronor per år och landstinget även återgår till den högre investeringstakt som rådde åren 2008 – 2011 (105 – 125 miljoner kronor per år), kommer landstingets ekonomi att utvecklas som i följande bild.

Skräckscenario - fortsatt kraftig nettokostnadsutveckling och stora investeringar



Inom fem år skulle landstinget då ha använt upp hela det egna kapitalet och det mesta av likviditeten och skulle därefter tvingas börja låna pengar för att täcka löpande utgifter. Landsting betraktas generellt som mycket kreditvärdiga låntagare på penningmarknaden, eftersom de har sin beskattningsrätt. Det kan bli svårt att få ett bra kreditbetyg för ett landsting som inte kan visa upp att man har kontroll över utvecklingen av sin ekonomi och som dessutom har en minskande befolkning, med en allt större andel äldre att vårda. Alltså svårt att hitta placerare som vill låna ut sina pengar till Jämtlands läns landsting.

I bilaga finns fördjupad analys av landstingets kostnader och intäkter.

5.1.3 Läkemedel - styrförmåga

Utvecklingen inom läkemedelsområdet är snabb och delvis oförutsägbar.

Det finns kostnadsdrivande faktorer såsom ökad statlig styrning (nationella riktlinjer och OTIS OrdnaT Införande i Samverkan, SKLgrupp), många nya dyra läkemedel inom onkologin, vidgade indikationer för befintliga läkemedel, mera individuellt ”designade” läkemedel, en åldrande befolkning med krav på hög livskvalitet.

Vissa faktorer kan leda till minskade kostnader: patentutgångar, gemensam upphandling, diverse rabattsystem, mera användning av generika och biosimilars,

Hur ovanstående faktorer kommer påverka kostnadsutvecklingen kommande 10 åren går inte att säga. Våra möjligheter att påverka utvecklingen inom läkemedelsområdet är mycket små.

JLL har en nationellt sett mycket låg kostnad för läkemedel. Detta tack vare en välfungerande styrning inom området, under lång tid. Vår möjlighet att även framöver ha låga kostnader och hög kvalitet ligger i att bevara och utveckla befintliga strukturer för styrning inom läkemedelsområdet.

5.1.3.1 Strukturer för styrning

Läkemedel kommittén (LK) och styrgrupp läkemedel

En viktig faktor för den låga läkemedelsförbrukning kan tillskrivas LK som genom information, utbildning och analyser gett en medvetenhet om betydelsen av rationell läkemedelsanvändning.

Styrgrupp läkemedel är rådgivande till landstingsdirektören och har funnits några år och har mera fokus på slutenvårdens läkemedelshantering men har även en koppling till LKs arbete.

Styrgrupp läkemedels roll är omvärldsspaning, introduktion av nya läkemedel samt information om diverse regler och förändringar på läkemedelsområdet. Styrgruppen har en aktiv roll i uppföljning på läkemedelsområdet genom handlingsplan för läkemedel. Styrgruppen har fokus på ekonomin inom läkemedelsområdet.

LK har sitt fokus riktat mot primärvården. LK har även framöver en väsentlig roll i styrning av läkemedelsfrågor.

Styrgrupp läkemedel fungerar bra men har svårt att matcha de snabba besluten som krävs inom läkemedelsområdet. Varje centrum bör vara representerat eventuellt genom deltagande av flera linjechefer. Dock väsentligt att det finns gediget kunnande och intresse för läkemedelsfrågor i styrgruppen. Öka mandatet för styrgruppen och tydliggöra läkemedelsstrategens möjligheter att agera mera självständigt i läkemedelsfrågor som inte är kopplade till patientsäkerhet.

Introduktion av nya läkemedel

Nya läkemedel introduceras fortlöpande och fångas upp av landstingets system. En del av läkemedlen är av en sådan karaktär att de introduceras nationellt (OTIS) eller regionalt (ARIL). För dessa nya dyra läkemedel är det viktigt att regionala expertgrupper (under chefssamråden) har nått konsensus om indikationer för användning. Efter rekommendation från ARIL och Styrgrupp läkemedel fattas beslut i JLL om lokal användning. I nästa steg är det berörd verksamhetschef och av denna utsett MLU som introducerar och följer upp användningen inom det egna verksamhetsområdet. Förbrukning och indikationer rapporteras till Styrgrupp läkemedel 2 gånger per år. Styrgrupp läkemedel har i denna fråga en viktig roll att snabbt agera på regionala och nationella nyheter och också att följa upp att fattade beslut efterlevs.

5.1.4 Köpt vård

Analysen pågår specialitet för specialitet där man med ledning av 2010-2012 års kostnader per diagnosgrupp värderar vilka möjliga "hemtagningar" som skulle vara möjlig att göra. Särskilda analyser kommer att ske under våren/sommaren för ställningstagande av Landstingsdirektören.

5.2 Omvärldsbeskrivning

5.2.1 Befolkningens utveckling 2012-2032 och påverkan på vårdkonsumtionen

Landstingets prognoser görs sedan i mitten av 1990-talet av Demografen i Lund. Prognoserna har genom åren visat sig vara mycket tillförlitliga på länsnivå, men mer osäkra på kommunnivå och än mer osäkra ju mindre kommunerna är¹.

Osäkerheten består i hög utsträckning av beräkningen av in- och utflyttningar, vilket är vanligast i gruppen under 65 år, och hänger samman med arbetsmarknaden. Däremot är prognosen för befolkningen 65 år och äldre mer tillförlitliga. Man kan säga att prognosen för utgifterna (de äldre) är säkra medan prognosen för inkomsterna (skattebetalarna) är mer osäker.

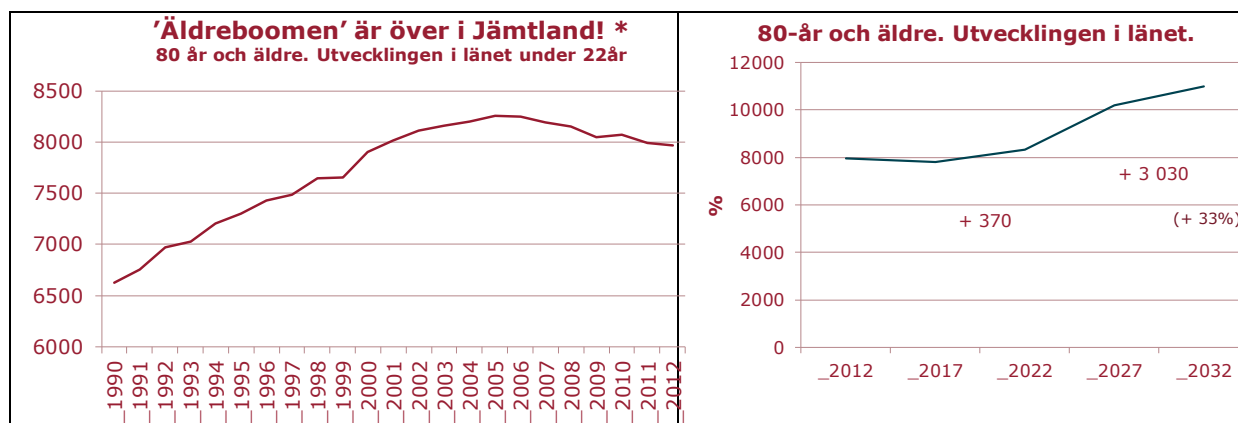
En osäkerhetsfaktor för prognoserna är den relativt stora flyktingmottagning skett under 2013².

Befolkningen i länet förväntas minska fram till 2032 med cirka 7 000 invånare. Detta innebär inte att sjukvårdsbehovet minskar i motsvarande grad. Eftersom det sker en förskjutning från yngre till äldre i befolkningen kommer vissa verksamheter att få en ökad efterfrågan, medan andra kan räkna med en minskning.

En stor minskning sker i åldersgruppen 25-69 år, med 8 000 inv.

Gruppen 70-79 år förväntas öka under periodens första hälft (2022) med 2 500 inv. och ligger därefter på ungefär samma nivå fram till 2032.

Gruppen 80 år och äldre ligger relativt stilla fram till 2022 men ökar därefter kraftigt med 3 000 inv. eller 33%.



Det är nu några år en oförändrad volym 80-år och äldre i länet, men fr o m 2025 ökar andelen kraftigt igen.

¹ Prognoserna har 5 hörnstenar: Medellivslängden, Födelsetal, Flyttningar, Arbetsmarknad och Invandring.

² När flyktingen fått en mantalsskrivningsadress räknas hon in i den normala befolkningsstatistiken.

5.2.2 Trender som kommer att påverka landstinget

Ledningsgruppen sammanfattar sin framtidsspaning i följande punkter som kommer att påverka landstinget de kommande tio åren:

- Mer avancerad sjukvård i hemmet
- Ökat patientinflytande och ökade krav från patienterna
- Vi lever längre, sjukdomar inträder i högre åldrar
- Medicinsk utveckling som ger möjlighet till mer avancerade ingrepp, åtgärder
- Nya organiseringslösningar – professionella team, samverkans över organisationsgränser
- Ökning av canceromhändertagande
- Fokus på egenvård – vårdpersonal som vägledare
- Standardisering – effektiva processer – mindre fel
- Nationella kluster med subspecialisering
- Ökad kommersialisering av vårdtjänster – ”konkurrenter”
- Försämrade försörjningskvot i länet
- Människans livsstil – alkoholvanor, kostvanor, fetmautveckling, mm
- Utveckling av psykisk ohälsa
- Ökade behov av att beakta jämställd och jämlik hälsa

Följande citat från Kairos Futures projekt Opinon Hälsa 2013-2014 visar också en bild som kommer att vara en realitet också för Jämtlands läns landsting:

”Tänk dig en framtid där sammanflödet av fyra megatrender som den globaliserade, krävande, uppkopplade och helhetstänkande människan ska matchas med en femte viktig megatrend, de pressade vårdsystemen. En framtid under 2020-talet där en explosion i forskning, datainsamling och statistiska metoder har klargjort sambanden mellan hälsa, diet, vanor, genetik, hygien, motion och rörelse. En framtid där prevention och hälsofrämjande är viktiga komponenter även för den traditionella sjukvården.

Med en exploderande hälsobransch, pressade finansieringssystem, en ständigt tilltagande individualism, högre förväntningar, mer ny kunskap och information än vad man kan ta till sig, befinner sig vårdbranschen och vårdsystemet vid en kritisk punkt. Lägg till detta en ökande internationalisering av människors vardagsliv och ständigt nya influenser från världens alla hörn. Resultatet blir en mängd krafter som alla verkar samtidigt för att lösa upp tidigare gränser och kategoriseringar.

Välkommen till nätverkssambället och morgondagens hälsokonsumtion.”

5.2.3 Regional utveckling och regional utvecklingsstrategi

Jämtlands läns landsting har ansökt om att få överta det regionala utvecklingsansvaret från 2015-01-01. Det innebär att organisationen då kommer att ha två huvuduppdrag – hälso- och sjukvård och regional utveckling.

Den regionala utvecklingsstrategin, (RUS) ”Jämtland/Härjedalen 2030 – innovativt & attraktivt” är länets portaldokument som utgör basen för arbetet med konkreta mål och aktiviteter inom prioriterade områden för utveckling och hållbar tillväxt i länet. Strategin länkar samman de myndigheter, organisationer och aktörer som driver och verkar för utvecklingsfrågor. Strategin är vidare en grund för de program och planer som behöver utvecklas för att förverkliga de visioner

och mål som anges i strategin. Det gäller allt ifrån strukturfondsprogrammen, innovationsstrategin, regionens kulturplan, strategin för besöksnäringen, ungdomsstrategin, länstransportplanen, integrationsstrategin, programmet för inflyttning etc. Det är i de dokumenten som länets mål preciseras och tidsätts.

I Regionala utvecklingsstrategins prioriterade område Socialt inkluderande och ett sunt liv anges följande övergripande mål 2030:

- Hälsa på lika villkor för hela befolkningen
- I Jämtlands län har alla lika förutsättningar oavsett funktionsförmåga
- Jämtlands län upplevs som landets tryggaste län
- En väl fungerande jämlik och jämställd social välfärd
- Hälso- och sjukvården erbjuder länsinvånarna högkvalificerad vård

I RUSen förtydligas vad som avses med vardera punkt och ansvaret pekas ut så här:

- Insatserna kommer i huvudsak att genomföras inom ramen för landstingsplanen, folkhälsopolicyn, integrationsstrategin, handlingsplan för jämställdhet.
- Landstinget, regionförbundet, försäkringskassan och arbetsförmedlingen liksom kommunal primärvård och socialtjänst är viktiga genomförare. Den enskilda anhörigvården liksom civilsamhällets aktörer har en central roll för uppnående av målen.
- Finansiering kan ske via EU:s fonder, nationella stödprogram samt offentlig finansiering.

5.3 Kompetensförsörjning

Med kompetensförsörjning avses att rekrytera, utveckla, behålla och avveckla kompetens. Landstinget eftersträvar mångfald i organisationen. Olikheter bland landstingets medarbetare ska värdesättas och tillvaratas så att blandningen av kompetenser och erfarenheter skapar kreativa miljöer, ger nya infallsvinklar och fler perspektiv och därmed bättre resultat i verksamheten.

Faktorer som påverkar landstingets möjlighet att försörja organisationen med rätt kompetens är

- Befolkningsutvecklingen – *antalet gymnasieungdomar i länet minskar kraftigt fram till 2017. Med samma utflyttningstakt minskar framtida rekryteringsunderlag och behovet av utomlänsrekryteringar ökar.*
- Generationsväxlingen på arbetsmarknaden – *andelen som tillträder på arbetsmarknaden är lägre än de som avgår. Konkurrens om framtida arbetskraft.*
- Ökad efterfrågan på hälso- och sjukvård – *ökat vårdbehov och ökade möjligheter att diagnosticera och behandla.*
- Ekonomisk utveckling – *minskning av arbetskraften får konsekvenser för försörjningsbördan och förutsättningar för välfärdssystemet bl a sektorn för hälso- och sjukvård*
- Framtida hälso- och sjukvård – *vilket kompetensbehov finns utifrån framtidens hälso- och sjukvård*

- Kompetenssammansättning – *utvecklingen går mot högre och dyrare kompetens*
- Landstingets utbildningsuppdrag – *elever, studenter är landstingets framtida medarbetare. Hur kan landstinget erbjuda bra utbildning och uppfattas som en attraktiv arbetsgivare*
- Tillgång till utbildning/ nyutbildade – *hur anpassas utbildningsanordnarna sitt utbud till branschens behov*
- Migration – *inflyttning till länet av hälso- och sjukvårdspersonal utbildade i annat land är marginell. Däremot finns det ett stort intresse för arbete från framförallt läkare ifrån annat land.*
- Lagstiftning – *landstinget har att förhålla sig till LAS och Socialstyrelsens regelverk*
- Privata arbetsgivare inom branschen

Områden inom kompetensförsörjning som ingår i handlingsplanen

- **Kompetenskartläggning** d vs vilket kompetens finns och vilken kompetens behövs
 - Kompetenssammansättning, bemanningsmål mm
- **Prognosarbete som utmynnar i aktiviteter kring**
 - Påverka så att det finns ett utbildningsutbud som motsvarar verksamhetens behov
 - Skapa bra utbildningsförhållanden för medarbetare under utbildning, studenter, elever.
 - Bemanning, kompetenssammansättning och rekrytering
 - Kompetensutveckling
 - Omställning – Avveckling
 - Intressera unga för en utbildning och framtida arbete i landstinget

Kompetensförsörjningsbehov

För att få en ungefärlig uppfattning om framtida behov så kan man utgå ifrån ett rekryteringsbehov på ca 270 personer per år och för hela landstinget. Beräkningen är gjord utifrån en personalomsättning på 7 % (anses normal), och att antalet anställda är oförändrade och alla som slutar ska ersättas. Antalet anställda har inte så stor variation över tid men däremot har kompetenssammansättningen förändrats mot en högre och dyrare kompetens.

Samma beräkningsgrunder fördelade på de stora yrkesgrupper inom hälso- och sjukvård inkl tandvård och som bedöms vara framtida bristyrken* ger rekryteringsbehov enligt följande :

Befattning	Årligt rekryteringsbehov baserat på en genomsnittlig personalomsättning 7 % (förutom läkare)
Sjuksköterska inkl barnmorska och biomedicinsk analytiker	90
Undersköterska inkl bitr, sköt	65
Specialistläkare, distriktsläkare och överläkare beräknat på 10 % omsättning	30
Läkare totalt (ej icke leg underläkare)	45
Läkarsekreterare	15
Tandläkare	7
Tandsköterskor/tandhygienister	10

*Prognos från Högscoleverkets och Prognosinstitutets prognos

På regional/lokal nivå har landstinget dessutom brist på psykologer, radiologer, kliniska fysiologer, patologer

Grundläggande för att kunna prognostisera landstingets framtida behov av kompetens är att kunna beskriva verksamhets behov. Pensionsavgångar och personalomsättning är en del i detta men det sker en ständig utveckling inom hälso- och sjukvården, vilka krav ställer det på kompetens? Vilken kompetenssammansättning är optimal för att uppnå bästa medicinska resultat och kostnadseffektivitet.

Stödprocesser för kompetensförsörjning

För att uppnå en långsiktig kompetensförsörjning är det viktigt med

- Arbetsmiljö som skapar förutsättningar för ett hållbart arbetsliv
- Anställningsvillkor som är konkurrenskraftiga
- Ledarskap som tar tillvara och utvecklar medarbetares kompetens

5.4 Förebyggande hälso- och sjukvård

Det hälsofrämjande- och sjukdomsförebyggande arbetets potential³

Den dominerande orsaken till flera allvarliga sjukdomstillstånd och förtida död består numer av icke-smittsamma sjukdomar. Icke-smittsamma sjukdomar samlas under diagnoser som cancer, diabetes typ-2, hjärt-kärlsjukdomar samt vissa typer av psykiska sjukdomar. Merparten av de icke-smittsamma sjukdomarna är relaterade till fyra vanliga riskfaktorer. Dessa är tobaksrökning, riskfyllt alkoholbruk, fysisk inaktivitet och ohälsosamma matvanor. År 2010 dog 34,5 miljoner människor av icke-smittsamma sjukdomar i världen (Lozano, R. 2012). Kostnaderna för sjukdom, relaterade enbart till rökning, beräknas uppgå till drygt

100 miljarder euro sett till samtliga EU:s medlemsländer. I Sverige uppgår de årliga samhällskostnaderna, orsakade av ohälsosamma levnadsvanor med tillhörande sjukdomstillstånd, till 51 miljarder kronor varje år (Statens Folkhälsoinstitut, 2010). Enligt flera beräkningar kan man, genom att påverka människors levnadsvanor, förbygga mer än 70 procent av diagnoserna kolon cancer, stroke, kranskärlssjukdom och typ-2 diabetes (Willet, WC. 2002).

Över 300 000 barn i Sverige har övervikt och fetma. Övervikt och fetma i tonåren innebär mycket stor risk för bestående fetma i vuxen ålder (Guo, S.S. 2002). Risken för övervikt och fetma är högst bland barn där båda föräldrarna har fetma. Bland dessa har 45 procent av barnen övervikt och 15 procent fetma. Föräldrarnas viktproblematik är ett resultat av deras livsstil som de delar med sig av till sina barn.

Hälsan i Sveriges befolkning varierar, dels mellan olika orter i landet, dels mellan befolkningsgrupper. De socioekonomiska förhållandena har stor betydelse för hälsans utveckling. Ett exempel är att dödligheten i hjärt-kärlsjukdom bland kvinnor med endast grundskola var 120/100 000 jämfört med 47/100 000 bland kvinnor med eftergymnasial utbildning (Socialstyrelsen, 2009).

Med utgångspunkt från aktuella data avviker inte Jämtlands län avseende framtida hälsoutmaningar. Den fysiska inaktiviteten bland medborgarna är omfattande liksom konsumtionen av tobak, riskbruk av alkohol och ohälsosamma matvanor. En stor andel av personer med ohälsosamma levnadsvanor i Jämtlands län uttrycker dock att de önskar stöd för att förbättra sina levnadsvanor. Till exempel önskar 3 000 av länets cirka 11 000 rökare stöd för att sluta röka. Ungefär 46 000 av länets medborgare uppger att de inte når upp till den

³ Referenser

- Guo, S.S., et al *Predicting overweight and obesity in adulthood from body mass index values in childhood and adolescence*. Am J Clin Nutr, 2002. 76(3):p. 653-8.
- Johansson, A. (2013). *Ekonomiska besparingar i landstingen genom mera hälsosamma levnadsvanor – en studie baserad på Jämtlands län*.
- Lozano, R., et al. *Global and regional mortality 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Diseases Study 2010*. Lancet 2012; 380:2095-128.
- Socialstyrelsen. (2009). *Dödsorsaker*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Statens Folkhälsoinstitut. (2010). *Folkhälsopolitisk rapport*. Östersund: FHI.
- Weylandt, R. (2010). *Hälsa på lika villkor. Rapport för Jämtlands län 2010*. Östersund: Jämtlands läns landsting, Folkhälsocentrum.
- Willet, WC. *Balancing life-style and genomics research for disease prevention*. Science 2002;296:695698.

rekommenderade nivån av daglig fysisk aktivitet. Av dessa önskar 12 000 stöd för att öka sin dagliga fysiska aktivitet (Weylandt, R. 2010) .

En slutsats av detta är att Jämtlands läns landsting har goda möjligheter att stödja sina medborgare till hälsosamma levnadsvanor och därmed kraftfullt förebygga framtida sjukdomar och omfattande kostnader. En nyligen genomförd hälsoekonomisk studie, med utgångspunkt från hälsosituationen i länet, visar att betydande besparingar av hälso- och sjukvårdskostnaderna kan göras genom verkningsfulla sjukdomsförebyggande insatser. Genom att effektivisera nuvarande åtgärder med endast en procent beräknas Jämtlands läns landsting kunna åstadkomma en ekonomisk besparing med upp till 8 miljoner kronor per år (Johansson, A. 2013).

Utvecklingsuppdrag i primärvården⁴

Inom primärvården i Jämtlands län har man med olika medel försökt stimulera det sjukdomsförebyggande arbetet utan att riktigt lyckas. Framförallt har det varit svårt att mäta effekterna av de olika tillämpade metoderna, då det har förekommit brister i utvärderings- och uppföljningsarbetet. I syfte att förbättra det sjukdomsförebyggande arbetet inom primärvården presenterades och beslutades en ny modell 2011 (Weylandt, R. 2011).

Modellen utgörs av två delar. Ett grunduppdrag som hela primärvården tar gemensamt ansvar för och ett utvecklingsuppdrag där hälsocentraler kan välja en aktivitet utifrån lokala förutsättningar. Utgångspunkt för det sjukdomsförebyggande arbetet är Socialstyrelsens nationella riktlinjer och tillgänglig vetenskap samt beprövad erfarenhet. Grunduppdraget omfattar levnadsvanorna tobaksbruk, riskbruk av alkohol samt otillräcklig fysisk aktivitet. Det sjukdomsförebyggande arbetet ska genomföras inom ramen för begreppet god vård. Syftet med utvecklingsuppdragen är att förbättra det sjukdomsförebyggande arbetet samt att sprida information och kunskap om dess metoder och effekter. Utvecklingsuppdrag kan göras som en särskild satsning på någon av grunduppdragets levnadsvanor eller kompletteras med annan sjukdomsförebyggande åtgärd som bedöms värdefull utifrån perspektivet ”förhöjd risk för framtida sjukdom på grund av ohälsosamma levnadsvanor”. Ett utvecklingsuppdrag kräver en projektplan som besvarar frågorna: vad som ska göras, hur uppdraget ska genomföras, vilka effekter förväntas och hur dessa mäts samt resursåtgång. Gemensamt för både grund- och utvecklingsuppdrag är att effektutvärderingar genomförs. Sedan starten 2012 har 23 utvecklingsuppdrag genomförts/påbörjats i Jämtlands län.

⁴ Weylandt, R. (2011). *Utredning för det sjukdomsförebyggande arbetet i primärvården*. Östersund: Jämtlands läns landsting, Folkhälsocentrum.

Implementeringsarbete av Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder⁵

Hälso- och sjukvården har stor betydelse för den långsiktiga hälsoutvecklingen genom sin specifika kompetens, breda kunskap och stora kontaktyta gentemot befolkningen (Regeringen, 2002). Hälso- och sjukvården är också den enda aktör som har ett uttalat uppdrag att förbättra människors hälsa (Kristensson, M. 2011). Hela hälso- och sjukvården ska genomsyras av ett hälsofrämjande perspektiv och detta ska vara en självklar del i all vård och behandling (Socialstyrelsen, 2011). Att erbjuda effektiva sjukdomsförebyggande insatser innebär ett väl utnyttjande av hälso- och sjukvårdens resurser och är efterfrågat av befolkningen. Detta kan även leda till besparingar i form av minskade sjukvårdskostnader för levnadsvanerelaterade sjukdomar (Johansson, A. 2013). Socialstyrelsen publicerade 2011 Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder vilka Jämtlands läns landsting beslutat ska implementeras. Arbetet med implementering av riktlinjerna pågår. Uppgiften är att skapa en nulägesbeskrivning, identifiera patients väg i hela vårdkedjan, presentera hur och av vilka det sjukdomsförebyggande arbetet ska följas upp samt beskriva behov av kompetens- och metodstöd för ett effektivt sjukdomsförebyggande arbete.

⁵ Referenser

Johansson, A. (2013). *Ekonomiska besparingar i landstingen genom mera hälsosamma levnadsvanor – en studie baserad på Jämtlands län.*

Kristensson, M. (2011). *Hur kan hälso- och sjukvårdens insatser utvecklas för att minska sociala skillnader i hälsa?* Socialmedicinsk tidskrift, 4:2011.

Regeringens proposition 2002/03:35. (2002). *Mål för folkhälsan.*

Socialstyrelsen. (2011). *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011. Tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor – stöd för styrning och ledning.* Stockholm: Socialstyrelsen

5.5 Lean



Bästa hälsa utan väntan

Lean innebär att:

- arbeta för att få bort det som inte skapar värde för patienten.
- minska på slöserier genom att se över hur vi jobbar.
- tillsammans hitta bra lösningar och arbetssätt.
- bli bättre på att mäta och visa våra resultat.
- lära av varandra och följa upp det arbete vi utför.

Landstingets Leanarbete är inget projekt utan en resa mot ständigt förbättring och utveckling. Både för medarbetare och organisation!

Utmaningen ligger i att förbättra våra system, förändra våra beteenden och vara uthålliga!

vad vi gör och hur

Mer information hittar du på Leansidan

5.5.1 Verksamhetsstrategi

En verksamhetsstrategi förverkligar själva verksamhetsidén (eller syftet) i en organisation. Den beskriver inte VAD organisationen skall göra men HUR organisationen skall göra det. Leans principer utgör grunden i landstingets verksamhetsstrategi och huset med dess beståndsdelar beskriver därför hur alla som arbetar eller har något uppdrag i landstinget skall ta sig an uppgiften att förverkliga Landstingsplanen.

5.5.2 Landstingets ledningssystem

I landstingets ledningssystem framgår de övergripande "ramverk" som alla verksamheter har att förhålla sig till avseende lagar och styrande dokument med utgångspunkt från politiska beslut. Till styrande dokument räknas bl.a. landstingsplanen och verksamhetsplaner med tillhörande mål men även vårdprogram, regler och rutiner som gäller samtliga eller flera centrum. Redovisande dokument som t.ex. rapporter från Nysam, miljöbokslut, patientsäkerhetsberättelser och ekonomirapporter m.m. finns också i ledningssystemet för att organisationen ska kunna arbeta med ständiga förbättringar. I landstingets ledningssystem har föreskrifter från Socialstyrelsen integrerats med fyra olika ISO-standarder för att ledningssystemet ska uppfylla kraven för systematiskt kvalitetsarbete, informationssäkerhet, arbetsmiljö samt miljö.

5.5.3 Produktions- och kapacitetsplanering

I Leans principer finns begrepp som är väsentliga för hur en organisation löser sina uppgifter. Flödeseffektivitet är ett centralt begrepp och mäter effektiviteten för en tjänsts väg genom organisationen, i detta fall närmast patientens väg. Flödeseffektivitet är starkt kopplat både till

tillgänglighet, kvalitet och ekonomi och ett av de verktyg som används med goda resultat är produktions- och kapacitetsplanering. Här utgår man alltid från vad som är bäst och effektivast för patienten/kunden och planerar befintliga resurser utifrån det, inte det omvända.

5.5.4 Effekter av Lean

Studier har genomförts av sjukvårdsorganisationer som har arbetat med lean under längre tidsperspektiv bl a Södersjukhuset, Oslo universitetssjukhus, Caphio S:t Göran Skånes universitetssjukhus m fl .

I de analyser som har gjorts dras slutsatserna att det har bidragit till förbättrat värde för kunden/patienten, förbättrat samarbetet, lägre arbetsbelastning och ökad kreativitet. Lean har även bidragit till förbättrade flöden/processer och minskat slöseri och förbättrad kostnadseffektivitet. Angående den psykosociala arbetsmiljön har det framkommit olika resultat vid studier, både positiv och negativa.

Förutsättningar för positiva resultat har varit ledningens stöd och medarbetarnas engagemang. Hur implementeringsarbetet genomförts har varit avgörande för resultaten.

5.5.5 Vad krävs för ett långsiktigt Leanarbete?

Forskning och erfarenheter visar att om man ska ändra arbetssätt och en sedan länge uppbyggd arbetskultur tar det lång tid. Att ändra ett arbetssätt eller en rutin till att bli ett accepterat bland alla medarbetare kan enligt SKL ta mellan 2-4 år. Att då ändra hela hälso- och sjukvårdens arbetssätt torde ta ännu längre tid. Det är också sannolikt svårt att följa och veta när det faktiskt är ändrat då det hela tiden sker små förändringar och ingen stor förändring under kort tid.

För att kunna vara uthållig och långsiktig krävs det insatser inom flera olika områden;

- Värdegrund - En av de viktigaste erfarenheterna som påvisats är att ha en stabil värdegrund att bygga ett ändrat arbetssätt på. Den värdegrunden ska vara känd och synlig, diskuteras och alltid vara tydlig i arbetet. Den verksamhetsstrategi som landstinget under 2012 och 2013 arbetat fram behöver användas i olika sammanhang i verksamheten.
- Centralt stöd - Det kommer sannolikt att under lång tid behövas en styrgrupp och centralt placerade medarbetare som kan hålla ihop leanarbetet
- Kompetensutveckling - Politiker, chefer, leancoacher, medarbetare
- Utvecklat chefs- och ledarskap - Enligt leans principer
- Metodstöd till verksamheten - Leancoacher, utbildning i verktygslådan
- Engagemang och uppskattning - Arrangera lokalt Lean Forum årligen, delta i Lean Forum nationellt årligen samt arrangera Lean Forum nationellt inom 8 år
- Forskning och utveckling - Samarbete med MIUN långsiktigt för att kunna erhålla ny forskning och nya rön.

5.6 Teknisk utveckling

Utvecklingen inom eHälsa och IT-området går snabbt och det är svårt att förutse vilken utveckling som kommer att ske under planperioden. Några trender är dock tydliga:

- **Patienters IT-mognad ökar** - allt fler använder Internet för att söka efter information om hälsa och medicin. Sökandet av information ställer också större krav på tillgång till relevant och uppdaterad information på Internet.
- **Mer aktiva patienter och ökad insyn** - utbudet av hälsoinformation, egenvårds- och behandlingsråd samt interaktiva tjänster via Internet utvecklas snabbt och kommer sannolikt att i allt större utsträckning påverka kunskaper, efterfrågan och nyttjandet av traditionella hälso- och sjukvårdstjänster.
- **Sociala medier** – i patienternas krav på information och kommunikation utgör sociala medier en allt mer viktig kommunikationskanal.
- **Fortsatt snabb IT-utveckling** - utvecklingen av system går snabbt och det är omöjligt att sia om vad som kommer att finnas om 10 år. Allt mer kommer att ske via trådlös uppkoppling. Pekplattor och Smartphones blir en del av infrastrukturen. Detta kommer att påverka utbud av tjänster och den allmänna utvecklingen av IT-baserade tjänster.
- **Ökad IT-mognad hos framtida medarbetare** - en attraktiv arbetsgivare måste ligga i framkant när det gäller IT-utvecklingen.
- **Kunskapsutveckling** – lösningar för forskning och interaktion i forskning, distansutbildning, erfarenhetsutbyte behöver nyttjas i större utsträckning.
- **Processtyrning i vården** - utveckling inom eHälsa och IT ger nya förutsättningar för utveckling av kvalitet, effektivitet och service i verksamhetens processer.
- **Patientflöden** - möjligheter att kunna följa patientens väg genom vården utan hinder av organisatoriska gränser så att information kan utbytas mellan olika huvudmän och utförare på ett säkert och effektivt sätt.
- **Digitala utvärderingssystem** – möjligheter till en sammanhållen uppföljning av verksamheternas kvalitet och effektivitet samt av individens egen bedömning av insatserna. Verktyg för ledning att kunna förbättra beslutsfattande

Den oerhörda teknikutveckling som ägt rum senaste decennier ger möjligheter till stora förbättringar inom avståndsoberoende teknik. En del förbättringar finns ex multidisciplinära romdar via internet., NPÖ, radiologi via nätet och vissa patientkonsultationer med webbkamera.

Utvecklingen av E-hälsa verkar inte ha utvecklats i samma takt som teknologiutvecklingen. Framstegen har ofta varit beroende av eldsjälar. Denna eftersläpning beror sannolikt på viss skepsis både inom vården som hos patienterna. Valfungerande tjänster bygger också på valfungerande strukturer och modeller ekonomisk ersättning..

Nya generationer har en ändrat attityd till sjukvården. Allt flera vardagsproblem professionaliseras i onödan och hjälpen skall ske här och nu. En följd av detta är det ökade söktrycket på våra akutmottagningar.

Samtidigt som det finns en stor grupp vårdsökande med relativt enkla problem men som tack vara sin mängd kräver en del resurser finns en liten del mycket svårt sjuka patienter som behöver en stor mängd av vårdens resurser.

Inom EU pågår försök och utveckling av robotteknologi inom flera länder. Robotar bedöms vara en del av framtida vård- och omsorgsverksamhet. Redan idag finns robotar som assisterar vid operationer. Assistans vid ingrepp som ska utföras är en roll som förutses, andra roller är inom rehabilitering och övervakning. Utveckling av handrobotar pågår inom EU och en implikation är ” *“If we manage to imitate human dexterity, then we can imagine robots that will be capable to work alone in dangerous environments, such as nuclear objects or space. And much closer to home, we could have robotic assistants able to help elderly or disabled people, who may need such support and some company,” suggests Perdereau.* ”.(projekt Handy)

En robot kan även användas vid träning och logistik, dvs. roboten sköter transporter av olika slag och kan även sköta lyft. En transportrobot kan närmast liknas med den förarlösa bilen.

EU stödjer via sitt stora ramprogram

I Danmark samarbetar flera företag och universitet i www.welfaredenmark.dk om att utveckla ny teknik för välfärdssektorn. Rehabilitering på egen hand med stöd av ett dataprogram och kamera finns framtaget och används av 25 kommuner i Danmark. Utveckling av teknologi som gör att datorn kan analysera data från ”individer” och utifrån resultatet kommunicera med personen. I dess enklaste form finns det redan idag i vissa applikationer, men fullt utvecklat skulle det kunna stödja personen att byta levnadsmönster. (projekt Companion).

Parallellt pågår en utveckling mot biochips som klarar att scanna tusentals biokemiska reaktioner i kroppen och dessa data kan sedan användas. Utveckling av biosensorer som kombinerar biologiska elementdata med fysiologiska dataobservationer.

EU inriktar sig på att stödja infrastrukturutvecklingen och planerar för mycket snabba optiska motorvägar som skapar möjligheter till framtida tjänster på ett annat sätt. Med hänsyn till den utveckling som skett de senaste åren när det gäller utbyggnaden av fibernätverk så är det rimligt att anta att nya snabbare nät inte är allt för långt borta. Ny teknologi visar dock att nya nät inte behöver bli dyrare då arkitekturen kan ändras. EU satsar även på nya säkerhetslösningar.

EU satsar på att ta fram intelligenta system som kan analysera multiparametrar data och tendensen kring att använda många datakällor till för analys kan även iaktas i annan samhällsanalys. Möjligheter till att bättre simulera utfall och därmed skapa den digitala patienten skapas med snabbare nät som möjliggör ett utbyte av olika sorters data. Genom att använda exempelvis beteende- och kognitiva data kan upptäck för risk förkortas med upp till 10 år.

EUs satsningar på e-hälsa området har; fokus är på

- Innovativa instrument, verktyg och metoder för att frigöra värdet av data och för avancerade analyser, diagnoser och beslutsfattande.

- Nya digitala medier, webb- och mobilteknik och -applikationer samt digitala instrument som integrerar hälso- och sjukvård och sociala omsorgssystem och stöd för främjande och förebyggande av hälsa.
- e-hälsosystem och -tjänster med ett kraftigt användarengagemang som fokuserar på interoperabilitet och integrering av kommande patientinriktad teknik för en kostnadseffektiv hälso- och sjukvård.

Medicinsk Teknik går mot mer teknikintensiv utrustning/mer resurskrävande, kombinationer av modaliteter + mer datakraft fortsätter att ge förbättrade diagnosmöjligheter (PET-CT, Pet-MR, 3D visualiseringar osv.) På nuklearmedicinsidan kommer cyklotroner att bli mindre och tillverkning av PET-spårämnen kommer då att kunna ske på mindre enheter. Det är troligt att PET-kamera i Östersund kommer att diskuteras inom det aktuella tidsintervallet liksom fler och mer avancerade MR.

Regionalisering (samverkan med bl.a. NUS) påverkar teknikutvecklingen inom JLL. Nya nationella riktlinjer inom specifika områden pekar alla mot att vi (förutom tätare uppföljningar med avancerade metoder) kommer att ha allt mer multidisciplinära ronder och sannolikt bedriva mer diagnostik på distans, inte bara inom BFM utan också labmedicin. Utbyggnad på IT-sidan kommer att behövas för detta.

Metoder och teknik som finns på våra universitetssjukhus implementeras på våra Länssjukhus efterhand som kompetens och kostnadsbild medger. Större investeringar i byggnationer krävs.

Specialisering med framkantsteknik kommer sannolikt att koncentreras till Regionala centra

Lokalbehoven kommer att förändras. Expansion av modaliteter och ändrade behov för lokala röntgenronder i kombination med att röntgen redan nu är fysiskt begränsade innebär krav på en sjukhusövergripande planering för hela sjukhuset.

Vård på distans. Norr-landstingen med dess stora områden kommer sannolikt på sikt att hamna utanför sjukhusmiljö i hemmet vilket ställer nya krav på MT.

Resurseffektivitet kontra flödes effektivitet med patienten i centrum kan komma att leda till generellare kombinationsutrustningar inom MT.

Möjliga teknik områden nedan kopplade mot ovanstående perspektiv.

- MR, Ultraljud, övervakning, labmed, elektromedicin, nukleärmedicin, vård på distans
- Kirurgi (förfiningar, kombinationsmodaliteter ger högre precision, non-invasiva metoder)

Den utvecklingstrend som är starkast på marknaden är en tydlig inriktning mot processtöd och aktivitetsdrivet IT-stöd i vården. Det är ett fokus på att information och vårddokumentation i olika media ska kunna nås omedelbart av alla involverade i vården av patienten. Möjlighet till multiprofessionell samverkan i vårdprocessen. Möjlighet att ”bygga in” behandlingsriktlinjer i systemen som t ex förslag på diagnostik, behandling och ordinationer genereras automatiskt baserat på historisk och ny information om patienten. Interaktiva beslutsstöd med tillgång till de senaste rönen och evidensbaserad information kring patientens diagnos tillgängliga direkt vid

vårdtillfället. Aktiva påminnelser och automatiskt genererad dokumentation av vårdepisoder. Automatiserad läkemedelshantering med ordinationsstöd vid besök, inskrivning och vårdtillfällen.

Se ytterligare information om förväntad teknisk utveckling i bilaga.

5.7 Lokalförändringar

En grundförutsättning för diskussionerna kring investeringar är att det finns faktorer som talar för en fortsatt svag utveckling av landstingets intäkter en lång tid framöver. Det är därför viktigt att investeringar i lokaler bidrar till landstingets totala nytta för vården. Det kan dock vara en parameter som inte kan räknas hem i minskade kostnader eller ökade intäkter utan är en förutsättning för en fortsatt utveckling av vården.

Det är troligt att trots stora satsningar i samhället på förnyelsebar energi kommer priset på energi stiga och den starka ekonomiska utvecklingen i världens tillväxtländer medför fortsatt stor efterfrågan. För landstingets del innebär det högre kostnader för vårt energibehov. Det är därför av stor vikt att vi fortsätter vårt framgångsrika arbete med att investera för att minska vår energianvändning samt att fortsätta att se över vår försörjning av alternativa energikällor typ sol och vind.

Förutom ovanstående faktorer, innehåller den riskbedömningsrapport som tas fram varje år av World Economic Forum, två faktorer som bedöms vara relevanta för landstinget vid fastighetsinvesteringar, nämligen antibiotikaresistenta bakterier och pandemier. Riskbedömningsrapporten baseras på en rangordning av sannolikheter och konsekvenser som görs varje år av 1 000 beslutsfattare och forskare från hela världen.

Landstinget har några få tomma lokaler ute i länet i form av enstaka mindre utrymmen i byggnader som används i övrigt. På sjukhuset finns inga lokaler som inte brukas. Delar av gamla BUP-huset på Lugnevägen används ej för tillfället på grund av inneklimatproblem medan några delar nyttjas för konferenser och utbildning.

I § 84 Nytt sjukhus (LS/588/2009) som beslutades vid landstingsfullmäktige 2013-04-16/17, angavs att kostnaden för ett nytt sjukhus som etablerat utanför staden till ca 5 miljarder kronor och kostnaden för utveckling av befintligt sjukhus till ca 2 miljarder. Beslutet innebär att befintligt sjukhus ska utvecklas på befintlig tomt för att möta vårdens krav på ändamålsenliga lokaler i ett 50-årsperspektiv. Den aktuella kostnaden på ca 2 miljarder medför ökade kostnader för avskrivningar och räntor på uppskattningsvis 150 miljoner kronor per år. Utveckling och byggande av nya lokaler på och intill befintligt sjukhus är en förutsättning för fortsatt patientsäker vård. Utökade lokalytor i direkt närhet av befintliga byggnader ger möjlighet till en betydligt effektivare verksamhet.

Arbete med en långsiktig utvecklingsplan för landstingets totala fastighetsbestånd pågår och ska vara klar 2014/2015.

I bilaga görs en översiktlig genomgång av läget i landstingets alla fastigheter.

6 UTVÄRDERING OCH REVIDERING

Planen ska revideras minst en gång var 4:e år, dvs under första året av respektive mandatperiod.

En första revideringen ska ske redan 2015 beroende på:

- ny mandatperiod,
- förändring till region fr o m 20150101
- det är första gången denna typ av plan görs – erfarenheter vinnas som bör hanteras
- många av förslagen handlar om utredningar

7 UPPFÖLJNING AV DENNA PLAN

Ekonomiutskottet och Landstingsstyrelsen ska i samband med delårsbokslut och årsbokslut få uppföljning av läget i arbetet enligt denna plan.