REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

SAMMANTRÄDESHANDLINGAR

REGIONSTYRELSEN

25-26 MARS 2015

.

Jämtlands Läns Landsting

Likviditetsrapport 2014-12-31

Version: 1

Ansvarig:

ÄNDRINGSFÖRTECKNING

Version	Datum	Ändring	Beslutat av	Datum

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1 LIKVIDITETEN UNDER 2014 4

2 DEN KORTA PORTFÖLJEN PER 2014-12-31 5

2.1 Den korta portföljens utveckling 6

2.1.1 Portföljens duration och utveckling 6

2.1.2 Ränteutvecklingen för räntepapper med kortare löptider 6

2.2 Betalningsberedskap 7

2.3 Kreditrating 8

2.4 Etisk klausul 8

2.5 Förvaltningskostnader 8

3 LANDSTINGETS PENSIONSPLACERINGAR 8

3.1 Utvecklingen på aktiemarknaderna 8

3.2 Ränteutvecklingen för värdepapper med längre löptider 9

3.3 Förvaltningen av pensionsportföljen 11

3.3.1 Placeringar/försäljningar av värdepapper 11

3.3.1 Placering i vindkraft 11

3.4 Pensionsportföljens utveckling 11

3.5 Portföljinnehavet per 31 december 2014 12

3.6 Kreditrating 13

3.6.1 Eksportfinans fondobligation 13

3.7 Etisk klausul 13

3.8 Konsolideringsgrad 14

4 DEN EKONOMISKA UTVECKLINGEN DECEMBER 2014 15

1 LIKVIDITETEN UNDER 2014

Likvida tillgångar per 31 december 2014	Belopp i svenska kronor
Behållning kassa, bank, plusgiro	299 295 844
Kortfristiga placeringar, marknadsvärde	311 938 137
Kortfristiga placeringar, bokfört värde	307 306 919
Summa likvida medel att avstämma mot likviditetsplanen	**606 602 763**

Bilden visar planerad och verklig likviditet under 2014.

Bild 1:1 Prognostiserad och verklig likviditet 2013-12-31 till 2014-12-31

Likviditeten består av medel i kassa och bank samt de lätt omsättningsbara värdepapperen i den kortsiktigt förvaltade likviditetsportföljen. Likviditetsplanen har justerats med de verkliga förändringarna i pensionsportföljen under året. Den verkliga likviditeten blev ca 141 miljoner kronor sämre än prognostiserad likviditet enligt likviditetsplanen. Differensen förklaras i huvudsak av överinvesteringar mot plan på ca 48 miljoner kronor(Cosmic ca 28 miljoner), samt förändring i kortfristiga fodringar och skulder och ett resultat som avviker kraftigt från plan.

Jämtlands Läns Landsting

2 DEN KORTA PORTFÖLJEN PER 2014-12-31

TILLGÅNGAR	Nominellt belopp Antal andelar 2014-12-31	Marknadsvärde 2014-12-31	Löptid	Rating (Moody's | S&P)	Vikt	Duration
NOMINELLA RÄNTOR						
DNB Bank ASA FRN 2015-10-20	4 000 000	4 125 190	2015-10-20	A1 | A+	1%	0,8
DNB Nor FRN 2018-05-07	6 000 000	6 095 149	2018-05-07	A1 | A+	2%	0,1
General Electric 3,875% 2015-09-21	5 000 000	5 177 367	2015-09-21	A1 | AA+	2%	0,7
Handelsbanken Kreditcertifikat iTraxx 170710	5 000 000	5 105 000	2017-07-10	WR | NR	2%	2,5
Industrivärden FRN 2015-11-20	6 000 000	6 042 955	2015-11-20	WR | A-	2%	0,1
Landshypotek FRN 2018-04-27	8 000 000	8 104 900	2018-04-27	WR | AAA	3%	0,1
Länsförsäkringar Bank 4,75% 2015-02-10	11 000 000	11 518 891	2015-02-10	A3 | A	4%	0,1
Länsförsäkringar Bank FRN 2015-07-06	10 000 000	10 106 920	2015-07-06	A3 | A	3%	0,2
Länsförsäkringar FRN 2018-05-15	10 000 000	10 150 485	2018-05-15	A3 | A	3%	0,1
Nordea Bank Finland FRN CDS Atlas Copco 2018-07-20	5 000 000	4 916 500	2018-07-20	Aa3 | AA-	2%	0,2
Nordea Bank Finland FRN CDS SKF 2018-07-20	5 000 000	4 915 500	2018-07-20	Aa3 | AA-	2%	0,2
Nordea fondobl 17 Bluebay EM Bonds	2 000 000	2 058 800	2017-11-07	Aa3 | AA-	1%	2,9
Nordea Hypotek AB 3,25% 2015-06-17	10 000 000	10 314 050	2015-06-17	Aaa | AAA	3%	0,4
Nordea Hypotek AB FRN 2019-02-26	20 000 000	20 119 467	2019-02-26	Aaa | NR	6%	0,1
Nordea kupongobl europeiska utdelningar	2 000 000	1 975 200	2016-12-30	Aa3 | AA-	1%	2,0
SEK Kreditobligation iTraxx 2015-04-22 - lån 142	3 000 000	2 991 000	2015-04-22	Aa1 | AA+	1%	0,3
SEK Kreditobligation iTraxx 2016-06-09 - lån 158	3 500 000	4 753 000	2016-06-09	Aa1 | AA+	2%	1,4
SEK Trends Indexobligation 2015-04-15 - lån 169	5 000 000	5 685 000	2015-04-15	Aa1 | AA+	2%	1,4
Sveaskog 3,3 % 2015-10-12	12 600 000	12 978 357	2015-10-12	WR | NR	4%	0,8
Sveaskog FRN 2015-10-12	9 000 000	9 105 170	2015-10-12	WR | NR	3%	0,0
Sveriges Säkerställda Obligationer AB 4,0 % 2015-04-15	20 000 000	20 786 378	2015-04-15	Aaa | AAA	7%	0,3
Sveriges Säkerställda Obligationer AB 4,0 % 2017-06-21	20 000 000	22 213 911	2017-06-21	Aaa | AAA	7%	2,3
Swedbank Hypotek AB 3,75 % 2017-12-20	40 000 000	43 957 700	2017-12-20	Aaa | AAA	14%	2,8
Swedish Covered 131* 2015-11-18	10 000 000	10 378 822	2015-11-18	Aaa | AAA	3%	0,9
TeliaSonera Kreditcertifikat	50 000	5 080 000	2015-10-05	A3 | A-	2%	0,8
Vasakronan FRN 2015-03-09	10 000 000	10 033 834	2015-03-09	WR | NR	3%	0,2
Vasakronan FRN-lån, STIBOR 90 + 0,67%-enhet	10 000 000	10 087 868	2019-03-19	WR | NR	3%	0,2
Västerås stad FRN 2017-08-28	10 000 000	10 047 105	2017-08-28	WR | AA+	3%	0,1
Ålandsbanken FRN 3M stibor + 100bps 2017-06-12	8 000 000	8 124 040	2017-06-12	WR | AA	3%	0,2
Totalt nominella räntor		286 948 559			92%	1,0
Totalt räntor		286 948 559			92%	1,0
GLOBALA STRUKTURERADE PRODUKTER						
Handelsbanken AIO världen 2018-10-28	14 000 000	14 574 000	2018-10-28	Aa3 | AA-	5%	3,9
Totalt globala strukturerade produkter		14 574 000			5%	3,9
Totalt utländska aktier inkl. strukturerade produkter		14 574 000			5%	
Totalt aktier		14 574 000			5%	
ALTERNATIVA TILLGÅNGAR						
Carlsson & Norén Macro Fund	43 666	5 161 077			2%	3,5
RO 4 Brummer och Partners	5 000 000	5 254 500	2016-07-28	Aa3 | AA-	2%	1,6
Totalt alternativa tillgångar		10 415 577			3%	2,5
LIKVIDA MEDEL						
Likvida medel		0			0%	
Totalt likvida medel		0			0%	
TOTALT		**311 938 137**			**100%**	**1,0**

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

2.1 Den korta portföljens utveckling

2.1.1 Portföljens duration och utveckling

Placeringarnas återstående löptid per 31 december 2014 var 1,0 år. Under år 2014 gav portföljen en avkastning på ca 1,3%. Det innebär en avkastning som var 0,7 procentenheter bättre än målet STIBOR en vecka plus 0,10 procentenheter, vilket motsvarar en snitträntа under perioden om 0,6%.

Bild 2:1 Landstingets måluppfyllelse - avkastning på likviditetsförvaltning

Avkastning	Utfall	Mål	Avvikelse
I procent på förvaltat kapital (årstakt)	+1,3%	+0,6%	+0,7%
I kronor	~4,0 mkr	~1,9 mkr	+2,1 mkr

I kronor räknat innebär det att den kortsiktiga portföljen avkastade cirka 2,1 miljoner kronor bättre än målet.

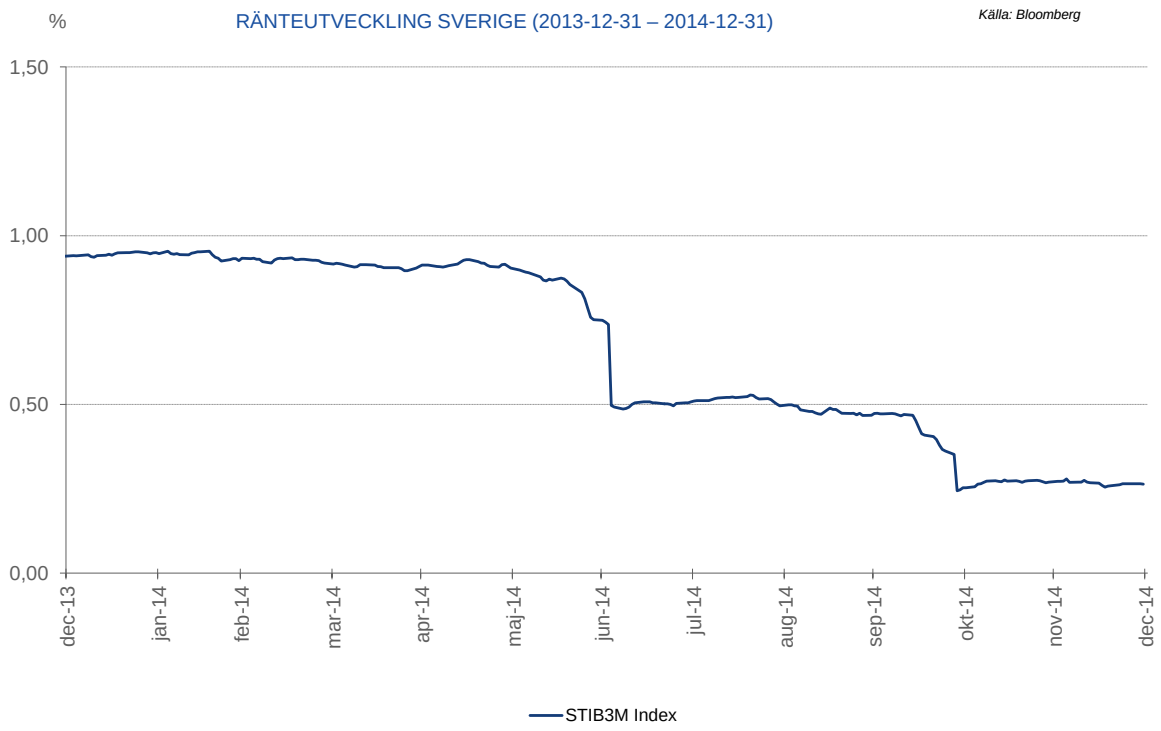
2.1.2 Ränteutvecklingen för räntepapper med kortare löptider

Vid det sista penningpolitiska mötet 2014 beslutades om en reporänta på 0%

Inflationen är historiskt låg och riksbanken menar att inflationsförväntningarna på lång sikt har sjunkit ytterligare något. För att inflationen ska stiga mot målet tillräckligt snabbt och för att minska risken att inflationsförväntningarna på längre sikt fortsätter att falla behöver penningpolitiken bli mer expansiv

Först under andra halvåret 2016, om KPIF-inflationen är nära 2 procent, är det lämpligt att börja höja räntan. Skulle penningpolitiken behöva bli ännu mer expansiv handlar det i första hand om att fortsätta skjuta på en första höjning av reporäntan.

Bild 2:2 Utveckling av 3 månaders STIBOR-ränta 2013-12-31 till 2014-12-31. Källa: Bloomberg



2.2 Betalningsberedskap

Betalningsberedskapen per 12 december 2014 visas nedan.

Bild: 2:3 Landstingets betalningsberedskap 31 december 2014 i kronor

Tillgångar	Utfall	Mål
Kassa och bank	299 295 844	
Kortfristiga placeringar	311 938 137	
Checkräkningskredit	50 000 000	
Medel som kan betalas ut inom två dagar	**555 764 114**	**65 000 000**
Medel som kan betalas ut inom tre dagar	**608 596 403**	**300 000 000**

2.3 Kreditrating

Kreditratingen för värdepapperen i den korta portföljen har under 2014 hållit sig inom de limiter som anges i *Reglemente för kortsiktig likviditetsförvaltning, finansiering och skuldförvaltning*.

2.4 Etisk klausul

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

2.5 Förvaltningskostnader

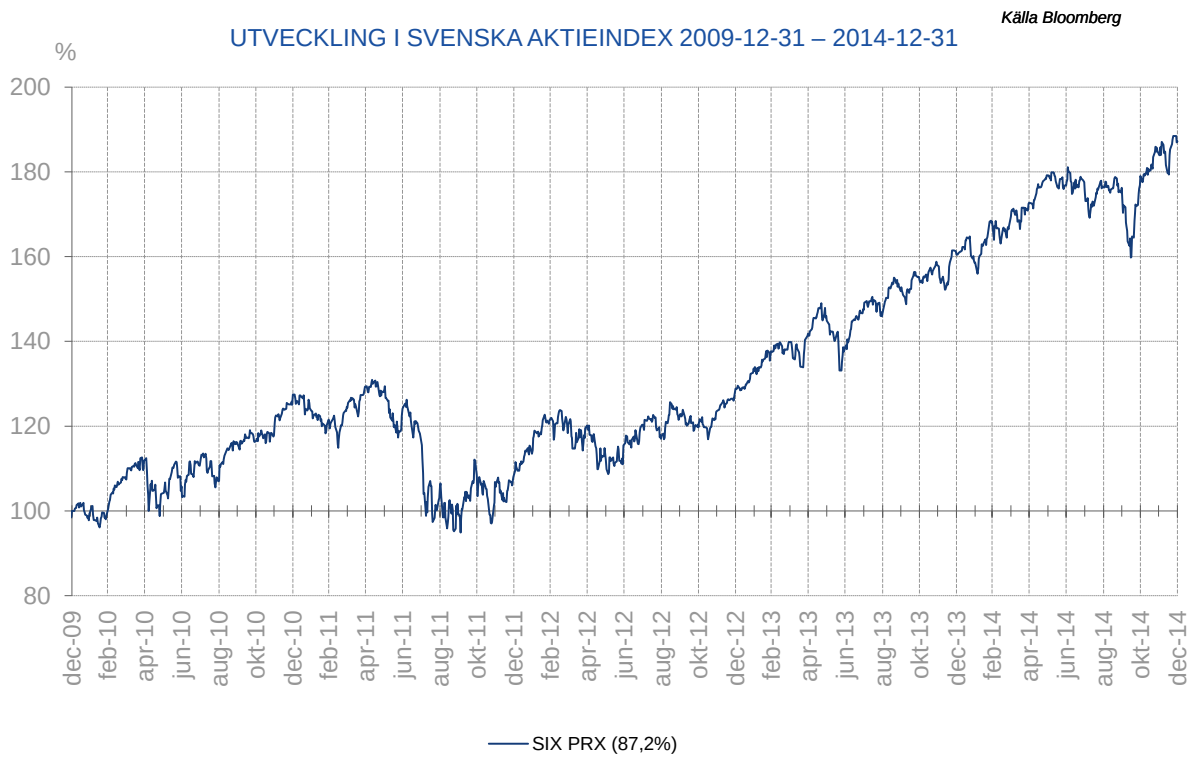
Kostnaderna för förvaltning/rådgivning av den kortsiktiga portföljen och pensionsportföljen uppgick under perioden till 100 000 kronor. I en del av värdepappershandeln tillkommer courtage vid köp och försäljning av värdepapper. Enligt gällande bokföringsregler räknas courtaget in i anskaffningsvärdet och dras ifrån vid försäljning varför denna kostnad inte kan särredovisas.

3 LANDSTINGETS PENSIONSPLACERINGAR

3.1 Utvecklingen på aktiemarknaderna

Den svenska börsen (SIX PRX) har under 2014 stigit med 15,9%. Även om tillväxttakten i svensk ekonomi, i likhet med övriga Europa, är lägre än före finanskrisen så fortsätter Sverige att växa snabbare än kontinenten som helhet. Bedömning är att svensk tillväxt fortsätter att vara god in i 2015. Hushållens konsumtion får en positiv påverkan från lägre ränta och bensinpris. Konsumtionen påverkas dock negativt av ökade importpriser, höjda skattenivåer och eventuella amorteringskrav på bolån.

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



3.2 Ränteutvecklingen för värdepapper med längre löptider

På räntemarknaden har de nominella räntorna fallit över nästintill hela kurvan. De statliga nominella obligationerna 1047 (förfall 2020) och 1053 (förfall 2039) har fallit med -172,0 respektive -164,5 räntepunkter. De svenska statliga realräntorna har även de fallit sedan årsskiftet. De svenska statliga realränteobligationerna 3102 (förfall 2020) samt den längsta realräntan 3104 (förfall 2028) har fallit med -91,5 respektive -115,5 räntepunkter. Nivåerna är nu på historiskt låga nivåer.

Bild 3:2 Utveckling av nominella räntor mellan 2013-12-31 till 2014-12-31

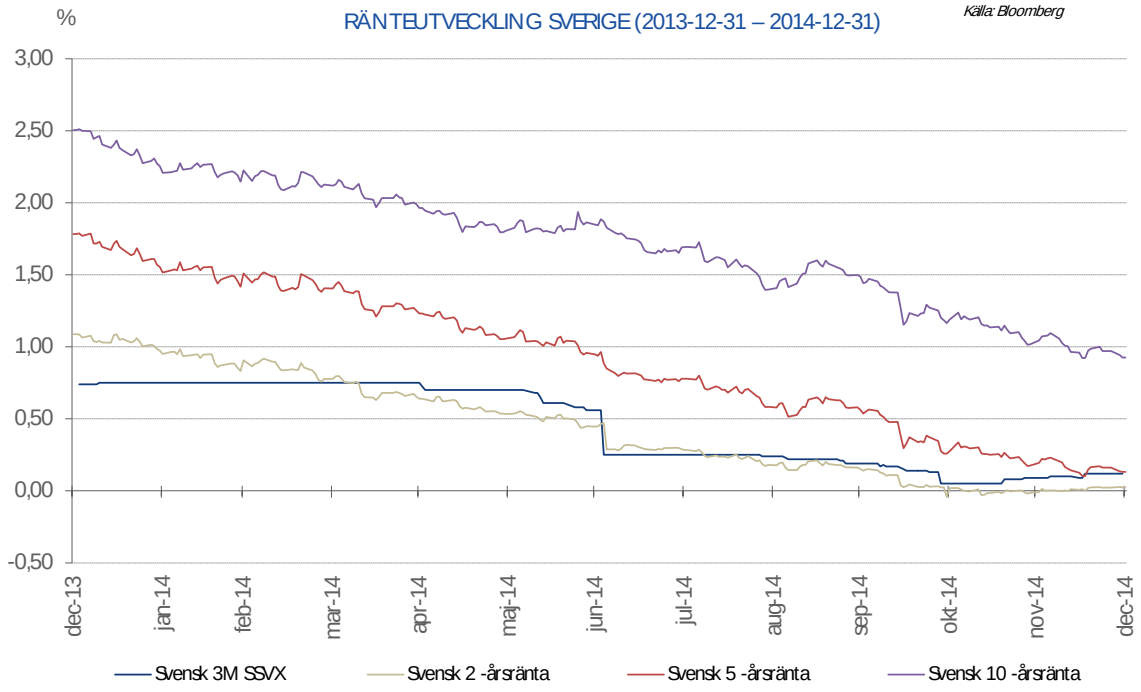
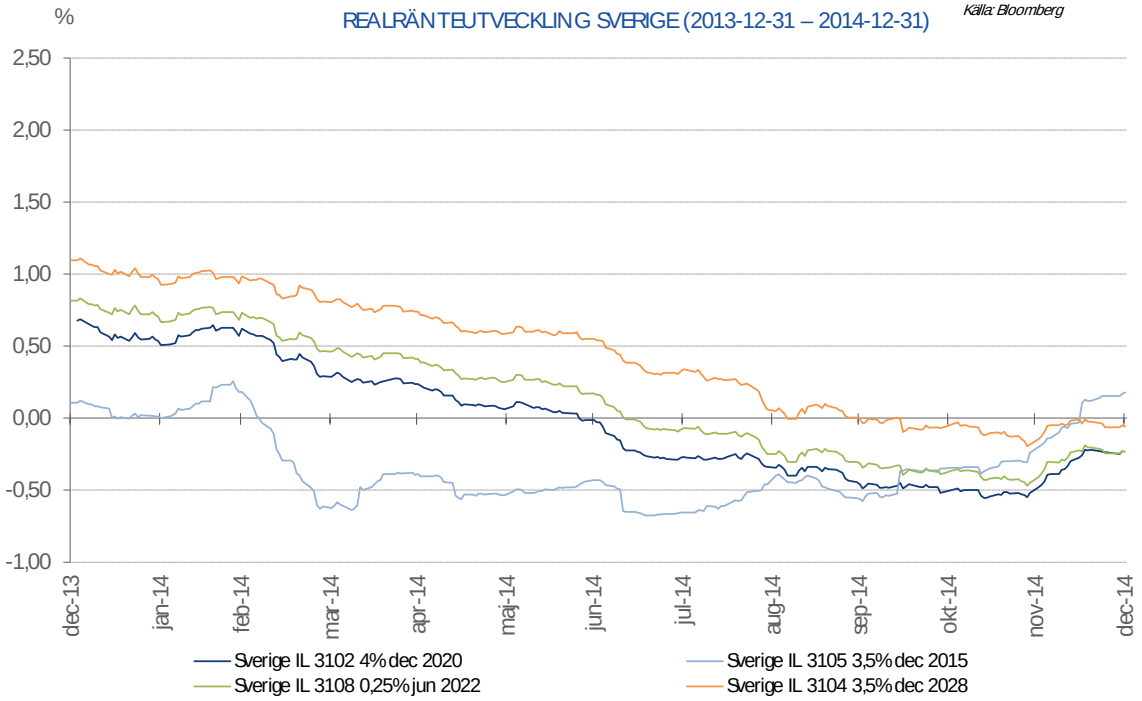


Bild 3:3 Utveckling av reala räntor mellan 2013-12-31 till 2014-12-31



3.3 Förvaltningen av pensionsportföljen

3.3.1 Placeringar/försäljningar av värdepapper

Under året har en del placeringar gjorts i slutet av året. Placeringarna har framförallt inneburit uppviktning i aktieportföljen. Detta i form av placeringar i globala aktiefonder hos SEB och Handelsbanken. Under året har innehaven i portföljen gett kuponger om ca 8,4 mkr.

3.3.2 Placering i vindkraft

Investeringen i vindkraftverket är nu klar och verket är i bruk, till ett anskaffningsvärde av 36,1 miljoner kronor. Vindkraftverket är placerat i Mortorp strax utanför Kalmar och togs i drift för landstingets räkning den 1 November 2014. Tillgängligheten har under nov-dec har varit 100% och produktionen stämmer med de upprättade kalkylerna. Vindkraftverket kommer tillföras pensionsportföljen som planerat så snart alla detaljer kring avkastningsberäkningarna klargjorts.

3.4 Pensionsportföljens utveckling

På grund av fallande långa räntor har obligationernas marknadsvärde stigit under året. Ränteportföljen har stigit med ca. 2,4 procent under perioden. Avkastningen på hela portföljen blev ca. 4,2 procent. Aktieandelen i pensionsportföljen steg med 7,6% under året vilket förklaras av nyanskaffning och värdeökning i befintliga innehav.

Utveckling under 2014(mkr)	Räntor	Aktier	Totalt
Marknadsvärde 31/12 2014	337,3	51,3	388,6
Marknadsvärde 31/8 2014	334,6	23,0	357,6
Orealiserad värdeförändring Jan-Dec 2014	2,4%	6,1%	4,2%
Fördelning tillgångsslag (marknadsvärde)	86%	14%	100%

Pensionportföljens tillgångar per 31 december 2014	Belopp i svenska kronor
Bokfört värde	370 997 046
Marknadsvärde	388 649 204

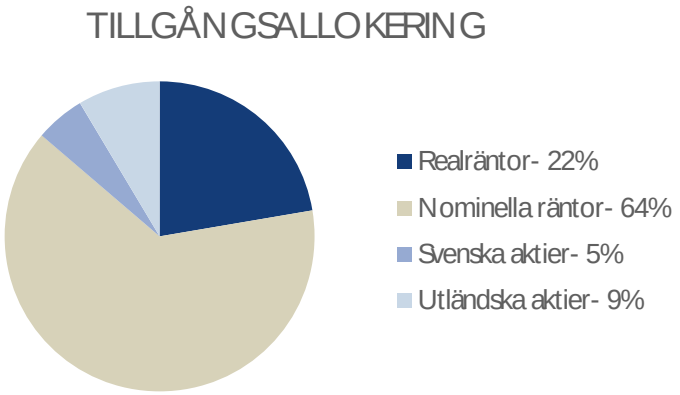
Värdepappers tillgångarna bokförs enligt lägsta värdes princip. Vilket innebär att det värde som är lägst av försäljningsvärde eller bokfört värde används som värdering.

Pensionsplaceringarna är långsiktiga och ingår inte i landstingets kortsiktiga likviditet.

3.5 Portföljinnehavet per 31 december 2014

Pensionsportföljen hade följande tillgångsfördelning (marknadsvärderad) per 31 december 2014.

Bild 3:5 Pensionsportföljen per 31 december 2014



Innehavet bestod av följande värdepapper:

TILLGÅNGAR	Nominellt belopp Antal andelar 2014-12-31	Marknadsvärde 2014-12-31	Löptid	Rating (Moody's | S&P)	Vikt	Duration
NOMINELLA RÄNTOR						
Bardays Fondobligation 2019-03-10	200 000 000	200 000 000	2019-03-10	Ba3 | BBB-	51%	4,2
Handelsbanken Korträntefond Sverige- Ack	54 524	5 698 865			1%	0,3
Kommuninvest EMB obligation lån 402	5 000 000	4 955 000	2016-01-25	- | AAA	1%	1,1
Swedish Covered 131* 2015-11-18	15 000 000	15 568 233	2015-11-18	Aaa | AAA	4%	0,9
Totalt nominella räntor		226 222 098			58%	3,8
REALRÄNTOR						
Akademiska Hus 3,5% 2015-12-01	20 000 000	25 184 216	2015-12-01	NR | AA	6%	0,9
Svenska staten 3107 0,5% 2017-06-01	15 000 000	15 875 700	2017-06-01	Aaa | AAA	4%	2,4
Swedbank Hypotek 4,0% 2020-12-01	30 000 000	46 193 674	2020-12-01	Aaa | AAA	12%	5,4
Totalt realräntor		87 253 590			22%	3,6
Totalt räntor		313 475 688			81%	3,7
BLANDFONDER						
Carnegie Strategifond G	402 816	47 663 086			12%	
Totalt Blandfonder		47 663 086			12%	
UTLÄNDSKA AKTIER						
Handelsbanken Global Dynamisk 90 Inst	40 530	5 644 636			1%	
SEB Etisk Globalfond	1 668 508	21 865 795			6%	
Totalt direktägda aktier och fonder		27 510 431			7%	
Totalt utländska aktier inkl. strukturerade produkter		27 510 431			7%	
Totalt aktier		27 510 431			7%	
LIKVIDA MEDEL						
Likvida medel		0			0%	
Totalt likvida medel		0			0%	
TOTALT		**388 649 204**			**100%**	**3,7**

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

3.6 Kreditrating

Sedan den förra likviditetsrapporten har inga förändringar skett av kreditbetygen för värdepapperen i pensionsportföljen.

3.6.1 Eksportfinans fondobligation

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

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

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

I Eksportfinans avvecklingsplan ingår inte någon förtida inlösen av upplåning. Risken för att landstinget inte får tillbaka hela beloppet vid förfall bedöms vara mycket liten, både med hänsyn till bolagets mycket solida ställning och dess exceptionellt solida ägare, däribland den norska staten som är en av världens finansiellt starkaste nationer. Obligationen planeras att behållas i pensionsportföljen till förfall.

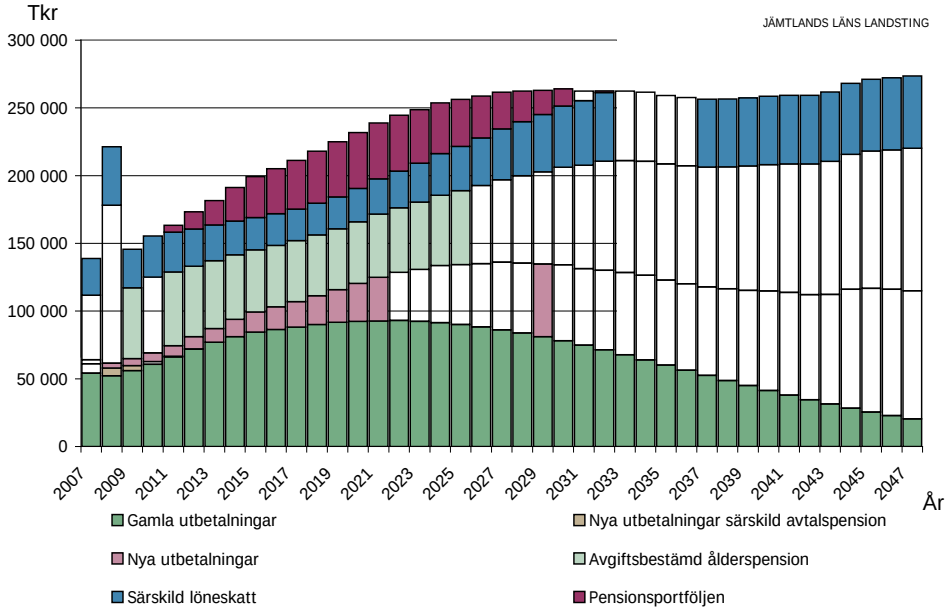
3.7 Etisk klausul

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

3.8 Konsolideringsgrad

Den pensionsportfölj som landstinget byggt upp ska i första hand användas till att kapa topparna på pensionsutbetalningarna under åren 2012-2032. Durationen beräknad på denna period uppgår till ca 7,6 år. Pensionsportföljens duration är 3,7 år.

Bild 3:5 Landstingets pensionsåtagande



Pensionsförvaltningens mål är att uppnå en konsolideringsgrad på minst 95%. Det innebär att den marknadsvärderade pensionsportföljen ska uppgå till minst 95 % av den del av pensionsskulden som utgörs av yttersta delen i staplarna i bild 3:5. Konsolideringsgraden förbättrades under 2014, från 97,1 procent den 31 december 2013 till 104,0 procent den sista december 2014.

4 DEN EKONOMISKA UTVECKLINGEN DECEMBER 2014

Under 2014 har världens börser haft en varierad utveckling där de flesta dock avslutat positivt. Den svenska börsen (SIX PRX) har stigit med 15,9%. Den globala börsen (MSCI World TR) steg med 28,1% i SEK och 5,5% i lokal valuta. Tillväxtmarknaderna (MSCI Emerging Markets TR) har stigit med 18,7% i SEK och fallit med -2,2% i lokal valuta.

Rörligheten på världens börser har även den varierat under året. Den svenska börsen (OMX 1Y) steg från 15,1% till 16,8% och i Europa (Eurostoxx 50) föll den från 17,3% till 16,6%. I USA (SPX 1Y) steg volatiliteten från 15,1% till 17,3%.

Makroklimatet väntas vara gynnsamt, men i lugnare tempo 2015 jämfört med 2014. Fortfarande står den europeiska konjunkturen och stampar, medan den amerikanska är på stabil mark. Den globala tillväxten för året har justerats ned med 0,2 procentenheter till 3,2%. Förväntningarna på USA och eurozonen är i det närmaste oförändrade sedan tidigare, där USA bedöms uppnå en tillväxt om 3,0% och eurozonen på drygt 1%. Tillväxttakten i BRIC-länderna har justerats ned ordentligt. För Brasilien, Ryssland och Indien har prognoserna sänkts med omkring 1 procentenhet, medan förväntningarna på Kina är relativt oförändrade. Förutom den geopolitiska oron ligger fokus på centralbankernas agerande. Marknaden räknar med kvantitativa lättnader från ECB och en första räntehöjning från Federal Reserve under våren. Avvikande beslut kommer troligtvis att få stor påverkan på värdepappersmarknaderna.

Prognoser för global BNP-tillväxt

	2013	2014	2015	2016
Global tillväxt	**3,0**	**3,2**	**3,5**	**3,6**
Mogna ekonomier	**1,1**	**1,6**	**2,1**	**2,2**
USA	1,9	2,3	3,0	2,8
Eurozonen	-0,4	0,8	1,1	1,5
Storbritannien	1,7	3,0	2,6	2,3
Sverige	1,6	1,9	2,6	2,9
Japan	1,7	0,3	1,0	1,4
BRIC-länderna	**5,8**	**5,5**	**5,3**	**5,6**
Brasilien	2,3	0,3	1,0	2,0
Ryssland	1,5	0,5	-0,2	1,0
Indien	4,4	5,4	5,5	6,3
Kina	7,7	7,4	7,0	6,8

LIKVIDITETSPLAN ÅR 2015 Region Jämtland Härjedalen

Belopp i miljoner kr	Jan	Feb	Mars	April	Maj	Juni	Juli	Aug	Sept	Okt	Nov	Dec	Totalt
1 LIKVIDA MEDEL VID RESPEKTIVE MÅNADS INGÅNG	**600,0**	**552,7**	**526,5**	**398,8**	**372,7**	**420,1**	**393,9**	**367,7**	**435,9**	**450,5**	**465,0**	**438,0**	
INBETALNINGAR													
Landstingsskatten	219,6	219,6	219,6	219,6	219,6	219,6	219,6	219,6	219,6	219,6	219,6	219,6	2 635,2
Skatteavräkning	-21,1												-21,1
Kommunalekonomisk utjämning	56,0	56,0	56,0	56,0	56,0	56,0	56,0	56,0	56,0	56,0	56,0	56,0	672,0
Läkemedelsbidraget	24,0	24,0	24,0	24,0	24,0	24,0	24,0	24,0	24,0	24,0	24,0	24,0	287,9
Vårdavg., samt övr drifts.inbet	48,0	48,0	48,0	48,0	48,0	48,0	48,0	48,0	48,0	48,0	48,0	48,0	576,0
Räntor och amorteringar på utlämnade lån	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	13,2
2 SUMMA INBETALNINGAR	**327,6**	**348,7**	**348,7**	**348,7**	**348,7**	**348,7**	**348,7**	**348,7**	**348,7**	**348,7**	**348,7**	**348,7**	**4 163,2**
UTBETALNINGAR													
Verksamhetens utbetalningar	366,6	366,6	448,1	366,6	285,1	366,6	366,6	244,4	325,9	325,9	285,1	325,9	4 073,2
Avräknat	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
LÖF...					7,8			7,8			82,3		97,9
Investeringar	8,3	8,3	8,3	8,3	8,3	8,3	8,3	8,3	8,3	8,3	8,3	8,3	99,6
3 SUMMA UTBETALNINGAR	**374,9**	**374,9**	**456,4**	**374,9**	**301,2**	**374,9**	**374,9**	**260,5**	**334,2**	**334,2**	**375,7**	**334,2**	**4 270,7**
Likvida medel (1+2-3)	**552,7**	**526,5**	**418,8**	**372,7**	**420,1**	**393,9**	**367,7**	**455,9**	**450,5**	**465,0**	**438,0**	**452,5**	**5 314,3**
													0,0
Placering för pensioner	0,0	0,0	20,0	0,0	0,0	0,0	0,0	20,0	0,0	0,0	0,0	0,0	40,0
4 LIKVIDA MEDEL VID RESPEKTIVE MÅNADS UTGÅNG	**552,7**	**526,5**	**398,8**	**372,7**	**420,1**	**393,9**	**367,7**	**435,9**	**450,5**	**465,0**	**438,0**	**452,5**	

Jämtlands Läns Landsting

Personalbokslut 2014

Ansvarig: Annica Sörensdotter

Innehållsförteckning

Jämtlands Läns Landsting

1 Inledning 6
1.1 Tillvägagångssätt 6
2 Attraktiv arbetsgivare 7
3 Kompetensförsörjning 7
3.1 Utförd tid 9
3.2 Utförd tid per centrum 10
3.3 Antal anställda 11
3.4 Antal anställda, kvinnor och män 12
3.4.1 Antal anställda årsarbetare 13
3.4.2 Antal anställda per centrum 13
3.5 Anställningsform 14
3.6 Timavlönade 14
3.7 Deltidsanställda 15
3.7.1 15
3.7.2 Antal deltidsanställda fördelat på kön 15
3.7.3 Andel deltider av totalt antal anställda 15
3.8 Medelsysselsättningsgrad 15
3.9 Olika typer av ledigheter fördelade på kvinnor och män 16
3.10 Generationsväxling 17
3.10.1 Åldersfördelning 18
3.10.2 Medelålder 18
3.10.3 Åldersstruktur och medelålder per centrum 19
3.11 Ungdomssatsningar 19
3.11.1 Feriearbetare 19
3.11.2 Studiebesök 20
3.12 Bemanning av organisationen 21
3.13 Läkare – Arvodesanställda – bemanningsföretag 23

Jämtlands Läns Landsting

3.13.1 Fördelning stafettläkarkostnader per centrum 24
3.14 Sjuksköterskor – bemanningsföretag 25
3.15 Kostnad - arvodesanställda, konsulter inom folktandvård 25
3.16 Kompetenssammansättning 25
3.17 Kompetensstruktur 27
3.18 Antal läkare - månadslön 28
3.19 Kompetensstruktur läkare 28
3.19.1 AT-läkare kvar i landstinget 29
3.19.2 Personalomsättning läkare 29
3.20 Utbildning och kompetensutveckling 29
3.21 Landstingets studiemedel 30
3.22 Handledningskompetens 31
3.23 Utbildningsuppdraget 31
3.24 Omställningsarbetet 32
3.25 Avslutningssamtal 33
3.26 Bisyssla 34
4 Övertid/mertid/arbetad tid 35
4.1 Övertid/mertid i timmar 2014 35
4.2 Totalt antal timmar övertid/mertid/kort varsel 2008-2014 35
4.3 Arbetad tid för läkare 35
4.3.1 Antal timmar - ersättningsnivå. 36
4.3.2 Kostnad övertid, mertid och läkares arbetade tid 36
5 Chef - och ledarskap 38
5.1.1 Kompetensutveckling 38
5.1.2 Chefsaspirantutbildning 38
5.1.3 Avslut av chefsuppdrag 38
5.2 Antal chefer 39

Jämtlands Läns Landsting

6 **Arbetsmiljö och hälsa** 39

6.1 Sjukfrånvaro 40

6.2 Obligatorisk sjukfrånvaroredovisning 44

6.3 Friskvård 44

6.3.1 **Friskvårdsaktiviteter** 45

6.4 Personalföreningen 46

6.5 Arbetsmiljö 46

6.5.1 **Arbetsmiljöenkäten** 47

6.5.2 **Centrumens arbetsmiljö** 47

6.6 Arbetsförhållanden utifrån jämställdhet och mångfald 48

6.7 Arbetsskador och tillbud 49

6.8 Åtgärder via företagshälsovård 50

6.8.1 **Landstingshälsan** 50

Samtal, rådgivning 51

Samtalsstöd, handledning och chefsstöd 51

Arbetsplatsbesök 51

Rehabilitering 52

Grupp och organisations insatser 52

6.8.2 **Företagshälsovård from september 2014** 53

7 **Lönebildning** 55

7.1 Löneutveckling 55

7.2 Jämställda löner 56

8 **Bilaga 1** 57

Jämtlands Läns Landsting

Personalbokslut 2014

1 Inledning

Det personalpolitiska arbetet utgår från landstingets personalpolitiska policy. Uppföljningen av policyn sker genom redovisning i verksamhetsberättelse och vid delårsboksluten.

I personalbokslutet ges årligen en utförligare presentation med personalfakta som visar på både årsresultat och utveckling av olika mått över tid samt analys.

1.1 Tillvägagångssätt

Uppgifterna som redovisas i detta personalbokslut är hämtade ur personalsystemet, ur centrumens svar på frågor samt årsbokslut. Personalstatistiken personalsystemet uppdateras fyra gånger per månad. Uppdateringen sker även historiskt vilket innebär att ändringar som är gjorda flera månader tillbaka ändras. I normalfallet är ändringen marginell.

Om inget annat anges är statistikunderlaget framtaget för perioden januari t o m december varje år och vid antalsuppgifter per sista december varje år.

Jämtlands Läns Landsting

2 Attraktiv arbetsgivare

Under året har ett stort arbete pågått för att landstinget ska vara en attraktiva arbetsgivare.

Landstinget startade arbete med att fram "Snabba åtgärder" som beslutades 2013 och har genomförts under 2014. Några exempel på åtgärder; gemensam introduktion, friskvårdsprogram, ändring i befogenheter, fira framgångsrika resultat. "Snabba åtgärder" bifogas som bilaga 1.

För att jobba långsiktigt har en landstingsövergripande handlingsplan tagits fram för perioden 2015-2017.

3 Kompetensförsörjning

En förutsättning för att skapa attraktiva hälsofrämjande arbetsplatser är att organisationen är bemannad och med rätt kompetens utifrån verksamhetens behov.

Generellt är det svårt/mycket svårt att rekrytera specialistläkare oavsett specialitet, distriktsläkare, övertandläkare, allmänsjuksköterskor, vissa specialistsjuksköterskor, till viss del psykologer samt andra specifika kompetenser/nyckelkompetenser. Det är svårare att rekrytera till glesbygd (undantag Åre) än till Östersund med omnejd.

När det gäller läkare och sjuksköterskor så ökar verksamheternas behov. Landstinget hade 2014 fler anställda läkare och sjuksköterskor än någonsin, vilket också gäller nationellt. Följden av det samlade ökade behovet gör att det uppstår en bristsituation. Det i sin tur skapar en marknad för bemanningsföretag som hyr ut sjuksköterskor. 2014 är första året som landstinget, centrum medicin, anlitade sjuksköterskor från bemanningsföretag för att klara den kontinuerliga verksamheten.

Det ökade behovet kopplat till en bristsituation gjorde att en diskussion och ett arbete påbörjades med arbetsnamnet "Vem gör vad i vården" och med fokus på arbetsfördelning mellan undersköterska och sjuksköterska.

Bristen/ökade behovet av sjuksköterskor och biomedicinska analytiker innebar också att fler undersköterskor anställdes. Dessutom infördes vårdnära service under året för att avlasta hälso- och sjukvårdens personal på framförallt på vårdavdelningarna.

Sammantaget ökade den utförda tiden för sjuksköterskor (ca 13 årsarbetare inkl bemanningsföretag) och undersköterskor (32 årsarbetare). Dessutom infördes vårdnära service (14,5 årsarbetare). Även om centrumen inte redovisat det i sina bokslut så signalerade verksamheterna, framförallt vårdavdelningarna, om fortsatt sjusköterskebrist och konsekvenser av det.

Skäl som anges vad gäller ökning av utförd tid är främst ökad produktion, vårdkrävande patienter, fler inskolningar, införande av Cosmic. Det kan tyckas motsägelsefullt då sjukvårdsproduktionen är lägre på vårdavdelningarna och att DRG -viktningen visar på mindre vårdkrävande patienter. Dessutom vittnar verksamheterna om svårigheter att rekrytera vilket borde minska antal inskolningar. Den händelse av engångskaraktär som anges och som generar mer tid, är införande av Cosmic.

Jämtlands Läns Landsting

När det gäller försörjning av psykologer klarade område psykiatri att rekrytera ett flertal psykologer efter genomförda PTP - program, vilket är mycket glädjande.

Även om den utförda tiden för egna anställda läkare i primärvården har ökat, så har det skett en kostnadsökning vad gäller bemanningsföretag som motsvarar 49 %.

Exempel på åtgärder för att lösa bristsituationerna är bland annat att själv specialistutbilda t ex sjuksköterskor, läkare, psykologer, anställa ST-läkare för att på sikt bli självförsörjande vad gäller specialistläkare, utlandsrekrytering samt anlitande av bemanningsföretag.

Det råder fortsatt brist på medicinska sekreterare. Diskussion om köp av förkortad utbildning påbörjades under året. Det resulterade i ett förslag till handlingsplan för kompetensförsörjning av medicinska sekreterare där köp av förkortad utbildning ingår. I primärvården innebar en ortsbunden ökning av medicinska sekreterare att den kunde nyttjas genom distansoberoende anställning. En lösning som gav ett mycket bra resultat. Utifrån bristen så är det många verksamheter som ser över möjligheterna att istället anställa assistenter för de arbetsuppgifter där medicinska sekreterares specifika kompetens inte behövs. I det finns en risk att medicinska sekreterarnas idag breda arbetsfält minskar.

Inom folktandvården fortsätter den planerade utvecklingen mot en struktur med ett minskat behov av tandläkare mot ett ökat behov av tandsköterskor och tandhygienister.

Det råder balans/lätt att rekrytera vad gäller vissa specialistutbildade sjuksköterskor, undersköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter med vissa undantag, kuratorer, personal till kök, städ, transport, vaktmästeri samt administratörer.

Inför sommar 2014 utarbetades en handlingsplan med åtgärder såsom översyn av arbetsfördelning på vårdavdelningarna i olika avseenden, införande av vårdnära service, återupprepning av sommarpaket, längre öppethållande av OBS- platserna på akutmottagningen, egna OBS- platser inom centrum medicin, ett mer strukturerat samarbete med kommunerna mm.

Utvärdering av sommaren visade på en mycket förbättrad arbetssituation jämfört med tidigare år. Införandet av vårdnära service på vårdavdelningarna var det som upplevdes som den största förbättringsåtgärden. Men även OBS - platserna på akuten och medicin och samarbetet med kommunerna hade stor inverkan på en förbättrad arbetssituation.

Utifrån en sämre tillgång på sjuksköterskor så nyttjades sommarpaketet i hög omfattning. Det fick till följd att höstens bemanningssituation blev besvärlig i o m utlägg av den förskjutna semestern samt att kostnaderna för sommarpaketet blev höga. 3, 7 miljoner totalt vilket motsvarar ca 300 veckor. År 2013 var motsvarande kostnader närmare 700 000 kr.

En handlingsplan för ”Heltid är en rättighet och deltid en möjlighet” utformades och infördes under året. Arbetet fortsätter enligt plan en period in på 2015.

Jämtlands Läns Landsting

Som en del i Långsiktig utvecklingsplan för god ekonomisk hushållning 2015-2015 (LUP), påbörjades ett arbete med att ta fram en långsiktig plan för Region Jämtland Härjedalens kompetensförsörjning.

3.1 Utförd tid

Att följa utvecklingen av utförd tid är ett sätt att se hur verksamheten utvecklas samt att följa eventuella förskjutningar i kompetens.

Utförd tid	Utförd tid år 2012	Utförd tid år 2013	Utförd tid år 2014	Års - arbetare år 2012	Års-arbetare år 2013	Års-arbetare år 2014
Totalt utförd tid	5 271 093	5 297 366	5 438 135	2 995	3 010	3 090
varav kvinnor	4 051 298	4 064 863	4 163 766	2 302	2 310	2 366
varav män	1 219 795	1 232 503	1 274 369	693	700	724
Läkare	616 474	630 171	630 874	350	358	358
- varav kvinnor	263 984	269 713	277 346	150	153	158
- varav män	352 490	360 458	353 528	200	205	201
Sjuksköterskor *	1 605 299	1 604 479	1 623 005	912	912	922
- varav kvinnor	1 362 185	1 383 253	1 383 552	774	786	786
- varav män	223 115	221 225	239 454	127	126	136
Undersköterskor	894 223	905 251	961 422	508	514	546
- varav kvinnor	715 962	729 966	776 585	407	415	441
- varav män	178 262	175 285	184 837	101	100	105
Medicinska sekreterare	305138	303262	311262	173	172	176
- varav kvinnor	305138	303262	311062			

Källa: ProDiver * exkl. BMA

Utförd tid omräknat till årsarbetare med 1760 tim. I utförda tiden ingår tid i ”produktion”, utbildning med lön, friskvård och fackligt arbete. I utförd tid ingår ej tid gjorda av läkare från bemanningsföretag.

Under perioden 2011-2012 har det skett överföring av verksamhet från landstinget till regionförbundet och Torsta AB. För att kunna göra jämförelser på ett tillförlitligt sätt mellan åren så **ingår inte verksamhet inom Kulturen, folkhögskolorna Birka och Bäckedal samt Åsbygdens gymnasieskola i ovanstående redovisning**.

Den utförda tiden omräknat till årsarbetare innebär en ökning med 80 årsarbetare jämfört med 2013.

Sett till de stora grupperna inom hälso- och sjukvård så har den utförda tiden för sjuksköterskor och undersköterskor ökat. Utförda tiden för läkare har också ökat (om man ser till att antalet vardagar är mindre 2013) men inte i motsvarande omfattning. Trots ökning av utförda tiden vad gäller sjuksköterskor så rapporterar verksamheterna fortsatt behov av / brist på sjuksköterskor, framför allt inom områdena psykiatri, kirurgi, ögon, öron samt medicin.

Jämtlands Läns Landsting

För att lösa sjuksköterskesituationen har verksamheterna anställt fler undersköterskor. Vårdnära service infördes inför sommaren 2014 för att avlasta hälso- och sjukvårdspersonal. Bemanningsföretag vad gäller sjuksköterskor har anlitats för att klara den kontinuerliga verksamheten inom centrum medicin.

3.2 Utförd tid per centrum

Centrum	**Utförd tid 2013**	**Utförd tid 2014**	***Differens omräknad i årsarbetare (1760 tim)***
Jämtlands läns landsting	5 297 366	5 438 135	*+80*
Centrum opererande	1 350 492	1 412 005	*+35*
Centrum Barn Kvinna Psykiatri	949 825	968 375	*+11*
Centrum medicinska specialiteter	837 883	856 504	*+ 11*
Centrumför diagnostik och teknik, Landstingsservice	645 459	685 590	*+23*
Centrum Primärvård	820 994	843 051	*+ 13*
Centrum Folktandvården	303 237	299 928	*-2*
Centrum ledning och verksamhetsstöd*	376 196	360 274	*-9*
Patientnämnd	12145	12409	
Revision	7 283	7 469	
Vårdvalsnämnd		188	
Landstingövergripande verk	16735	14858	-1

Källa: Datalagret (Divern). Rett Center har flyttats organisatoriskt från Centrum ledning och verksamhetsstöd till landstingsövergripande per 130101.

Inom **centrum medicin** har utförda tiden ökat. Antalet timmar för sjuksköterskorna har minskat vilket beror på rekryteringssvårigheter. Om sjuksköterskетid via bemanningsföretag läggs till, har dock den totalt utförda tiden för sjuksköterskor ökat.

Undersköterskornas tid har ökat för att förbättra arbetsmiljön och för att fler vårdkrävande patienter har behövt tillsyn dygnet runt.

Inom **centrum opererande** har utförda tiden ökat. En planerad ökning har varit delvis budgeterad för att klara en ökad produktion, utökad tillgänglighet, schemaändringar och utökade bemanningsmål.

Utöver budget återfinns tid för en hög andel inskolning samt viss ökad bemanning utifrån vårdtyngd och ökat patientflöde som krävt fler timmar, liksom införandet av COSMIC.

Inom **centrum Barn Kvinna Psykiatri** har utförda tiden ökat. Ökningen ligger framförallt inom gruppen undersköterskor/skötare. Det beror på att det bemannats upp med undersköterskor för att täcka bristen på sjuksköterskor samt för att klara av extra och särskild tillsyn. Ökningen i övrigt hänförs till bl. a fler inskolningar, randande ST-läkare, införande av

Jämtlands Läns Landsting

COSMIC. Glädjande är att område psykiatri har klarat att rekrytera ett flertal psykologer efter genomförda PTP- program.

Minskning av utförd tid återfinns bland sjuksköterskegruppen inom område psykiatri och läkargruppen inom områdena kvinna och psykiatri vilket i sin tur har lett till höga stafettläkarkostnader.

Inom **centrum Diagnostik Teknik och Service** har utförda tiden ökat. Ökningen beror till största delen på införandet av vårdnära service (14,5 åa). En ökning av åtta årsarbetare inom diagnostik och service beror på produktionsökningar och generationsväxling. En viss omfördelning mellan yrkesgrupper har skett. Undersköterskor har anställts för att frigöra tid för biomedicinska analytiker i tapp- och provtagningsverksamhet.

Inom **centrum Primärvård** har utförda tiden ökat. Även om den utförda tiden för egna anställda läkare i primärvården har ökat i primärvården så har det skett en kostnadsutveckling vad gäller bemanningsföretag som motsvarar en ökning med 49 %. Till det kommer höga kostnader för arvodesanställningar och internstafetter.

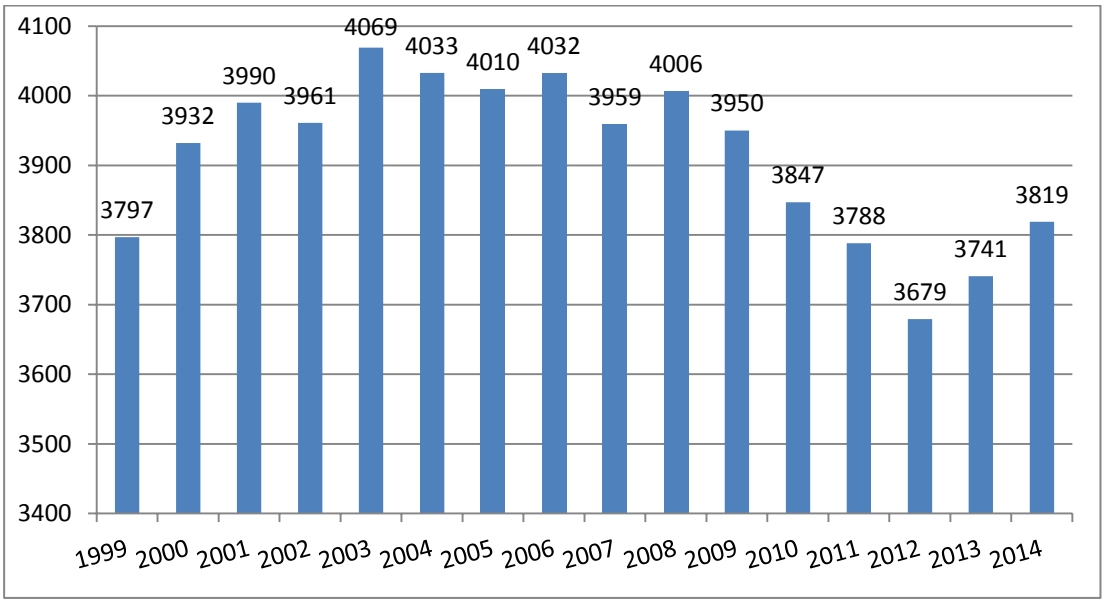
En ortsbunden ökning vad gäller gruppen medicinska sekreterare har kunnat nyttjas i och med distansoberoende anställning. En lösning som gett ett mycket bra resultat. Den ökade tillströmningen av flyktingar samt en förlängning av turistsäsongen till att mer eller mindra gälla under hela året har bidragit till ökningen av utförd tid.
Inom **centrum Folktandvården** har utförda tiden minskat. En viss kompetensförskjutning sker i och med att den utförda tiden för grupperna tanksköterskor och tandhygienister ökar medan utförda tiden för samtliga tandläkarkategorier minskar något. I den planerade framtida strukturen kommer den utvecklingen att fortsätta

Inom **centrum ledning och verksamhetsstöd** har utförda tiden minskat. Minskningen har till största del sin grund i att tidsredovisningen för AT-läkarna redovisas i det centrum där de tjänstgör samt nedläggning av landstingshälsan. Trots minskningen skedde en viss utökning bl. a inom personal (bl. a avropsfunktionen), patientsäkerhet, vårdinformatik, LEAN - projektet.

3.3 Antal anställda

Antalet anställda uppgick den 31 december 2014 till 3819 personer. Av dessa är 2983 kvinnor (78 ,2 %) och 836 män (21,8 %).Förändringen mot föregående år är 78 fler anställda.

Minskningen 2011 och 2012 beror på verksamhetsövergång till regionförbundet och gymnasieförbundet samt Torsta AB, delar av tidigare verksamhetsområde utbildning och utveckling och kultur.



Under åren 2011-2012 har det skett överföring av verksamhet från landstinget till regionförbundet och Torsta AB.

2011-01-01=89 medarbetare, 2012-01-01= 86 medarbetare, 2012-07-01= 26 medarbetare

3.4 Antal anställda, kvinnor och män

Kvinnor och män	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Total	4033	4010	4032	3959	4006	3951	3847	3788	3679	3741	3819
Kvinnor	3121	3105	3108	3053	3094	3033	2940	2940	2885	2932	2983
Män	912	905	924	906	912	918	907	848	794	809	836
Andel (%) män av tot	22,6	22,6	22,9	22,8	22,8	23,2	23,5	22,4	21,6	21,6	21,8

Källa Heroma

Antalet anställda har ökat med 78 personer varav 51 kvinnor och 27 män.

Jämtlands Läns Landsting

3.4.1 **Antal anställda årsarbetare**

År	**Antal anställda**	**Årsarbetare (1760 tim)**
2014	3819	3090
2013	3741	3010
2012	3679	2995
2011	3788	3130
2010	3847	3152
2009	3951	3192
2008	4006	3179
2007	3959	3139
2006	4032	3108
2005	4010	3135
2004	4033	3143

3.4.2 **Antal anställda per centrum**

Centrum	**Antal anställda 2013-12-31**	**Antal anställda 2014-12-31**	**Förändring mellan åren**
Jll	3741	3819	+78
Centrum opererande	962	1014	+52
Centrum Barn Kvinna Psykiatri	666	655	-11
Centrum medicinska specialiteter	638	649	+11
Centrum för diagnostik och teknik, Landstingsservice	426	450	+24
Centrum Primärvård	574	599	+25
Centrum Folktandvården	218	206	-12
Centrum ledning och verksamhetsstöd	238	228	-10
Patientnämnd	3	3	
Revision	4	5	+1
Omställningsgrupp Rett center	12	10	-2 (omställningsgrupp 0, Rett center 10)

Jämtlands Läns Landsting

3.5 Anställningsform

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Tillsvidare	**3620**	**3630**	**3611**	**3504**	**3400**	**3445**	**3500**
- varav kvinnor	2805	2810	2792	2720	2665	2714	2747
- varav män	815	820	819	784	731	731	753
Vikarie	**250**	**208**	**151**	**205**	**203**	**211**	**226**
- varav kvinnor	202	155	104	164	163	165	172
- varav män	48	53	47	41	40	46	54
Allmän visstidsanställning	**74**	**66**	**50**	**32**	**34**	**40**	**30**
- varav kvinnor	50	43	28	25	25	27	25
- varav män	24	23	22	7	9	13	5
AT – läkare	**38**	**41**	**35**	**38**	**35**	**31**	**37**
- varav kvinnor	21	19	17	24	25	18	**20**
- varav män	17	22	18	14	10	13	**17**
Övrigt (67 år, provanställning)	24	6	0	6	7	14	26

3.6 Timavlönade

Antalet timanställda kan variera stort under året. Många av sommarvikarierna är timanställda.

För att jämföra nyttjandet av timanställda under åren kan jämförelsen göras i antalet timmar/år.

Antal timmar för timanställda	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**
Antal timmar	171334	180752	164940	213303	251633	221942	194947	233641
- varav kvinnor	Ingen uppgift	Ingen uppgift	Ingen uppgift	Ingen uppgift	184098	167031	145016	172208
- varav män					67535	54911	49932	61433
Omräknat i årsarbetare*	96,8	102,7	93,7	121	143	126	111	133

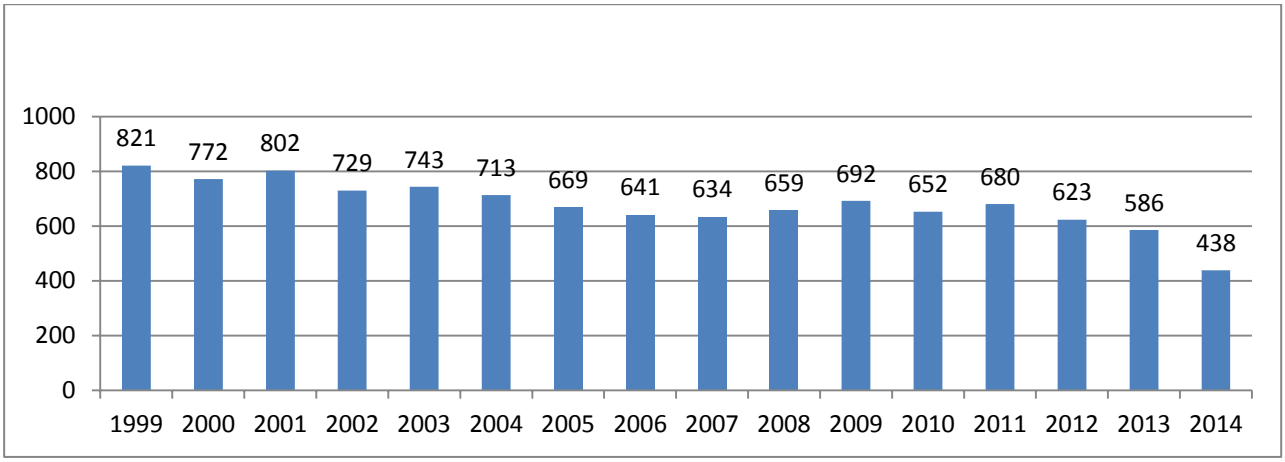
* årsarbetare är beräknat på 1760 timmar.

Skäl till timanställningar är att främst täcka upp kortare oplanerad frånvaro men även för att bemanna upp vid hög arbetsbelastning, klara ”schemat”, tillgängligheten samt tillfälliga vårdbehov. Flera centrum beskriver att behovet av tillfälliga vårdbehov i form av extravak och särskild tillsyn ökade under 2014 jämfört med året innan.

Att välja timanställning är också mindre kostnadskrävande än att anställa t ex frånvaroersättare på månadslön.

Jämtlands Läns Landsting

3.7 Deltidsanställda



3.7.1 Antal deltidsanställda fördelat på kön

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Totalt	**659**	**692**	**652**	**680**	**623**	**586**	**438**
Kvinnor	590	613	565	597	559	524	388
Man	69	79	87	83	64	62	50

Av deltidsanställda är 89% kvinnor och 11 % män

Antal deltidsanställda kvinnor av totalt antal anställda kvinnor = 13%

Antal deltidsanställda män av totalt antal anställda män = 6%

3.7.2 Andel deltider av totalt antal anställda

Antalet deltidsanställda är 438 personer och det är en avsevärd minskning jämfört med föregående år. I och med att ”Heltid är en rättighet och deltid en möjlighet” infördes på ett strukturerat sätt med handlingsplan under året så har det i stor utsträckning bidragit till minskningen. Arbetet fortsätter enligt plan en period in på 2015.

Av de som har deltidsanställning återfinns ett antal personer med varaktig sjukersättning och särskild ålderspension. Utifrån dagens systemstöd är det inte möjligt att ange hur många det är. Vid en manuell uppföljning 2012 bestod denna grupp av 178 personer.

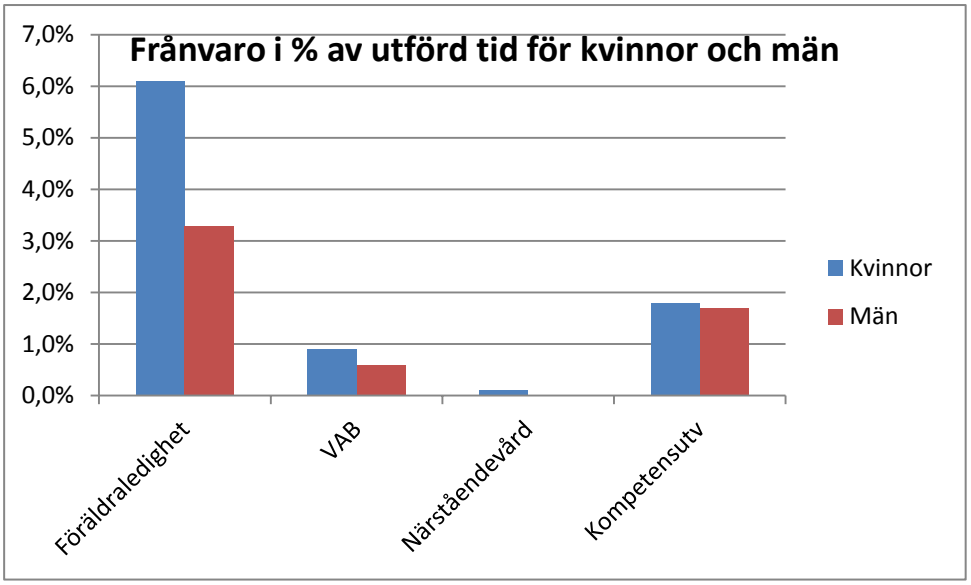
3.8 Medelsysselsättningsgrad

Medel-sysselsätt-ningsgrad	**2005**	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**
Totalt	94,6	95,0	94,9	94,8	94,7	94,7	94,6	94,9	95,0	96,1
Kvinnor	94,0	94,5	94,1	94,1	93,9	94,1	94,0	94,2	94,4	95,7
Män	96,7	96,9	97,6	97,4	97,5	96,7	96,7	97,6	97,0	97,8

Utifrån den högsta medelsysselsättningsgraden år 2006 har medelsysselsättningsgraden successivt blivit lägre för att återigen ökat de tre senaste åren. En orsak till ökningen under 2014 är att antalet heltidsanställda ökade i och med införandet av ”Heltid är en rättighet och deltid en möjlighet” .

Medelsysselsättningsgraden är förhållandevis hög i jämförelse med andra landsting.

3.9 Olika typer av ledigheter fördelade på kvinnor och män



Källa: ProDiver. Lönearter: föräldraledighet (6210, 6220, 6221, 6230, 6231, 6232), VAB (6270), närståendevård (6290) och kompetensutveckling (6440).

Kvinnors frånvaro i procent av utförd tid (per kön) är högre än männens avseende föräldraledighet, VAB samt närståendevård. Tid för kompetensutveckling utgör något större andel av utförd tid för kvinnor än för män.

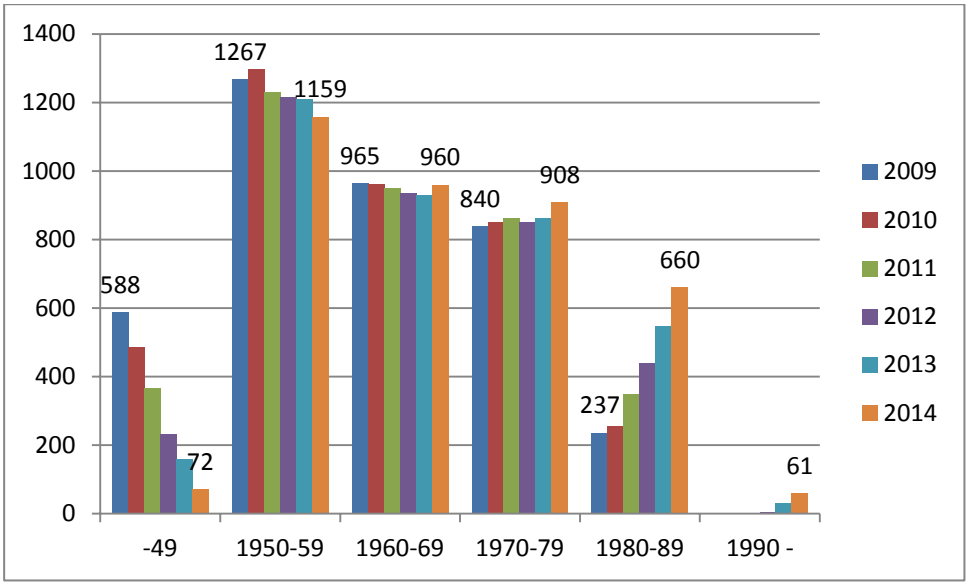
Föräldraledighet: Kvinnor tar ut 85 % av totalt uttagen föräldraledighet och männen tar ut 15 %. Motsvarande siffra 2012 är för kvinnor 82 % och män 18 %. En ökning för kvinnor och en minskning för män. Det är här största skillnaden mellan könen finns. Av uttagen föräldraledighet i procent av utförd tid så tar kvinnorna ut 6,1 % och männen 3,3 %. Det är viktigt att uppmuntra fler män till uttag av föräldraledighet.

Vård av barn (VAB): Kvinnorna står för 83 % av uttagen VAB och män för 17 %. Jämfört med 2013 så är det ingen skillnad.

Närståendevård: Uttagna timmar för närståendevård är mycket litet och utgörs endast av enskilda fall. Totalt 2399 timmar varav kvinnor har tagit ut 100 % och männen stod för 0 % av totalt uttagen tid.

Kompetensutveckling: Kvinnor tar ut 73 % av totalt uttagen tid för kompetensutveckling, män tar ut 27 %. Jämfört med 2013 så är fördelningen oförändrad. Men om man tittar på tid för kompetensutveckling i procent av utförd tid för kvinnor respektive män så är det nästan ingen skillnad mellan könen.

3.10 Generationsväxling



Förklaring: X-axel avser antal medarbetare. Y-axel avser födelseår

Kompetensväxlingen utifrån att medarbetare födda på 40-talet gått i pension har kunnat hanteras utan några märkbara konsekvenser för möjligheten att rekrytera och bemanna. Inom vissa yrkesgrupper är det personalbrist, framförallt vad gäller specialistläkare och numera också sjuksköterskor. Bristerna bedöms inte hänga samman med generationsskiftet utan beror på en ökad efterfrågan av både läkare och sjuksköterskor.

Att kvinnor och män födda på 90-talet är förhållandevis få kan delvis förklaras med att dagens unga människor etablerar sig sent på arbetsmarknaden (28 år). Dessutom kräver många yrken inom landstinget att medarbetaren har någon form av högskole- eller universitetsexamen.

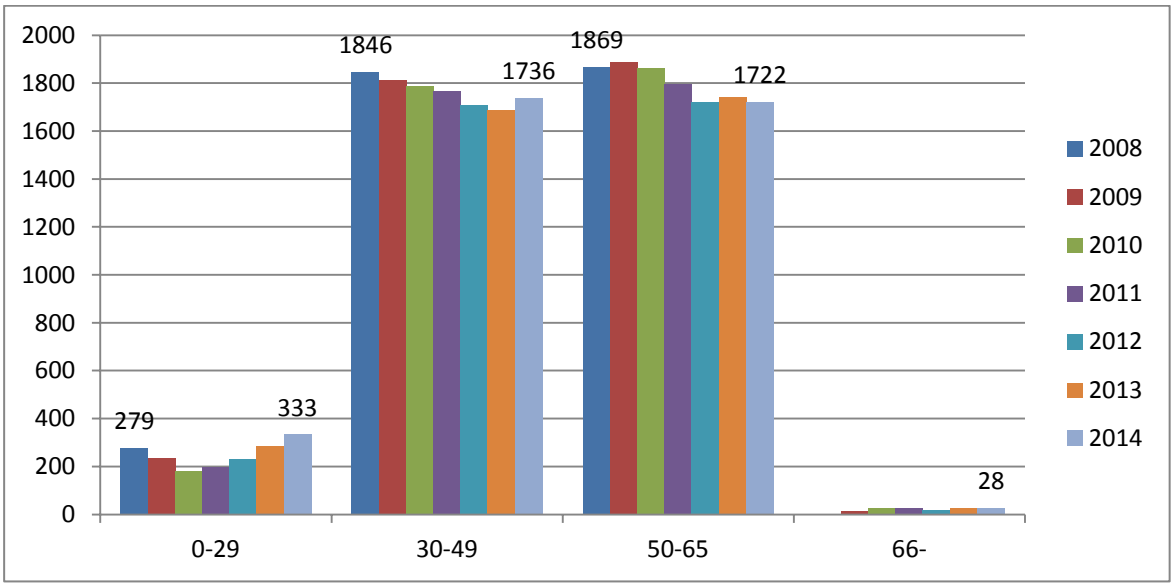
De kommande pensionsavgångarna ska ställas i relation till minskade ungdomsgrupper. Gymnasieungdomar minskar drastiskt, framförallt här i länet, ända fram till ungefär 2017. Även om alla som går i pension inte ska ersättas så förväntas en hårdare konkurrens om dagens och framtidens arbetskraft. Det hänger också samman med en icke samstämmig matchnig av den höga andel unga arbetssökande och arbetsgivarnas behov av kompetens.

För att väcka intresse för en framtida utbildning och arbete i landstinget anordnades studiebesök för 245 elever från grundskola och gymnasiet och feriearbete erbjöds till 52 ungdomar.

Jämtlands Läns Landsting

3.10.1 **Åldersfördelning**

Redovisning per åldersintervall.



3.10.2 **Medelålder**

Nedan redovisas landstingets medelålder för åren 2002 till 2014.
(Timanställda ingår ej)

År/kön	**2004**	**2005**	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**
Kvinnor	46,5	46,2	46,7	47,0	47,0	47,2	47,4	47,6	47,3	47,1	46,7
Män	46,6	46,0	46,4	46,9	47,2	46,8	47,1	47,6	47,4	47,2	46,8
Totalt	**46,6**	**46,2**	**46,6**	**47,0**	**47,0**	**47,1**	**47,3**	**47,6**	**47,3**	**47,1**	**46,7**

60 - 67 år

I tabellen nedan kan vi se antalet medarbetare som under år 2014 fyllde 60 - 67 år. Alla månadsavlönade ingår.

Ålder	**Antal 2010**	**Antal 2011**	**Antal 2012**	**Antal 2013**	**Antal 2014**
60	132	120	107	125	134
61	129	129	117	109	118
62	116	122	119	117	107
63	63	105	105	105	108
64	81	85	82	93	88
65	33	29	28	41	44
66	19	20	8	15	18
67	5	5	5	5	3

Jämtlands Läns Landsting

3.10.3 Åldersstruktur och medelålder per centrum

Av ålderstrukturen att döma och inför kommande pensionsavgångar är det intressant att se hur ålderstrukturen och medelåldern fördelar sig på de olika centrumen. Tabellen är sorterad med det centrum/organisatorisk enhet med högst medelålder först och därefter i fallande medelålder.

Centrum	0-29	30-49	50-65	66-	Totalt	Medelålder
Landstingsövergripande verksamhet (omställning, RC)		1	8	1	10	58,2
Patientnämnd	0	0	3	0	3	57,3
Revision		1	4		5	51,8
Centrum ledning och verksamhetsstöd	2	98	126	2	228	50,6
Centrum Folktandvården	13	76	113	4	206	49,3
Centrum för diagnostik, teknik och service,	41	164	241	4	450	48,5
Centrum Primärvård	25	261	307	6	599	49,0
Centrum Barn Kvinna Psykiatri	59	304	288	4	655	46,3
Centrum opererande	100	498	411	5	104	45,3
Centrum medicinska specialiteter	93	333	221	2	649	43,3
Totalt	**333**	**1736**	**1722**	**28**	**3819**	**46,7**

3.11 Ungdomssatsningar

För att möta upp mot minskade ungdomsgrupper och skapa förutsättningar för att kunna rekrytera framtida medarbetare till landstinget gör landstinget ett antal ungdomssatsningar.

3.11.1 Feriearbetare

	2010	2011	2012	2013	2014
Antal inom hälso- och sjukvård	41	50	49	41	41
Antal inom övrig verksamhet	17	20	10	10	11
Totalt antal	**58**	**70**	**59**	**51**	**52**

På kvinnodominerade arbetsplatser inom hälso- och sjukvård arbetade 80 % av de feriearbetande kvinnorna och 20% av de feriearbetande männen.

Jämtlands Läns Landsting

Efter slutförd period fick feriearbetarna fylla i en enkät som besvarades av 37 personer, 71%. På frågan om de skulle kunna tänka sig att arbeta i landstinget i framtiden svarade 86 % ja, 14 %svarade nej.

3.11.2 **Studiebesök**

Studiebesök genomförs på Östersunds sjukhus för elever årskurs 9 och årskurs 3 på gymnasieskolan. Inbjudan går till samtliga skolor i länet och eleverna kommer också från hela länet.

	2010	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**
Antal elever från grundskola	176	131	200	220	171
Antal elever från gymnasiet	81	86	47	33	74
Totalt antal elever	**257**	**217**	**247**	**243**	**245**

Jämtlands Läns Landsting

3.12 Bemanning av organisationen

Befattning	Mycket svårt att rekrytera	Svårt att rekrytera	Balans	Lätt att rekrytera
Sjuksköterska	X	X	X	
Specialistutbildad sjuksköterska /BMA ange specialitet alt om det är BMA	Sjuksköterska inom Operation Ögon Onkologi Distrikt gles-bygd BVC Barn/Kvinna / Psykiatri	Sjuksköterska inom Ambulans Intensivvård Röntgen Medicin BMA Barnmorska	Sjuksköterska inom Anestesi	
Undersköterska/barn-sköterska/skötare			X	X
Psykolog	X	X	X	
Sjukgymnast		X		X
Arbetsterapeut		X		X
Kurator			X	X
Distriktsläkare Specialistläkare	X	X		
ST-läkare		X	X	
Övertandläkare	X			
Tandläkare		X glesbygd		
Tandsköterska		X glesbygd		
Tandhygienist	X glesbygd			
Med sekreterare		X		
Administrativ personal			X	X
Medicinteknisk personal		X		
Ekonomi- och transport				X
Annan specificerad yrkesgrupp	Ortodonti -assistent Uroterapeut	Hjälpmedels -konsulenter	Logoped Pedagog	Dietist

Mycket svårt = i princip ej möjligt att tillsätta genom rekrytering. Andra lösningar måste till.

Jämtlands Läns Landsting

Svårt = möjligt efter flertal rekryteringsinsatser.

Balans = finns ett tillräckligt urval av sökande vid rekrytering.

Lätt = finns ett stort urval vid rekrytering. Sökande finns utan specifika rekryteringsinsatser.

Generellt är det svårt och mycket svårt att rekrytera specialistläkare, oavsett specialitet, distriktsläkare, övertandläkare samt vissa specialist-/nyckelkompetenser. Ytterligare en grupp som tillkommit är allmänsjuksköterskor. Det gäller även nationellt.

När det gäller läkare och sjuksköterskor så har verksamheternas behov ökat. Landstinget har fler anställda läkare och sjuksköterskor än någonsin, vilket också gäller nationellt. Följden av det samlade ökade behovet gör att det uppstår en brist. Det i sin tur skapar marknad för bemanningsföretag som hyr ut sjuksköterskor.

Det ökade behovet kopplat till den nuvarande bristsituationen har inneburit att en diskussion och ett arbete påbörjades med arbetsnamnet ”Vem gör vad i vården” och med fokus på arbetsfördelning mellan undersköterska och sjuksköterska.

Opererande specialiteter har specialistsjuksköterskor med olika inriktningar. Många av dessa tillhör svårrekryterade grupper och där det råder en nationell brist.

Specialistutbildning av framförallt sjuksköterskor med stöd av landstingets studiemedel är ett sätt för att möta upp verksamheternas behov av svårrekryterade kompetenser.

Det är fortsatt svårt att rekrytera medicinska sekreterare. Inom primärvården ser man möjligheter att arbeta distansoberoende i och med att COSMIC införs. Det ger också en möjlighet att erbjuda heltidsanställning i glesbygd. Andra lösningar är att assistenter anställs som utför de arbetsuppgifter som inte behöver medicinska sekreterares kompetens. Under året påbörjades en diskussion om köp av utbildning.

Generellt är det svårare att rekrytera till glesbygd (undantag Åre) än till Östersund med omnejd.

Olika specialiteter kan också ha olika lätt/ svårt att rekrytera trots att det handlar om samma typ av befattning. Det kan bero på attraktionskraften hos den specialitet som har behovet. Det kan också handla om de anställningsvillkor som erbjuds. Längden på anställningen och sysselsättningsgrad kan vara villkor som påverkar möjligheterna att rekrytera.

Inom folktandvården ser man ett sämre bemanningsläge avseende specialister. ST-utbildning av 2 allmäntandläkare samt samarbete med andra folktandvårds -organisationer pågår för att hantera bristen av specialister.

Bildande av större kliniker bedöms underlätta bemannings- och rekryteringssituationen.

I länet finns ingen tandsköterskeutbildning vilket försvårar rekrytering av tandsköterskor. Förhoppningen ligger i kommande tandsköterskeutbildning i närliggande län.

Jämtlands Läns Landsting

Ett antal centrum uttrycker oro att landstinget inte ska kunna ersättningsrekrytera utifrån kommande pensionsavgångar. Det finns ett antal yrkesgrupper och centrum som har många medarbetare som blir 65 år inom närmaste 5-10 åren.

3.13 Läkare – Arvodesanställda – bemanningsföretag

Läkare – utförd tid	**år 2012**	**år 2013**	**År 2014**	**Andel i %** **år 2014**
Utförd tid anställda exkl. arvodesanställda	586 44 tim	597 020 tim	611 812 tim	91 %
Arvodesanställda	10 217 tim	13 191 tim	8 781 tim	1 %
Internstafetter			1 285 tim	
Bemanningsföretag	46 606 tim	43 630 tim	56 749 tim	8 %
Totalt utförd tid läkare	643 271 tim	653 841 tim	678 627 tim	100 %
Motsvarar antal årsarbetare	**365**	**372**	**386**	

Inom samtliga centrum har den totala utförda tiden för läkare ökat. Totalt har den totala utförda tid ökat med motsvarande 14 årsarbetare. Andelen bemanningsföretag ökade med 8 % och andelen arvodesanställda

Jämtlands Läns Landsting

minskade med motsvarande %. Det är primärvården som till största delen står för ökningen.

Läkare - kostnader	år 2012	år 2013	2014
Arvodesanställda Total kostnad (lön, sociala avgifter, resekostnader , bostadsförmåner mm)	10 259,1 tkr	14 664 tkr	10 808,2
Bemanningsföretag Kostnader (tkr)	57 131,9 tkr	56 764,9 tkr	73 151,8 tkr
Internstafetter			1 551,6 tkr
Total kostnad arvodes - anställda och bemannings-företag	67 391,0 tkr	71 428,9 tkr	85 511,4 tkr

Kostnaderna sammantaget enligt ovan har ökat med nästan 14 miljoner. Kostnaden för arvodesanställda har minskat medan kostnaderna för internstafetter och bemanningsföretag har ökat betydligt. Det är primärvården som står för den största kostnadsökningen.

3.13.1 **Fördelning stafettläkarkostnader per centrum**

Totalt fördelar sig stafettläkarkostnaderna per centrum enligt nedan:

Centrum (mkr)	2012	2013	2014	Förändring 2013/2014
Opererande spec.	3,5	4,5	4,2	-0,3
Medicinska spec.	6,1	5,7	7,5	1,8
Barn/Kvinna/ Psykiatri	11,2	14,0	16,3	2,3
Primärvård	31,9	27,7	41,3	13,6
CDTS	3,8	4,4	3,5	-0,9
LT: dir och stab	0,4	0,4	0,5	0,1
Totalt	**57,1**	**56,8**	**73,2**	**16,4**

Centrum primärvård redovisar en ökning av utförd tid vad gäller egna anställda läkare. Trots detta har centrumets kostnader för bemanningsföretag ökat avsevärt, en ökning med 49 %.

Övriga centrum som ökat mer än en miljon är medicin och barn, kvinna och psykiatri.

Jämtlands Läns Landsting

3.14 Sjuksköterskor – bemanningsföretag

2014 är första året som sjuksköterskor från bemanningsföretag användes för att bemanna den kontinuerliga verksamheten. Övrigt nyttjande har varit för att klara tillfälliga behov och sommarbemanning.

Totalt fördelar sig kostnaderna per centrum enligt nedan:

Centrum (mkr)	**2014 tkr**
Opererande spec.	51,3
Medicinska spec.	4 551, 4
Barn/Kvinna/ Psykiatri	380,4
Primärvård	1 701,6
Totalt	**6 684,7**

3.15 Kostnad - arvodesanställda, konsulter inom folktandvård

Tandläkare - kostnader	**2013**	**2014**
Externa konsulter/specialister Total kostnad (lön, sociala avgifter)	1369 tkr	994 tkr
Arvodesanställda Total kostnad (lön, sociala avgifter)	138 tkr	98 tkr
Total kostnad arvodesanställda och externa konsulter/ specialister	1507 tkr	1092 tkr

3.16 Kompetenssammansättning

Antal anställda* på månadslön per yrkesområde

Antalet redovisas per 2014-12-31

Befattningsområde	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**
101010-109090 Ledning				151	145	141	131	130
151010-152090 Administration inkl medicinska sekreterare	670	667	709	545	495	474	482	494
205010-206510,208013 Sjuksköt/barnmorskor/BMA	1257	1292	1218	1192	1239	1235	1253	1262
207013-207090 Undersköterska,	679	667	639	595	599	600	610	638

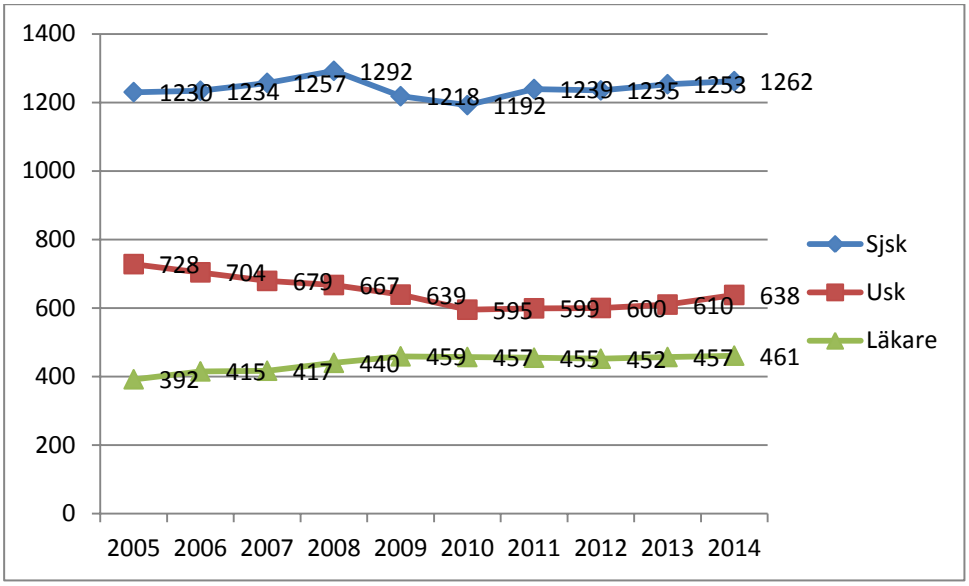
Jämtlands Läns Landsting

Befattningsområde	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
skötare, barnsköterskor, ambulanssjukvårdare								
204510-204610 Psykolog, PTP, psykoterapeut	Ingen uppgift	Ingen uppgift	61	69	67	66	69	71
301011 Sjukgymnast	Ingen uppgift	Ingen uppgift	97	96	96	97	98	97
301010 Arbetsterapeut	Ingen uppgift	Ingen uppgift	46	46	50	48	50	56
352010 Kurator	Ingen uppgift	Ingen uppgift	74	70	69	70	73	76
301014 Logoped	Ingen uppgift	Ingen uppgift	14	11	12	12	13	15
301018 Dietist	Ingen uppgift	Ingen uppgift	13	13	11	11	13	16
201010-204090 Läkare	417	440	459	457	455	452	457	461
251010-251090 Tandvård	195	185	187	192	187	198	201	190
502013-509090 Teknik, ingenjörer	73	78	75	72	62	62	59	56
Ekonomi och transport	219	202	196	186	190	162	164	191
Landstings direktör	1	1	1	1	1	1	1	1
Övriga	x	x	162	151	101	48	53	66
Totalt	**3936**	**4006**	**3951**	**3847**	**3788**	**3679**	**3742**	**3821**

* Statistiken avser medarbetare inom nuvarande Jämtlands läns landsting

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

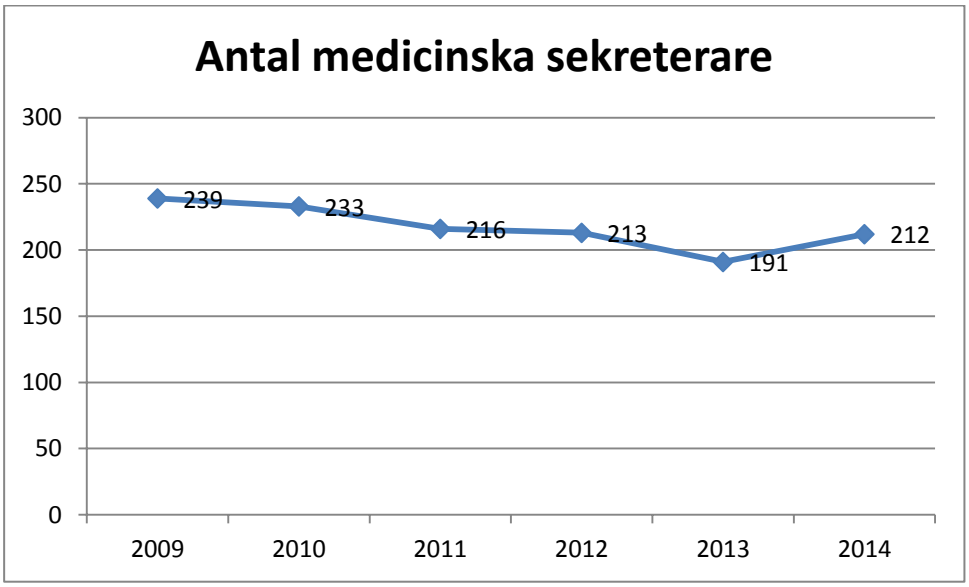
3.17 Kompetensstruktur



Diagrammet ovan visar utveckling av kompetensstruktur inom hälso- och sjukvård.

Samtliga yrkesgrupper enligt ovan ökar antalsmässigt. Utförda tiden visar på samma sak. Trots ökning av sjuksköterskor så har vissa verksamheterna fortsatt behov /brist. Det i sin tur beror på att det inte finns tillräckligt många sjuksköterskor att rekrytera. Ett sätt att klara vakanssituationen har varit att rekrytera fler undersköterskor.

3.17.1 **Antal medicinska sekreterare**



Jämtlands Läns Landsting

3.18 Antal läkare - månadslön

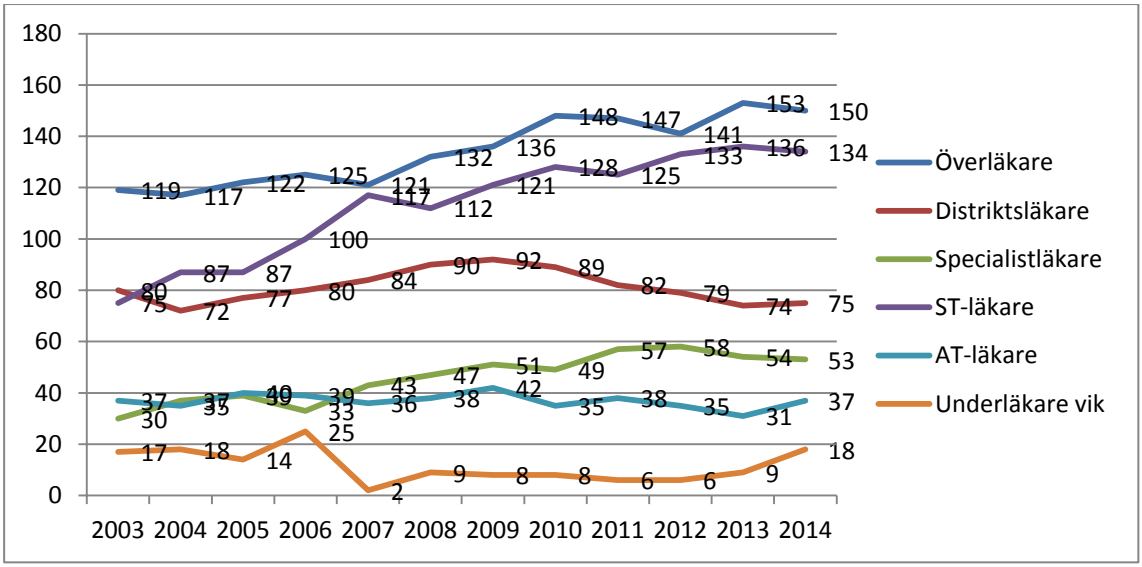
Antalet redovisas per 31 dec varje år. Arvodesanställda läkare ingår ej

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Överläkare	125 *	121*	132*	136*	148*	147	141	153	150
Distrikts - läkare	80	84	90	92	89	82	79	74	75
Specialist - läkare	33	43	47**	51	49**	57**	58**	54**	53
ST- läkare, läkare leg	100	117	112	121 (varav 18 vikarier)	128 (varav 21 vik/ arvode)	125 (varav 20 vik)	133 (varav 19 vik)	136 (varav 20 vik)	134 (varav 16 vik)
AT - läkare	39	36	38	42	35	38	35	31	37
Under - läkare ej leg, vik	25	2	9	8	8	6	6	9	18
Totalt	**402**	**403**	**428**	**450**	**457**	**455**	**452**	**457**	**467**

*I denna tabell ingår inte ledningsansvariga läkare. ** Läkare inom företagshälsovården ingår (2013= 1 läkare).

Läkarna har ökat med 10 i jämförelse med 2013. Den grupp som ökat är AT-läkare och vik, ej- legitimerad, underläkare. Eftersom mätningen avser ett visst tillfälle kan det vara en tillfällighet vad gäller ökningen av vik, ej-legitimerad, underläkare. Fortsätter trenden finns det behov av en analys. Den totala utförda tiden har ökat, se kapitel ovan Läkare – anställda, arvodesanställda och bemanningsföretag.

3.19 Kompetensstruktur läkare



Det råder brist på distriktsläkare, specialistläkare och grenspecialiserade läkare.

Antalet läkare ska också ställas i relation till nyttjande av arvodesanställningar, internstafetter och nyttjande av bemanningsföretag. Internstafetter och bemanning ökade under 2014 medan arvodesanställningar minskade.

Ålderstrukturen bland ST-läkare gör att föräldraledighet bland dem motsvarar ca 28 årsarbetare.

3.19.1 AT-läkare kvar i landstinget

AT-läkare är en grund för försörjning av specialistläkare.

	2011	2012	2013	2014
Andel av totala antalet	55%	56%	56 %	53 %

Uppgifterna baseras på AT-läkare som är kvar i landstinget sedan 1994.

Av de som blev klar med AT (15 personer) 2014 är 80 % fortfarande anställd. 20 % d v s 3 har flyttat från länet.

3.19.2 Personalomsättning läkare

	2013	2014
Totala antalet läkare	**433**	**435**
Personalomsättning	**11,1 %** **46 personer**	**8,5 %** **36 personer**
Personalomsättning varav Specialistläkare/distriktsläkare/ överläkare	**39 Personer**	**32 personer**
Personalomsättning varav pensionsavgång	**14 personer**	**6 personer**

I underlaget för personalomsättning ingår överläkare, distriktsläkare, specialistläkare, ST-läkare och AT-läkare.

Stafettläkarstoppet 2013 skapade en oro bland distriktsläkarna. Det påverkade både personalrörligheten och personalomsättningen.

Personalomsättningen är lägre 2014 jämfört med föregående år. Den bedöms ligga inom accepterad ram d v s avviker inte utifrån vad som kan betraktas som ett normalt personalomsättningsmått för denna yrkesgrupp.

3.20 Utbildning och kompetensutveckling

I en kunskapsintensiv organisation i ständig utveckling och för att klara generationsväxlingen är kompetensutveckling viktig. Hur stor andel tid som läggs på utbildning varierar mellan och inom yrkeskategorier och verksamhetsområden. Beroende på verksamhet, olika kompetenskrav på landstingets ca 100 yrken, utbildningsutbud, är variation något som förekommer i en så bred verksamhet som landstingets.

Jämtlands Läns Landsting

Andel utbildningstimmar av arbetad tid

	Andel utbildnings -timmar i % av arbetad tid 2010	Andel utbildnings -timmar i % av arbetad tid 2011	Andel utbildnings -timmar i % av arbetad tid 2012	Andel utbildnings -timmar i % av arbetad tid 2013	Andel utbildnings -timmar i % av arbetad tid 2014
Jll	1,9	3,1	2,1	2,9	3,2

Andelen utbildningstid i förhållande till utförd tid har ökat. Fortfarande en viss osäkerhetsfaktor som hänger samman med huruvida all utbildning registreras i Heroma. Det gäller framförallt internutbildning.

3.21 Landstingets studiemedel

För att klara verksamhetens behov av grundutbildad och specialistutbildad personal utgör landstingets studiemedel en viktig strategisk insats. Medlen utgår till utbildningar där det finns brist som innebär att verksamheten inte kan bedrivas i full utsträckning eller att den har motsvarande påverkan på andra verksamheter.

Studiemedel har fördelats enligt följande:

2011	2012	2013	2014
Grundutbildning 1 sjuksköterska **Specialistutbildn** 3 barnsjukvård 1 distriktssjukvård 1 sjuksköterska utbildning inom PLFT och TUR-P operation inkl auskultation inom endoskopi	**Specialistutbildn** 3 operationssjukvård 3 kirurgisk sjukvård 1 röntgensjuksköt.	**Grundutbildning** 1 tandhygienist **Specialistutbildn** 1 uroterapeut 1 barnmorska 3 psykiatri 1 audionom 3 kirurgisk sjukvård 2 barnsjukvård 3 distriktssjukvård	**Grundutbildning** 1 röntgensjsk 3 allmänsjsk **Specialistutbildn** 1 barnsjsk 1 barnmorska 2 distriktssjsk 1 akutsjukvård 4 operationssjsk 1 ögonsjsk
6	**7**	**15**	**14**

Siffran framför utbildningsinriktning anger antalet som beviljades studiemedel. Fr. o m 2013 ökade intresset för att utbilda sig med landstingets studiemedel. Det innebar att studiemedelsbudgeten nyttjades till fullo och att den 2014 utökades med 1 miljon till totalt drygt 2,6 miljoner.

Jämtlands Läns Landsting

3.22 Handledningskompetens

Befattningskategori som handleder	Antal handledarutbildning lägst grundutbildning/basnivå 2013	Antal handledarutbildning lägst grundutbildning/basnivå 2014
Läkare	169	136
Sjuksköterska inkl Specialistsjuksköterska och barnmorska	189	185
BMA	4	5
Psykolog	-	5
Medicinska sekreterare	-	5
Undersköterska	75	72
Sjukgymnast	14	12
Arbetsterapeut	12	3
Tandläkare	1	1
Tandsköterska	-	1
Tandhygienist	1	1

Handledarutbildning finns i tillräcklig omfattning för sjuksköterskor men intresset att utbilda sig är lågt. En orsak är att den är webbaserad och i och med det blir det ingen dialog kring handledning. För undersköterskor varierar utbudet av handledarutbildning vilket förstås påverkar antalet handledarutbildade. Arbetsgivaren ser ett behov av att fler utbildar sig inom handledning framförallt vad gäller sjuksköterskor.

Handledning ute i länet kan försvåras av att det är relativt små enheter och långa avstånd.

3.23 Utbildningsuppdraget

Landstinget har ett stort utbildningsåtagande vad gäller utbildning och handledning av studerande inom framförallt hälso- och sjukvård. Åtagandet är i vissa fall knutet till avtal mellan utbildningsanordnare och landstinget. Landstinget har avtal med Mittuniversitet när det gäller att tillhandahålla platser för verksamhetsförlagd utbildning (VFU) till studenter på sjuksköterske-, specialistsjuksköterske- och psykologprogrammet. Med Umeå universitet vad gäller läkar-, biomedicinska programmet och med Luleå tekniska universitet vad gäller logopedprogrammet. Via Hälso- och vårdcollege har landstinget avtal vad gäller att tillhandahålla praktikplatser till studerande inom omvårdnadsprogrammet. Förutom studeranden enligt ovan så medverkar landstinget i utbildning och handledning av studerande från specialistsjuksköterske-, arbetsterapeut-, sjukgymnastprogrammet m fl program. De flest av dessa studenter kommer från Mittuniversitet, Umeå universitet och Luleå universitet.

Jämtlands Läns Landsting

Studerandegrupp	2012 Antal placeringar	2013 Antal placeringar	2014 Antal placeringar
Sjuksköterskor inkl specialistsjsk	363	342 *	529 *
Studerande från vård- och omsorgsprogrammet	301	241	504
Studenter inom regionaliserad läkarutbildning	42	63	60
AT- läkare	35	31	37
ST-läkare	114	116	134
PTP- Psykolog	1	10	7

* inkl placeringar från specialistsjuksköterskeprogrammet och studenter från andra universitet

Dessutom tillkommer studenter från b l a arbetsterapeut-, fysioterapeut-, psykologprogrammet.

Totalt är det ca 1100 studerande per år som utbildas och handleds inom hälso- och sjukvården inklusive tandvård. De handleds av ca 2 800 medarbetare. Det som framkommer av och till är svårigheterna att skapa nödvändigt utrymme för utbildningsuppdraget i förhållande till hälso- och sjukvårdsuppdraget.

Utbildningsuppdraget är omfattande och är viktigt ur utbildningssynpunkt men också för att de studerande är landstingets framtida medarbetare. Det är viktigt att de uppfattar landstinget som en framtida attraktiv arbetsgivare.

3.24 Omställningsarbetet

Alla lediga arbeten över 1 mån anmäls till Omställningsgruppen. Det sker i form av behovsanalyser. I nästa steg matchar Omställningsgruppen lediga jobb mot omplaceringsbehov p g a rehabilitering och arbetsbrist.

Nedan följer en redovisning av de som överförts till Omställningsgruppen p g a arbetsbrist och som matchats mot lediga jobb eller vars anställning har avslutats.

	2010 - 2011	2012	2013	2014	Totalt 2010-2014
Överförda till omställ-ningsgrupp	101 personer 18 personer erhöll särskild avgångsförmån	21 personer	8 personer	1person	149 personer
Åtgärder	41 uppsagda p g a arbetsbrist Varav 5 har inte återanställts	10 avgångsvederl ag och har lämnat landstinget 5 uppsagda p	5 uppsagda pga. arbets - brist	1 uppsagd pga. arbetsbrist	52 uppsagda p g a arbetsbrist varav 14 ej har återanställts

Jämtlands Läns Landsting

	2010 - 2011	2012	2013	2014	Totalt 2010-2014
	2 erhållit avgångsvederlag och har lämnat landstinget	g a arbetsbrist, ej återanställts 1 erhållit varaktig sjukersättning 1 övergått till ny arbetsgivare i verksamhetsövergång			14 erhållit avgångs-vederlag 1 varaktig sjukersättning 1 till annan arbetsgivare 18 erhållit särskild avgångsförmån
Ny placering i landstinget	85 placerade på vakansutrymme och tillsvidare	1 placerad tillsvidare	3 erhållit ny placering 2 tillsvidare 1 vikariat		88 har erhållit ny placering tillsvidare efter som regel tidsbegränsade placeringar
I omställ-ningsgrupp	9 på tids - begränsade anställningar	3 varav 1 är oplacerad	7 varav 3 under uppsäg - ningstid	1	

3.25 Avslutningssamtal

I tabell nedan anges skäl till varför medarbetare har avslutat sin anställning i landstinget samt hur medarbetare har svarat på om de kan eller inte kan rekommendera landstinget som arbetsgivare.

Befattningskategori	Hur många medarbetare har avslutat sin anställning kopplat till arbetet /arbets - givaren?	Hur många medarbetare har avslutat sin anställning p g a privata skäl	Hur många medarbetare som avslutar sin anställning kan rekommendera landstinget som arbetsgivare?	Hur många medarbetare som avslutar sin anställning kan inte rekommendera landstinget som arbetsgivare?
Läkare	11	12	10	1
Sjuksköterska Specialistsjuksköterska inkl barnmorska	12	35	28	2
BMA	7	5		
Undersköterska	7	6	3	2

Tandvårdspersonal	5	1	2	1
Medicinska sekreterare		6	4	
Psykolog		3	3	
Område psykiatri	8	12	11	5
Övriga	15	28	14	2
Totalt	65	108	75	13

Utifrån ovanstående resultatet finns det behov av fortsatt kartläggning och analys.

3.26 Bisyssla

Med bisyssla avses en anställning, ett uppdrag eller annan verksamhet som den anställde har vid sidan om sin huvudanställning i landstinget.

Befattningskategori	**Antal medarbetare som uppgett bisyssla**	**Antal medarbetare med, av arbetsgivaren, godkänd bisyssla**
Läkare	22	18
Sjuksköterska	13	13
Specialistsjuksköterska inkl barnmorska	12	5
Undersköterska	3	1
Tandläkare	1	1
Psykolog	5	5
Övriga	20	18

Bisysslorna är godkända då de inte har bedömts vara förtroendeskadliga, konkurrerande eller arbetshindrande.

Utifrån ovanstående resultatet finns det behov av fortsatt kartläggning och analys.

Jämtlands Läns Landsting

4 Övertid/mertid/arbetad tid

4.1 Övertid/mertid i timmar 2014

I tabellen ingår inte arbetad tid för läkare.

	2014		
	Kvinnor	**Män**	**Totalt**
Övertid enkel	4886	2985	7871
Övertid kval/ Kort varsel	38641	13260	51901
Mertid	12064	4286	16350
Summa	**55591**	**20531**	**76122**

Källa: Heroma, personalstatistik, utförd arbetstid 150201

4.2 Totalt antal timmar övertid/mertid/kort varsel 2008-2014

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Övertid enkel	8714	7806	8619	7396	6749	7220	7871
Övertid kval	23422	23458	26996	23329	24500	28854	29840
Mertid	23744	22484	23999	16766	16794	16681	16350
Kort varsel/dubbel pass/ övertid under rast Arbetstidsmodell	Saknas uppgift	2304	1827	9670	11512	18724	22061
Summa	55880	56052	61441	57161	59555	71479	76122
Totalt utförd tid	5616097	5628080	5547573	5509291	5271093	5297366	5438135
Andel över-/mertid av total utförd tid	**1,0**	**1,0**	**1,1**	**1,0**	**1,1**	**1,3**	**1,3**

Källa: Heroma, personalstatistik, utförd tid. Kortvarsel är ett begrepp för de som arbetar i arbetstidsmodellen. Kort varsel kan jämföras med kval övertid i ersättningsnivå.

Antalet timmar med övertid/mertid/kort varsel har ökat med 4643 timmar i jämförelse med 2013.

4.3 Arbetad tid för läkare

När en läkare arbetar/blir inkallad under jour och beredskap har de en ersättningsform som kallas arbetad tid. Arbetad tid ersätts olika beroende

Jämtlands Läns Landsting

på vilken tid på dygnet det sker eller om det är vardag eller sön- och helgdagar.

1,0 - vardagar fram till kl 21.00

1,5 - vardagar från kl 21.00- 24.00

2.0 - fredag från kl 17.00 samt lör - och söndagar.

2,5 – storhelg.

4.3.1 **Antal timmar - ersättningsnivå.**

	2013				**2014**			
	1,0	1,5	2,0	2,5	1,0	1,5	2,0	2,5
Kvinnor	3499	3299	13082	1252	3680	3468	13272	1203
Män	6076	4645	21375	2092	6139	4744	22090	2131
Totalt	**9575**	**7945**	**34456**	**3344**	**9618**	**8212**	**35363**	**3334**

Källa: Heroma, personalstatistik, utförd tid

Totalt antal timmar 2010= 45406

Totalt antal timmar 2011= 54615

Totalt antal timmar 2012= 52913

Totalt antal timmar 2013=55321

Totalt antal timmar 2014= 56527

Antalet totalt arbetad tid under jour och beredskap har ökat med 1206 timmar mellan år 2013 och 2014. Redovisningen är i faktiskt utförda timmar. En ökning av arbetad tid mellan åren 2010 och 2012 med 8340 timmar beror på att medicinområdet registrerar arbetade timmarna i personalsystemet mot att tidigare enbart gett ersättning enligt schablon. Anestesi har schablonersättning för jourer vilket medför att timmarna inte registreras på schema utan endast i lönesystemet.

Under 2008 tog landstinget fram en landstingsgemensam regel om intjänad jourkompensation, där det bl.a. fastställdes att saldo per läkare per 1/1 varje år inte skulle överstiga 200 timmar. För läkare med stort antal jourkomptimmar upprättade varje dåvarande verksamhetsområdeschef handlingsplan. Per 2014-12-31 finns fortfarande ett antal läkare där saldo inte är reglerat.

4.3.2 **Kostnad övertid, mertid och läkares arbetade tid**

	2010	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**
Övertid enkel	3999731	3 934 744	3477600	3552065	3 945 258

Övertid kval	15580946	13 830 324	15216334	17094047	18 597 148
Kort varsel- arb.modell	410 949	2 492 340	2705338	3991674	4 948 744
Mertid	7 054 493	5 296 537	5209431	5169933	5 587 426
Läkares jour och beredskap*	54674830	63 272 065	62995638	64811856	68 407 370
Totalt	**81720949**	**88 826 010**	**89 604 341**	**94 916 575**	**101 485 946**

Källa: Heroma, personalstatistik, utförd tid

*I läkares jour och beredskap ingår arbetad tid, jourkomp och bundenhet. Ökning av lön, som är grunden för ersättningen och som betalas ut retroaktivt, ingår inte i redovisat belopp. I kostnaden ingår sociala kostnader.

Jämtlands Läns Landsting

5 Chef - och ledarskap

Ledarförsörjningsprocessens målsättning är att möjliggöra för landstingets chefer att:

- ta ansvar för både sin egen verksamhet och landstinget som helhet
- ansvara för den egna verksamhetens resultat och uppdrag
- tydligt utöva sin arbetsgivarroll
- utöva ett hälsofrämjande ledarskap

5.1.1 Kompetensutveckling

För att förbättra och utveckla förutsättningarna för ett väl fungerande chefs- och ledarskap genomförs löpande utvecklingsinsatser. Chefer behöver bland annat stöd och utbildning för att klara sitt uppdrag. Det kan dels handla om kunskap i befintliga stödsystem och verktyg och dels om det personliga ledarskapet. Utbildning och dialog erbjuds för närvarande via fastställt introduktionsprogram för chefer, utbildningen ”Ny som chef” samt via Kunskapstorgets utbud.

Chefer som anställts under året har, enligt centrumcheferna, introducerats enligt fastställt introduktionsprogram.

Varje höst påbörjas utbildningen ”Ny som chef” som erbjuds alla nyanställda chefer. I stort sett alla chefer har deltagit i ”Ny som chef”. För det fåtal som inte deltagit, har introduktionen anpassats till innehållet i uppdraget och deras tidigare kunskap och erfarenhet av att vara chef inom eller utanför landstinget.

Kunskapstorgets utbud speglar aktuella behov på såväl kort som lång sikt. Kunskapstorget har erbjudit följande utvecklingsinsatser under 2014; BAM (Bättre arbetsmiljö),Fördjupad utbildning i ekonomifrågor, Konflikthantering och Samtalsutbildning.

Den handlingsplan som upprättades 2013 med anledning av revisorers granskning av chefsrollen har följts upp och de flesta åtgärder är genomförda.

5.1.2 Chefsaspirantutbildning

Som ett led i att säkerställa chefsförsörjningen inom landstinget är det viktigt att identifiera och ta tillvara möjliga chefsaspiranter bland medarbetarna. Därför genomförs vartannat år en chefsaspirantutbildning för tillsvidareanställda medarbetare. Syftet med chefsaspirantutbildningen är att intressera, stimulera och öka kunskapen och medvetenheten om vad det innebär att vara chef i landstinget. Våren 2014 avslutades en ny omgång av chefsaspirantutbildning med femton deltagare.

5.1.3 Avslut av chefsuppdrag

Under 2014 har 21 chefer avslutat sina chefsuppdrag; 16 kvinnor och 5 män. Av dessa har 7 slutat inom landstinget,3 har börjat andra chefsuppdrag inom landstinget och övriga har antingen återgått till ordinarie grundbefattning eller annat arbete inom organisationen.

Jämtlands Läns Landsting

För att ta tillvara avgående chefers erfarenheter och kunskaper ska avslutningssamtal genomföras. Under 2014 uppges att avgångssamtal genomförts med de flesta chefer som slutat.

5.2 Antal chefer

Centrum	Antal chefer **2012**	Varav män	Varav kvinnor	Antal chefer **2013**	Varav män	Varav kvinnor	Antal chefer **2014**	Varav män	Varav kvinnor
Jll	**141**	**37**	**104**	**131**	**34**	**97**	**130**	**37**	**93**
Diagnostik, teknik och service	15	9	6	15	8	7	16*	9	7
Opererande	28	7	21	27	5	22	31	5	26
Barn Kvinna Psykiatri	25	6	19	24	7	17	18	4	14
Medicinska specialiteter	19	3	16	19	2	17	19	3	16
Folktandvård	11	2	9	8	1	7	8	2	6
Primärvård	21	2	19	17	3	14	18	5	13
Lednings- och verksamhetsstöd	22	8	14	21	8	13	20	9	11

*varav 2 tf på 1 vakant tjänst.

Fördelningen mellan män och kvinnor på respektive chefsnivå är:

1:a linjens chefer: totalt 101 chefer varav 74 kvinnor (73 procent) och 27 män (27 procent).

2:a linjens chefer: totalt 22 chefer varav 16 kvinnor (73 procent) och 6 män (27 procent).

3:e linjens chefer: totalt 7 chefer varav 3 kvinnor (43 procent) och 4 män (57 procent).

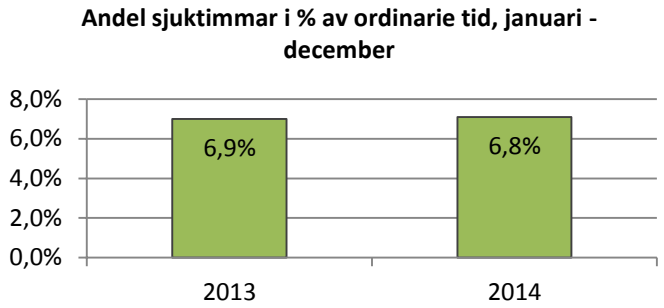
Av totala antalet chefer var andelen kvinnor 72 procent och 28 procent män.

Könsfördelningen bland landstingets totala antal anställda, är 78 procent kvinnor och 22 procent är män. Målet i Jämställdhets- och mångfaldsplanen, att könsfördelningen bland chefer ska spegla könsfördelningen mellan kvinnor och män inom landstinget, det vill säga 78 procent kvinnor och 22 procent män, har inte uppnåtts för kvinnor.

6 Arbetsmiljö och hälsa

6.1 Sjukfrånvaro

Landstingets långsiktiga mål är att sjukfrånvaron ska sänkas till 6,0% av ordinarie avtalad tid för kvinnor och 4,5% för män. Detta mål har inte uppnåtts under 2014. Sjukfrånvaron minskade något men inte den omfattning som är önskvärt.

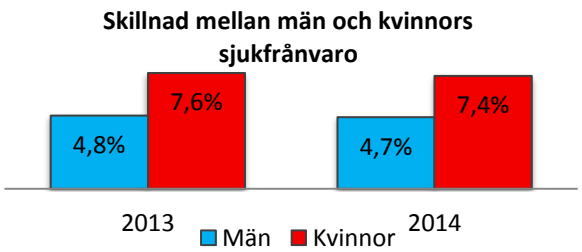


Diveport - Personal Sjukfrånvaro :Rapport Andel Sjuktimmar vald period

Sjukfrånvaro	2012	2013	2014
Sjukfrånvaro i % av ordinarie avtalad arbetstid	6,8%	6,9%	6,8%
Total sjukfrånvaro i timmar	442 782 tim	456 498 tim	457 291 tim
Motsvarar antal årsarbetare (1760 tim)	252 st	259 st	259,8st
Total sjuklönekostnad exkl. sociala avgifter	18 318 948 kr	21 480 874 kr	22 184 309

Källa: Ur Heroma : vid aktuell årsslut därav ev. förändringar pga. efterrapportering. Har dock uppdaterat 2012 siffror.

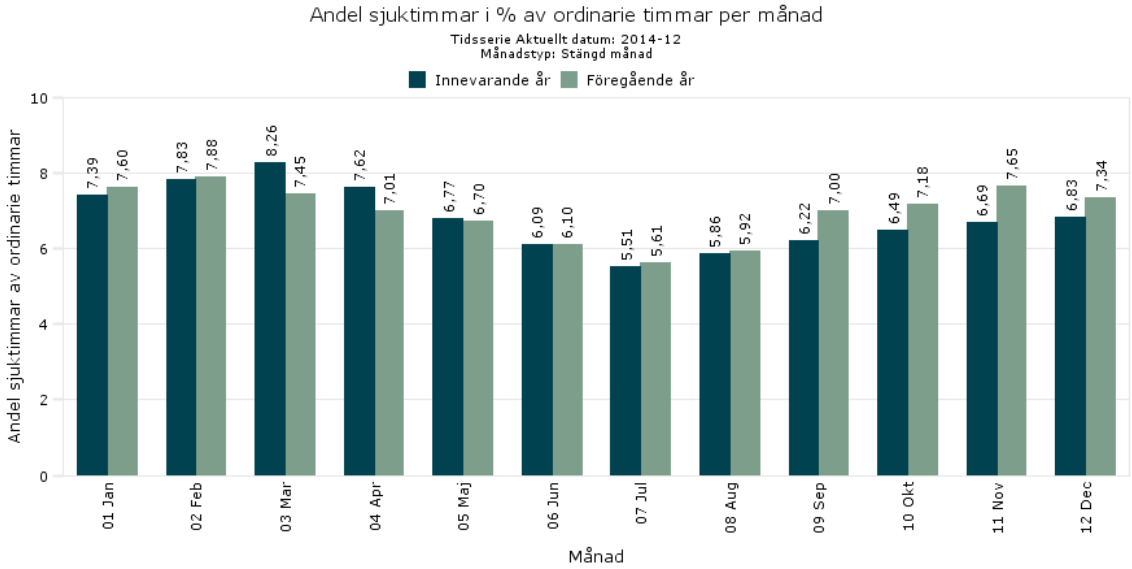
Sjuklönekostnaden har ökat med 0,7 miljoner kronor. Arbetsgivaren har sjuklönekostnader fram tom 90:e dagen varav sjuklön de första 14 dagarna.



Diveport - Personal Sjukfrånvaro :Rapport: Andel sjuktimmar vald period, Kön

Skillnaden mellan könen har minskat något. Både kvinnorna och männen minskar sin sjukfrånvaro men kvinnorna mest. Skillnader mellan mäns och kvinnors sjukskrivningar brukar i forskning bl.a. förklaras med vanliga aspekter som biologiska skillnader, sociokulturella förhållanden, hälsorelaterade beteenden, livsvillkor och möjligheten att kombinera hem-

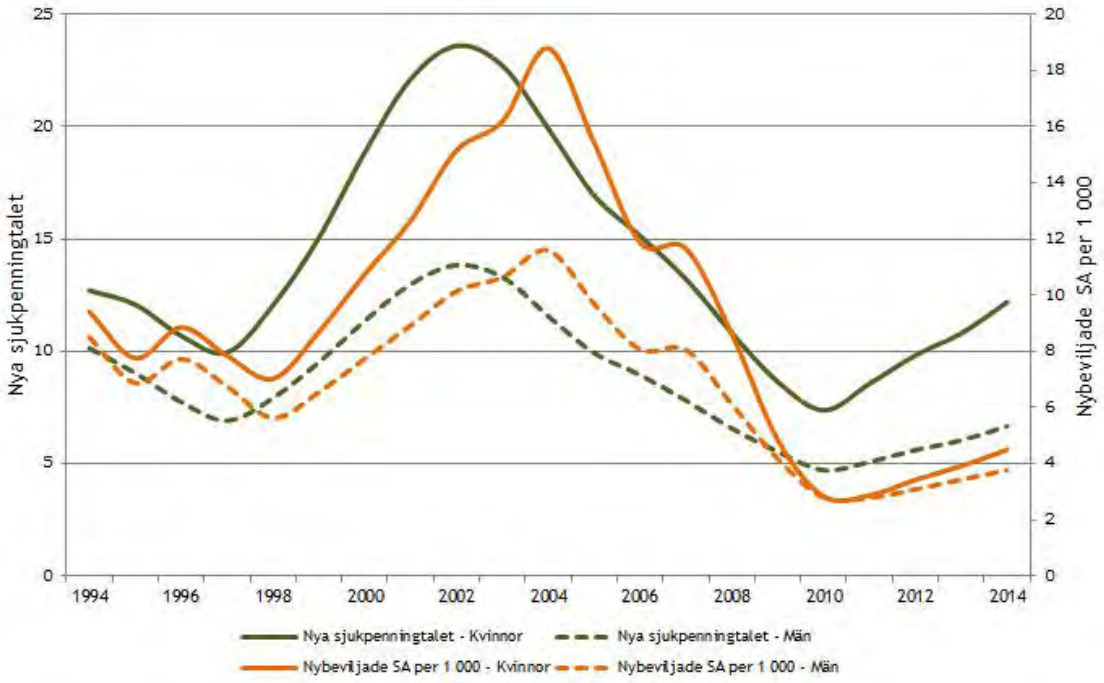
och familjeliv. Detta förklara också delvis varför kvinnors sjukfrånvaro inte är lika låg som männens.



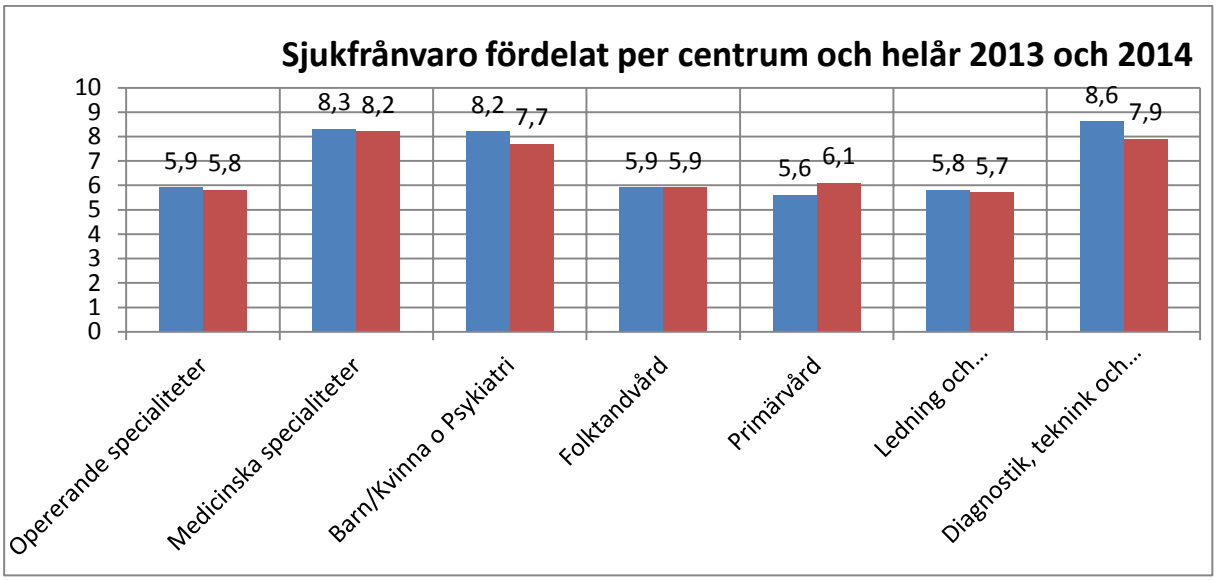
Diveport - Personal Sjukfrånvaro Rapport :Andel sjuktimmar per månad

Trenden under året är att sjukfrånvaron ökade under våren, framförallt under mars och april. En ökning i förhållande till året innan som i boksluten härleds till en ovanligt långdragen influensa förkylningsperiod samt magsjuka i april. Trenden med ökning vände under sommaren och minskade sedan under resten av året.

Enligt Försäkringskassan ökade sjukpenningtalet i en något snabbare takt under 2014 jämfört med 2013 vilket inte motsvarar den trend vi ser inom Jämtlands läns landsting där sjukfrånvaron sjunkit. En minskning av sjuktalen kan enligt boksluten bero på ett fokus på långa sjukfall med rehabilitering, intensifiering av rehabilitering, tidigare rehabilitering, lyckade omplaceringar, några beslut om sjukersättning samt återgång i arbete. Förebyggande aktiviteter med bemötande och delaktighet lyfts också som insatser för att minska sjukfrånvaron.



Källa: Försäkringskassan (http://www.forsakringskassan.se/statistik/sjuk/manadsuppfsjuk/)



Fem av sju centrum minskade sin sjukfrånvaro jämfört med tidigare år. Primärvården har ökat och Folktandvården är oförändrat i jämförelsen. Mest har Diagnostik, teknik och service samt Barn kvinna och psykiatri minskat.

Jämtlands Läns Landsting

Försäkringskassans statistik för Jämtlands läns landsting visar att det fanns 198 sjukpenningärenden i december och uppdelade enligt de vanligaste diagnoserna nedan:

Vanligaste diagnoskoderna	**Antal sjukskrivna** **År 14 (13) (12)**
C00-C99 (Tumörsjukdomar)	*14 (9) (17)*
F00-F99 (Psykiska sjukdomar)	*85 (88) (77)*
M00-M99 (Muskuloskeletala sjukdomar)	*49 (46) (60)*
S00-T99 (Skador av yttre orsaker)	*14 (15)(9)*

Källa: Försäkringskassan 141210

Orsaken till sjukfrånvaron är till största delen psykiska sjukdomar följt av sjukdomar i muskuloskeletala systemet. Under 3 år har det inte skett någon större förändring i fördelningen sinsemellan diagnoserna. Däremot syns en minskning av muskel relaterade sjukdomar och en ökning av de psykiska åkommorna. De muskuloskeletala sjukdomarna förekommer främst högre upp i åldrarna och kan därför påverkas av pensionering och kan misstänkas dominera bland de sjukersättningar som godkänts under åren. Detta kommer vi titta närmare på.

Orsaker till sjukfrånvaron som uppges i centrumens bokslut motsvarar beskrivningen ovan: fysiska och psykiska åkommor, olycksfall, planerade operationer, infektioner och magsjuka. Den arbetsrelaterade delen som beskrivs i boksluten kopplas till stressrelaterade sjukdomar ex. i samband med hög arbetsbelastning, organisationsförändringar och stor andel vakanser. Generellt kan man konstatera att arbetet inte så ofta är enda orsaken till en sjukdom och detta styrker företagshälsovården som kopplar närmare hälften av stressdiagnoserna till personlig situation och personlighet.

Sjukskrivande instans	**Antal per december/ år** **14, 13 (12)**
Primärvård	86, 86 (72)
Specialiserade vården	71, 66 (67)
Företagshälsovård	34, 41 (55)

Källa: Försäkringskassan 141210

Sjukskrivande instans för de pågående sjukfall som pågick i slutet av 2014 var enligt ovan. Siffrorna visar att en stor andel fortfarande sjukskrivs via specialiserade vården och att primärvården ökar i jämförelse med tidigare år. Detta samtidigt som antal sjukskrivna genom företagshälsovården minskar. Specialiserade vården hanterar svårare sjukdom, operationer, tumörsjukdomar och kroniska sjukdomar. En genomgång av pågående sjukskrivningsärenden gjordes under året inför överlämning till ny företagshälsovård, för att säkerställa att ärendena tillhör rätt vårdgivare.

Jämtlands Läns Landsting

Detta innebar att en del ärenden remitterades till specialistvård alternativt hänvisades till hälsocentralen.

6.2 Obligatorisk sjukfrånvaroredovisning

Nyckeltal	2008-12-31	2009-12-31	2010-12-31	2011-12-31	2012-12-31	2013-12-31	2014-12-31
Andel sjukfrånvarotimmar i procent av antal timmar ordinarie avtalad arbetstid	7,5	6,3	5,9	6,2	6,7	6,9	6,8
Varav långtidssjukfrånvar o 60 dagar eller mer.	73,3	66,5	58,4	63,7	65,5	62,5	62,9
Sjukfrånvarotid för åldersgruppen 29 år eller yngre	4,6	4,3	3,5	4,4	4,8	5,5	6,2
Sjukfrånvarotid för åldersgruppen 30 - 49 år	6,4	4,8	4,9	5,2	5,3	6,1	5,8
Sjukfrånvarotid för åldersgruppen 50 år – 65 år	9,0	7,8	7,0	7,4	8,4	8,0	7,8
Sjukfrånvarotid för åldersgrupp 66 år – 99 år	-	-	-	0,9	2,8	8,6	6,5
Sjukfrånvarotid kvinnor	8,7	7,1	6,5	6,9	7,3	7,6	7,4
Sjukfrånvarotid män	3,8	3,7	3,7	4,0	4,5	4,8	4,7

Källa: Heroma vid aktuell årsslut därav ev. förändringar pga. efterrapportering.

Att sjukfrånvaron i rad 2 ovan, som är längre än 60 dagar, inte minskar tyder på att det inte är de långa sjukfallen som minskar utan att de stannat av i ökning under året. Vad gäller ålderskategorierna så minskar sjukfrånvaron i alla grupper utom den yngsta. Att sjukfrånvaron ökar i gruppen 29 år eller yngre kommer vi analysera närmare.

6.3 Friskvård

Under 2014 togs ett friskvårdsprogram fram inom Jämtlands läns landsting som kommer att träda i kraft under 2015. Programmet lyfter fram de olika förebyggande åtgärder som organisationen satsar på för att ge medarbetarna möjlighet till förebyggande och hälsofrämjande aktiviteter via ex, Zefyren, Personalföreningen, friskvård och våra friskvårdsombud.

Jämtlands Läns Landsting

Totalt uttag av friskvårdstimmar under 2014 är 19 281 timmar jämfört med 18 616 timmar friskvård under 2013. Det blir i snitt 9 timmar per person och år.

6.3.1 **Friskvårdsaktiviteter**

Sammanställning av årsberättelser från friskvårdsombud 2014

- Många arbetsplatser har haft lag anmälda i Vårruset. 585 landstingsanställda kvinnor anmälde sig via personalföreningens egen anmälningslänk
- Pausjympa/pinnjympa – inlagt i dagsplaneringen för både morgon- och kvällspass
- Promenadstavar finns att låna på arbetsplatsen
- Friskvård är en stående punkt på APT
- Pausgympa på APT och planeringsdagar
- Uppmuntran till att stå och arbeta. Gjorts inköp av ergonomiska mattor varav några även har funktion som träningsredskap.
- Trots hög arbetsbelastning har vi tillsammans prioriterat uttag av friskvårdstimme
- Erbjudit olika träningspass på arbetsplatsen med hjälp av instruktörer från den egna arbetsgruppen
- Ordnat lunchdisco
- Friskvårdsombuden har erbjudit aktiviteter för samtliga arbetsplatser i samma byggnad och lärt känna fler genom friskvårdsaktiviteterna
- Frukt köps in med hjälp av fikakassan
- Konstutställning och promenad som friskvårdsaktivitet
- Använt stegräknare under en vecka för att uppmärksamma och uppmuntra till rörelse i vardagen
- Arbetsplatsträff utomhus
- Lekar/lagtävlingar på planeringsdag
- Påminner och uppmuntrar varandra att ta ut friskvårdstimmen
- Uppmärksamhetsveckan för goda matvanor och fysisk aktivitet: 260 deltagare i frukt- och grönsakstävlingen, frukt, grönsaker och dipp, smoothies mm serverades på olika arbetsplatser för att uppmärksamma ämnet/veckan
- Utvecklat gymmet som finns på arbetsplatsen
- Gemensam promenad med lunch / med enkla kroppsövningar
- Cykeltur
- Skidtur
- Boda Borg
- Tipspromenad på APT
- Tävling där uttagen friskvårdstid belönats

Framgångsfaktorer:

Tydligt uppdrag

Engagerad och friskvårdsintresserad enhetschef

6.4 Personalföreningen

Syfte med personalföreningen Jämtlands läns landsting är att:

- stärka och främja sammanhållning och kamratskap bland landstingets anställda
- bidra till att alla anställda skall må bättre såväl psykiskt som fysiskt
- ge alla anställda möjlighet att tillsammans sätta guldkant på fritiden genom att erbjuda ett varierat utbud av aktiviteter
- aktiviteterna anpassas efter medlemmarnas intresse och önskemål
- all verksamhet skall präglas av vi -anda

Personalföreningen JLL har nu genomfört sitt femte verksamhetsår. Alla anställda inom landstinget ansluts automatiskt som medlemmar i föreningen, vilken erbjuder en mängd fritidsaktiviteter och rabatter. Antal aktiviteter och deltagare har ökat för varje år. 2014 var det ca 3808 individaktiviteter (2011 var det ca 1900 och 2013 2450.) Information om nya aktiviteter och erbjudanden har skickats ut via mejl och i ett nyhetsbrev till alla prenumeranter.

Exempel på aktiviteter som ordnats under 2014:

Vårruset 584 pers
Zumbakurser x 3 (vår och höst) 63 pers
Skidteknikkurser x 5 38 pers
Curling & Tacos 10 pers
Långfärdsskridskor prova på 13 pers
Föreläsning /löpträningskväll 27 pers
Löpgrupper (vår och höst) 57 pers
Bowling med middag i Vemdalen x 2 (vår och höst) 46 pers
Bowling med middag i Östersund x 3 120 pers

Andra populära aktiviteter som genomförts är t.ex. stadsvandringar, skidresor, tunnbrödsbakning, adventskransbindning, personalfest, landstingsrevy och IKEA resor.

Som medlem i personalföreningen finns en mängd rabatter på t.ex. massage, cirkus, SAS, restauranger, qigong, teater och biobiljetter.

6.5 Arbetsmiljö

Utifrån Jämtlands läns landstings mål att vara en attraktiv arbetsgivare strävar vi ständigt efter att utveckla och förbättra vår arbetsmiljö. För att följa detta och att en tillfredställande arbetsmiljö uppnås och förebygga ohälsa genomförs en arbetsmiljöenkät 2 ggr/år. Enkäten är en del i det systematiska arbetsmiljöarbetet. Syftet är att enkäten ska vara till grund till dialog på arbetsplatsträffar kring arbetsmiljön. Enkäten mäter friskfaktorer utifrån ett salutogent förhållningssätt (vad som bidrar till att bevara och främja hälsan). Enkäten görs 2 ggr/år med samma frågor för att kunna jämföra och för att få en indikation på förbättrad eller försämrad arbetsmiljö. Resultatskalan går från 6 till 1, ju högre resultat desto bättre.

Jämtlands Läns Landsting

6.5.1 **Arbetsmiljöenkäten**

Mätetal	**Utfall 2014 (oktobervärde)**	**Målvärde 2014-12-31**
Hälsofrämjande mål: arbetsmiljöindex Utgångsvärde: februari 2014 (index 1-6): 4,57 Mäts två gånger per år	4,55	Arbetsmiljöindex 4,0 på JLL nivå. Utfall högre än målvärdet men en marginell sänkning sen utgångsvärdet i februari.

Landstingets styrkor är att medarbetarna känner sig engagerade i sitt arbete och att arbetet känns meningsfullt. Medarbetarna vet även vilka befogenheter och ansvar man har. Förbättringsområden som finns är att medarbetarna upplever att de inte kan påverka hur arbetet organiseras, att man inte får feedback och konstruktiv kritik av sin närmaste chef. Upplevelsen är även att man inte har väl fungerande rutiner och arbetsfördelning på arbetsplatsen.

Centrumen uppger att resultatet har presenterats eller kommer att göras i början av 2015 på respektive enhets APT. Ett centrum uppger att man har använt resultatet som ett underlag i dialogen kring de olika fokusområdena som enkäten berör. Man har diskuterat ett område i taget på APT och på så sätt har man kunnat skapa teman för kommande APT inom arbetsmiljö och i samverkan skapat en åtgärdsplan. Ett annat centrum uppger att ett kontinuerligt arbete pågår på samtliga enheter utifrån resultatet. Detta har resulterat i att värdegrundsarbetet har effektiviserats på flera enheter. Intresset för enkäten har ökat då flera centrum uppger att svarsfrekvensen har ökat.

6.5.2 **Centrumens arbetsmiljö**

Fler centrum har signalerat att arbetsmiljön varit stressig på grund av underbemanning och ökad arbetsbörda, inte minst då flera nya arbetsuppgifter tillkommit. Andra exempel på arbetsmiljöfaktorer är lokalbehovet som är ständigt närvarande och att omflyttningar upplevs pågå ständigt, i större eller mindre omfattning. Vårdavdelningarna har under året haft en mycket hög upplevd arbetsbelastning vilket visat sig i flera avvikelser samt att arbetssituationen har varit upp flertalet gånger som ärende på områdeskommittéerna. Svårigheter att rekrytera sjuksköterskor till slutenvården har lett till en pressad arbetssituation. Bemanningssituationen har inneburit ett ökat behov av sjuksköterskor från bemanningsföretag. Detta för att försöka minska bristen och säkerställa återhämtningen hos medarbetarna. Flera avvikelser har visat på behov av ökad grundbemanning under natt och helg. Patienttrycket har ökat med ett högt akutflöde. Antalet öppna vårdplatser har dock varierat under året bland annat på grund av sjuksköterskebristen. Undersköterskekompetens har tillsatts på vakanta sjuksköterskeetjänster. Centrumen uppger även att en ökad personalomsättning har medfört ökad belastning för de erfarna medarbetarna. Många medarbetare upplever att återhämtningstiden är allför kort. Planeringen inför införandet av Cosmic har tagit tid och kraft från verksamheten. Arbetsmiljön har påverkats negativt på de enheter där schemadiskussioner och förhandlingar har skett med vårdförbundet gällande arbetstidsmodell och tvättstuga contra fasta scheman. Det är en ständig balansgång mellan att inte slita för mycket på ordinarie personal och samtidigt kunna hålla alla vårdplatser öppna.

Jämtlands Läns Landsting

Införandet av vårdnära service upplevs mycket positivt. Sommarens värmebölja har varit svår med alltför varma lokaler vilket påverkade både patienter och personal. En arbetsgrupp är tillsatt för att arbeta förebyggande inför nästa sommar. En oro har också funnits med anledning av de radonmätningar som gjorts i Hus 3. Åtgärder är vidtagna för att ligga under gränsvärdena. Tre semesterperioder upplevs negativt ur socialt perspektiv däremot positivt ur arbetsmiljöhänseende. Ett centrum har infört rotation mellan tre enheter för att få en jämnare arbetsbelastning och bättre arbetsmiljö. För att förebygga stickskador som förkommer vid injektioner har beslut tagits inom ett centrum att Danyl -kanalborttagare ska köpas in. Anpassningar av kontorsmiljön för medarbetarna har gjorts på flera enheter och individuella hjälpmedel har köpts in. Risk- och konsekvensanalyser med tillhörande handlingsplaner har genomförts inom centrumen. Även skyddsronder är utförda under året och åtgärder är vidtagna. Flera enheter har genomfört planeringsdagar med delvis eller hel inriktning med föreläsningar, workshops och övningar i syfte att förbättra arbetsmiljön. Företagshälsovården har anlitats för den fysiska och psykosociala arbetsmiljön på både individ- och gruppnivå. Insatser som gjorts är bland annat arbetsplatsgenomgångar av ergonom, härdplatsundersökningar, hälsofrämjande insatser, avlastande samtal och grupputveckling för att förbättra arbetsmiljön.

6.6 Arbetsförhållanden utifrån jämställdhet och mångfald

En landstingsövergripande handlingsplan för jämställd och jämlik verksamhet är framtagen i syfte att säkerställa ett strategiskt, långsiktigt arbete med att realisera den jämställda och jämlika verksamheten, både ur ett medborgarperspektiv och ett medarbetarperspektiv.

Centrumen uppger att de har en generös syn på icke lagstadgad tjänstledigheter och försöker anpassa arbetet i den mån det går till medarbetarens privata situation. Även möten och träffar anpassas i möjligaste mån utifrån enskilda behov och önskemål. Detta underlättar för medarbetarna att förena yrkesliv med privatliv och samhällsliv. Även flextid, arbetstidsmodell och tvättstugeschema underlättar för medarbetarna att kunna att påverka sin arbetstid. Svårigheter finns dock ibland att kunna kombinera obekväm arbetstid med familjeliv vilket inneburit att medarbetare har sökt nytt arbete. Inget centrum uppger att det har funnits behov av att genomföra åtgärder för att arbetsförhållandena ska lämpa sig för medarbetare utifrån kön, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning

Inget centrum har uppgett att det kommit till kännedom förekomst av trakasserier eller diskriminering som har samband med kön, könsöverskridande identitet/uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionshinder, sexuell läggning eller ålder. Frågan tas upp under medarbetarsamtalet. Men i enkäten om upplevd diskriminering bland underläkare som gjordes under hösten framkom diskriminering. Enkäten visar på att 33% av de 108 st. AT och ST som svarade på enkäten har upplevt sig diskriminerade under sin anställning inom landstinget. Kön och ålder var de vanligaste faktorerna man angav som grund till den upplevda diskrimineringen. Arbete pågår med att redovisa resultatet och ta fram handlingsplan.

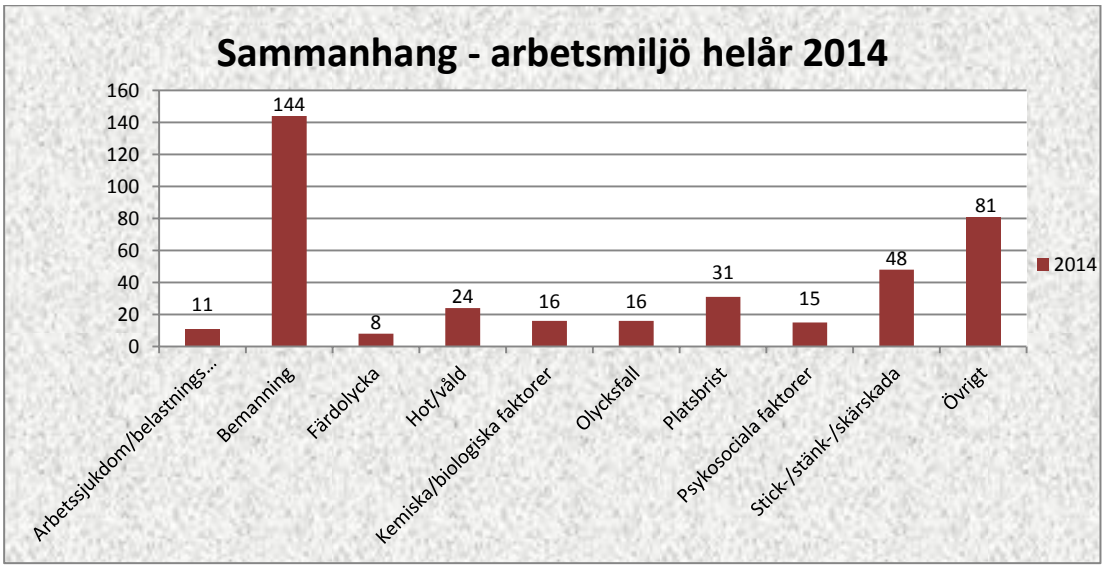
Jämtlands Läns Landsting

Värdegrundsdiskussioner och utbildning för medarbetarna i landstingets styrdokument avseende jämställdhet, jämlikhet, trakasserier och kränkande särbehandling har genomförts under året inom några enheter. Några enheter har som ett led i ett förebyggande arbete mot diskriminering genomfört eller är på gång att använda sig av den s k Växthusmetoden. Den är ett stöd för de som vill utveckla arbetsmiljön med utgångspunkt från diskrimineringslagstiftningen och är ett enkelt karläggningsverktyg för att komma igång. Även spelet Gemogram används vilket innebär att ”böta” med ett gem varje gång man tänker eller uttalar något diskriminerande utifrån jämställdhet mellan män och kvinnor. Syftet är att öka medvetenheten. Det finns en vilja och medvetenhet om vikten av att rekrytera underrepresenterat kön när möjlighet finns för att sträva efter en jämnare könsfördelning på enheterna.

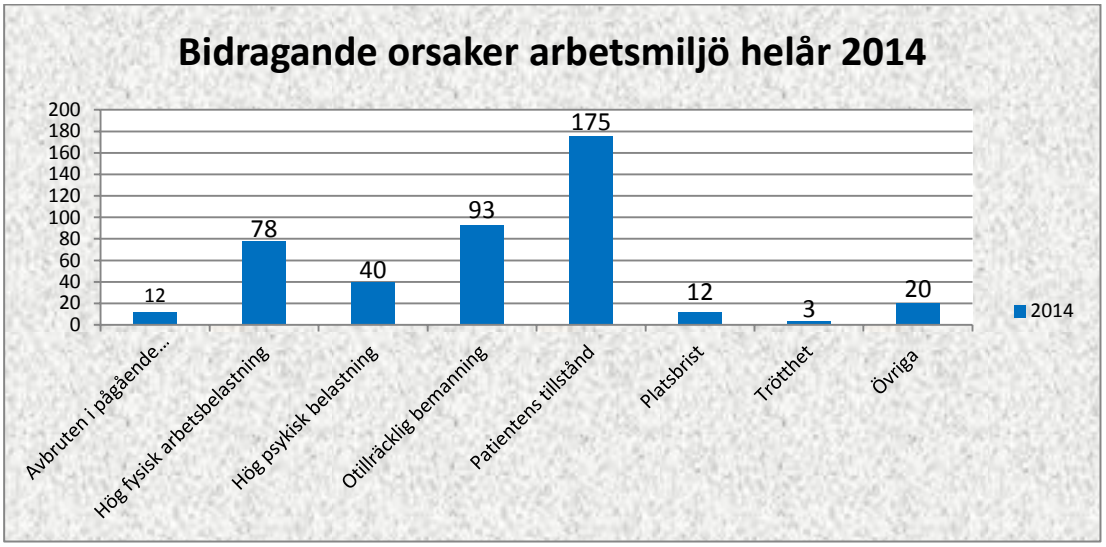
6.7 Arbetsskador och tillbud

Enligt rutinen för arbetsskador, olycksfall och tillbud ska alla arbetsskador och tillbud rapporteras i avvikelsesystemet. Rapporteringen är en viktig del i det fortsatta förebyggande arbetet. Arbetsgivaren är enligt Arbetsmiljölagen och arbetsmiljöverkets föreskrifter om systematiskt arbetsmiljöarbete (AFS 2001:1) skyldig att anmäla och utreda orsakerna till olyckor, sjukdomar och allvarliga tillbud i arbetet.

Totalt rapporterades 398 st. avvikelser med sammanhang arbetsmiljö en ökning med 35 st. mot föregående år. Orsaken bemanning har ökat med 22 st. och även arbetssjukdom/belastning ökade med 6 st. Däremot har hot/våld minskat med 21 st. Totalt gjordes 24 st. arbetsskadeanmälningar, en minskning med 8 st. jämfört med 2013. Se uppdelat på typ av tillbud i tabellen nedan.



Bidragande orsaker har i stor utsträckning handlat om patientens tillstånd, otillräcklig bemanning, och hög fysisk arbetsbelastning. Patientens tillstånd har ökat från 91 st. till 175 st. som orsak jämfört med föregående år. Otillräcklig bemanning har minskat med 18 st. Hög fysiskt arbetsbelastning har ökat med 63 st. Se orsaker i tabell nedan.



6.8 Åtgärder via företagshälsovård

6.8.1 Landstingshälsan

Under de första 8 månaderna bedrevs företagshälsovård via landstingets interna företagshälsovård – Landstingshälsan. Från den 1 september gick landstinget över till extern företagshälsovård via Previa.

Verksamheten inom landstingets företagshälsovård – Landstingshälsan präglades under avvecklingstiden i huvudsak av insatser på individ nivå; samtalsstöd och rådgivning och övriga rehabinsatser för att stödja medarbetare att återfå arbetsförmågan men även i förebyggande syfte.

Inget centrum eller område har under 2014 heller efterfrågat stöd från Landstingshälsan i några större förebyggande eller främjande insatser för att som tidigare år förbättra och öka medarbetarnas fysiska hälsa.

Fördelningen av utförda timmar mellan insatser på individ, grupp och organisation

	2011	2012	2013	2014 tom aug
Individ	4 042 tim	4244 tim	3887 tim	1 828 tim
Grupp	1 760 tim	1280 tim	1527 tim	197 tim
Organisation	1 982 tim	1383 tim	520 tim	71 tim
Totalt	**7 784 tim**	**6 907 tim**	**5 934 tim**	**2 096 tim**

Fördelningen mellan individ insatser och grupp och organisations insatser har stadigt förändrats de tre senaste åren till att i större grad fokusera på individuella insatser. Under 2014 har detta accentuerats ytterligare med anledning av förändrade resurser i och med avvecklingen.

Antal individkontakter

	2011	2012	2013	2014 tom aug

Jämtlands Läns Landsting

Kvinnor	3633	3371	3 079	1 621
Män	683	1008	724	538
Totalt	**4281**	**4379**	**3 803**	**2 159**

Individkontakt innebär ett besök, telefonrådgivning eller patientadministration kopplat till detta

Individ kontakter ligger fortfarande på en hög nivå, även om det minskat jfr de senaste åren och även på grund av avvecklingen. Fokus har varit i rehabiliterande syfte och lagstadgade undersökningar ex. härdplast, vibrationer och nattarbete och övriga medicinska undersökningar t ex av hörsel, syn och provtagningar.

Samtal, rådgivning

	2011	**2012**	**2013**	**2014 tom aug**
Antal	654	1 926	1 868	412
Timmar	340 tim	1 077 tim	1 074 tim	542 tim

Samtal och rådgivning skedde i huvudsak till chefer i arbetsmiljö- och rehabiliteringsfrågor och i viss utsträckning till enskilda medarbetare med tidiga signaler eller oro för arbetsrelaterad ohälsa. Till största delen som telefonrådgivning av företagssköterska bl. a. under den dagliga telefontiden. Mycket av rådgivningen under senare delen av Landstingshälsans verksamhet var utifrån planering och frågor inför övergång till annan utförare av företagshälsovård.

Samtalsstöd, handledning och chefsstöd

	2011	**2012**	**2013**	**2014 tom aug**
Antal	746	674	587	272
Timmar	1174 tim	1056 tim	950 tim	408 tim

När det efter ett utredande samtal hos exempelvis företagssköterska eller i samband med rehabiliteringsmöte konstaterats behov av samtalsstöd eller handledning påbörjas kontakt med psykolog eller beteendevetare.

Under 2014 har vi pga. att medarbetare slutat anlitat externa konsulter i ökad omfattning, vilket inte ingår i redovisningen ovan.

Arbetsplatsbesök

	2011	**2012**	**2013**	**2014 tom aug**
Antal	30	73	89	12
Timmar	52 tim	139 tim	162 tim	33 tim

Arbetsplatsbesök har i huvudsak genomförts av ergonomer och innebär bl.a. översyn av personliga arbetsplatser både inom kontor, folktandvård och vård. Besöket inkluderar rådgivning angående hur arbetsplatsen ska utformas med även information om arbetsställningar. Även i samband med ny - och ombyggnationer har ergonomer konsulterats.

Jämtlands Läns Landsting

Rehabilitering

	2011 helår	2012 helår	2013 helår	2014 tom aug
Antal	862	492	775	415
Timmar	781 tim	586 tim	740 tim	382 tim

Rehabiliteringsmöten inkl avstämningsmöten med Försäkringskassan

Som en del i avvecklingsarbetet och planering inför överföring till ny företagshälsovårdsaktör ökade insatserna i rent rehabiliterande syfte. De formella avstämningsmöten med Försäkringskassan fortsatte dock att minska. Dessa ersattes i högre grad med telefonkontakt mellan försäkringskassan och företagshälsovården, på försäkringskassans initiativ.

De största diagnosgruppen som medfört sjukskrivning via Landstingshälsan är som tidigare år stress, ångest, depression och utmattnings tillstånd, följt av smärttillstånd i nacke och axlar.

Alkohol- och drogrehabilitering ingår i dessa kontakter, och där är antalet ärenden som verksamheterna upptäckt och därmed sökt stöd med bl. a provtagning och samtal fler än de senare åren 229 st. på 8 månader 2014 jfr 181 st. på helår 2013.

Grupp och organisations insatser

	2011	2012	2013	2014 tom aug
Antal	87	90	156	86
Timmar	224 tim	336 tim	696 tim	196 tim

Beslutet att avveckla Landstingshälsan innebar att de flesta medarbetarna gick vidare till andra anställningar under våren 2014. Prioritering av rehabiliterings - och individ insatser gjordes vilket innebar att grupp - och organisationsinsatser varken efterfrågades eller i vissa fall kunde genomföras. De insatser som genomfördes hade i stor utsträckning koppling till ledningsgruppsutveckling och Lean.

Utbildningar

De utbildningar som genomfördes via Landstingshälsan under 2014 var ergonomiombudsutbildning samt utbildning i Bättre arbetsmiljö (BAM) för chefer och skyddsombud.

Jämtlands Läns Landsting

6.8.2 **Företagshälsovård from september 2014**

Previa

Jämtlands Läns Landsting 2014
Återrapportering enligt 9-fältaren
Kronor

	Rehabilitera	Förebygga	Främja	Totalt
Organisation		43 700		43 700
Grupp		156 695	175 350	332 045
Individ	779 847	347 750	83 362	1 210 959
Totalt	779 847	548 145	258 712	1 586 704

i %

	Rehabilitera	Förebygga	Främja	Totalt
Organisation		3%		3%
Grupp		10%	11%	21%
Individ	49%	22%	5%	76%
Totalt	49%	35%	16%	100%

Under 2014 har ett samarbete med Previa påbörjats som ny företagshälsovårdsleverantör. En stor del av arbete har inneburit att lämna över och påbörja nya kontakter i pågående rehabiliteringsärenden samt att bygga upp samarbetet mellan en extern leverantör och Jämtland läns landsting. Arbetet med samarbetsformer fortgår.

Fördelningen av insatser på rehabiliterande och förebyggande samt främjande åtgärder motsvara den uppdelning som Previa uppger sig ha inom andra organisationer också.

De vanligaste diagnoserna som Previa uppgett att de möter hos våra medarbetare som får hjälp via dem är utmattning, stressrelaterad ohälsa, smärtproblematik och alkohol/drog ärenden. Vad gäller utmattningsärendena så uppger Previas läkare att ca hälften beror på hög arbetsbelastning och resterande är privata/personlighets relaterade. Fördelningen mellan köpta tjänster syns nedan.

Jämtlands Läns Landsting

Previa

Jämtlands Läns Landsting 2014

Visar kronor per tjänst

Period	2014
Företagsstruktur	Jämtlands Läns Landsting
Resultatenhet	All Resultatenhet

Fakturerbart Bel			
Tjänsteområde	Tjänstenivå	Tjänstenamn	Summa
Främja	Grupp	Ledarskap, Utbildning	82 150
		Organisation - Grupputveckling (främja)	58 300
		Organisation, Föreläsning - kundspecifik	34 900
	Individ	Hälsa, Konsultation (individ, främja)	59 604
		Hälsa, Telefonkonsultation (främja)	1 088
		Ledarskap - Handledning chefer	22 670
Förebygga	Grupp	Arbetsmiljö - Yrkeshygienisk mätning	14 700
		Arbetsmiljö, Utbildning	29 150
		Arbetsmiljö, Utbildning - Arbetsmiljö grundutbildning	0
		Organisation - Grupputveckling (förebygga)	41 075
		Organisation, Konsultation	71 770
	Individ	Arbetsmiljöbedömning vid datorarbete (individ)	9 800
		Hälsa - Första besök	39 540
		Hälsa - Hälsoundersökning standard (momsfri)	1 095
		Hälsa - Stödsamtal	12 751
		Hälsa, Konsultation (individ, förebygga)	212 747
		Hälsa, Provtagning	300
		Hälsa, Provtagning - alkoholtest CDT/PET blodprov	10 000
		Hälsa, Provtagning - Drogtest	2 060
		Hälsa, Provtagning - Hörselundersökning	735
		Hälsa, Provtagning - Spirometri	610
		Hälsa, Telefonkonsultation (förebygga)	15 827
		Hälsa, Vaccination - Hepatit B (H-B-Vax PRO,Engerix)	5 400
		Lagst. undersökning Härdplast/periodisk	7 100
		Lagst. undersökning Joniserande strålning	1 295
		Organisation - Handledning medarbetare	28 490
	Organisation	Arbetsmiljö, Konsultation (organisation)	34 800
		Utbildning - Övrigt	8 900
Rehabilitera	Individ	Hälsa, Provtagning - Drogtest, MRO konsultation	1 840
		Rehabilitering - Arbetsförmågeutredning	29 400
		Rehabilitering - Förstadags intyg	5 585
		Rehabilitering - stödsamtal	116 861
		Rehabilitering, konsultation	459 991
		Rehabilitering, Samordning	151 431
		Rehabilitering, Telefonkonsultation	14 739
Totalsumma			1 586 704

Jämtlands Läns Landsting

7 Lönebildning

I löneavtalen betonas vikten av att individens lön kopplas till verksamhetens mål och utveckling, samt att medarbetarna i ett samtal får veta hur de bidrar till att verksamhetens mål nås. Lönestrategin för Jämtlands läns landsting innehåller aktiviteter som syftar till att förbättra det lönepolitiska arbetet. Lönestrategin som gällde 2011-2013 och var förlängd till och med 2014-12-31. Från och med 2015-01-01 gäller handlingsplan för Attraktiv arbetsgivare 2015-2017.

7.1 Löneutveckling

I ”Allmän löneutveckling” ingår alla medarbetare; avslutade och nyanställda.

I ”Individuell löneutveckling” ingår medarbetare som finns vid båda mättidpunkterna. Mättidpunkterna är 2014-01-01 - 2014-12-31.

Löneutveckling	2012		2013		2014	
	Allmän	Individuell	Allmän	Individuell	Allmän	Individuell
Kvinnor	1,2 %	2,4 %	1,8 %	3,3 %	1,3 %	3,3 %
Män	2,4 %	4,0 %	0,9 %	3,3 %	0,6 %	3,6 %
Totalt	1,4 %	2,8 %	1,6 %	3,3 %	1,3 %	3,4 %

Den allmänna löneutvecklingen var något lägre 2014 än 2013. Den individuella var något högre 2014 än 2013.

En påverkansfaktor på den **individuella löneökningen**, som återkommer årligen, är läkare som bytt befattning från ST-läkare till specialistläkare och från specialistläkare till överläkare. Även andra befattningsändringar, som exempelvis ambulanssjukvårdare som utbildat sig till sjuksköterskor.

Extra satsningar i löneöversyn 2014 gjordes för allmänsjuksköterskor (från 140101), distriktsläkare, överläkare, psykologer, audionomer, dietister och arbetsterapeuter, läkarsekreterare.

Landstingets **allmänna löneutveckling** för 2014 var 1,3% (1,6 % 2013,1,4 % 2012 och 2,1 % 2011). Den allmänna löneutvecklingen är lägre än den individuella, vilket innebär att de som nyanställts haft lägre lön än de som slutat. Detta är naturligt eftersom en stor del av avgångarna är på grund av pension och många som nyrekryteras har kortare erfarenhet. Även denna löneutveckling skiljer sig mellan olika verksamheter, beroende på avgångar och nyrekryteringar inom respektive verksamhet. Den allmänna löneutvecklingen kan variera mellan åren i större omfattning än den individuella, pga. den stora påverkan av de avgångar och nyanställningar som görs under året.

Kvinnor och män: Den individuella löneutvecklingen var för 2014 något lägre för kvinnor än för män. Det innebär att löneökningar i och med löneöversyn och byte av befattning uppvisar en viss skillnad mellan könen.

Den allmänna löneutvecklingen var högre för kvinnor, 1,3 % jämfört med 0,6 % för män. Det var alltså större löneskillnad mellan de män som slutade och de män som började under året, än mellan kvinnor som började och slutade.

Ålder: Den individuella löneutvecklingen är högre för de yngre medarbetarna än de äldre. Den allmänna löneutveckling är högre för de äldre.

Ålder	Individuell		Allmän	
0-29 år	5,1 %	1211 kr	1,0 %	251 kr
30-49 år	3,9 %	1219 kr	2,1 %	651 kr
50-65 år	2,7 %	877 kr	2,2 %	701 kr

De högre utfallet för 0-29 samt 30-49 år påverkas av att byte av befattning för läkare nästan uteslutande äger rum i dessa åldrar (från AT till ST, från ST till specialistläkare samt specialistläkare till överläkare).

Centrumen anger att de generellt kan tillämpa landstingets framtagna bas- och ingångslöner. De avvikelser som anges motiveras av svårighet att rekrytera till vissa yrkesgrupper på grund av marknad samt utifrån geografiskt läge.

7.2 Jämställda löner

Osakliga skillnader i lön eller andra anställningsvillkor mellan män och kvinnor ska inte förekomma. Detta anges i CEMR- deklarationen och Diskrimineringslagen. För att granska löneskillnader mellan män och kvinnor ska arbetsgivare minst vart tredje år göra en lönekartläggning och löneanalys. Inom Jämtlands läns landsting genomförs löneanalys vanligtvis varje år. I slutet av 2013 begärde Diskrimineringsombudsmannen redovisning av arbetet med löneanalys och lönekartläggningar från samtliga landsting och vissa landstingsägda bolag. Jämtlands läns landsting skickade in underlaget i början av januari 2014. I december 2014 kom utlåtandet från Diskrimineringsombudsmannen, där man avskrev ärendet med vissa rekommendationer om det fortsatta arbetet. I avvaktan på detta utlåtande har ingen löneanalys gjorts under 2014. Löneanalys kommer att göras under 2015.

8 Bilaga 1

Snabba åtgärder – attraktiv arbetsgivare

Landstingsdirektören förordar följande aktiviteter med syfte att Jämtlands läns landsting ska bli en mer attraktiv arbetsgivare.
Punkt 3 och 5 lämnas till landstingsstyrelsen för beslut

Klart		Aktivitet	Syfte	Beslut av	Ansvarig (utses av beslutande)
✓	1	**Ändra befogenhetsplan** – alla chefer beslutar om utbildning, resor, lokaler, signera behovsanalyser mm för att återföra beslut och ansvar där den hör hemma.	Lägga beslut där resurser finns. Förtroende – mellan chefer, från medarbetare. Ansvarsutkrävande på rätt nivå. Tidsbesparande för chefer.	Lt-direktör	Kanslichef
✓	2	**Se över assistentstöd till chefer - utredning**	Ge cheferna mer tid för personal och verksamhetsutveckling	Lt-direktör	Centrumchefer
✓	3	**Häva generella "stopp" som ändå inte kan följas.** T.ex. utbildning, resor, möten andra lokaler.	Signalvärdet blir mycket negativt, och t.ex. viss utbildning, resor måste genomföras.	Lt-styrelsen, upphäva beslut Nr 16 23/4-24/4	Beslutsunderlag Kanslichef
✓	4	**Erbjuda tillsvidareanställning - utforma riktlinje**	Tryggare anställningsförhållanden.	Personalchef	Personalstrateg kompetensförsörjning
✓	5	**Erbjuda friskvårdspeng till alla och friskvårdstimme som alternativ. Utreda, kontakta skatteverket.** T.ex. erbjuda peng till alla, timme som alternativ.	Positiv förstärkning. Upplevd uppmuntran, förmån. Erbjuda peng men om ej nyttja kan tid tas ut istället.	Lt-styrelsen (behövs ändring av HOA-strategi)	Personalstrateg hälsa och arbetsmiljö
Löpande	6	**Uppmärksamma bra saker ur medarbetarperspektiv** - tex "årets arbetsplats", löpande per månad,	Måste nå alla	Kommunikationschef	Strateg kommunikation
✓	7	**Gemensam introduktion –** information till nyanställda (inte bara personalfrågor). Samt fika el lunch.	Ge en gemensam bild av landstinget. Välkomna. Förväntningar. Tidsbesparande.	Lt-direktör	Personalstrateg Kompetensförsörjning

Klart		Aktivitet	Syfte	Beslut av	Ansvarig (utses av beslutande)
			Värdegrund, förmåner inkl personalföreningen, avtal, smittskydd, sekretess, medarbetarskap.		
✓ Arbetet med arbetstider fortsätter i AA	8	**Anpassa arbetstidsmodell.** Kosta samma, men varje verksamhet kan välja tid eller pengar. Bruksanvisning arbetstidsmodell för medarbetare.	Kunna anpassa till verksamhet, men även medarbetarnas önskemål. Använda utvärdering som grund.	Personalchef, partsgemensam fråga, kollektivavtal	Personalchef utser arbetsgrupp (strateger, chefer)
Flyttas till AA handlings plan.	9	**Utforma modell för schema och bemanningsmål** för att säkra uppdrag, arbetsmiljö, kompetens, patientsäkerhet, och skapa utrymme för utveckling, uppföljning, friskvård, lärande, APT, Lean.	Se översyn arbetstidsmodell – frågorna hör ihop.	Lt-direktör	Personalchef utser arbetsgrupp (strateger, chefer) Som ovan
✓	10	**Hälsa nya medarbetare välkomna till JLL** genom exempelvis liten gåva samt info (”bra budskap”) - kit. Tex hösten reflex, våren vattenflaska, penna.	Att nya medarbetare ska känna sig välkomna till JLL. Hör ihop med introduktion. Broschyr har tagits fram	Lt-direktör	Kompetensförsörjningsstrateg personalchef och kommunikationschef
✓	11	**Fira framgångsrika resultat** – kvalitet. Se över riktlinjer för intern representation år).	Lyfta medarbetarna, positiv feedback, upplevelse att ”få något”, fira tillsammans – sammanhållning. Koppling LEAN	Lt-direktör	Hälso- och sjukvårdschef utser arbetsgrupp (stabsgemensam)

Original lagras och godkänns elektroniskt. Utskrifter gäller endast efter verifiering mot systemet att utgåvan fortfarande är giltig.

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

PM

Ekonomi-, fastighets- och upphandlingsutskottet

Ekonomistaben
Bo Carlbark, Örjan Strömqvist
Tfn: 063 – 14 77 76
E-post: bo.carlbark@regionjh.se

2015-02-12

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

Avvikelser kostnader

De stora avvikelserna i det ekonomiska resultatet består till stor del av kraftigt ökade personalkostnader och kostnader bemanningsföretag. Detta beror bland annat på förstärkt bemanning i syfte att förbättra arbetsmiljön inom framför allt vårdavdelningar. Ytterligare orsaker är satsningar för att nå en bättre tillgänglighet. De ökade kostnaderna avser även upplärning av ny personal till följd av bristen på sjuksköterskor.

Bristen på distriktsläkare inom primärvården, framför allt i Östersund, har medfört kraftigt ökade kostnader för inhyrda läkare. Även sjuksköterskebristen har medfört ett behov av att hyra in personal inom såväl primärvård som specialistvård.

Utöver de ökade kostnaderna för personal och bemanningsföretag har även utökningen av utomlänsvård medfört ökade kostnader. Ökningen kan delas upp i tre delar.

1. Den planerade vården har ökat jämfört med föregående år. Flera dyra vårdfall har gjort att kostnaden ökat trots att antalet svårt sjuka barn varit färre 2014 än 2013.
2. Kostnaden för akut sjuka patienter som vårdas utomläns har ökat.
3. Retroaktiva prisjusteringar för vården vid Norrlands universitetssjukhus för 2013 och 2014 har belastat 2014 om totalt 14 mkr.

Prognosavvikelser

Orsaken till de alltför optimistiska prognoserna, tidigt under året, när det gäller det ekonomiska resultatet 2014 beror till en del på centrumens positiva syn på effekterna av de åtgärder som planerats för att åtgärda det negativa resultat 2013. I takt med att utfallen visade på en mindre gynnsam kostnadsutveckling har prognoserna successivt justerats ned. En brist som kan ses i prognostiseringen är att centrumen inte varit tillräckligt observanta på effekterna av sina beslut om till exempel ökad bemanning. Hänsyn till detta har därför allt för sent beräknats i prognoserna.

Ytterligare underlag, i form av Power Point-bilder bifogas. Bilderna visar ovanstående analys på en mer detaljerad nivå.

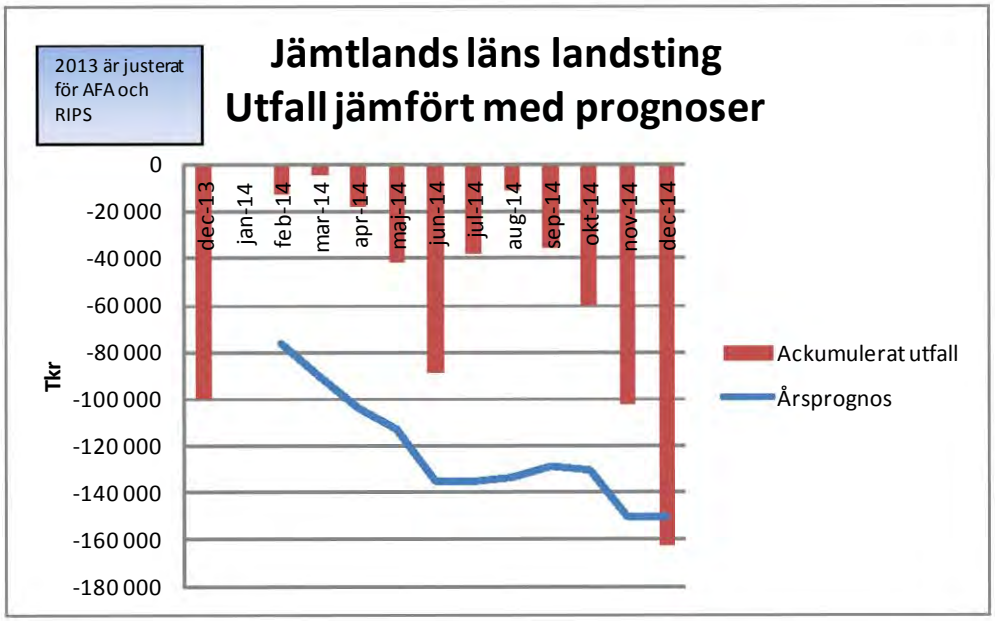
.

FÖRDJUPAD ANALYS AV ÅRSBOKSLUT 2014

(RS/336/2015)

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

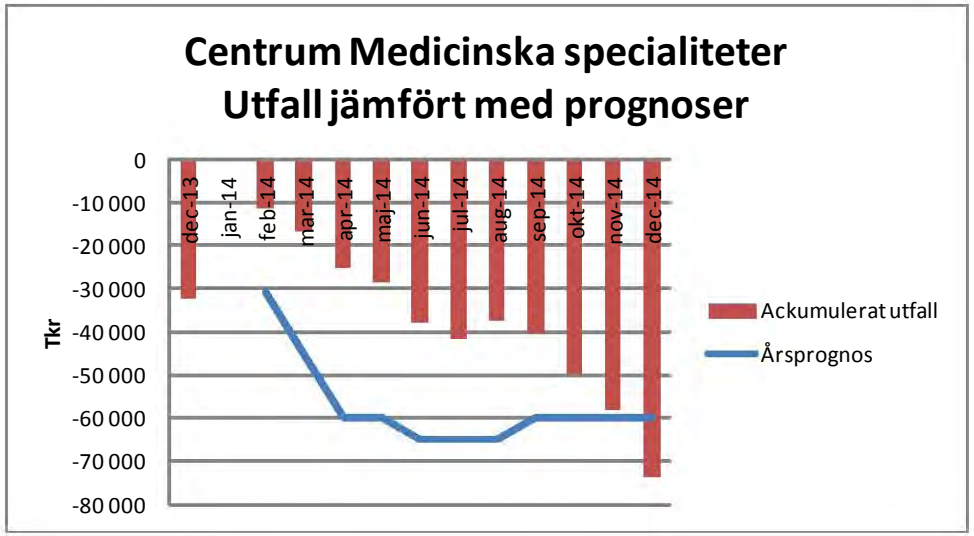
Analys av 2014 års prognoser



Prognoser februari till juni.
- De tidiga prognoserna baserades till stor del på utfall 2013 samt en förväntan om att kunna förbättra resultatet hos Primärvården
- Ju längre året gick såg man att kostnadsutvecklingen blev högre än förväntat. Personalkostnader ökade p g a uppbemanningar av arbetsmiljöskäl, ökade stafettkostnader, sommarpaket och extrakostnader för kösatsningar. Även kostnaderna för riks- och regionvård ökade mer än förväntat.

Prognoser november
- Ytterligare högre kostnadsutveckling än tidigare bedömts.
- Vid dåligt resultat tidigt under året finns troligen en alltför optimistisk bedömning om att kunna förbättra resultatet.

Analys av 2014 års prognoser

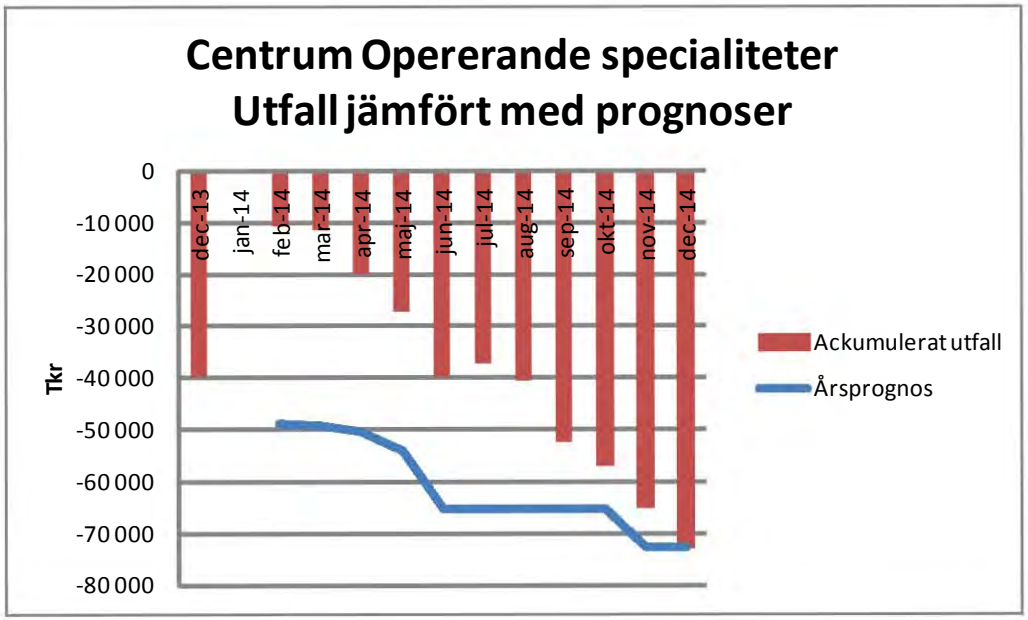


Februariprognos
- Baserades till stor del på 2013 års utfall

Mars/Aprilprognoser
- Mer riks- och regionvård
- Personalkostnader ökar delvis p g a uppbemanningar vårdavdelningar i samband med arbetsmiljöproblem
- Sjukresekostnaden ökade p g a volym och pris

Utfall december
- Ovanligt höga riks- och regionvårdskostnader i december. Gäller även flygambulanskostnaden.
- Höga läkemedelskostnader

Analys av 2014 års prognoser

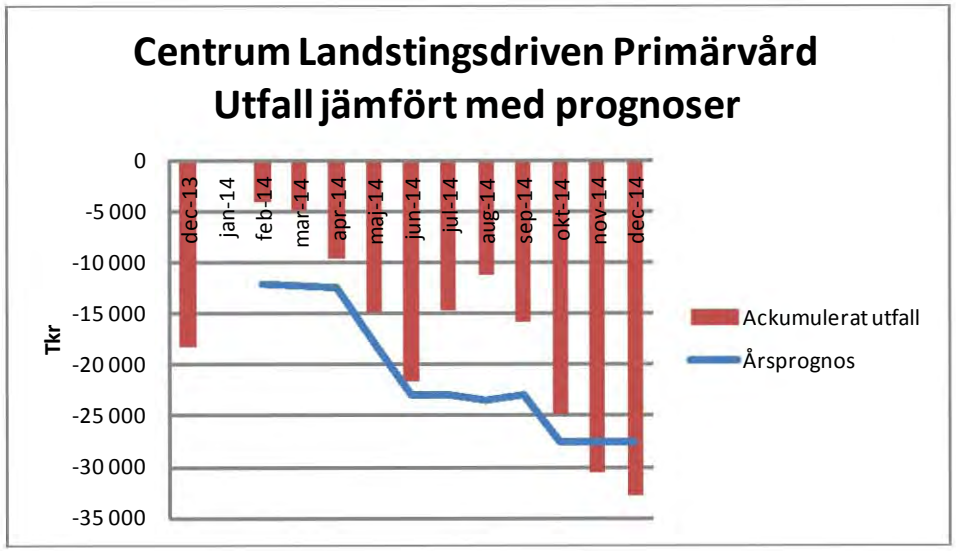


Februariprognos
- Baserades till stor del på 2013 års utfall men man räknade också med en viss försämring delvis p g a uppbemanningar av arbetsmiljöskäl.

Juniprognosen
- Kirurgen höjde prognos för riks- och regionvård och personalkostnader
- Ortopeden höjer prognos för personalkostnaderna.

Novemberprognosen
- Ytterligare tillkommande riks- och regionvårdskostnader på kirurgen. Högre personalkostnader och hjälpmedelskostnader kopplade till kösatsningar.
- Momskostnader flygambulans

Analys av 2014 års prognoser

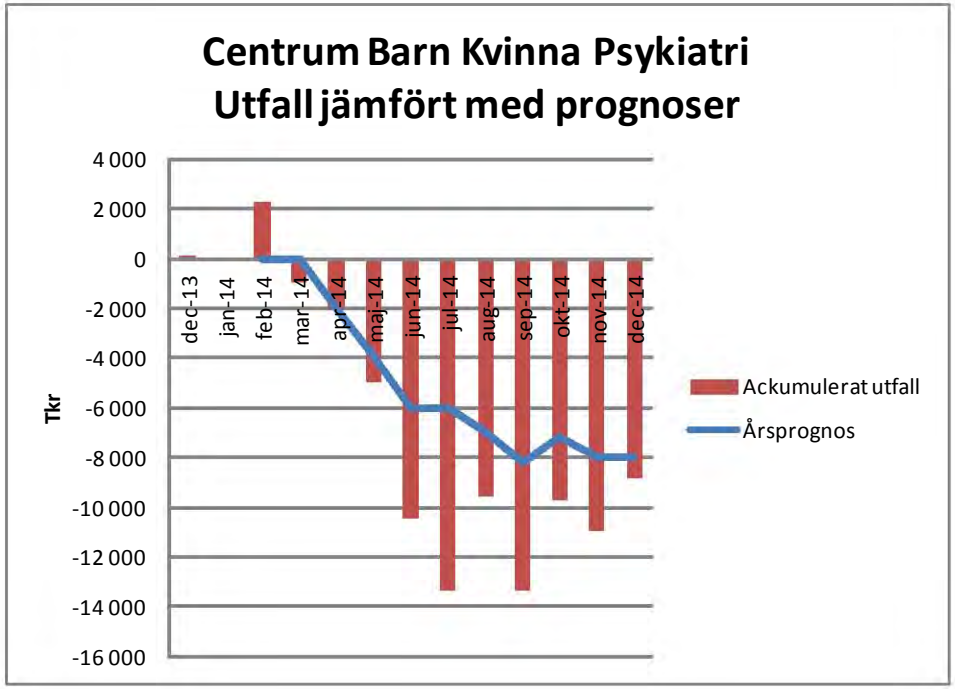


Februariprognos
- Baserades på att åtgärder skulle göras så att resultatet jmf med 2013 skulle förbättras med ca 5 mkr.

Maj/Juniprognoserna
- Prognosen försämrades p g a föregående prognos besparingsåtgärder inte gett effekt. Dessutom höjdes prognosen för stafettkostnader delvis p g a stafettläkarstopp.

Utfall december
- Nytt system för privata vårdgivare -1,7 mkr (periodisering 13,5 månader belastade 2014)
- Avgångsvederlag som belastade resultatet hade inte tagits hänsyn till i tidigare prognoser.

Analys av 2014 års prognoser



Februariprognos
- Baserades på att man skulle klara nollresultat precis som 2013.

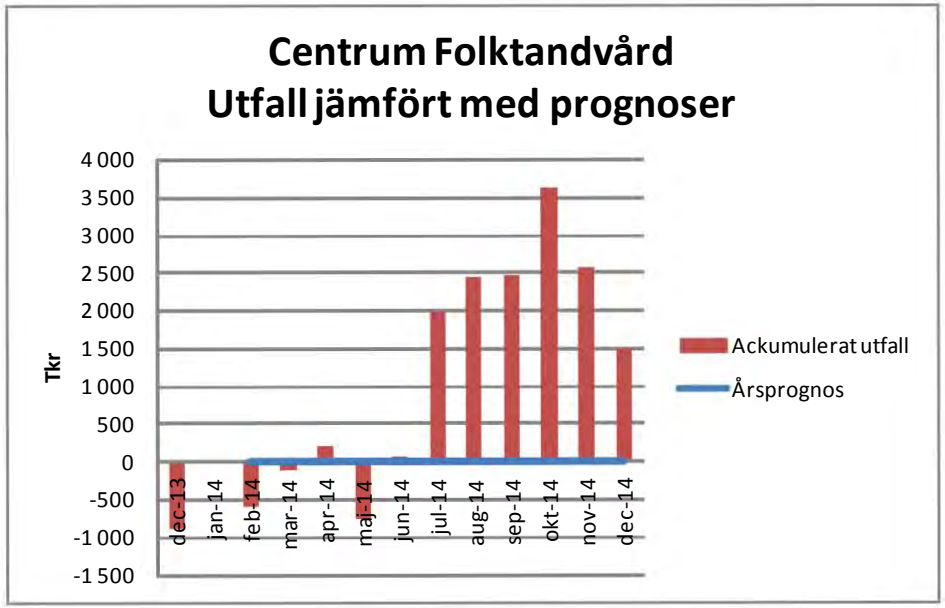
Aprilprognos
- Kostnaderna för inhyrd personal ökar. Till stor del på Barnkliniken. Ökade kostnader för psyk.utredningar.

Majprognos
- Extra personalkostnader på Barnkliniken
- Hyra i tidigare lokaler på Frösö Strand regleras
- Avgångsvederlag som belastade resultatet hade inte tagits hänsyn till i tidigare prognoser.

Juniprognos
- Barnklinikens kostnader för personal och diagnostik ökar.

Septemberprognos
- Kostnader för utomlänsvård (Barnpsyk) ökar samt även kostnader för behandlingshem.
- Fler dömda till rättspsyk. vård än väntat.

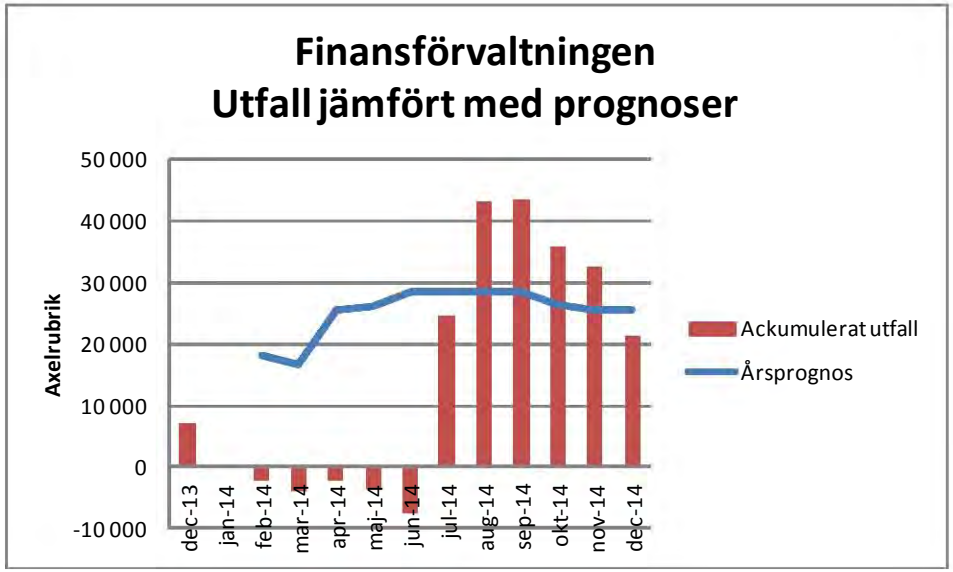
Analys av 2014 års prognoser



Utfall december jmf prognos

- Resultatet blev bättre än prognostiserat p g a att förväntade kostnader för utbyte av skärmar och sensorer för röntgen förskjutits till 2015.

Analys av 2014 års prognoser



Februariprognos
- SKL:s senaste skatteprognos visade en förbättring på 7 mkr

Aprilprognos
- Ytterligare förbättring av SKL:s skatteprognos, + 8 mkr

Utfall december (Utfall + 21, Budget +11)
- SKL:s skatteprognos försämrades jämfört med de positiva prognoser som tidigare gjorts. Årstotalen dock något bättre än budgeterat.
- Finansnetto något bättre än budgeterat

Sammanfattning 2014 års prognoser

- De tidigaste prognoserna baseras till stor del på föregående års utfall
- I de första prognoserna återspeglas ambitionen att förbättra det svaga resultat man haft tidigare år. Detta medförde för optimistiska prognoser
- I takt med att verksamheterna ser en ökad kostnads-utveckling justeras prognoserna nedåt.
- Beslut om t ex ändrad bemanning på vårdavdelningar och i jourlinjer påverkar prognoserna för sent.

Analys av 2014 års utförda tid

Utförd tid 2014 (timmar)	2013	2014	Förändring %	Förändring i timmar	I antal tjänster
Totaler	**5 296 509**	**5 438 135**	**2,7%**	**141 626**	**80**
Centrum för opererande specialiteter	1 351 119	1 412 005	4,5%	60 886	**35**
Centrum för diagnostik teknik och service	642 957	685 590	6,6%	42 633	**24**
Centrum för primärvård	821 375	843 051	2,6%	21 676	**12**
Centrum för medicinska specialiteter	837 907	856 504	2,2%	18 597	**11**
Centrum för barn kvinna och psykiatri	950 763	968 375	1,9%	17 612	**10**
Landstingsrevisionen	7 288	7 469	2,5%	181	**0**
Patientnämnden	4 862	4 752	-2,3%	-110	**0**
Övergripande verksamhet	381	0	-100,0%	-381	**0**
Centrum för folktandvård	303 502	299 928	-1,2%	-3 574	**-2**
Centrum för lednings- och verksamhetsstöd	376 196	360 274	-4,2%	-15 922	**-9**

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Analys av 2014 års utförda tid

Centrum Opererande specialiteter	2013	2014	Förändring %	Förändring i timmar	I antal tjänster
Totaler	**1 351 119**	**1 412 005**	**4,5%**	**60 886**	**35**
Område kirurgi ögon och öron	462439	497472	7,6%	35 033	**20**
Område akutvård	632310	646498	2,2%	14 188	**8**
Område ortopedi	248028	259977	4,8%	11 949	**7**
Staben för opererande specialiteter	8341	8058	-3,4%	-283	**0**

* Utökningen delvis budgeterad för ökad produktion, tillgänglighet samt förstärking på vårdavdelningar
* Ökning utöver budget beror på mycket inskolning, ökad bemanning p g a vårdtyngd samt högt patientinflöde
* Införandet av Cosmic har krävt utökad resurs.

Analys av 2014 års utförda tid

Område Kirurgi, Ögon, Öron	2013	2014	Förändring %	Förändring i timmar	I antal tjänster
Totaler	**462 439**	**497 472**	**7,6%**	**35 033**	**20**
Kirurgi	325770	349443	7,3%	23 673	**13**
Ögon	50356	55454	10,1%	5 098	**3**
Öron	33939	37624	10,9%	3 685	**2**
Syn- och hörselrehabilitering	47084	49310	4,7%	2 226	**1**
Områdesstab kirurgi ögon och öron	5290	5642	6,7%	352	**0**

* Uppbemanning vårdavdelningar Kirurgen p g a arbetsmiljöskäl, ca 4 tjänster
* Utökning läkartid, förstärkning jourlinje, fler i utbildning, tillgänglighetssatsningar, ca 3 tjänster
* Tillgänglighetssatsningar Ögon

Analys av 2014 års utförda tid

Centrum Diagnostik, Teknik och Service	2013	2014	Förändring %	Förändring i timmar	I antal tjänster
Totaler	**642 957**	**685 590**	**6,6%**	**42 633**	**24**
Staben för diagnostik teknik och service	9989	37131	271,7%	27 142	**15**
Röntgenenheten	120841	128246	6,1%	7 405	**4**
Laboratoriemedicin	92281	96405	4,5%	4 124	**2**
Klinisk fysiologi och nuklearmedicin	34285	38122	11,2%	3 837	**2**
Fastighetsenheten	51756	53678	3,7%	1 922	**1**
Hjälpmedels- och materialenheten	84261	85066	1,0%	805	**0**
Städenheten	87102	87788	0,8%	686	**0**
Medicinsk teknik	22051	21220	-3,8%	-831	**0**
Reception och inre service	61850	60623	-2,0%	-1 227	**-1**
Kostenheten	78543	77313	-1,6%	-1 230	**-1**

* Vårdnära tjänster, ca 15 tjänster
* Diagnostiken har ökat bemanning p g a ökad produktion
* Serviceverksamheten i övrigt i stort sett oförändrad

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Analys av 2014 års utförda tid

Primärvården	2013	2014	Förändring %	Förändring i timmar	I antal tjänster
Totaler	**821 375**	**843 051**	**2,6%**	**21 676**	**12**
Primärvården Åre	100590	109356	8,7%	8 766	**5**
Primärvården Krokom	61567	66111	7,4%	4 544	**3**
Primärvården Ragunda	34434	38307	11,2%	3 873	**2**
Primärvården Berg	49871	53502	7,3%	3 631	**2**
Gemensamt primärvård	14399	16566	15,0%	2 167	**1**
Primärvården Härjedalen	77971	79882	2,5%	1 911	**1**
Sjukvårdsrådgivningen	26545	28433	7,1%	1 888	**1**
Närvårdsavdelningen Strömsund	43207	44082	2,0%	875	**0**
Ungdomsmottagningen	14293	13449	-5,9%	-844	**0**
Primärvården Bräcke	45645	44766	-1,9%	-879	**0**
Primärvården Östersund	293494	291419	-0,7%	-2 075	**-1**
Primärvården Strömsund	59359	57178	-3,7%	-2 181	**-1**

* Samtliga primärvårdsområden som har en ökad bemanning har försämrat sitt resultat
* Primärvården i Östersund har minskat egen personal men ökat inhyrda och försämrat resultatet
* Strömsund har minskat egen bemanning något och förbättrat sitt resultat

Analys av 2014 års utförda tid

Centrum Barn Kvinna Psykiatri	2013	2014	Förändring %	Förändring i timmar	I antal tjänster
Totaler	**950 763**	**968 375**	**1,9%**	**17 612**	**10**
Område barn- och ungdomsmedicin	166741	173803	4,2%	7 062	**4**
Område barn och unga vuxna	157235	160605	2,1%	3 370	**2**
Område kvinna	147919	149738	1,2%	1 819	**1**
Område psykiatri	460251	464530	0,9%	4 279	**2**
Staben för barn kvinna och psykiatri område	18617	19698	5,8%	1 081	**1**

* Uppbemanning med i huvudsak undersköterskor för att klara sjuksköterskebrist samt speciellt krävande vårdfall.
* Läkar- och sjuksköterskeetid har minskat jämfört med 2013.

Analys av 2014 års utförda tid

Centrum Medicinska specialiteter	2013	2014	Förändring %	Förändring i timmar	I antal tjänster
Totaler	**837 907**	**856 504**	**2,2%**	**18 597**	**11**
Område hjärta neurologi och rehabilitering	477721	485060	1,5%	7 339	**4**
Område hud infektion och medicin	354591	365711	3,1%	11 120	**6**
Områdesstab medicinska specialiteter	5595	5733	2,5%	138	**0**

* Utökning av bemanning på vårdavdelningar, främst undersköterskor, för att förbättra arbetsmiljön
* Bemanningen på vårdavdelningar har också förstärkt för att klara vårdtunga patienter
* Läkarbemanning i stort oförändrad

Analys av 2014 års utförda tid

Personalkategorier som ökat	2013	2014	Förändring %	Förändring i timmar	I antal tjänster
Totaler för samtliga kategorier	**5 296 509**	**5438203**	**2,7%**	**141 694**	**80**
2070: Undersköterska, skötar etc	904895	958839	6,0%	53 944	**31**
1520: Assistent, läkarsekreterare	440254	457846	4,0%	17 592	**10**
2040: Läkare ej legitimerad AT etc	74362	89846	20,8%	15 484	**9**
2060: Sjuksköterska	1433607	1447134	0,9%	13 527	**8**
6010: Måltidspersonal, kock etc	74684	87396	17,0%	12 712	**7**
2045: Psykolog	75696	85608	13,1%	9 912	**6**
6510: Lokalvård, tvätt, förrådsarb	119150	128903	8,2%	9 753	**6**
1510: Handläggare	261333	270976	3,7%	9 643	**5**
5210: Hantverkare, vaktmäster etc	51683	60378	16,8%	8 695	**5**
3010: Rehab- o förebyggande arbete	268141	275778	2,8%	7 637	**4**
2080: Spec inom hälso o sjukv , BMA	108610	114073	5,0%	5 463	**3**
2520: Tandsköterska, tandhygienist	186088	190339	2,3%	4 251	**2**
3520: Kurator etc	107735	110884	2,9%	3 149	**2**

* Total ökning ca 80 tjänster

* Ovan visas de personalkategorier som ökat

Analys av 2014 års utförda tid

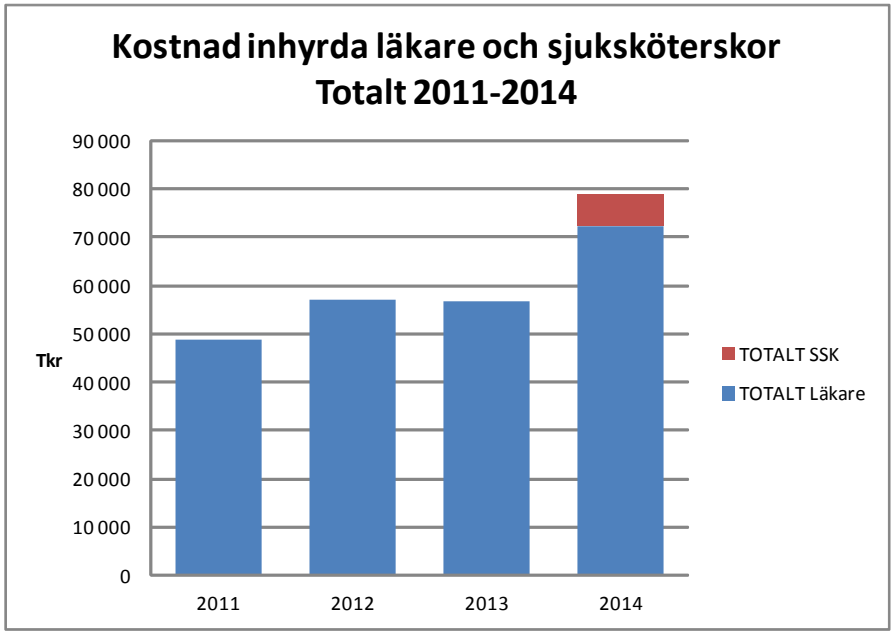
Personalkategorier som har mionskat	2013	2014	Förändring %	Förändring i timmar	I antal tjänster
Totaler för samtliga kategorier	**5 296 509**	**5438203**	**2,7%**	**141 694**	**80**
5020: Ingenjör	35789	34905	-2,5%	-884	**-1**
2030: Läkare legitemerad ST etc	171382	170431	-0,6%	-951	**-1**
5030: Tekniker	58758	56191	-4,4%	-2 567	**-1**
1010: Ledning administration	41504	37942	-8,6%	-3 562	**-2**
2046: Psykoterapeut	15573	9807	-37,0%	-5 766	**-3**
2510: Tandläkare	92684	85461	-7,8%	-7 223	**-4**
2010: Överläkare, distriktsläkare	322801	309175	-4,2%	-13 626	**-8**

* Total ökning ca 80 tjänster
* Ovan visas endast de personalkategorier som minskat i antal

Sammanfattning av 2014 års utförda tid

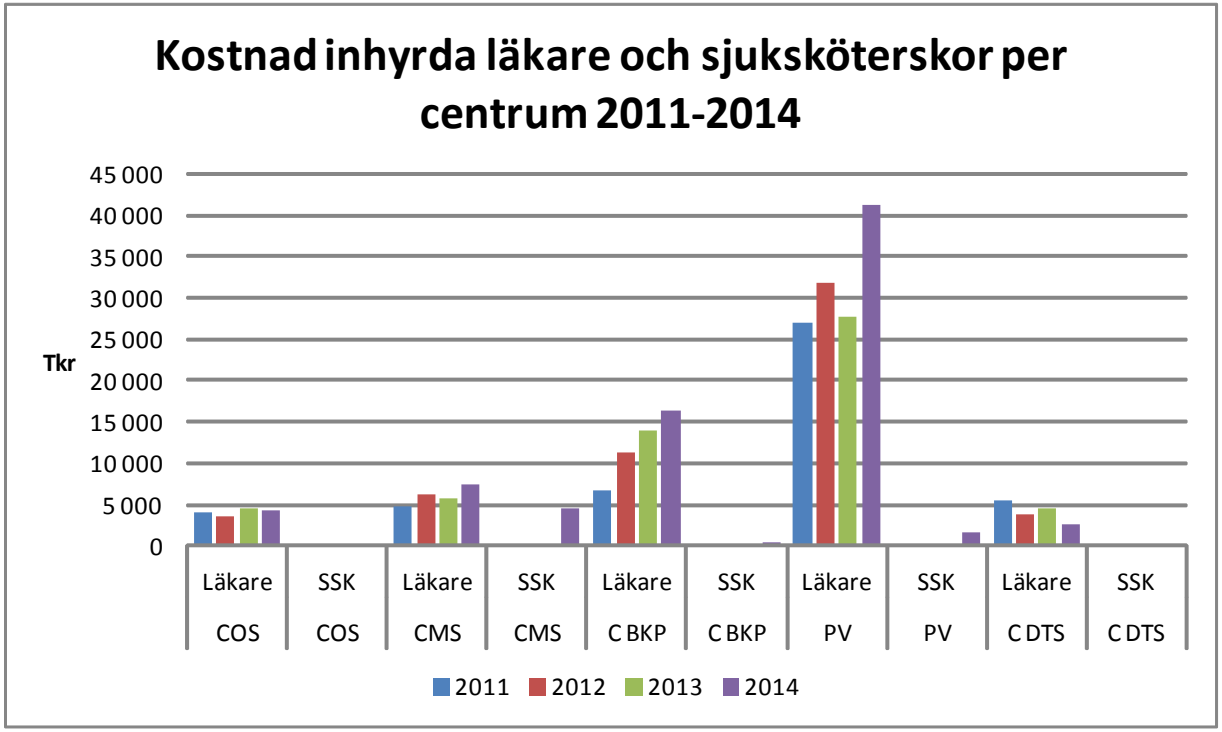
- Kraftig uppbemanning beroende på arbetsmiljöåtgärder. Det gäller främst undersköterskor, personal för vårdnära tjänster men även assistenter och medicinska sekreterare.
- Största ökningen inom Centrum opererande specialiteter, främst Kirurgi.
- Centrumen anger arbetsmiljöåtgärder, ökat antal inskolningar, Cosmicinförande samt tillgänglighetssatsningar som främsta orsaker till ökad bemanning.
- På vissa enheter ses en kraftigt ökad bemanning men många andra enheter ökar med enstaka medarbetare som tillsammans ger en stor ökning.

Analys av kostnad för inhyrda läkare och sjuksköterskor 2011-2014



* Ökning inhyrda 2013-2014 är 22 mkr
* Inhyrda sjuksköterskor 2014 = 6,7 mkr
* Ökning inhyrda läkare Primärvård 2014 jmf 2013 = 14,5 mkr
* Ökningen av inhyrda läkare motsvarar i stort minskningen i egen personal (8 tjänster)

Analys av kostnad för inhyrda läkare och sjuksköterskor 2011-2014



* Primärvården står för den största ökningen vilket delvis på Stafettläkarstoppet
* Centrum Barn Kvinna Psykiatris kostnader för inhyrda läkare ökar stadigt år från år.
år 2014 beror ökningen främst på oplanerad frånvaro hos läkare på Barn- och ungdomspsykiatrin och Psykiatrin.

Sammanfattning av kostnad för inhyrda läkare och sjuksköterskor 2011-2014

- Ökad kostnad för inhyrda läkare avser främst Primärvård samt Centrum Barn/Kvinna/Psykiatri. Till viss del har ökningen orsakats av sviter efter stafettläkarstoppet från 2013 (t ex Brunflo HC)

- Ökningen i timmar av inhyrda läkare motsvarar i stort sett minskningen av egen personal i kategorin överläkare, distriktsläkare **MEN till en betydligt högre kostnad**.

- Centrum Medicinska specialiteter har hyrt in sjuksköterskor för 4,5 mkr 2014. Det gäller slutenvårdsavdelningarna Lung-, Stroke-, Mag/Tarm/Njur samt Hematologi/Endokrinologi.

Analys av förändring av kostnad för utomlänsvård mellan 2014 och 2013 (exkl rättspsykiatri)

CENTR	OMRÅDE	2014	2013	Förändring i Tkr	Förändring i %	
Centrum för opererande spec	Akutvård	67	156	-89	-57%	
	Kirurgi, Ögon, Öron	75 575	69 341	6 234	9%	* Fler dyra vårdfall
	Ortopedi	23 559	20 593	2 966	14%	* Fler trauman samt scoliosoperationer
Summa COS		**99 201**	**90 090**	**9 111**	**10%**	
Centrum för medicinska spec	Hud, Infektion, Medicin	50 197	37 814	12 383	33%	* Hematologi, njur- och lungsjukvård har ökat mest
	Hjärta, Neurologi, Rehab	95 954	88 854	7 100	8%	* Hjärtsjukvård ökar mest
Summa CMS		**146 151**	**126 668**	**19 483**	**15%**	
Centr barn, kvinna, psykiatri	Barn- och ungdomsmedicin	27 708	41 458	-13 750	-33%	* Färre dyra vårdfall inom Barn 2014
	Psykiatri	15 432	12 452	2 980	24%	* Fler personer dömda till vård
	Kvinna	6 585	6 367	218	3%	
	Barn och unga vuxna	3 668	1 441	2 227	155%	* Enstaka dyra vårdfall
Summa B K P		**53 393**	**61 718**	**-8 325**	**-13%**	
TOTALT CENTRUM		**298 745**	**278 476**	**20 269**	**7%**	
Landstingsövergrip verksamhet	Motsedda utgifter	14 161	0	14 161		* Prisjusteringar NUS avseende 2013,2014
	Övergr vårdkostnader	41 150	36 120	5 030	14%	* Ökning av akuta vårdfall
Summa Övergripande verksamheter		**55 311**	**36 120**	**19 191**	**53%**	
SUMMA JLL		**354 056**	**314 596**	**39 460**	**13%**	

* inkl vård hos privata företag/institutioner samt rättspsykiatri

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

.

Fastighetsenheten
Jan-Åke Lindroth
Tfn: 063-14 72 20
E-post: jan-ake.lindroth@regionjh.se

2015-03-11

Dnr RS/159/2015

Region Jämtland Härjedalens ungdomsråd

Svar på skrivelse från Region Jämtland Härjedalens ungdomsråd om parkering vid Östersunds sjukhus (RS/159/2015)

Parkeringssituationen på och runt Östersunds sjukhus är mycket ansträngd och har så varit under lång tid. Patient-, besöks- och personalparkeringarna är ofta helt fulla dagtid måndag-torsdag övriga tider finns alltid platser lediga.

Parkeringsplatserna prioriteras enligt vår parkeringspolicy (LS/740/2007) som anger att våra parkeringsplatser i första hand skall tillgodose behovet för våra patienter och besökare och i andra hand för bilar som används i tjänsten. Finns därutöver platser att tillgå kan dessa erbjudas vår personal.

På senare tid har parkeringsbehovet från våra besökare ökat. Vad det beror på är svårt att veta men en anledning kan vara att våra kallelser till sjukvården inte längre gäller som bussbiljett. Vi har också haft ovanligt mycket utbildningar senaste halvåret av personal inne på sjukhuset i samband med införandet av vårdinformationssystemet Cosmic som förmodligen påverkat både personal- och besöksparkeringsplatser.

En möjlig förbättring för våra besökare och patienter är att upplåta all markparkering till den gruppen. Detta skulle dock minska våra personalparkeringsytor kraftigt och kräva andra lösningar för den gruppen. Att prioritera vilka personalgrupper som ska ha möjlighet att hyra plats inom sjukhusområdet är mycket svårt.

Fastighetsenheten har varit i kontakt med Östersunds kommun, utan resultat, om att avgiftsbelägga Tysta vägen och Arkivvägen för att på så sätt förbättra för våra besökare eftersom det på dessa gator med gratisparkering i huvudsak bara står personal dagtid idag.

Vi har också varit i kontakt med Östersunds kommun om att hyra mark för personalparkering men tyvärr ligger tänkbara ytor långt från sjukhuset. Uppsala som också har stora problem med för lite parkeringsplatser har förbättrat sin parkeringssituation på detta sätt och löst transporten till och från dessa parkeringsytor med turbuss.

För att underlätta för vår personal som behöver använda egen bil varje dag har vi tagit bort möjligheten till dagparkering och överväger att göra detsamma med våra månadsbiljetter.

Tyvärr finns i dagsläget inga ytterligare ytor inom kvarteret att använda för parkering.

Förlossningen och intensivvården har på sina respektive avdelningar särskilda parkeringstillstånd som kan användas vid angelägna ärenden.

REGIONSTYRELSEN

Ann-Marie Johansson
Regionstyrelsens ordförande

Björn Eriksson
Regiondirektör

Jämtlands Läns Landsting

Samordningskansliet
Daniel Nilsson
Tfn: 063-14 75 71 (ankn 27571)
E-post: daniel.l.nilsson@regionjh.se

2015-01-16

RS/159/2015

Regionstyrelsen

Skrivelse från Region Jämtland Härjedalens ungdomsråd om parkering vid Östersunds sjukhus

Region Jämtland Härjedalens ungdomsråd har uppmärksammat att parkeringssituationen vid Östersunds sjukhus är av bristfällig karaktär. Parkeringsplatsen är kraftigt underdimensionerad och besökare som anländer till sjukhuset längre fram under dagen har ofta svårt att få parkering i nära anslutning till sjukhuset. Ofta får besökare åka runt och leta efter en ledig parkering vilket genererar en ökad miljöpåverkan via utsläpp. En besökare kan också missa sin bokade tid om parkeringen tar tid att lösa, något som kan ge produktionsbortfall i vården. Detsamma gäller personalparkeringen där det kan vara svårt att få parkering för personer som arbetar skift och börjar senare på dagen. Slutligen anser rådet att vissa avdelningar borde ha särskilt avsatta parkeringar, exempelvis förlossningen och akutmottagningen.

Ungdomsrådet vill med denna skrivelse uppmärksamma problematiken med parkeringssituationen och hoppas att åtgärder vidtas.

Region Jämtland Härjedalens ungdomsråd

.

Regler för regionstyrelsens uppsiktsplikt och uppföljningsansvar

Version: 1

Beslutsinstans:

Daniel Nilsson
Samordningskansliet

ÄNDRINGSFÖRTECKNING

Version	Datum	Ändring	Beslutat av
1.		Nyutgåva	

Daniel Nilsson
Samordningskansliet

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1 UPPSIKTSPLIKT OCH UPPFÖLJNING ENLIGT KOMMUNALLAGEN..... 4

1.1 Definition 4

1.2 Uppföljning 4

1.3 Jäv 5

2 RUTIN FÖR REDOVISNINGAR ENLIGT REGIONSTYRELSENS UPPSIKTSPLIKT OCH UPPFÖLJNINGSPLAN 5

2.1 Uppföljning enligt regionstyrelsens uppsiktsplikt 5

Daniel Nilsson
Samordningskansliet

1 UPPSIKTSPLIKT OCH UPPFÖLJNING ENLIGT KOMMUNALLAGEN

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

1.1 Definition

Regionstyrelsen ska leda och samordna förvaltningen av regionens angelägenheter.

Regionstyrelsen ska:

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

1.2 Uppföljning

Styrelsen ska med uppmärksamhet följa de frågor som kan inverka på verksamhetsutveckling och ekonomiska ställning.

Styrelsen bör (exempelvis) kontrollera:

- Vilka frågor arbetar nämnderna/bolagen med nu?
- Vilka åtgärder har nämnderna vidtaget avseende dessa frågor?
- Vilka åtgärder avser nämnderna att vidtaga avseende dessa frågor?
- Hur bedriver nämnderna sin internkontroll?
- Hur styr och följer nämnderna upp sin verksamhet?
- Hur säkerställer nämnderna effektiviteten i verksamheten?
- Vilka åtgärder planerar nämnderna vidtaga för att förbättra styrning, uppföljning och effektivitet?

Styrelsen ska ta del av rapporter, protokoll samt regelbundet föra dialog med aktuella parter.

Protokoll från nämnderna och skriftliga rapporter från nämnder och bolag (t.ex. bokslut) ska finnas tillgängliga tillsammans med möteshandlingar inför styrelsens sammanträden.

Utifrån den information som lämnas ska styrelsen ha möjlighet att ge råd och anvisningar till nämnder, gemensamma nämnder , kommunal verksamhet som bedrivs i sådana juridiska

personer som avses i kommunallagen 3 kap. 16a – 18b §§ och sådana kommunalförbund landstinget är medlem i eller, då det behövs, föreslå att fullmäktige fattar beslut i frågan.

1.3 Jäv

När styrelsen utövar sin uppsiktsplikt kan jävsituation uppstå om det finns ett personsamband mellan styrelsen och samverkansorganets styrelse. Generalklausulen för gäv lyder ”om det i övrigt finns någon särskilt omständighet som är ägnad att rubba förtroendet till hans opartiskhet i ärendet”. Vid uppkommen jävsituation ska aktuell ledamot inte delta eller närvara vid handläggning och beslut i uppsiktsärendet. Ledamöter ansvarar för att anmäla uppkommen jävsituation. Jävsreglen ska inte tillämpas vid allmänna överläggningar utan endast i de fall där styrelsen ämnar rikta kritik eller förslag på åtgärd till nämnd.

2 RUTIN FÖR REDOVISNINGAR ENLIGT REGIONSTYRELSENS UPPSIKTSPLIKT OCH UPPFÖLJNINGSPLAN

2.1 Uppföljning enligt regionstyrelsens uppsiktsplikt

Inför redovisningar av punkter/ämnesområden i styrelsens uppföljningsplan som rör uppsiktsplikt ska följande frågor besvaras:

- Beskriv hur organisationens styrs och hur organisationen planerar och följer upp sin verksamhet
- Beskriv vad organisationen arbetar med nu utifrån mål och riktlinjer som regionfullmäktige beslutat om samt lagar och förordningar.
- Beskriv hur organisationen följer upp sina mål och genomförda arbeten.
- Beskriv organisationens ekonomi och hur tilldelade medel används i verksamheten för att nå uppsatta mål.
- Beskriv åtgärder som planeras och behöver vidtas för att förbättra styrning, uppföljnig och effektivitet.

Frågorna tillhörande uppsiktsplikt ska besvaras i en skriftlig rapport till regionstyrelsen med ett tillhörande förslag till beslut. I förslag till beslut ska framgå hur styrelsen ställer sig till den information som lämnas. Inför arbetet upprättas ett ärende med en ansvarig handläggare. Den skriftliga rapporten och beslutsförslaget ska ligga till grund för den föredragning som görs i styrelsen.

.

REGERINGSKANSLIET

Socialdepartementet

Sveriges Kommuner och Landsting

Dnr 14/6942

Kortare väntetider i cancervården

Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2015

Innehåll

1. INLEDNING 3
2. BAKGRUND 4
3. MÅLSÄTTNING 5
4. ETT GEMENSAMT SYSTEM MED STANDARDISERADE VÅRDFÖRLOPP 6
5. ORGANISATION OCH ANSVARSFÖRDELNING 7
6. DEN EKONOMISKA OMFATTNINGEN AV ÖVERENSKOMMELSEN 8
7. GRUNDLÄGGANDE KRAV OCH BERÄKNINGSMODELL 8
7.1 Grundläggande krav 8
7.2 Beräkningsmodell 10
8. STÖD TILL UTVECKLINGEN AV ETT SYSTEM MED STANDARDISERADE VÅRDFÖRLOPP 10
8.1 Framtagande av nya standardiserade vårdförlopp 10
8.2 Regionalt stöd för utveckling 11
8.3 Kommunikation 10
8.4 Regionalt stöd för utbildning inom primärvården 10
9. ÖVRIGA INSATSER PÅ CANCEROMRÅDET 11
9.1 RCC i samverkan 11
9.2 Fortsatt arbete med nationella vårdprogram 11
9.3 Nivåstrukturering 12
9.4 Nationella tarmcancersceeningstudien 12
9.5 Patologin 12
10. EKONOMISKA VILLKOR 12
Ekonomiska villkor för medel till landstingen 12
Ekonomiska villkor för medel till SKL 13
11. KOMMANDE ÖVERENSKOMMELSER 13
12. UPPFÖLJNING 14
13. GODKÄNNANDE AV ÖVERENSKOMMELSEN 14

Bilaga 1 15
Bilaga 2 16

1. Inledning

Sverige har en hälso- och sjukvård av hög kvalitet. Internationella jämförelser fortsätter att visa att svensk sjukvård står sig väl i jämförelse med andra länder, särskilt när det gäller insatser inom den specialiserade vården. Medellivslängden bland Sveriges befolkning ökar och antal döda i bl.a. cancer och hjärt- och kärlsjukdom minskar.

Samtidigt som hälso- och sjukvården i Sverige uppvisar ett gott resultat överlag finns det behov av att fortsätta utveckla verksamheterna. Framtidens utmaningar förutsätter ett ökat fokus på prevention och hälsofrämjande insatser. Vidare visar mätningar och uppföljning av vårdresultat att det finns obefogade skillnader i både hälsa och vård mellan olika grupper.

Det behöver skapas mer sammanhållna vårdprocesser som utgår från patientens behov. Vårdinsatser behöver samordnas i större utsträckning mellan olika delar av vården och patienternas delaktighet behöver förbättras. Professionerna har en nyckelroll i att utveckla hälso- och sjukvården i denna riktning.

Överenskommelserna mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) under 2015 syftar till att bidra till utvecklingen av en vård som utgår från patientens behov samt är tillgänglig, säker och av god kvalitet. Hälso- och sjukvården ska vara jämlik och ges på lika villkor oavsett bl.a. kön, socioekonomisk bakgrund eller födelseland.

Överenskommelserna mellan staten och SKL utgår också från ett tydligt jämställdhetsperspektiv. Det innebär att verksamheterna inom ramen för överenskommelserna särskilt ska bedrivas utifrån perspektivet att män och kvinnor samt pojkar och flickor ska ha lika förutsättningar och makt att forma samhället och sina egna liv. Statistik som ingår i överenskommelserna ska redovisas och analyseras uppdelat på kön där så är möjligt.

En god hälso- och sjukvård förutsätter även ett kontinuerligt arbete med implementering av bästa tillgängliga kunskap. Värdet av forskning och innovation ska beaktas inom de verksamheter som ingår i överenskommelserna, vilket bl.a. innebär en öppenhet för nytänkande och för att prova nya arbetsformer i syfte att utveckla vården på bästa sätt.

En viktig utgångspunkt för överenskommelserna är att de är frivilliga åtaganden för båda parter. Ambitionen är att överenskommelserna samordnas i de delar detta är möjligt i syfte att skapa så goda förutsättningar som möjligt för mottagarna att genomföra sin verksamhet.

Regeringen avser att avsätta 500 000 000 kronor per år 2015-2018 för att skapa en mer jämlik och tillgänglig cancervård med fokus på att korta väntetiderna och minska de regionala skillnaderna, under förusättning att riksdagen ställer erforderliga medel till regeringens förfogande. I den här överenskommelsen har därför regeringen och SKL enats om att genomföra vissa insatser på cancerområdet.

Överenskommelsen omfattar all vård som är offentligt finansierad, oavsett vem som utför vården. Det betyder att såväl landsting som olika former av juridiska personer eller privata näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvård och som finansieras av landstingen kan komma att omfattas.

2. Bakgrund

I betänkandet En nationell cancerstrategi för framtiden (SOU 2009:11) lämnades förslag till en strategi för svensk cancervård med inriktning på bland annat förebyggande arbete, tidig upptäckt, diagnostik, behandling, palliativ vård, kunskapsbildning och kunskapsspridning.

Sedan 2009 har staten avsatt medel för genomförandet av den nationella cancerstrategin. En central del av strategin har varit att skapa regionala cancercentrum (RCC). Syftet med RCC är att få mer fokus på prevention, nå en ökad vårdkvalitet, förbättrade vårdresultat, korta väntetiderna samt att få ett mer effektivt utnyttjande av hälso- och sjukvårdens resurser. Genom regional och nationell samverkan ska RCC bidra till en mer patientfokuserad, jämlik, säker och effektiv cancervård. Flera insatser inom ramen för den nationella cancerstrategin har under de senaste åren syftat till att få en mer jämlik vård både inom och mellan landsting. Det har skett bland annat genom:

- framtagande av nationella vårdprogram. Hittills finns ett tjugotal nationella vårdprogram fastställda av regionala cancercentrums samverkansgrupp (RCC i samverkan) och ytterligare ett tiotal är under framtagande eller remissbehandling,
- insatser för att stärka patientinflytande bl.a. genom en patientföreträdarutbildning, införande av kontaktsjuksköterskor och individuella vårdplaner,
- en överenskommelse mellan staten och SKL med innebörd att landstingen ska påbörja arbetet med en nivåstrukturering på nationell nivå för sällsynta och särskilt svårbemästrade cancersjukdomar. Under 2014 har det beslutats att kirurgi med botande syfte vid peniscancer ska bedrivas vid två vårdenheter i Sverige. Ytterligare en vård-

åtgärd finns färdig för remissbehandling och sex sakkunniggrupper har påbörjat sitt arbete,
- framtagandet av en nationell tarmcancerscreeningstudie,
- genomförandet av ett pilotprojekt för en nationell cancerguide på 1177.se riktad till cancerpatienter och deras anhöriga, samt
- stöd till arbetet inom patologin.

Genom dessa och andra insatser har cancervården vidareutvecklats och stärkts under de senaste åren vilket visas bl.a. i Öppna Jämförelser cancer 2014. Uppföljningar av cancervårdens tillgänglighet visar dock på att väntetiderna är långa och att de regionala skillnaderna är stora. För flera cancerformer får patienten i vissa delar av landet vänta tre gånger så länge från remiss till behandling som i andra delar av landet. Inget landsting har dock genomgående långa väntetider och det är inte samma landsting som ligger i toppen respektive botten. Skillnaderna mellan landstingen indikerar att det finns potential att förbättra tillgängligheten generellt genom bl.a. utvecklade arbetssätt.

3. Målsättning

Målet med regeringens cancersatsning och denna överenskommelse är att förbättra tillgängligheten inom cancervården genom att korta väntetiderna och minska de regionala skillnaderna. På så sätt skapas en mer jämlik cancervård med ökad kvalitet. Det handlar i första hand om att förkorta vårdförloppet mellan att misstanke om cancer föreligger till behandlingsstart. Den viktigaste åtgärden för att åstadkomma detta är att införa ett gemensamt nationellt system med standardiserade vårdförlopp (se avsnitt 4). Införandet av vårdförloppen ska i sin tur leda till en mer sammanhållen vårdprocess kring patienten. Inom ramen för satsningen kommer även frågan om behovet av särskilda målnivåer för de standardiserade vårdförloppen att beaktas.

Förutom en förbättrad tillgänglighet ska införandet av vårdförloppen även skapa ökad nöjdhet hos patienterna genom bl.a. bättre information, mer delaktighet och kortare väntetider.

Arbetet med cancersatsningen ska bygga på det utvecklingsarbete som är gjort inom ramen för den nationella cancerstrategin och de upprättade RCC. Genom satsningen ska också RCC och landstingens linjeorganisation knytas närmare samman för ännu bättre resultat i cancervården.

Målet för 2015 är att de insatser som ingår i denna överenskommelse ska bli en integrerad del av landstingens ordinarie verksamhet och att resultaten av arbetet ska bli tydliga, för både landstingen och för invånare

RA

och patienter genom att de beskrivna standardiserade vårdförloppen inom pilotområdena är implementerade (se avsnitt 7.1).
Cancersatsningen ska utformas så att erfarenheter, slutsatser och resultat så långt möjligt kan komma till nytta även på andra områden inom hälso- och sjukvården.

4. Ett gemensamt system med standardiserade vårdförlopp

Arbetet med att förbättra tillgängligheten inom cancervården kommer att utgå från ett gemensamt nationellt definierat system med standardiserade vårdförlopp. Dessa vårdförlopp beskriver vilka utredningar och första behandlingar som ska göras inom respektive cancerdiagnos, samt vilka maximala tidsgränser som gäller för de olika åtgärderna. Tidsgränserna utgår enbart från värdeskapande tid och kommer att variera mellan diagnoser och olika behandlingar. Det standardiserade vårdförloppet börjar med beslut om remiss på grund av välgrundad misstanke om viss cancerdiagnos och följs sedan av utredning och behandling i detta första skede. Vårdförloppet kan senare komma att utökas med fortsatta behandlingar och uppföljningar. Förebilden kommer från Danmark som arbetat med standardiserade vårdförlopp (s.k. pakkeforløb) sedan 2007. Utifrån det standardiserade vårdförloppet ska sedan en individuell vårdplan planeras för varje enskild patient som får en cancerdiagnos. Hänsyn ska tas till patientens önskemål och individuella situation.

Ett standardiserat vårdförlopp har ett multidisciplinärt upplägg och involverar både primärvården och den specialiserade vården som var för sig eller tillsammans ansvarar för delar av vårdkontinuiteten.

Syftet med standardiserade vårdförlopp är att cancerpatienter ska uppleva en välorganiserad, helhetsorienterad professionell process utan onödig väntetid i samband med utredning och behandling. På så sätt ska patienternas livskvalitet och nöjdhet med vården förbättras och vården ska bli mer jämlik.

Beskrivningarna av standardiserade vårdförlopp för de enskilda cancerformerna har en bred målgrupp som bland annat innefattar vårdpersonal, tjänstemän, politiska beslutsfattare och patientföreträdare.

I september 2014 fick SKL och RCC i samverkan ekonomiska medel för att arbeta fram minst fyra pilotunderlag inom cancerområdet under hösten 2014 samt utarbeta rutiner och instruktioner för hur standardiserade vårdförlopp för fler diagnoser fortsatt ska tas fram under 2015. Arbetet har bl.a. resulterat i en manual för att utforma standardiserade vårdförlopp och framtagande av standardiserade vårdförlopp för fem pilotdiagnoser. Framtagandet av de standardiserade vårdförloppen sker

med utgångspunkt från de nationella vårdprogramgrupperna. Utöver redan befintliga professioner i vårdprogramsgrupperna kommer även följande representanter att delta i arbetet med varje enskilt vårdförlopp: primärvårdsföreträdare, representanter för patologi och bild- och funktionsmedicin, en sjuksköterska samt en patientrepresentant. Samverkan ska dessutom ske med aktuella kvalitetsregister så att det säkerställs att de ledtider som specificeras kan följas upp i registren.

När de standardiserade vårdförloppen ska införas i vården utgår man från det framtagna underlaget. Landsting ansvarar för att de standardiserade vårdförloppen införs. Nyckelområden för arbetet är införandet av "välgrundad misstanke" efter en nationell definition, införande av koordinatorfunktion och införandet av obokade tider hos utredande enheter.

5. Organisation och ansvarsfördelning

Arbetet med de strategiska frågorna leds av Regeringskansliet (Socialdepartementet) och beslutas genom uppdrag till myndigheter och årliga överenskommelser med SKL. Till stöd har Regeringskansliet (Socialdepartementet) inrättat en nationell expertgrupp bestående av representanter med olika expertkunskaper inom cancerområdet, bl.a. från RCC, professionerna och patientorganisationerna. Expertgruppen är rådgivande i strategiska frågor som rör satsningens utformning, genomförande och uppföljning.

För de operativa frågor som behöver beslutas under pågående verksamhetsår avser SKL att inrätta en grupp med representanter från SKL, landstingen och RCC. Det gäller t.ex. fastställande av framtagna standardiserade vårdförlopp. Syftet med gruppens arbete är att underlätta så att införandet av standardiserade vårdförlopp i landstingen kan bedrivas effektivt och med god fart. Nödvändig förankring av gruppens beslut ska ske med relevanta aktörer, t.ex. den nationella expertgruppen.

RCC i samverkan ansvarar för att uppdra åt de nationella vårdprogram-grupperna att ta fram förslag på de standardiserade vårdförlopp som bör gälla för respektive cancerdiagnos och även lämpliga tidsgränser för dessa. Underlagen tas fram i enlighet med en manual som RCC i samverkan har beslutat om. En samordnare utsedd av RCC i samverkan ansvarar för att leda de nationella vårdprogramgruppernas arbete med framtagande av förslag på standardiserade vårdförlopp. Samordnaren rapporterar kontinuerligt till RCC i samverkan och den nationella expertgruppen. Erfarenheter tas på så sätt tillvara för fortsatt arbete.

Regeringskansliet (Socialdepartementet) kommer upprätta en referensgrupp för kommunikationsarbetet inom ramen för cancersatsningen. Referensgruppens uppgift är att vara rådgivande och föreslå inriktningen för eventuella kommunikationsinsatser (se bl.a. avsnitt 8.3). I referensgruppen kommer det ingå representanter från bl.a. SKL, RCC, landstingen, privata vårdgivare och företrädare för patientorganisationerna.

6. Den ekonomiska omfattningen av överenskommelsen

Överenskommelsen för 2015 omfattar totalt 444 500 000 kronor avsett för olika insatser som syftar till att korta väntetiderna i cancervården och göra den mer jämlik.

Av de totala medlen är 413 000 000 kronor avsett för stimulansmedel till landstingen. Parterna är överens om att för att landstingen ska kunna ha möjlighet att få ta del av dessa stimulansmedel måste de uppfylla vissa grundläggande krav (se avsnitt 7). Utbetalning av dessa medel sker i slutet av mars och i slutet av november 2015, se vidare avsnitt 10.

Överenskommelsen omfattar också 9 000 000 kronor till SKL för nationellt och regionalt stöd genom RCC i samverkan. Det innefattar framtagande av standardiserade vårdförlopp och nationell samordning av insatser som krävs för genomförande av satsningen så som utbildning för primärvården och kommunikationsinsatser. Överenskommelsen omfattar också 12 000 000 kronor för regionalt stöd till RCC:s stödjande, stimulerande och sammanhållande arbete (se avsnitt 8).

Utöver medlen som är kopplade till väntetidssatsningen omfattar dessutom överenskommelsen 10 500 000 kronor för övrigt arbete inom cancerområdet bl.a. utveckling av nationella vårdprogram och fortsatt nivåstrukturering av cancervården (se avsnitt 9).

7. Grundläggande krav och beräkningsmodell

De grundkrav som ingår i överenskommelsen för 2015 är alla viktiga byggstenar för att uppnå en mer tillgänglig och jämlik cancervård.

7.1 Grundläggande krav

Beslut om införande och handlingsplan

Till de landsting som har beslutat att införa standardiserade vårdförlopp fördelas 207 000 000 kronor (se avsnitt 4). Av beslutet ska landstingsledningarnas ansvar för införande av standardiserade vårdförlopp framgå. En förutsättning för att få ta del av medlen är att landstingen tillsammans med RCC tar fram och lämnar in en handlingsplan för hur de avser att införa ett system med standardiserade vårdförlopp.

Om landstinget inte har hunnit besluta enligt ovan ska det i handlingsplanen framgå när beslut ska tas. Respektive landsting är ansvarigt för att den egna handlingsplanen tas fram. RCC:s uppgift är att ge stöd till landstingen i deras arbete med att fram handlingsplanen samt att hålla samman arbetet regionalt. I arbetet med handlingsplanen ska patientföreträdare involveras. Handlingsplanen ska innehålla svar på följande frågor:

- Hur tänker landstinget informera och föra dialog om de standardiserade vårdförloppen inom verksamheterna i syfte att skapa förankring och ett effektivt införande av förloppen?
- Hur avser landstinget involvera patientrepresentanter och representanter från de privata vårdgivarna i arbetet med de standardiserade vårdförloppen?
- Hur avser landstinget att stödja verksamheternas utvecklingsarbete med införandet av välgrundad misstanke i primärvården och den specialiserade vården, införande av koordinatorfunktion och obokade tider? Det gäller både offentliga och privata vårdgivare.
- Hur avser landstinget implementera de fem pilotdiagnosernas standardiserade vårdförlopp under 2015?
- Hur tänker landstinget tillse att det vårdadministrativa systemet går att använda för uppföljning av den ledtid som ska följas nationellt?
- Hur avser landstinget definiera ansvar och aktiviteter för att utveckla och införa stödprocesser för att följa och följa upp standardiserade vårdförlopp i landstingens IT-stöd?
- Hur avser landstinget planera för införande av fler standardiserade vårdförlopp 2016?

Handlingsplanen ska även innehålla en beskrivning av eventuella utmaningar för införandet av de standardiserade vårdförloppen och hur landstinget avser åtgärda dessa.

Respektive RCC ska samlat skicka in landstingens handlingsplaner till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 15 mars 2015.

Redovisning av arbetet enligt inlämnad handlingsplan

Till de landsting som lämnar in en redovisning för hur de har arbetat enligt inlämnad handlingsplan under 2015 fördelas 206 000 000 kronor. I redovisningen ska det framgå att pilotdiagnosernas standardiserade vårdförlopp har införts. Vidare ska framgå hur landstingen har arbetat med standardiserade vårdförlopp som går över landstingsgränser. Respektive RCC samordnar arbetet med redovisningarna vilka ska lämnas till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 1 november 2015.

7.2 Beräkningsmodell

Fördelningen av stimulansmedlen mellan landstingen sker i relation till deras befolkningsandel, baserad på befolkningsunderlaget den 31 december 2014. Under 2015 kommer ett arbete mellan parterna att inledas för att eventuellt utveckla beräkningsmodellen för fördelning av medel 2016. Erfarenheter kring införandet av pilotdiagnosernas standardiserade vårdförlopp som sträcker sig över landstingsgränserna kan komma att påverka hur medlen fördelas.

8. Stöd till utvecklingen av ett system med standardiserade vårdförlopp

För insatserna under avsnitt 8.1–8.3 tilldelas SKL genom RCC i samverkan 9 000 000 kronor. Medlen ska användas för nationellt och regionalt stöd till landstingen i arbetet med att utveckla ett system med standardiserade vårdförlopp. De insatser som RCC i samverkan ansvarar för i avsnitt 8.2 och 8.3 är vårdrelaterade. Insatserna är av sådan karaktär att de inte är lämpliga för annan anordnare att utföra.

SKL ska dessutom utbetala 12 000 000 kronor till RCC:s stödjande, stimulerande och sammanhållande arbete, se avsnitt 8.4.

8.1 Framtagande av nya standardiserade vårdförlopp

Som nämns i avsnitt 4 ansvarar RCC i samverkan för att uppdra åt de nationella vårdprogramgrupperna att ta fram förslag på de standardiserade vårdförloppen. Under 2015 ska det tas fram minst tio standardiserade vårdförlopp. RCC i samverkan ska besluta senast den 31 januari 2015 om på vilka områden dessa vårdförlopp ska tas fram efter samråd med den nationella expertgruppen.

8.2 Kommunikation

RCC i samverkan ska stödja RCC:s och landstingens arbete med att kommunicera dels målen med satsningen, dels de förändringar som de standardiserade vårdförloppen innebär. RCC ska delta i arbetet med att ta fram underlag för dialog om satsningen inom verksamheterna. Medlen ska bl.a. användas till en samordnande kommunikatör.

8.3 Stöd för insatser inom primärvården

Under 2015 ska RCC i samverkan genomföra särskilda nationella och regionala insatser riktade till primärvården, t.ex. utbildning i utredning av misstänkt cancer. Insatserna ska vara riktade till både offentliga och privata vårdgivare.

8.4 Regionalt stöd för utveckling

De sex RCC ska vara stödjande, stimulerande och samordnande i arbetet med att införa ett gemensamt system med standardiserade vårdförlopp. I arbetet ingår bl.a. att bistå och stimulera landstingen i deras respektive utvecklingsarbete. RCC ansvarar för att lämna in landstingens handlingsplaner och redovisningar till Regeringskansliet (Socialdepartementet). Respektive RCC ansvarar dessutom för att säkerställa att lärandetillfälle kommer till stånd i varje region. På detta sätt får landstingen och olika vårdgivare möjlighet att lära av varandra.

9. Övriga insatser på cancerområdet

Utöver insatserna i överenskommelsen kommer Socialstyrelsen utbetala 48 000 000 kronor till de sex RCC, i enlighet med regeringsbeslut X från den 18 december 2014. Socialstyrelsen tilldelas dessutom 2 500 000 kronor för arbetet med att fördela medel till RCC och uppföljning av RCC.

Under 2015 ska insatser genomföras inom de områden som anges nedan. Huvuddelen av insatserna innebär en fortsättning på det arbete som har påbörjats under de senaste åren inom ramen för den nationella cancerstrategin. SKL svarar för ett nationellt stöd och samordnar RCC:s och landstingens insatser på nedanstående områden. För insatserna under avsnitt 9.1–9.5 tilldelas SKL 10 500 000 kronor.

9.1 RCC i samverkan

SKL ska fortsätta att vara en sammanhållande part för gruppen RCC i samverkan. Det gemensamma arbetet inom ramen för RCC i samverkan kommer ha en central roll i det framtida arbetet med väntetidssatsningen 2015-2018.

SKL kommer att främja att nationellt angelägna områden för jämlik vård kommer upp för diskussion och att formerna för samverkan ytterligare utvecklas. SKL kommer också verka för att värdefulla erfarenheter från tidigare arbeten inom ramen för den nationella cancerstrategin implementeras inom RCC.

9.2 Fortsatt arbete med nationella vårdprogram

RCC har som en av sina viktigaste uppgifter att arbeta med kunskapsstöd inom cancervården. RCC i samverkan leder det gemensamma arbetet med framtagandet av nationella vårdprogram genom professionella arbetsgrupper. För närvarande finns ett tjugotal nationella vårdprogram och ett tiotal är under framtagande eller remissbehandling. Under 2015 ska SKL genom RCC i samverkan fortsätta arbetet med

ytterligare nya nationella vårdprogram och årliga uppdateringar av befintliga program. Arbetet med primärvårdsversioner ska fortsätta och inarbetningen av standardiserade vårdförlopp i de nationella vårdprogrammen ska påbörjas.

9.3 Nivåstrukturering

Under 2014 har SKL genom RCC i samverkan lett arbetet med nationell nivåstrukturering inom cancervården. SKL ska under 2015, i enlighet med föreslagen arbetsprocess, fortsätta arbetet med nationell nivåstrukturering så att beslut, i enlighet med föreslagen beslutsordning, kan tas om en nationell koncentration av flera vårdåtgärder.

9.4 Nationella tarmcancersceeningstudien

Under de senaste åren har en nationell tarmcancerscreeningstudie påbörjats med målet att förebygga och identifiera samt åtgärda tidig tarmcancer. Två landsting har infört rutinmässig tarmcancerscreening medan 18 deltar i studien med 32 sjukhus inblandade. Efter att studien startats har det identifierats ett behov av fördjupad utbildning i endoskopi för redan tränade koloskopister enligt engelsk förebild. Målet är att de som först erhåller utbildning därefter ska utbilda övriga. SKL ska genom RCC i samverkan under 2015 planera och genomföra en sådan utbildning för endoskopister. Målet är att ytterligare öka endoskopins kvalitet och göra vården mer jämlik.

9.5 Kvalitetsarbete inom patologin

SKL har genom RCC i samverkan under 2014 genomfört ett arbete kring kvalitetsutveckling inom patologin. Målet är att systematiskt kvalitetsarbete ska finnas. SKL ska genom RCC i samverkan under 2015 tillse att nationella kvalitetsdokument inom patologi tas fram inom ramen för det nationella vårdprogramarbetet.

10. Ekonomiska villkor

Ekonomiska villkor för medel till landstingen

Beslut om utbetalning av medel till landstingen kommer att fattas genom särskilda regeringsbeslut ställda till Kammarkollegiet även innehållande ekonomiska villkor (se även avsnitt 7). Kostnaderna ska belasta anslag 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård, anslagsposten 16 Åtgärder för en bättre cancervård, inom utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg.

Medel inom ramen för denna överenskommelse som innehas efter uppnådda kriterier i avsnitt 7 får användas såväl under 2015 som 2016.

Verksamhetsrapport och ekonomiska villkor för medel till SKL

Beslut om utbetalning av medel till SKL sker i ett ändringsbeslut av regleringsbrevet för budgetåret 2015 avseende anslag 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård, anslagsposten 16 Åtgärder för en bättre cancervård, inom utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg. Medlen utbetalas engångsvis efter rekvisition (formulär *Rekvisition av bidrag*) ställd till Kammarkollegiet. Rekvireringen av medel ska ske senast den 1 december 2015. Rätten till bidrag förfaller om rekvisition inte inkommit inom denna tid.

En prognos över bidragsförbrukning för 2015 samt en delredovisning avseende verksamheten ska lämnas till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 1 juni 2015. SKL ska lämna en slutlig verksamhetsrapport till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 28 februari 2016. I verksamhetsrapporten ska SKL redogöra för den verksamhet som bedrivits under 2015 med stöd av bidraget.

Medel som inte har utnyttjats ska återbetalas till Kammarkollegiet senast den 31 mars 2016. En ekonomisk redovisning för kalenderåret som visar hur medlen använts (formulär *Ekonomisk redovisning*) ska lämnas till Kammarkollegiet senast den 31 mars 2016. Ekonomichefen (eller motsvarande) ska granska och intyga uppgifterna i den ekonomiska redovisningen. Underskrift i original samt information om eventuella avvikelser och åtgärdsförslag ska finnas med i redovisningen. Om redovisning inte inkommer i tid kan regeringen återkräva stödet.

Regeringskansliets diarienummer för överenskommelsen och för regeringsbeslut om utbetalning ska framgå av samtliga handlingar. Rekvisitionen, den ekonomiska redovisningen och verksamhetsrapporterna ska vara undertecknade i original av en behörig företrädare för SKL.

Regeringskansliet (Socialdepartementet) och Kammarkollegiet har rätt att begära in kopior av räkenskaper och övrigt underlag som rör bidragets användning.

11. Kommande överenskommelser

Parterna är eniga om att tillgängligheten inom cancervården behöver förbättras. En förutsättning för att få ta del av medlen för 2016 kommer vara att de fem pilotdiagnoserna har implementerats under 2015. Ett av delmålen med 2016 års överenskommelse kommer sedan att vara att de tio standardiserade vårdförlopp som tas fram under 2015 ska implementeras under 2016.

Målnivåer för standardiserade vårdförlopp kan även komma att ingå i kommande överenskommelser.

12. Uppföljning

Regeringen kommer att ge berörd myndighet i uppdrag att följa satsningen. Uppdraget beslutas i ett särskilt regeringsbeslut.

13. Godkännande av överenskommelsen

Överenskommelsen blir giltig under förutsättning att den godkänns av regeringen och SKL:s styrelse.

För staten genom Socialdepartementet	För Sveriges Kommuner och Landsting
Stockholm den 21 januari 2015	Stockholm den 19 januari 2015
Agneta Karlsson Statssekreterare	Håkan Sörman Verkställande direktör

Bilaga 1 Fördelning av medlen inom ramen för överenskommelsen.

	mnkr	sida
Medel till landstingen		
Beslut om införande och handlingsplan	207	8
Redovisning av arbetet enligt inlämnad handlingsplan	206	9
Totalt till landstingen	413	
Medel till SKL (inkl. RCC och RCC i samverkan)		
Stöd till utvecklingen av ett system med standardiserade vårdförlopp	21	10
Övriga insatser på cancerområdet	10,5	11
Totalt till SKL	31,5	
Totalt för överenskommelsen	444,5	

Bilaga 2 Information som ska ingå i rekvisition och ekonomisk redovisning av icke-prestationsbaserade medel inom ramen för denna överenskommelse

Rekvisition	Ekonomisk redovisning
1. Kontaktuppgifter • Bidragsmottagare • Organisationsnummer • Kontaktperson • Postadress • Telefon inkl. riktnummer • Faxnummer • E-postadress	1. Kontaktuppgifter • Bidragsmottagare • Organisationsnummer • Kontaktperson • Postadress • Telefon inkl. riktnummer • Faxnummer • E-postadress
2. Bidrag som ansökan avser • Regeringskansliets diarienummer för bakomliggande överenskommelse Regeringskansliets diarienummer för regeringsbeslut avseende utbetalning • Överenskommelsens benämning • Belopp som rekvireras • Rekvisitionen avser perioden	2. Bidrag som ansökan avser • Regeringskansliets diarienummer för bakomliggande överenskommelse Regeringskansliets diarienummer avseende regeringsbeslut för utbetalning • Överenskommelsens benämning • Summa bidrag enligt överenskommelsen • Summa bidrag som utbetalats från regeringen/Regeringskansliet • Period som den ekonomiska redovisningen avser
3. Uppgifter för utbetalning • Bankgiro/Plusgiro • Önskad betalningsreferens	3. Redovisning av verksamhet eller aktivitet • Bidrag som erhållits av regeringen/Regeringskansliet • Kostnader • Kostnader (specificera större kostnadsposter) • Summa kostnader • Medel som inte har förbrukats (Bidrag – kostnader)
4. Underskrift i original av behörig företrädare • Bidragstagaren intygar att lämnade uppgifter är riktiga samt försäkrar att bidraget kommer att användas enligt den gemensamma överenskommelsen. • Datum • Underskrift • Namnförtydligande	4. Ekonomichefens (eller motsvarande) granskning av den ekonomiska redovisningen • Alt 1: N.N. (ekonomichefen eller motsvarande) intygar att den ekonomiska redovisningen under punkt 3 är korrekt. • Alt 2: N.N. (ekonomichefen eller motsvarande) bedömer inte att den ekonomiska redovisningen under punkt 3 är korrekt. (Avvikelserna och eventuella åtgärder ska också redovisas.) • Namn • Befattning • Telefon inkl. riktnummer • E-postadress
	5. Underskrift i original av behörig företrädare • Bidragstagaren intygar att lämnade uppgifter är riktiga. • Datum • Underskrift • Namnförtydligande

Årsredovisning 2014

Jämtlands Läns Landsting

Framsidefoto: taphotography

Innehåll

Innehåll ... 3
Kvalitet i fokus under landstingets sista år ... 4
Viktiga händelser 2014 ... 6
Organisation ... 9
Länets befolkning och geografi ... 10
Måluppfyllnad ... 12
God hälsa och positiv livsmiljö ... 18
Bättre kvalitet i vården ... 21
Patientsäkerhet ... 24
Vård i rimlig tid ... 26
Läkemedel ... 28
Riks och regionsjukvård ... 29
Vårdval och privata vårdgivare ... 31
Tandvård ... 33
FoUU - Forskning, utveckling och utbildning ... 34
Lean arbetet under året ... 35
Miljöarbetet ... 37
Inför regionbildningen 2015 ... 39
Korta kommentarer från verksamheten ... 40
Medarbetare ... 43
Ekonomiskt resultat ... 48
Finansiella mål ... 61
Landstingets engagemang i bolag och stiftelser ... 63
Räkenskaper ... 73
Driftredovisning ... 77
Noter till räkenskaperna ... 78
Allmänna redovisningsprinciper ... 86
Produktionsvolymer inom hälso- och sjukvården ... 89
Uppföljning av arbetet med landstingsplanens övergripande mål och framgångsfaktorer ... 92
Transparensbokslut Folktandvården ... 101
Begreppsförklaringar och ordlista ... 103

Kvalitet i fokus under landstingets sista år

Jämtlands läns landsting har tagit ett rejält kliv framåt när det gäller medicinsk kvalitet. Mycket arbete har lagts ner på att förbättra resultat och att det arbetet burit frukt visade sig särskilt tydligt i rapporten Öppna jämförelser. Där kunde man se att vårt landsting 2014 klättrade från ett bottenläge upp till sjunde plats, strax bakom stora och framgångsrika landsting.

En god medicinsk kvalitet med sikte på största möjliga patientnytta är det centrala i landstingets verksamhet. Genom ett målmedvetet arbete med lean-filosofin som grund har många verksamheters medicinska resultat förflyttat sig både uppåt och framåt. Daglig styrning med små stegvisa förbättringar ger uppenbarligen resultat, liksom att målsätta och mäta aktiviteter som engagerar varje enskild enhet och medarbetare. Mycket bra kan nämnas, detta är ett axplock:

- Gäddede hälsocentral blev bäst i landet när det gäller information i väntrummet.
- Vårdnära service infördes vilket medför att vårdpersonal får mer tid för patientarbete.
- En satsning på glesbygdsmedicin har inletts med konkreta samarbeten i östra Jämtland för att inrätta virtuella hälsorum
- Arbetsmiljöenkäten fick ett bra resultat, frågorna tar numera fasta på vilka friskfaktorer som finns i verksamheten.
- Som första landsting anslöt sig Jämtlands läns landsting till Tobacco Endgame, ett projekt som jobbar för att Sverige ska vara rökfritt år 2025.

2014 präglas även av förberedelser för att byta journalsystem. En utveckling av landstingets journalsystem sedan flera år tillbaka var inte längre möjlig utan ett nytt modernt system nödvändigt. Mängder av vårdpersonal har utbildats i det nya systemet Cosmic samtidigt som arbetsuppgifterna i vårdens vardag fortlöpt som vanligt.

Cosmic är en av många förbättringar i verksamheten. Det finns naturligtvis behov av fler. Tillgängligheten till vården är fortfarande inte tillfredsställande och ekonomin är mycket bekymmersam med ett resultat för året på minus 162 miljoner kronor. 2015 måste bli det år då den negativa ekonomiska trenden vänder och i den långsiktiga utvecklingsplanen för en ekonomi i balans finns en konkret och detaljerad plan för hur detta ska gå till.

2014 blev sista året för Jämtlands läns landsting. Under året förberedde landstinget och Regionförbundet Jämtlands län ett samgående till Region Jämtland Härjedalen. Mycket arbete har lagts ner, på såväl politisk- som tjänstemannanivå, för att skapa en organisation som effektivt bidrar till utveckling av Jämtland och Härjedalen. En hälso- och sjukvård av hög kvalitet, kombinerad med möjligheter till avancerad forskning, kommer att bli en viktig motor i denna utveckling. För att nå dit är det helt nödvändigt att den nya organisationen upplevs som en attraktiv arbetsgivare – det är en uppgift för ledningen men omöjlig att ta i mål utan stöd från samtliga medarbetare. Här måste alla hjälpas åt så vi får en arbetsplats att trivas i.

Det är mycket ansvarsfullt att leda en stor organisation som landstinget. Samtidigt är det fantastiskt att kunna visa upp en vård som är så kompetent och till så stor patientnytta. Ett innerligt tack till all personal för det arbete som dagligen och stundligen läggs ner!

Men vi ska inte stanna i det som är - både vård och patientnytta måste fortsätta förbättras. Förbättring bidrar till stolthet över en verksamhet som inte bara fungerar som den ska utan som också ständigt utvecklas. Med de förutsättningarna går vi 2015 in i en ny tid med Region Jämtland Härjedalen för ögonen och med tillväxt och utveckling i fokus.

Harriet Jorderud (S)
Ordförande landstingsstyrelsen

Björn Eriksson
Landstingsdirektör

Viktiga händelser 2014

Historisk kandidatkull tog examen

Landstinget skrev historia i januari när den första kullen från den regionaliserade läkarutbildningen, RLU, examinerades. I juni fick ytterligare tolv nyexaminerade läkare ta emot rosor, visdomsord och hyllningar av såväl landstingsdirektör som landstingsråd.
- Vi har varit med och utbildat framtidens läkare, och säkerställt läkarförsörjningen i den norra regionen, sa landstingets forskningschef Göran Larsson stolt.

Läkarmottagning på Skalet invigdes

Den 26 februari invigdes landstingets läkarmottagning på Vemdalsskalet. På mottagningen, som har sina lokaler i Hovde hotell, finns det en läkare och en sjuksköterska sex dagar i veckan.

Dubbelt så många anmälda till donationsregistret

Under 2012 anmälde 508 jämtar sin vilja till donationsregistret. 2013 ökade den siffran med mer än det dubbla, till 1139 personer. Det betyder att fjolårets donationskampanj har givit resultat, riktigt bra resultat.

Röda Korsvärdar visar vägen

Samarbetet mellan landstinget och Röda korsarna startade på allvar. Ett tjugotal frivilliga bemannar sjukhusets entré och finnas till för de besökare som till exempel önskar sig ledsagning till och från mottagningar och avdelningar.

Fokus på det friska och det förebyggande

Jämtlands läns landsting sticker ut från de övriga landstingen i landet när det gäller sjukdoms-förebyggande arbete där man valt att satsa på utvecklingsarbete och att stimulera de hälsocentraler som vill testa nya idéer, arbetssätt och samarbets-former. Initiativet till projekten kommer från hälsocentralerna själva.

Efterlängtad strokemottagning verklighet

En etablerad och uppskattad verksamhet på många håll i övriga Sverige. Startades även i Östersund. Det är en sjuksköterskebaserad mottagning för personer som fått stroke eller en så kallad TIA , Transitorisk Ischemisk Attack, även här i länet.

Länet låg bra till i Vårdbarometern

1 000 personer i Jämtlands län har blivit uppringda och svarat på frågor om sina attityder till hälso- och sjukvården. Jämtlands läns landsting ligger nära det genomsnittliga riksresultatet inom de flesta frågeområdena. Av de tillfrågade länsinvånarna anser 80 procent att det är positivt om läkare eller annan vårdpersonal vid besöket tillfrågar patienten om levnadsvanor. Där ligger länet högre än rikssnittet som är 77 procent.

Landstingets administration har minskat

Administrationen inom Jämtlands län landsting har minskat medan administrationen i övriga landsting har ökat med drygt 5 procent. I dag ligger administrationen i nivå med riket i övrigt, visar den översyn av administrationen som landstings-styrelsen beställt.

Gäddede hälsocentral utmärker sig i patientenkäten

Hösten 2013 genomfördes den årliga patientenkäten kring länets hälsocentraler. I höstens enkät utmärkte sig lilla Gäddede hälsocentral i nordvästra Jämtland genom att ha bäst resultat av alla i hela landet när det gäller information i väntrummet. Patienter som får vänta utöver överenskommen tid får veta varför.

Lagom eller låg stressnivå för vårdpersonalen

Arbetstiden för sjuksköterskor och undersköterskor på de medicinska avdelningarna vid Östersund sjukhus präglas till 74 procent av en stressnivå som är lagom eller låg. Det är ett av många resultat som finns i en rapport som tagits fram efter Arbetsmiljöverkets inspektion förra året.

Område barn pilot av nya vårdsystemet Cosmic

Klockan 07.00 5 maj blev läget skarpt för införandet av COSMIC på barnmottagningen, avdelning 108 och 109.
– Det gick precis som planerat, säger Marit Nilsson, chef för staben för e-hälsa och IT. Personalen har förberett sig under flera månader både intensivt och målinriktat och engagemanget har varit stort, tillägger Marit Nilsson.
– Att område barn har ställt upp som pilot i införandet av COSMIC är av stort värde för alla andra, säger Marit Nilsson. Även om övriga verksamheter måste göra samma resa har jobbet på område barn plogat vägen för andra, erfarenheter och rutiner kan återanvändas och underlätta för andra verksamheter fortsätter Marit Nilsson.

Arbetsmiljöenkäten tog pulsen på verksamheten

Årets arbetsmiljöenkät fick ett väldigt bra resultat. Ett nytt upplägg var att frågorna tog fasta på vilka friskfaktorer som finns i verksamheten. Några av de nya rubrikerna var ”Stödjande förhållanden”, ”Fungerande samarbetsformer” och ”Delaktighet”. Undersökningen ska göras två gånger per år.

Stort samarbete kring bättre vård i glesbygd

Att kunna erbjuda likvärdig vård i glest befolkade områden är en utmaning.
Förtroendevalda i de fyra Norrlandstingen beslutade därför att med gemensamma krafter satsa på att utveckla det som kallas Glesbygdsmedicin och bli världsledande i utvecklingen av framtidens vård och omsorg i glesbygd.

Statliga forskningsmedel till virtuella hälsorum

Jämtlands läns landsting får forskningsmedel från Vinnova för att utveckla en ersättningsmodell för virtuella hälsorum. Det är inte bara ett stöd för att driva ett viktigt utvecklingsprojekt, det är en kvalitetsstämpel som i framtiden kan leda till att landstinget lättare får forskningsmedel även för andra projekt.

Vårdnära service minskade stress på sjukhuset

Den här sommaren fick vårdpersonal på Östersund sjukhus en förbättrad arbetsmiljö jämfört med tidigare somrar. Ett av skälen var att så kallad vårdnära service - som städning, transport av patienter, förrådshantering och servering av mat - inte längre utfördes av vårdpersonal utan av servicepersonal från Centrum för diagnostik, teknik och service. Det underlättade arbetet betydligt för vårdpersonalen.

Hockeyproffs besökte sjukhuset

Torsdagen den 7 augusti möter Östersunds Ishockeyklubb (ÖIK) stjärnlaget Icebreakers för en välgörenhetsmatch i Östersund Arena. Syftet är att samla in pengar till Hockeyproffsens stiftelse för barn och ungdom. Innan matchen kom några av spelarna från Icebreakers på besök hos barnen på barnavdelningen vid Östersunds sjukhus.

Föreningspunkten invigd

Det var mingel i mängd när Föreningspunkten invigdes på Östersunds sjukhus, en oas i sjukhusvimlet mittemot Pressbyrån, där patienter och anhöriga kan ta del av information från ideella organisationer med anknytning till hälso- och sjukvården.

En iskall utmaning

Neurologmottagningen på Östersunds sjukhus stöttade Ulla-Carin Lindquists stiftelse för ALS-forskning genom att anta utmaningen Ice Bucket Challenge och hälla en hink iskallt vatten över huvudet samt skänka pengar till stiftelsen. De utmanade landstingsdirektörens ledningsgrupp att göra detsamma vilka i sin tur utmanade landstingsstyrelsen.

Rum för ro och bön

Det är till plan 5 på sjukhuset man ska bege sig om man vill dra sig tillbaka för en stunds stillhet och ro i den lokal som kallas Spectrum och som invigdes i september.

En plats för frågor kring psykiatri

Enkelt, synligt och lättillgängligt. De tre orden beskriver brukarrådets nya kontor som är öppet för brukare, patienter och anhöriga som har kontakt med psykiatrin.

Myrviken är Årets hälsocentral

Myrvikens hälsocentral i Oviken utnämndes till Årets hälsocentral under Primärvårdsdagarna i Östersund. Priset som delas ut för första gången baseras dels på hur nöjda patienterna är med till exempel bemötandet.

Patienterna hyllar öppenvården

Öppenvården var den stora vinnaren i den nationella patientenkäten och hjärtmottagningen på

Östersunds sjukhus har höjt kvaliteten allra mest. Det tyckte de patienter som har satt betyg på bland annat bemötande, information och tillgänglighet i landstinget.

Röntgen fick högsta betyg

Landstinget är beroende av att kunna producera sina egna specialister. Den utmaningen klarar röntgenavdelningen utmärkt. I en rapport från Läkarnas institut för professionell utveckling i sjukvården, Lipus, haglade berömmet - högsta omdöme på allt!

Rökfritt i Jämtland och Härjedalen 2025

Som första landsting anslöt sig Jämtlands läns landsting till Tobacco Endgame, ett projekt som jobbar för att Sverige ska vara rökfritt år 2025.

Ökad kvaliteten i vården

Rapporten från Öppna Jämförelser visade att Jämtlands läns landsting förbättrat kvaliteten på vården väsentligt. Landstinget har de senaste åren placerat sig i botten men avancerade nu till plats 7 av 21.

Så kan nya sjukhuset se ut!

Mastersstudenterna i vårdarkitektur på Chalmers tekniska högskola har under hösten arbetat med förslag på utveckling av Östersunds sjukhus. De sju förslagen visades för politiker och intresserade tjänstemän samt press.

För en ekonomi i balans

Fullmäktige beslutade hösten 2014 om en Långsiktig plan för god ekonomisk hushållning. I planen beskrivs nio paket med kostnadsminskningar, intäktsökningar och satsningar.

Organisation

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

Vision

”God hälsa och positiv livsmiljö för alla i Jämtlands län.” Så lyder Jämtlands läns landstings vision. Alla människor i Jämtlands län – oavsett kön, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, sexuell läggning eller funktionshinder – ska ha god hälsa och kunna hålla sig friska längre i ett hälsofrämjande län.

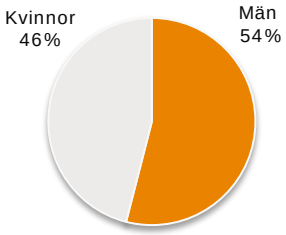
De ska också kunna ha ett gott liv i en positiv livsmiljö, utifrån sina olika förutsättningar.

Verksamhetsidé

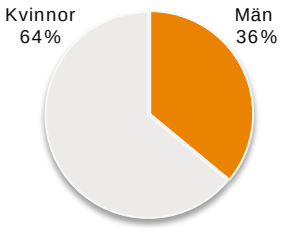
Hälso- och sjukvård: Jämtlands läns landsting ska tillhandahålla en tillgänglig och god vård som tillfredställer medborgarnas behov av en trygg tillvaro med god livskvalitet genom att ha kvalitet och effektivitet som ledningsstrategi.

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

Ledamöter i landstingsstyrelsen, 13 st



Landstingets ledningsgrupp, 14 st



Länets befolkning och geografi

I Jämtlands län bor ca 1,3 procent av landets invånare, 126 580 personer, på 12 procent av landets yta. Länet är 50 mil långt från norr till söder.

Under år 2014 har Jämtlands län fått 258 invånare fler jämfört med november 2013. Det är det andra året med ökning av invånare efter flera år med sjunkande invånartal. De senaste årens ökningar beror helt på inflyttning av utrikesfödda (till exempel asylsökande som fått utfärdade uppehållstillstånd).

Alla länets kommuner tappar befolkning undantaget Östersund och Krokom (läs Ås församling). Siffrorna för Krokom är särskilt intressanta, här finns ett födelseöverskott om 23 personer, 92 födda barn, vilket innebär att kommunen fortsatt ligger bland de i landet med högst andel små barn.

Sammantaget för länet är det uppenbart att ett mycket aktivt arbete med mångkulturellt inkluderande och mottagligare arbetsmarknad samt attityd och välkomnande är centralt för att länet inte ska fortsätta att minska antalet invånare.

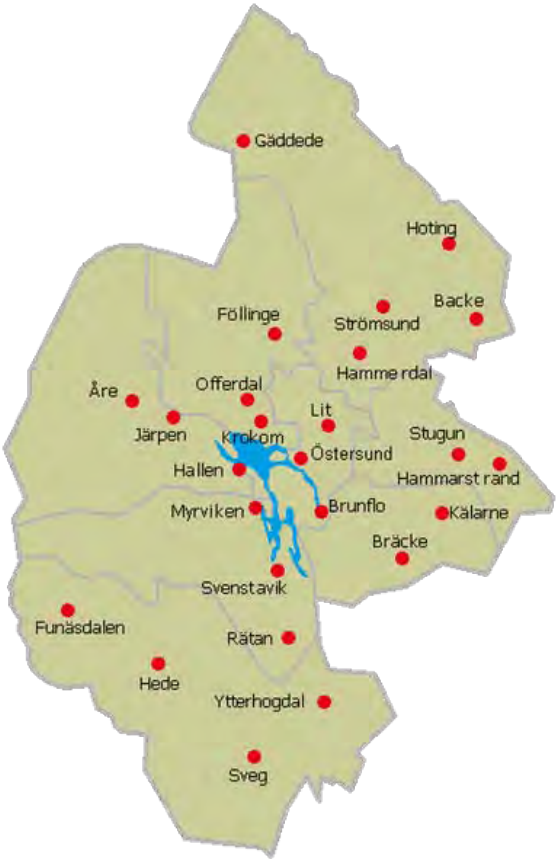
Prognosen för befolkningen i länet visar en minskning med cirka 7 000 invånare fram till år 2032. Det innebär inte att sjukvårdsbehovet minskar i motsvarande grad. Eftersom det sker en förskjutning från yngre till äldre i befolkningen kommer vissa verksamheter att få en ökad efterfrågan, medan andra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

Verksamheten bedrivs på många orter

Hälso- och sjukvård bedrivs vid 28 valbara hälsocentraler, 12 ambulansstationer, 1 ambulanshelikopter, 1 ambuss, 21 folktandvårdskliniker, sjukhuset i Östersund samt genom Sjukvårdsrådgivningen 1177.

Geografin skapar särskilda förutsättningar för verksamheten, det kan gälla sjuktransportorganisationen och förutsättningar för vård i eller nära hemmet. Som hjälp att hantera de stora avstånden finns:

- Sjukvårdsrådgivningen som ger råd om vård dygnet runt på telefon 1177 och www.1177.se.
- Ambulanshelikopter som under år 2014 utfört 734 uppdrag.
- AMBUS som under år 2014 transporterat 2 150 patienter sträckan Östersund – Umeå.
- Vägambulans med mer än 16 000 uppdrag per år.
- Digital röntgen vid alla landstingsdrivna hälsocentraler som bedriver röntgenverksamhet samt inom tandvården.
- Landstingets webbplats, www.jll.se, där samtliga hälsocentraler och vissa öppenvårdsmottagningar erbjuder interaktiva tjänster med hjälp av Mina vårdkontakter.



MÅL OCH VERKSAMHET

Måluppfyllnad

I arbetet för att uppnå landstingets vision skapas olika planer. Jämtlands läns landsting arbetar i huvudsak med fyra typer av planer:

- Långsiktiga utvecklingsplaner som har ett tolvårsperspektiv och revideras vart fjärde år
- Landstingsplan som har ett treårsperspektiv och revideras varje år. I Landstingsplanen anges övergripande mål och framgångsfaktorer.
- Verksamhetsplaner som har ett ettårsperspektiv och skapas varje år. I verksamhetsplanerna anges mått och mätetal utifrån landstingets vision, övergripande mål och framgångsfaktorer. Landstingsdirektörens verksamhetsplan godkänns av Landstingsstyrelsen.
- Landstingsövergripande handlingsplaner utarbetas för olika prioriterade områden. De landstingsövergripande handlingsplanerna återrapporteras till Landstingsstyrelsen enligt särskild uppföljningsplan.

Landstingsplanens målområden indelas i Patient, Medarbetare, Samhälle och övriga verksamhetsresultat. För varje övergripande målområde finns framgångsfaktorer som visar vad verksamheten ska fokusera på. I verksamheten konkretiseras dessa framgångsfaktorer av handlingsplaner vars mål och aktiviteter följs upp regelbundet under året, i många fall av särskild styrgrupp. Längst bak i delårsrapporten finns en kort beskrivning av på vilket sätt förvaltningen under året arbetat utifrån landstingsplanens framgångsfaktorer.

På kommande sidor redovisas resultatet för de landstingsövergripande mål/mått som återfinns i landstingsdirektörens verksamhetsplan.

I måltabellerna anger:

- ▲ Målet uppnått
- ■ Målavvikelse med mindre än 10%
- ● Målavvikelse med mer än 10%

Sammanfattningsvis kan sägas att av de 26 mål som landstingsdirektörens verksamhetsplan innehåller så har 10 stycket nått angiven målnivå.

● = målavvikelse med mer än 10 procent
■ = målavvikelse med mindre än 10 procent
▲ = målet är uppnått

Målområde patient

Övergripande mål: Vård efter behov och trygga patienter.

Politiskt fastslagna framgångsfaktorer:
Helhetsperspektiv, hälsofrämjande, jämlikhet och jämställdhet, öppen dialog, tillgänglighet, förtroende, patientsäkerhet, suicidprevention, kommunikation och dialog, samarbete och samverkan.

Mål och målvärde 2014	Utgångsvärde 2013	Utfall 2014		Kommentarer till utfallet
100% av invånarna ska få kontakt med primärvården i telefon eller på plats samma dag.	78 % egen regi 92 % privata	433 823 st inkommande samtal 333 987 st besvarade samtal Utfall 77% 76% för landstingsdriven primärvård 93 % för privat primärvård	●	Bemanningsläget avspeglas i resultatet för telefontillgängligheten. Egenregin har fortfarande problem med telefonisystemet En ökning av antalet inkommande samtal till primärvården gör också att resultatet blir lägre än föregående år.
100% av invånarna som bedömts behöva läkarkontakt ska erbjudas besök inom högst sju dagar.	91 % totalt 90 % egen regi 92% privata	88 % för både landstingsdriven och privat primärvård 88 % egen regi 90 % privata	●	Brist på läkare anges från flertalet verksamheter att det är svårare att uppnå 7:an.
Minst 70% av patienterna ska ha väntat i max 60 dagar till första besök och behandling inom specialiserad vård - Väntande till besök - Väntande till behandling	65% 63%	66% 66 %	■	Det är fram för allt opererande verksamheter som inte nått de nationella tillgänglighetsmålen under året. Ökat inflöde av patienter under året och trots en produktionsökning har målen inte nåtts.
Minst 70% av patienterna ska ha fått ett första besök eller fått behandling inom 60 dagar inom specialiserad vård - Genomförda 1:a besök - Genomförda behandlingar	68% 60%	67% 60%	■	De verksamheter som inte nått de nationella målen har haft ett ökat inflöde av patienter och trots en produktionsökning har målen inte nåtts.
Minst 80% av patienterna på akutmottagningen ska vara klara inom 4 timmar.	Genomsnitt för 2013 var 64% Kvinnor 62 % och män 65 %.	66 % Kvinnor 65 % och män 66 %.	●	Pågående arbete med att förbättra patienternas flöde har inte gett önskad effekt under året.

● = målavvikelse med mer än 10 procent
■ = målavvikelse med mindre än 10 procent
▲ = målet är uppnått

Dokumenterad information av läkare till patient angående beslut om palliativ vård, brytpunktssamtal ska öka med 10 % jämfört utfall 2013.	61,7 % Andel kvinnor 56,9 % och män 67,9 %	61,8 % Andel kvinnor 57,8 % och män 65,9 %	■	Andelen brytpunktsamtal är i nivå med resultatet för 2013, baserat på urvalet att personen ska ha bibehållen förmåga att uttrycka sin vilja. 89 personer bildar underlag till resultatet. 2013 utgjorde 79 personer underlag till resultatet.
Andel patienter (70 år och äldre) som fått en screening med planerad åtgärd och uppföljning ska öka med 10% jämfört med utfall 2013. Gäller fall, trycksår och undernäring och i förekommande fall munhälsa.	42 %	47,3 % Andel kvinnor 47,9 % och män 46,5 %.	▲	Baserat på att drygt 400 fler (11 %) fått en screening jämfört 2013, är målet uppnått. De patienter där risk konstateras får > 85 % en planerad förebyggande åtgärd. Uppföljning av samtliga steg: screening, planerad åtgärd och uppföljning visar att 69 % av patienterna hade samtliga delar dokumenterade. Av kvinnorna hade 72,9 % och av männen hade 64,6 % alla stegen dokumenterade. Avseende uppföljning munhälsa finns en ökning av screeningar. Dock följs inte screening där risk konstaterats av en förebyggande åtgärd lika systematiskt.
Utveckla e-hälsa genom Mina vårdkontakter och öka antalet ärenden med 50% på månadsbasis jämfört med 2013	282 ärenden	367 ärenden	■	Resultaten baserade på mätning sista åtta veckorna respektive år. Inte full måluppfyllelse. Antal ärenden genomsnitt 307 för helår 2013 . Motsvarande uppgift för 2014 blev 394 ärenden.

● = målavvikelse med mer än 10 procent
■ = målavvikelse med mindre än 10 procent
▲ = målet är uppnått

Målområde samhälle

Övergripande mål: Hållbar utveckling, goda samarbetsparter och aktiv demokratisk organisation

Politiska fastställda framgångsfaktorer:
Folkhälsa, upphandling, resurshushållning, forskning, utveckling och innovation, jämlikhet och jämställdhet, hälsofrämjande, nationella och internationella nätverk, samverkan, länstrafik, medborgardialog, ungas inflytande, lärande processer, landstingets organisation och arbetssätt.

Mål och målvärde 2014	Utgångsvärden 2013	Utfall 2014		Kommentarer till utfallet
Antalet dagliga tobaksbrukare ska minska. Mäts som andelen av tobaksbrukare som är tobaksfria sedan minst 6 mån efter förebyggande insats.	17,6 % Kvinnor 18,1 % och män 16,9 %	23st tobaksfria= 15% 14kvinnor 9 män	●	Endast 15 % av dem som fått tobaksförebyggande insats var fortfarande tobaksfria efter 6 månader. Flera faktorer bidrar förmodligen till resultatet, såsom bristande registrering, eller att aktuella patienter inte får frågor om levnadsvanor och därmed inte heller någon insats.
Antal sjukskrivningsdagar för länets invånare ska minska jämfört med 2013.	Helår 980 802 sjukskrivningsdagar Kvinnor: 618 340 Män: 362 462	Helår 1 070 041 sjukskrivningsdagar Kvinnor: 681 130 män : 388 911	●	Målet är inte uppnått totalt och försämring för både kvinnor och män. Långsiktig utvecklingsplan (LUP) ska formas för att komma tillrätta med problematiken enligt regionbeslut.
Antibiotikaförskrivningen i länet ska minska. Öppenvård; lägre än 291 recept per 1000 invånare Slutenvård; minskad antibiotikaförbrukning inom alla enheter	291 recept per 1000 invånare	274 recept per 1000 invånare	▲	Från en redan låg nivå, så har antibiotikaförskrivningen fortsatt att minska i länet. Det kvarstår variationer mellan hälsocentralerna, där de med högst förbrukning behöver arbeta vidare med en minskning. Inför kommande år behöver arbete läggas på att bibehålla den låga förskrivningen. Inom slutenvården har förbrukningen mätt i antal DDD varit konstant senaste två åren. Vidare analys krävs för att bedöma om en minskning är rimlig.
Antalet SMS-påminnelser inom Jämtlands läns landsting ska öka jämfört med 2013. Gäller verksamheter där riskanalys visat att SMS-påminnelse är lämplig att använda.	Helår 2013 1093 SMS	Januari – augusti har 13 101 SMS skickats från VAS.	▲	De enheter som skickar flest påminnelser är Ögonmottagningen 2987 st och Ungdomsmottagningen 1915 st.
Energianvändningen ska minska. Målvärdet är 212,2 kWh/m2 för 2014.		212,65 kWh/m2	■	Arbetet med energieffektiviseringar har resulterat i en återhämtning så nästan når ända fram till målvärdet för 2014.

● = målavvikelse med mer än 10 procent
□ = målavvikelse med mindre än 10 procent
▲ = målet är uppnått

Användande av telemedicin- och videokonferenssystem ska öka med 10% jämfört med 2013		Antalet timmar har ökat med 12,2 %	▲	En mängd åtgärder pågår för att stimulera ökat användande bl.a. nya videosystem vid Kälarne och Krokoms HC och test med videosystem direkt på Igel.

Målområde medarbetare

Övergripande mål: Hälsofrämjande arbetsmiljö och utveckling genom lärande och förnyelse

Politiskt fastslagna framgångsfaktorer:
Medarbetarinflytande och dialog, jämlikhet och jämställdhet, hälsofrämjande och rehabiliterande, tydligt ledarskap, utvecklingsbenägenhet och öppen för nya idéer, systematiskt erfarenhetsutbyte, långsiktig kompetensförsörjning, forskning

Mål och målvärde 2014	Utgångsvärde 2013	Utfall 2014-08		Kommentarer till utfallet
Medarbetarnas sjukfrånvaro ska sänkas till 6% för kvinnor och 4,5% för män.	Kvinnor 7,6% Män 4,8%	Kvinnor 7,4 % Män 4,7 %	●	Målet ej uppnått. Men sjukfrånvaron har minskat både för kvinnor och män.
Hälsofrämjande mål : arbetsmiljöindex ska uppnå till lägst 4%.	4,57 februari 2014	4,55 oktober 2014	▲	Målet uppnått. Utfall högre än målvärdet men en marginell sänkning sen utgångsvärdet i februari.
Nyttjande av inhyrd personal och arvodesläkare ska minska med 10% för helår jämfört med föregående år.	Helår 2013 56,8 miljoner kronor	Helår 2014 73,2 miljoner kronor	●	Kostnaden för hyrläkare från bemanningsföretag ökade med 16,4 miljoner kronor jämfört med föregående år. Primärvården står för den största ökningen.
Alla enheter ska under året påbörjat förbättringsarbete utifrån LEAN		Ja	▲	Alla chefer har gått LEAN utbildning i Mittuniversitetets regi.

● = målavvikelse med mer än 10 procent
■ = målavvikelse med mindre än 10 procent
▲ = målet är uppnått

Målområde verksamhetsresultat

Övergripande mål: Långsiktigt hållbar, effektiva processer

Politiskt fastslagna framgångsfaktorer:
Resurshushållning, utveckling, folkhälsa, ekonomi, samverkan och samarbete, tydlighet, forskning, utveckling, lärande och innovation FoUI, uppföljning och utvärdering, jämställd och jämlik.

Mål och målvärde 2014	Utgångsvärden 2013	Utfall 2014		Kommentarer till utfallet
Diabetesvård i primärvård Andel diabetespatienter typ 2 (<75 år) med HbA1c >73 mmol/mol Målet är högst 10,2% för 2014	Totalt: 10,1 % Kvinnor 10,4 % Män 9,5 %	Totalt 9,2 % Kvinnor 9,1% Män 9,3 %	▲	Målet är uppnått. Under 2014 har diabetesvården i primärvården blivit bättre. En bidragande orsak är att primärvården arbetar mer strukturerat. Hälsocentralerna har fått en sammanställning över de personer som bedömts ha stora risker och därför behöver extra uppmärksamhet för att undvika komplikationer.
Diabetesvård medicinmottagningen Andel diabetespatienter med HbA1c < 52 mmol/mol ska öka och överstiga 17,1%. Gäller patienter med sjukdomsdebut före 30 års ålder.	Total 17,1 % (61 av 357). Kvinnor 16,1 % Män 17,8 %.	Totalt 22 % Kvinnor 20,2 % Män 24,3 %	▲	Mål uppnått Projekt har startat med psykolog och mer teamarbete kring patienter med höga HbA1c värden för att förbättra resultaten ytterligare.
Andel strokepatienter som var ADL-oberoende 3 månader efter akutfasen ska vara lägst 81%. (Av personer som var ADL-oberoende före insjuknandet)	84,2 % (tertial 3, 2013)	Totalt 81,8 %	▲	Mål uppnått Hjärnvägen och mobila stroke teamet infört.
Cancersjukvård : Vid utgången av 2014 ska korta vårdprogram finnas för samtliga fem diagnoser ; (cancer i lunga, äggstockar, tjocktarm/ ändtarm, bröst samt prostata).		Arbete i inlednings-skede	●	Målet inte uppnått. Arbetet påbörjat, men inga gemensamma vårdprogram framtagna ännu. Arbetet med standardiserade vårdförlopp för fem cancerdiagnoser görs under 2015.
Undvikbar slutenvård, personer 65 år och äldre, ska vara lägre än 2013.	2013: 14,5% Kvinnor 14,4%, Män 14,7 %	Totalt 14,04 % Kvinnor 14 % Män 14,08 %	▲	Måluppfyllelse för både kvinnor och män.
Återinskrivning inom 30 dagar oavsett orsak, personer 65 år och äldre, ska vara lägre än 2013.	2013: 17,4% Kvinnor 15,2 % Män 19,8 %	Totalt 18,9 % Kvinnor 17,04 % Män 20,8 %	●	Ingen måluppfyllelse. Olika åtgärder pågår, t.ex. utskrivningsmeddelande till patient.
Andel inneliggande patienter inom somatisk vård med vårdrelaterad infektion ska vara lägre än 6%.	Helår 2013 8,0% Kvinnor 7,4 % Män 8,5 %	Totalt 7,1 % Kvinnor 5,5 % Män 8,7 %	■	Ej måluppfyllelse totalt. Här finns en skillnad mellan män och kvinnors resultat. Måluppfyllelse för kvinnor
Nettokostnadsutveckling ska vara högst 1,3 % för 2014	Helår 2013 3,4 %	6,2 % (4,7% exkl. RIPS-effekt och AFA återbetalning 2013)	●	Nettokostnadsutvecklingen blev fortsatt hög under 2014. För en ekonomi i balans är det nödvändigt att nå målet.

God hälsa och positiv livsmiljö

Folkhälsopolicy och folkhälsostrategi

Visionen i den antagna folkhälsopolicyn för Jämtlands län 2011-2015 är ”Hälsa på lika villkor för hela befolkningen för en hållbar utveckling i Jämtlands län”.

I folkhälsopolicyn prioriteras fyra utvecklingsområden:

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

I Folkhälsopolicyn anges att folkhälsoarbetet ska ha sin utgångspunkt i att samhället ska vara inkluderande. Det vill säga att samhället ska skapas för alla, oavsett kön/könsidentitet, ålder, nationalitet, religion, sexuell läggning, etnicitet, funktionsnedsättning och socioekonomisk situation. Folkhälsoarbetet i Jämtlands län ska ha särskilt fokus på barn, ungdomar och äldre.

Folkhälsan i länet förbättras successivt framgår bland annat i folkhälsoundersökningen ”Hälsa på lika villkor” som genomfördes under 2014. Men det finns fortsatt skillnader mellan länsdelarna och mellan kön, socioekonomiska och etniska grupper samt utifrån sexuell läggning.

Landstingets utmaning är att tillsammans med länets kommuner, polismyndigheten m.fl. verka för förbättrad folkhälsa, verka för att minska våldet, utveckla samverkansfrågor mellan psykiatri och somatik samt att utveckla en hälsofrämjande hälso- och sjukvård.

Hälsa på lika villkor

Region Jämtland Härjedalen och länets kommuner deltar med ett utökat urval i den nationella undersökningen som genomförs av Folkhälsomyndigheten vart fjärde år. Undersökningen kallas ”Hälsa på lika villkor” och genomfördes senast under 2014. Enkäten skickades till totalt 150 000 personer, varav 9600 personer i länet. Slutresultatet av undersökningen presenteras i sin helhet i februari 2015.

Resultat från 2014 års undersökning visar bland annat följande:

- Hälsan är ojämnlikt fördelad mellan könen, utifrån socioekonomi och för personer med funktionsnedsättningar samt utifrån sexuell läggning.
- Hälsan blir bättre bland de äldre i befolkningen. Dock syns inte samma goda utveckling bland unga vuxna jämfört med befolkningen i övrigt och då särskilt psykisk hälsa hos unga kvinnor.
- Personer med lång utbildning och bättre ekonomiska förutsättningar har fått bättre hälsa.
- Andelen med övervikt och fetma i länet har ökat över tid.
- Daglig rökning minskar i länet framförallt bland kvinnor, däremot ökar andelen som snusar dagligen något.

Resultaten visar också att ungas psykiska hälsa är ett fortsatt viktigt prioriterat område liksom att förbättra förutsättningarna för personer med funktionsnedsättningar.

Här beskrivs kort arbetet inom några prioriterade områden.

Handlingsplan för Nationella minoriteter

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

Under året har en ny handlingsplan, för perioden 2015-17, arbetats fram.

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

Region Jämtland Härjedalen deltar i nätverksträffar med Glesbygdsmedicinskt centrum i Storuman,

Sametinget, Svenska Samernas Riksförbund (SSR) och SANKS. Syftet med samverkan är att skapa en gemensam arena för hälso- och sjukvården och de samiska aktörerna, att identifiera gemensamma mål, och att samordna arbetet för att undvika parallella processer.

Under året har ett samarbetsavtal arbetats fram mellan Region Jämtland Härjedalen och SANKS (Samisk nasjonalt kompetansesenter – psykisk helsevern og rus) vid Finnmarkssykehuset i Norge. Avtalet syftar till att samiska patienter i behov av psykiatrisk vård ska kunna åka till SANKS i de fall då det bedöms bäst för patienten. Avtalet omfattar också kompetensutvecklande åtgärder för personal inom Region Jämtland Härjedalen

Ett metodmaterial för att kunna integrera sydsamiskan i barnhälsovårdens utvecklingskontroller tas fram. För ändamålet har ”pratande pennor” (PenPal) köpts in. Pennorna laddas med samiska uttryck och kan därefter användas i mötet med barnen.

Riktlinjer för dubbelskyltning på svenska och sydsamiska har fastställts och arbetet med att översätta skyltar till sydsamiska pågår kontinuerligt. Wagners guide (Vägvisaren) har uppdaterats med både sydsamiska och meänkieli.

Region Jämtland Härjedalen flaggar med samiska flaggan utanför Regionens hus.

Landstingsövergripande handlingsplan mot våld i nära relationer

Under slutet av våren arbetades en ny övergripande rutin om att ställa frågan om våld i nära relationer fram. En samverkansrutin har också tagits fram tillsammans med Centrum mot våld och polisen för att tydliggöra respektive myndighets ansvarsområde när en person blivit utsatt för våld i nära relation. Spridning och implementering av ovanstående rutiner pågår.

Under hösten bedrevs ett förberedande arbete för att säkerställa att information om våldsutsatthet fortsättningsvis kommer att kunna hanteras patientsäkert i Cosmic.

Region Jämtland Härjedalen har valt att satsa på att ha egna utbildare inom ämnet våld i nära relation. En medarbetare från akuten genomgår en utbildning för att bli utbildare via Nationellt centrum för kvinnofrid. Arbete pågår även med att få till en webbaserad utbildning via plattformen Tilda som används inom vissa enheter.

På länsnivå fortsätter arbetet med en gemensam kommunikationsplan för att lyfta och aktualisera arbetet mot våld i nära relationer.

Landstingsövergripande handlingsplan för Barnkonventionen

Under våren arbetades en ny handlingsplan fram, för perioden 2015-17.

Stödmaterial i form av en rutin, en vägledning och ett kunskapsunderlag har tagits fram för att underlätta arbetet med anhöriga barns rättigheter. Implementeringsarbetet har inletts.

Arbete pågår med att ta fram ett metodmaterial för den som vill fördjupa sig i Barnkonventionen.

Den 3 september hölls en föreläsning med Marie Köhler, barnhälsovårdsöverläkare från Region Skåne, om hur barns skilda livsvillkor leder till ojämlikheter i hälsa. Föreläsningen åhördes av omkring 70 personer. På kvällen genomfördes föreläsningen igen och då i samarbete med bland andra Rädda Barnen. Denna föreläsning efterföljdes av ett politikersamtal.

Under hösten har arbete genomförts i syfte att säkerställa att dokumentation kring barn som far illa, eller misstänks fara illa, kan göras på ett patientsäkert sätt i Cosmic. I övrigt pågår en översyn av styrdokument i relation till barn som far illa.

Landstingsövergripande handlingsplan för jämställd och jämlik verksamhet

Den landstingsövergripande handlingsplanen för jämställd och jämlik verksamhet reviderades under 2014. Nuvarande planperiod är 2015-2017.

Ett metodarbete har pågått, och pågår, riktat mot reumatologen för att hitta en modell för jämställdhets- och jämlikhetsintegrering. Ett förslag är framarbetat men behöver dialogiseras på olika nivåer inom organisationen innan arbetet kan fortskrida.

En arbetsgrupp har arbetat fram förslag på mål och mått som styr mot en jämställd och jämlik vård och har fått ett fortsatt uppdrag att ta fram en rutin som säkerställer köns- och genusmedvetna analyser av resultat.

En läkargrupp har tillsatts under ledningen av landstingsöverläkaren med syfte att stärka kompetensen i genusmedicin hos läkarna.

Ett arbetsplatsmaterial har arbetats fram med syfte att underlätta för cheferna att börja reflektera och resonera kring frågor om en jämställd, jämlik och icke-diskriminerande vård. Materialet testas just nu av ett antal chefer på olika nivåer i organisationen.

Rutinen för att säkerställa ett jämställdhets-jämlikhets och barnrättsperspektiv på beslutsunderlag som går till politiken har testats under våren 2014 och tillämpas nu av berörda handläggare.

En heldagsutbildning för landstingsdirektörens ledningsgrupp och landstingsstyrelse har genomförts med fokus på ledning och styrning ur ett jämställdhets– och jämlikhetsperspektiv.

Utbildning med fokus på HBTQ-frågor har planerats för personal inom psykosociala enheterna och föräldrabarnhälsan och genomförs under början av 2015. En utbildningsinsats om neuropsykiatriska funktionsnedsättningar utifrån ett genusperspektiv är planerat till början av 2015.

Bättre kvalitet i vården

Medicinska resultat från olika kvalitetsregister blir alltmer tillgängliga. Idag finns också alltfler data tillgängliga utöver traditionella årsrapporter. Det underlättar att jämföra olika landstings och regioners resultat. Ett viktigt steg i förbättringsarbetet är att lära av andra som har goda resultat. Det är också viktigt att jämföra eget resultat över tid för att se utveckling.

Öppna jämförelser

Resultaten för öppna jämförelser hälso- och sjukvård, där underlag för de patientgruppspecifika grupperna i hög utsträckning kommer från nationella kvalitetsregister, visade för flera patientgrupper förbättringar.

Åren 2011-2013 har Jämtlands läns landstings resultat legat bland de sämsta i jämförelse med de andra landstingen, men glädjande har landstingets resultat 2014 klättrat upp till en 7:e plats.

Ett gott exempel är stroke sjukvården där resultaten påtagligt förbättrats. Åtgärder såsom införande av mobilt stroke team, stroke mottagning samt akuta omhändertagandet vid stroke (hjärnvägen) bidrar till förbättringarna.

Inom ortopediska vården kan lyftas att 84 procent av patienterna i Jämtland med höftfraktur återvände till ursprungliga boendet efter utskrivning. Resultaten för de olika landstingen/ regionerna varierade mellan att 62 – 84 procent av patienterna återvände till ursprungliga boende t efter utskrivning från sjukhus.

Flödet för patienter med bröstcancer har uppmärksammats i media som den bästa i Sverige. Resultat för både diabetesvården i primärvård och specialiserad vård har förbättrats.

Landstinget har deltagit i nationella och regionala workshops för att förbättra diabetesvården. Arbetet fortsätter nu lokalt både i specialiserad vård och primärvård.

Resultat för indikatorerna inom graviditet, förlossnings- och nyföddhetsvård visade att länet placerade sig i topp i landet. För att behålla och förbättra resultaten ytterligare behöver ett ständigt förbättringsarbete pågå.

I folktandvårdens resultat följs andel kariesfria 4-åringar, som under året minskat till 90 procent. Orsaken tillskrivs tillströmning av barn med stort vårdbehov vid flykting/ asyl mottagandet. Andel kariesfria 19-åringar har jämfört resultatet 2013 ökat från 27 till 29 procent. Här kommenterar verksamheten att denna grupp inte påverkats lika av flykting / asylmottagandet.

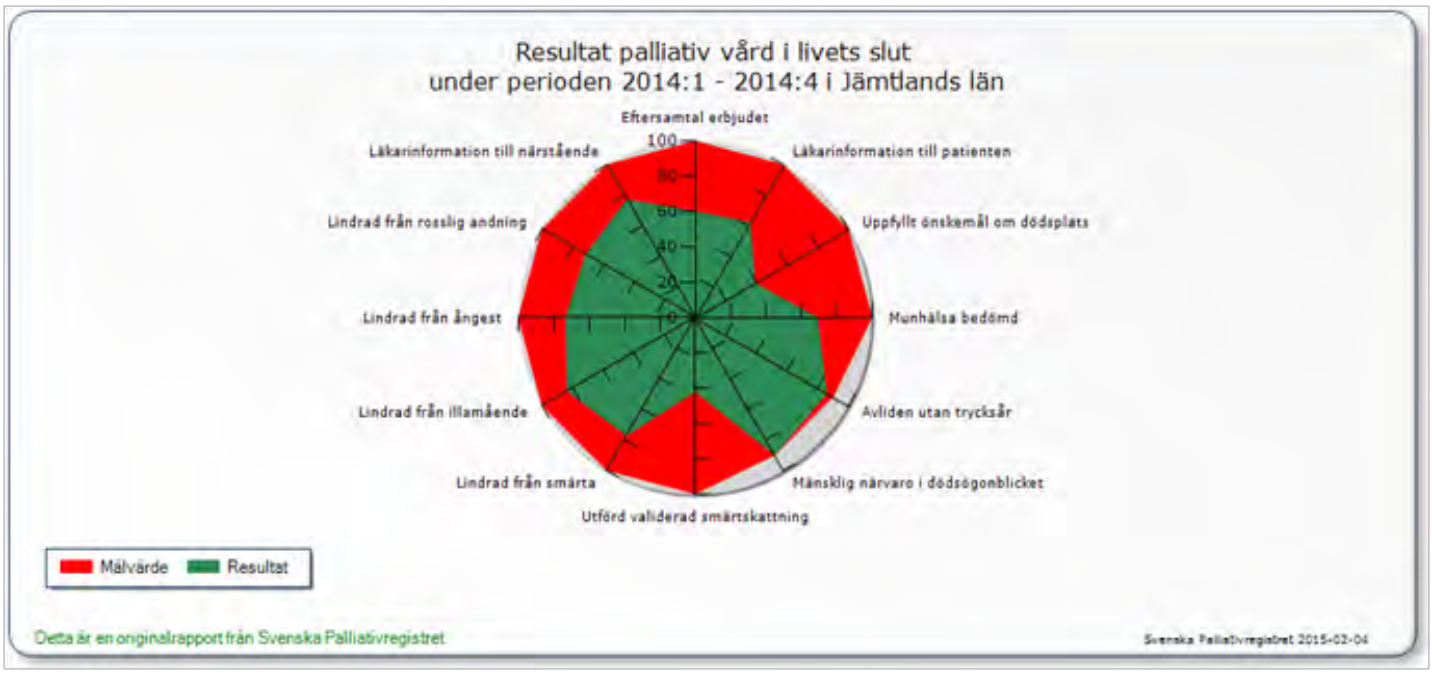
Resultat från Vårdbarometern

När det gäller hur nöjda befolkningen är med tillgången till vård är variationen 76-85 procent mellan de olika landstingen/regionerna. För Jämtlands del ligger nöjdheten på 81 procent sammantaget för alla åldersgrupper.

Vård av de mest sjuka äldre

Sedan 2010 har regeringen och Sveriges kommuner och landsting (SKL) träffat överenskommelser som handlar om att med ekonomiska incitament och de mest sjuka äldres behov i fokus, uppmuntra och stärka samverkan mellan kommuner och landsting. Jämtlands län har utarbetat en strategi och handlingsplan för arbetet med de mest sjuka äldre gällande perioden 2012–2014. Således är nationella satsningen avslutad. Inom Region Jämtland Härjedalen fortsätter arbetet under 2015 genom Ledningskraft.

Den palliativa vården följs med hjälp av Palliativa registret, där täckningsgraden är över 90 procent. Flera parametrar följs t.ex. smärtskattning, ordination av läkemedel mot smärta och ångest. Samtliga indikatorer är viktiga för en god palliativ vård. Se diagram nedan.



Återinskrivning inom 30 dagar

Indikatorn ”återinskrivning inom 30 dagar för patienter 65 år och äldre oavsett orsak” har varit svårt att förbättra varför en särskild aktivitetsplan har utarbetats.

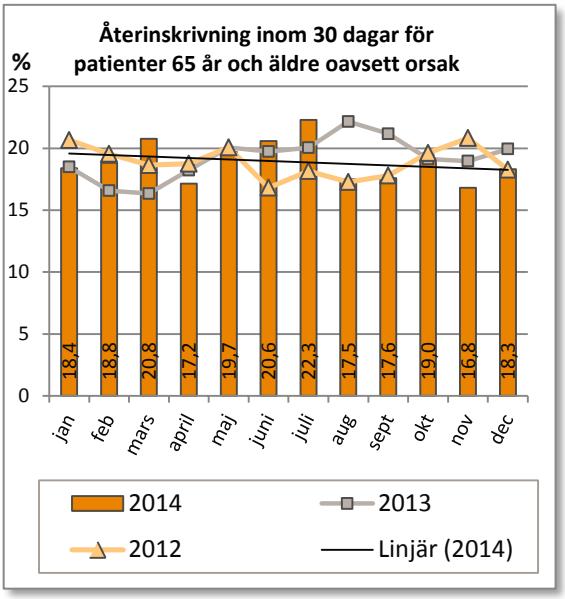
Olika åtgärder pågår, däribland att patienter ska få ett utskrivningsmeddelande med information om läkemedelsförändringar med syfte att patienten ska få en tryggare hemgång. Uppringning av patienter 72 timmar efter utskrivning.

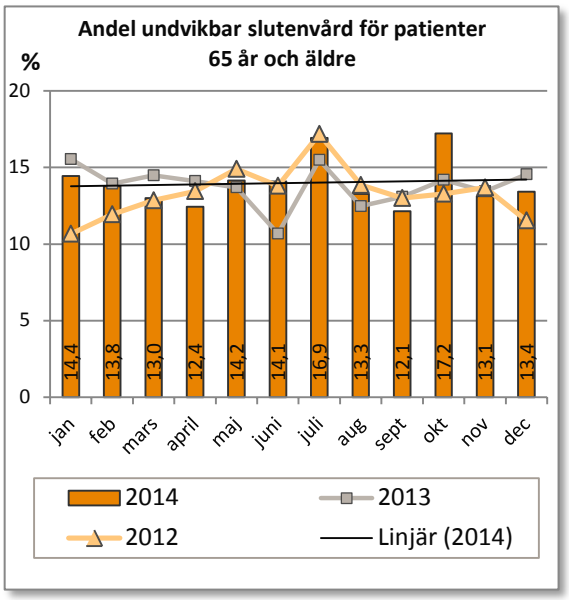
Vårdplaneringssjuksköterskor sköter samordnad vårdplanering för att den ska bli trygg och säker.

Undvikbar slutenvård

I indikatorn ”undvikbar slutenvård, 65 år och äldre” ingår ett antal diagnoser där patienterna i normalfallet ska få sina vårdbehov tillgodosedda inom primärvården. Det bygger på antagandet att om patienter får ett optimalt omhändertagande i den öppna vården, så kan man generellt undvika "onödiga" inläggningar på sjukhus.
Jämtlands län har lägst andel undvikbar slutenvård och är alltså bäst i landet.

Resultatet är en indikator på hur samarbetet fungerar mellan specialiserad vård, primärvård och kommunal vård. Åtgärder att förbättra sammanfaller delvis med åtgärder att förbättra för indikatorn återinläggningar inom 30 dagar.





Patientsäkerhet

Patientsäkerhet är ett ständigt pågående arbete. Utgångspunkten såväl nationellt som inom landstinget är en nollvision för undvikbara vårdskador.

Under 2014 har en hel del patientsäkerhetsarbete styrts till införande av nytt journalsystem (Cosmic), och kommer att göra så även framledes. Införandet ställer stora krav på verksamheterna. Ett grundligt förarbete inkluderande lokala risk och konsekvensanalyser, rutingenomgång och utbildningsinsatser kommer att kräva tid, och personalens kunskap och engagemang.

Den nationella patientsäkerhetssatsningen avslutades under 2014. I den överenskommelse som kopplats till satsningen ingår grundläggande krav och indikatorer som omfattar all landstingsfinansierad vård. Uppfyllda krav för indikatorer genererar prestationsersättning till landsting. Jämtlands läns landsting klarade kraven för fem av sex indikatorer i överenskommelsen. För indikatorn F*öljsamhet till basala hygienrutiner och klädregler* klarades inte målnivån 72 procent. Resultatet blev 67,7 procent. Länet uppvisar särskilt goda resultat för indikatorn *Antibiotikaförskrivning*, där vi placerades på en andra plats i riket.

Resultaten från Patientsäkerhetskulturmätningen som genomfördes i våras visar små förändringar från mätningen 2011. *Område samarbete inom vårdenheten* toppar som styrka, medan svagheter finns främst i områdena *Högsta ledningens stöd till patientsäkerhetsarbete, benägenhet att rapportera händelser* och *lärande organisation*.

I landstinget pågår ständigt egenkontroller avseende patientsäkerhet. Avvikelsesystemet har förbättras avseende möjlighet till statistikuttag och tekniska förändringar i syfte att underlätta för rapportören.

Patientsäkerhetsenheten har tagit fram en patientsäkerhetsstrategi som beslutades i november 2014 och under 2015 ska en handlingsplan utformas som är kopplad till strategin.

Riskförebyggande arbete fall, trycksår och undernäring

Landstinget ska systematiskt arbeta med att förebygga och minska risken för vårdskador för patienter med risk för fall, trycksår och undernäring. Ofta handlar det om patienter som är äldre och som har flera sjukdomar samtidigt. I praktiken är ofta dessa patienter i riskzon för vårdskador. Yttersta syftet med förebyggande arbetet är att inte försämra patientens förutsättningar så att en vårdskada uppstår. Arbetet omfattar alla somatiska vårdavdelningar med vuxna patienter, en psykiatrisk avdelning samt närvårdsavdelningen i Strömsund. Målgruppen är patienter 70 år och äldre.

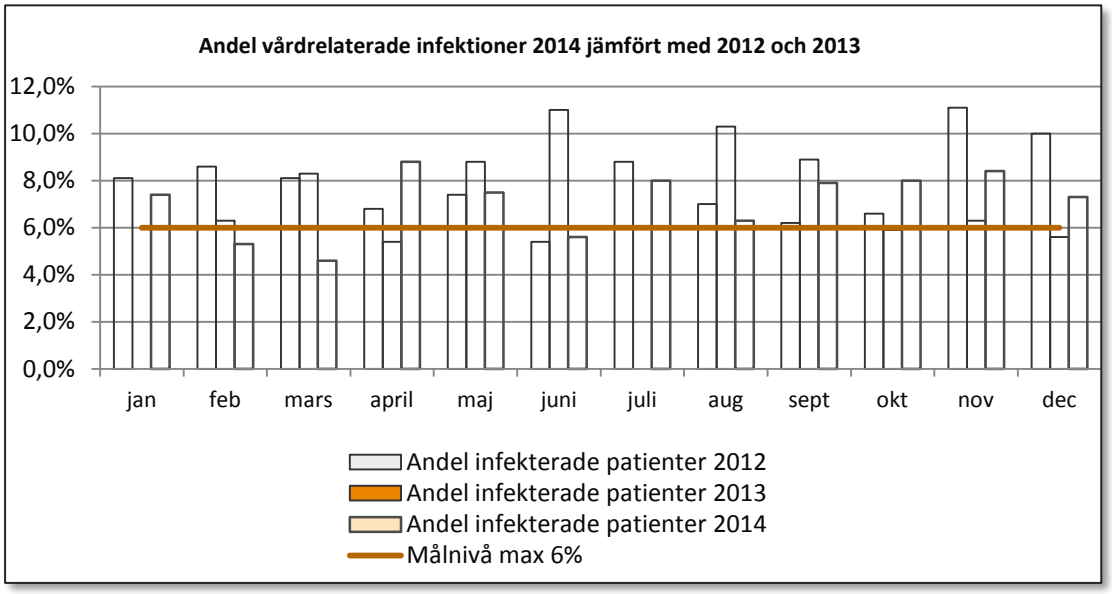
Se avsnitt om måluppfyllelse för uppgifter om resultat.

Munhälsabedömning med screeninginstrumentet ROAG görs i ökande grad, dock finns utrymme att detta ska göras mer systematiskt. Prioriterade patienter för denna bedömning är just nu i första hand patienter i palliativ vård.

Under året har team från medicin och ortopedi deltagit i team utbildning avseende riskförebyggande arbete för fall, trycksår och undernäring.

Vårdrelaterade infektioner

Vårdrelaterade infektioner har minskat något 2014 jämfört med 2013. Medelvärde under 2013 var 7,6 procent och 2014 blev resultatet 7,1 procent.
Det var 2823 personer som ingick i periodens tolv mättillfällen. Totalt hade 200 personer (7,1 %) vårdrelaterad infektion. Av 1404 män hade 122 vårdrelaterad infektion. Av 1419 kvinnor hade 78 (5,5 %) vårdrelaterad infektion. Urinvägsinfektioner var den vanligast förekommande diagnosgruppen följt av lunginflammationer.



Vård i rimlig tid

Vårdgarantin

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

Primärvård

Tillgänglighetsgarantin, 0:an

Resultatet för 2014 gällande tillgänglighetsgarantin för landstingsdriven primärvård ligger på 76 procent. För den privata primärvården ligger är utfallet 93 procent. Detta ska jämföras med riket som låg på 89 procent vid höstmätningen. Tillgängligheten varierar mellan 61-100 procent. Många hälsocentraler uppger att orsaken till att målet inte uppnås kan vara bemanningssituation, främst distriktssjuksköterskebrist. För 2014 syns en ökning av påringda samtal totalt under året. Under året fortsatt tekniska problem med VCC och vissa hälsocentraler uppger även problem med Telia.

Hälsocentral utfall 2014	0:an	7:an
Närvård Frostviken*	100	94
Fjällhälsan*	99	89
Föllinge	95	99
Åre	94	99
Järpens	93	99
Hälsorum Offerdal*	90	87
Hallen	89	88
Backe	89	94
Nya Närvården*	88	92
Lit	88	85
Kälarne	86	86
Funäsdalen	86	94
Lugnvik	85	87
Myrviken	82	84
Svenstavik	82	82
Bräcke	81	79
Strömsund	79	90
Krokom	78	83
Hammarstrand	77	84
Z-gränd	73	85
Frösö	72	82
Brunflo	70	82
Sveg	68	85
Odensala	61	88
*=privata utförare		

Besöksgarantin, 7:an

Resultatet för 2014 gällande besöksgarantin för landstingsdriven primärvård är 88 procent. Tillgängligheten till besök varierar mellan 79-99 procent. För den privata primärvården är utfallet 90 procent. För hela riket var utfallet 91 procent vid höstmätningen.

Orsaker till att inte målet nås är bland annat vakanta distriktsläkartjänster som varit svår att bemanna. Hälsocentraler bemannade med stafettläkare genererar fler återbesök för patienten vilket ger färre nybesökstider att tillgå.

Specialiserad vård – Sjukhuset i Östersund

Första besök inom 90 dagar

Om patienten får en remiss till den specialiserade vården, ska hon/han få en tid för besök inom 90 dagar. Det gäller även om vård sökts utan remiss.

Ett genomsnitt för hela året är att 85 procent av patienterna fick ett besök inom 90 dagar.
Tidigare års utfall har varit :

år 2013	84 procent
år 2012	85 procent
år 2011	88 procent

Jämtland hade en lägre tillgänglighet till första besök jämfört med riksnittet som var 87 procent (2013 89%).

Behandling i inom 90 dagar

Efter beslut om behandling, exempelvis operation, ska patienten få en tid inom 90 dagar. Ett genomsnitt för hela året är att 84 procent av patienterna fick sin behandling inom 90 dagar (år 2013 83 %). Jämtland har en något lägre tillgänglighet för behandling jämfört med riksgenomsnittet som är 85 procent (år 2013 86%).

Sammanfattningsvis får flickor, kvinnor, pojkar och män inte sin vård inom vårdgarantins lagkrav i Jämtlands läns landsting.

Vårdgarantin för barn och unga med psykisk ohälsa

Den förstärkta vårdgarantin för barn och ungdomar med psykisk ohälsa mäts varje månad och innebär att patienterna ska få sitt första besök inom 30 dagar och sin behandling och/eller fördjupade utredning inom 30 dagar. Målen är att minst 90 procent av patienterna ska få komma inom 30 dagar till en första bedömning och minst 80 procent ska få en fördjupad utredning eller behandling inom 30 dagar.

Målet har klarats för året då genomsnitt för besök under året låg på 92 procent och snittet för riket var 88 procent. Fördjupad utredning/ behandling hade ett genomsnittligt utfall på 88 procent, snittet för riket var 83 procent.

Väntetider inom specialistsjukvårdens akutmottagning – mål 80 % inom 4 timmar

Under året är utfallet i genomsnitt 66 procent (år 2013 64%). Det finns inga könsskillnader i utfallet. Daglig uppföljning lägger stort fokus på tillgängligheten. Flera aktiviteter pågår, som exempelvis samverkan med röntgen, diskussion med kliniker om läkarbemanning, översyn av rutiner vid OBS-platser.

Kömiljarden – ett statligt bidrag

Kömiljarden är ett riktat statligt bidrag för att stimulera landstingen till bättre tillgänglighet.

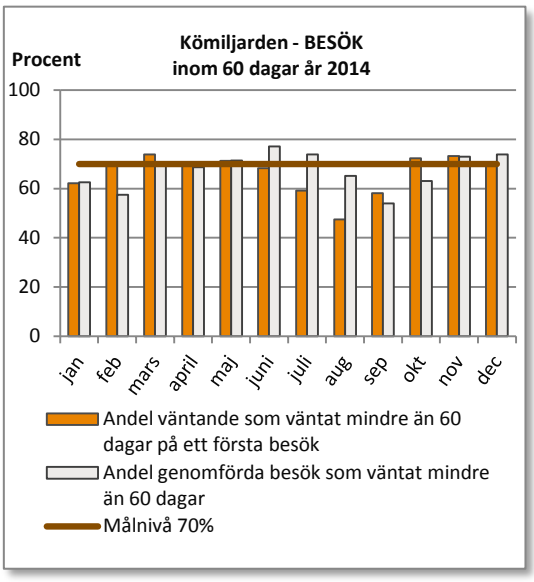
Kömiljardens grundkrav för innebär att:

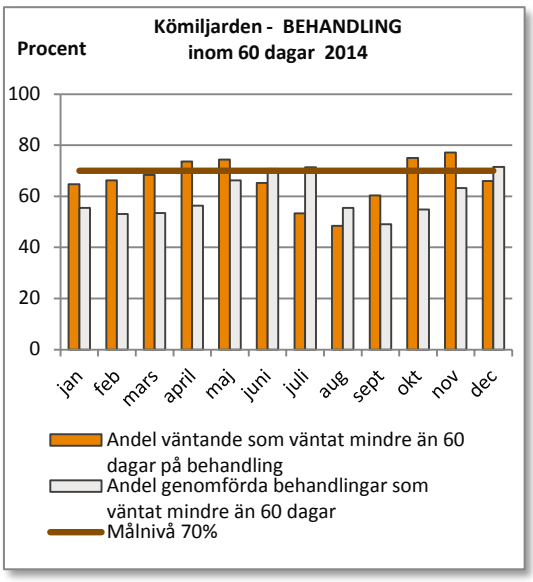
- andelen patienter som väntat 60 dagar eller kortare på första besök och behandling ska uppgå till minst 70 procent varje månad från det att beslut om förstabesök har fattats.
- dessutom ska andelen patienter som genomfört ett första besök eller genomgått operation eller behandling inom specialiserad vård inom högst 60 dagar från det att beslut tagits om ett förstabesök eller om operation eller behandling, uppgå till minst 70 procent varje månad.

Under året har landstinget bara klarat besöksdelen för månaderna mars och november, vilket ger en intäkt på 1,0 miljoner kronor. Behandlingsdelens målnivå har inte klarats någon månad. Jämtland är ett av fem landsting som lyckas sämst med att nå kömiljardens prestationskrav. Bäst är Gotland och Kalmar.

Delar av landstingets verksamhet har klarat bägge gränsvärdena 70 procent för väntande respektive genomförda första besök och påbörjad behandling. I diagrammen ses utfallet per månad för landstinget som helhet.

Prioriteringar mellan akuta patienter, patienter som av medicinska skäl ska prioriteras, återbesök och anpassningen till befintliga resurser gör arbetet komplext.





Läkemedel

Kostnadsutveckling

Den totala kostnaden för förmånsläkemedel (läkemedel på recept) uppgick till 219 miljoner kronor 2014, vilket är en ökning med 0,02 procent jämfört med föregående år. Det är samma utveckling som genomsnittet för riket. Landstinget har fortsatt en av de lägsta kostnaderna per invånare i Sverige. Effekten avtog från de stora patentutgångar och de terapigenomgångar som tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, TLV, utfört senaste åren. Inom slutenvården har det rekvirerats läkemedel för 80 miljoner kronor, vilket var i nivå med 2013.

Den stora kostnaden var inom immunsuppressiva läkemedel som både förskrivs på recept och på rekvisition, samt inom cytostatika på rekvisitionssidan. Inom förmånen är det även grupperna diabetes och medel vid obstruktiva lungsjukdomar som har höga kostnader.

Under året har den nationella processen för ordnat införande av läkemedel tagit form, den så kallade samverkansmodellen. Den innehåller både samordning av nya läkemedel, bevakning av patentutgångar, identifiering av upphandlingsmöjligheter med mera. Syftet med samarbetet ör att få en kostnadseffektiv och ändamålsenlig användning av nya läkemedel för patienter i hela landet. Läkemedel mot prostatacancer och läkemedel mot Hepatit-C inom ordnat införande har tillsammans ökat möjligheter inom läkemedelsbehandling för svårt sjuka patienter, men inneburit stora kostnader (ca 8 miljoner kronor tillsammans).

Kvalitetsutveckling

En extern revision av landstingets läkemedelsprocess, genomfördes i början av året dels på avdelnings 30 infektion och dels på den övergripande strategiska läkemedelsfunktionen. Tre dimensioner belystes; patientens läkemedelsanvändning, vårdens läkemedelshantering och ledning, utifrån aspekterna patientsäkerhet, ekonomi och miljö. Resultatet visade en hög ambitionsnivå vad gäller systematiskt kvalitetsarbete både på avdelningsnivå och på övergripande nivå. Det är viktigt att lyfta fram det goda arbete avdelningen gjort, framför allt som ett gorr exempel på ständiga förbättringar, och sprida inom sjukhuset.

Utifrån vikten av att kvalitetssäkra läkemedelsrutinerna i vårdsystemet Cosmic, så har stor del av resurserna inom patientsäkerhetsenhetens läkemedelsgrupp fokuserat på detta. Det har inneburit att årets kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen har nedprioriterats och sker istället under 2015.

Nationella satsningar

I den nationella patientsäkerhetssatsningen 2014 fanns två läkemedelsmål; minskad antibiotikaförskrivning samt patientens rätt till utskrivningsinformation i form av en läkemedelsberättelse inklusive en aktuell läkemedelslista. Båda målen klarade landstinget och fick 1,4 miljoner respektive 1,3 miljoner kronor i prestationsersättning.

Inom arbetet med bättre liv för sjuka äldre fanns tre läkemedelsindikatorer 2014; minskad användning av olämpliga läkemedel till äldre, adekvat användning av läkemedel mot psykos samt minskad användning av antiinflammatoriska läkemedel till äldre. Inom alla tre indikatorerna skedde en minskning och landstinget fick ta del av prestationsersättningen.

Riks och regionsjukvård

Kostnaderna för köpt vård utanför länet, inkl Rättpsykiatri, varierar kraftigt mellan åren och tenderar att öka över tid. Variationen beror både på särskilt kostnadskrävande patienter, så kallade miljonpatienter, men även på varierande volym av övriga vårdfall.

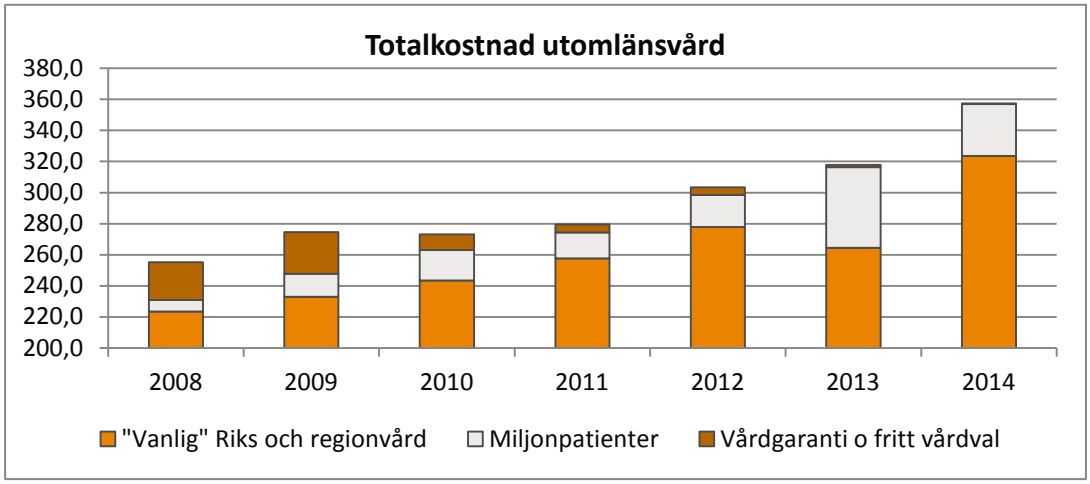
Kostnadsökningen 2013 till 2014 är 39 miljoner kronor (+12 procent). Under 2014 ökade kostnaderna kraftigt delvis beroende på att överenskommelser om prisjusteringar avseende vård på Norrlands universitetssjukhus. Kostnadsökningen avseende prisjusteringar är 14 mkr. Fem miljoner kronor av kostnadsökningen avser akuta sjukfall utanför länet. Kostnaden för den planerade vården har, trots en kraftig minskning av dyra vårdfall, ökat jämfört med 2013. Kostnaden för dyra vårdfall var 2013 52 miljoner kronor men sjönk 2014 till 34 miljoner kronor .

Inom Centrum för medicinska specialiteter har kostnaderna ökat med 19 miljoner kronor (15 %) jämfört med föregående år. Kostnaderna har ökat mest inom blodsjukdomar, njursjukdomar, hjärtsjukdomar och lungsjukvård. Kostnaden för njur- och benmärgstransplantationer har ökat.

Centrum för opererande specialiteter har ökat kostnaderna med 9,1 miljoner kronor (10 %) jämfört med föregående år. Störst är ökningen inom område ortopedi med 14 % medan område kirurgi/ögon/öron ökar med 9 %. Orsak till de ökade kostnaderna är fler trauman och många ryggoperationer.

Inom Centrum för barn kvinna och psykiatri har volymen för riks- och regionvård minskat med 8 miljoner kronor främst beroende på färre dyra vårdfall inom barnkliniken. Däremot har kostnaderna inom områdena psykiatrin och barn och unga vuxna ökat.

Nedan ses ett diagram med den totala utomlänskostnaden över tid och på nästa sida ses en tabell över fördelningen av kostnaderna på olika områden .



Utfall till och med december för Riks- och regionsjukvård samt Rättpsykiatrisk vård, miljoner kronor					
Område	**2012**	**2013**	**2014**	**Förändring i miljoner kronor 2013-2014**	**Förändring i % 2013-2014**
Barn- och ungdomsmedicin	31,3	41,5	27,7	-13,8	-33 %
Hjärta, neurologi och rehabilitering	74,8	88,9	96,0	7,1	8 %
Hud, infektion och medicin	36,1	38,4	50,4	12,0	31%
Kirurgi, ögon och öron	63,4	69,3	75,6	6,3	9 %
Ortopedi	22,1	20,6	23,6	3,0	14 %
Psykiatri	14,2	12,5	15,4	2,9	23 %
Övriga områden (KK, BUV)	8,3	7,8	10,3	2,5	32 %
Central riks- och regionvård	47,3	36,1	41,1	5,0	14 %
Prisjustering NUS 7 mkr enligt överenskommelse	-	-	14,2	14,2	
Totalt landstinget	**297,5**	**315,1**	**354,3**	**39,0**	**12%**

Vårdval och privata vårdgivare

Vårdval - lagen om valfrihetssystem (LOV)

Syftet med lagen är att öka patienternas valfrihet och underlätta för nya vårdgivare att etablera sig. Alla som ansöker, och uppfyller de krav som regionen ställer, kan få starta verksamhet inom ramen för det vårdval man ansökt om att få delta i. Medborgarna kan välja vilken vårdgivare de vill ska utföra vården.

Tre typer av vårdval finns i Region Jämtland Härjedalen:

- Hälsoval (infördes i primärvården 2010)
- Medicinsk fotvård (2013)
- Barn- och ungdomstandvård (2014)

Hälsoval

Från 1 januari 2010 blev det obligatoriskt att införa vårdval inom primärvården som i länet kallas Hälsoval Region Jämtland Härjedalen.
Under 2014 fanns 18 vårdenheter med 12 filialer i landstingsdriven regi samt fyra vårdenheter med tre filialer i annan driftform anslutna. Samtliga avtal/överenskommelser löpte ut 2014-12-31 vilket innebar att ny ansökan krävdes för deltagande från 2015. Alla tidigare anslutna ansökte om fortsatt deltagande.

Bruttoersättningen i Hälsoval Region Jämtland Härjedalen var 576 miljoner kronor för året, varav 508 miljoner kronor (88 %) till landstingsdriven primärvård och 68 miljoner kronor (12 %) till privata utförare. Drygt 8 procent av befolkningen i länet är listade vid en privat hälsocentral.

Under första kvartalet 2014 följdes 2013 års verksamhet upp vid särskilda dialogmöten, där dessa möten resulterade i åtgärdsplaner som ligger till grund för 2014-års uppföljning. Behandling av diabetespatienter, antibiotika- och kinolonförskrivning samt den patientupplevda kvaliteten låg i fokus och verksamheterna har arbetat med dessa frågeställningar på olika sätt under året.

Primärvården arrangerade en framtidsdag där pris delades ut till årets hälsocentral baserat på 2013 års resultat. Priset gick till Myrvikens hälsocentral.

Årligen avsätts 1,1 miljoner kronor för särskilda utvecklingsuppdrag för folkhälsoinsatser som hälsocentralerna kan ansöka för att få ta del av. För 2014 beviljades Åre, Järpen, Hammarstrand, Lugnvik samt Lit ersättning för utvecklingsuppdrag. Resultatet av insatserna för 2013 års bidrag redovisades vid ett seminarium i mars 2014 där pris delades ut till bästa insats. Priset gick till Bräcke hälsocentral för sitt projekt ”I Bräcke faller vi inte” som innebär en utveckling av samverkan mellan olika aktörer i syfte att förebygga fallskador.

Besöken hos distriktssköterska/sjuksköterska har ökat och läkarbesöken minskat något, som ett skäl anges brist på läkare och ett förändrat arbetssätt har införts hos några av verksamheterna.

I den könsuppdelade statistiken som finns kan man utläsa att kvinnor besöker samtliga vårdkategorier i större utsträckning än män. Kvinnor nyttjar också i högre grad än män telefonbesök och detta gäller i samtliga vårdkategorier och här är skillnaden större då den ligger i intervallet 60%-40% till kvinnornas fördel.

Medicinsk fotvård

Totalt ingår 29 fotvårdare i vårdvalet, samtliga är kvinnor. Under året har tre fotvårdare avslutat sitt uppdrag, två på grund av flytt och en har gått i pension. Tre nya har anslutit sig till vårdvalet .

Barn- och ungdomstandvård

1 januari 2014 införde landstinget sitt tredje vårdval för barn- och ungdomstandvård. Under första året har avtal tecknats med regionens folktandvård samt med 23 st privata kliniker.

Länet har i december 2014 23 098 barn i åldrarna 3-19 år, av dessa har 14 procent valt privat vårdgivare.

Reformerat tandvårdsstöd

Informationsinsatser om tandvårdsstödet har genomförts bland annat i form av presentation vid PRO-föreningar i Östersund och Strömsund samt vid stroke föreningens årsmöte. I samband med utbildningsdagar för distriktsläkare gavs möjlighet att informera och klargöra läkarens roll. Informationsbroschyr om tandvårdsstöd riktad till patienter har skickas ut till tandkliniker, hälsocentraler och mottagningar på sjukhuset.

När det gäller uppsökande tandvård har samarbete med folktandvårdens samordnare utvecklats. Besök ute i länets kommuner har gjorts för att få personalens syn på hur uppsökande verksamheten fungerar samt vad som kan förbättras. I samband med temadag för folktandvården som utför den uppsökande verksamheten har information och diskussion genomförts i syfte att förbättra processen.

Privata vårdgivare enligt Lag om läkarvårdsersättning (LOL) och Lag om ersättning för fysioterapi (LOF)

Resultatet av den granskning som genomfördes december 2013 visade att fem av tio sjukgymnaster/fysioterapeuter verksamma enligt den nationella taxan hade brister i journalföringen. Något som resulterade i en anmälan till IVO. Dessutom saknade två vårdgivare journalanteckningar på mellan 41-50% av de besök som de fått ersättning för. Landstingsstyrelsen tog under 2014 beslut om regelverk inför kommande granskningar.

Privata vårdgivare enligt LOU

Ny upphandling har genomförts avseende Idrottsmedicinsk mottagning som från 1 januari 2015 även fortsättningsvis kommer att drivas av Medicin Direkt

Upphandling av naprapatverksamhet har genomförts under året som påbörjar avtal med regionen från 1 januari 2015. Verksamhet finns i Åre/Järpen, Östersund och Strömsund.

Reformerat tandvårdsstöd	**Utfall 2012**	**Utfall 2013**	**Utfall 2014**
Patienter som fått nödvändig tandvård	1 513	1 546	1 892
Patienter som fått tandvård som led i sjukdomsbehandling	373	303	357
Antal som fått uppsökande tandvård	1 343	1 220	1 214
Antal barn som valt privattandläkare	3 206	3 289	3 297
Tandvård för personer med stora behov pga långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning (infördes 2013)		31	92

Tandvård

Folktandvården

Folktandvården har planerings- och områdesansvar för alla medborgare i länet. De privata tandläkarna har rätt att välja vilka patienter de ska ta emot och alla privata tandläkare utför inte barntandvård. Inför 2014 infördes LOV (Lagen om valfrihetssystem) för flickor och pojkar mellan 3-19 år.

Folktandvårdens framtida verksamhet inom allmäntandvården är beroende av tillgången på patienter och möjligheten att rekrytera tandläkare, främst då till kliniker utanför Östersundsområdet. I dagsläget har ca 46 procent av länets kvinnor, män, flickor och pojkar valt folktandvården som vårdgivare dessa benämns revisionspatienter. Andelen barn är 76 procent och andelen vuxna 38 procent. Till det tillkommer ett antal patienter som inte är revisionspatienter, utan som ”ringer själv” när de vill komma. Det är inte heller helt ovanligt att patienter hos privata tandläkare uppsöker folktandvården under de tider som den ordinarie vårdgivaren inte är på plats, det vill säga på helger och under delar av sommaren. Genom länets turism förekommer även akuta besök av icke länsinnevånare.

Tandhälsa

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

Jämtlands län har en åldrande befolkning där fler har egna tänder och där allt fler är beroende av hjälp i sitt dagliga liv. Det innebär en stor framtida utmaning för Folktandvården och kräver planering och resurser.

Det ökande flyktingmottagandet i länet märks tydligt på Folktandvårdens kliniker. Många är i behov av akut tandvård. Därför är det viktigt att Folktandvården får en mer given plats vid landstingets planering av flyktingmottagandet än tidigare. Det finns brister i rutiner och riktlinjer om hur klinikerna ska ta emot dessa kvinnor, män, flickor och pojkar och vilka kontaktvägar som finns.

Barntandvård

Tandhälsan beskrivs i en mängd olika epidemiologiska data och jämförelser sker på nationell nivå. I dessa jämförelser är tandhälsan i Jämtland liksom i övriga norrland generellt något sämre än i övriga Sverige, men utvecklingen är positiv. Andelen kariesfria flickor och pojkar i Jämtlands län ökar och ökningstakten är samma som i övriga landet. Vad gäller 4-6 åringar ses en viss avstanning på ökningstakten generellt i Sverige. Riktlinjer för hur vården av barn och ungdomar ska bedrivas är framtagna vid Umeå universitet i samarbete mellan de fyra norrlandslandstingen. Ur ett norrlandsperspektiv har 19-åringarna i Jämtland/Härjedalen haft lika mycket karies och lagningar som jämnåriga i Norrbotten, Västerbotten och Västernorrland – men ur ett Sverigeperspektiv har de mer karies.

Bedömningstandvård och nödvändig tandvård

Enligt tandvårdslagen ska regionen särskilt svara för att uppsökande verksamhet bedrivs bland boende på sjukhem med flera. Den uppsökande verksamheten består av individuell munhälsobedömning, handledning och utbildning av omvårdnadspersonalen samt förmedling av kontakt med tandvården vid behov. För patienter med bestående behov av omfattande vård och omsorg kan ha rätt till nödvändig tandvård. Det innebär att patienten betalar samma patientavgifter för tandvård som för övrig vård.
Landstinget ska vidare se till att tandvård kan erbjudas dem som har behov av särskilda tandvårdsinsatser eller har stora behov av tandvård på grund av sjukdom eller funktionsnedsättning.

FoUU - Forskning, utveckling och utbildning

Landstinget bedriver sjukvård som är i ständig utveckling. För att möta medborgarnas behov av god vård och omsorg behövs forskning och utveckling. I Jämtlands läns landsting är dessa frågor högt prioriterade och årligen delas projektmedel ut till vårdpersonal för att ge möjlighet att ägna del av arbetstiden åt forsknings- och utvecklingsprojekt.

FoUU-enheten är organisatoriskt placerad under Hälso- och sjukvårdsstaben och ansvarar för landstingets forsknings-, utvecklings och utbildningsåtagande.

I utbildningsåtagandet ingår regionaliserad läkarutbildning i Östersund, ST-läkarnas vetenskapliga utbildning, AT-läkarnas utbildning samt verksamhetsförlagd utbildning för medellånga omvårdnadsutbildningar på universitets-, gymnasie- och vuxenutbildningsnivå.

Landstinget har ett stort utbildningsåtagande inom vård- och omsorgsutbildningar. Totalt har FoUU-enheten under året fördelat över tusen praktikplatser inom landstinget och kommunerna i Jämtland och Härjedalen för dessa studenter. Merparten kommer från utbildningar i Östersund, men praktikplatser har även förmedlats från andra utbildningsorter i Sverige. Det har under året upplevts att koordinationen av praktikplatser blivit svårare. Detta kan bero på att den kliniska verksamheten upplevs mer pressad och kliniker därför i större grad tackar nej till att ta emot studenter.

Regionaliserade läkarutbildning

Den regionaliserade läkarutbildning startade i januari 2011. Kombinationen av videoförmedlade föreläsningar och lokal klinisk undervisning har fungerat utmärkt och under 2014 har de två första kullarna från läkarutbildningen tagit examen. Glädjande har 7 av 10 (examen januari 2014) och 8 av 12 (examen juni 2014) av de läkarkandidater som tog examen också erbjudits och påbörjat sin AT-utbildning vid Jämtlands läns landsting. Detta visar att den regionaliserade läkarutbildningen i Östersund är en bra rekryteringsbas för framtida läkare för regionen.

Forskning

För att främja ett stimulerande forskningsklimat har FoUU-enheten under året fortsatt arbetet med att bygga upp den akademiska miljö i anslutning till den regionaliserade läkarutbildningen. Under året har chefen för FoUU erhållit en adjungerad professur vid Umeå Universitet. Den långsiktiga satsning som landstinget målmedvetet gjort under de senaste åren har under 2014 gett god utdelning. Under året har tre medarbetare inom landstinget disputerat, 2 läkare och en sjuksköterska. Alla tre medarbetare har helt, eller delvis finansierats av landstingets FoU-medel under deras forskarutbildning. Den vetenskapliga produktion i form av publicerade vetenskapliga artiklar av forskare aktiva inom Jämtlands läns landsting har ökat från 35 publicerade artiklar 2013 till minst 60 publikationer 2014. Det motsvarar en ökning på drygt 70 procent.

Kliniskt forskningscentrum

Under 2014 har ombyggnationer i Östersunds sjukhus möjliggjort att ett kliniskt forskningscentrum (KFC) har inrättats. Dessa lokaler ska avlasta ordinarie mottagningsverksamhet då forskningspatienter kan tas emot vid KFC istället för vid ordinarie mottagning. Inrättandet av ett KFC i Östersund är också led i den förbättrade forskningsmiljö som Forum Norr (tidigare kallad Klinisk Behandlingsforskning i Norrland) möjliggör. Forum Norr är en samarbetsstruktur med Clinical Trial Unit och KFC vid Norrlands universitetssjukhus som nav och de tre länssjukhusen i Luleå, Sundsvall och Östersund som noder i ett kliniskt forskningsnätverk. Varje nod ska innehålla ett kliniskt forskningscenter (KFC) bestående av en forskningsmottagning och ett forskningslabb. Även om KFC i Östersund inte var operativ under 2014 rekryterades en disputerad forskningssjuksköterska till denna miljö.

Lean arbetet under året

Därför jobbar vi med Lean

Landstinget har under flera år arbetat med olika metoder för att lösa det allt större behovet av vård samtidigt som de ekonomiska resurserna blivit allt mindre. År 2013 beslutade landstinget att börja arbeta enligt Lean-filosofin för att långsiktigt stabilisera och förbättra organisationen. Målet är bland annat att korta patientens väg genom vården, höja kvalitén och att på lång sikt bidra till en bättre ekonomi.

För att visualisera Leanarbetet har ett leanhus tagits fram. Precis som vid ett husbygge kan taket inte läggas innan grunden och väggarna är på plats. Taket är vår vision - bäst hälsa utan väntan. Oavsett var i organisationen vi arbetare bor vi alla i samma hus och strävar mot samma mål.

Under året har en rad aktiviteter genomförts för att alla medarbetare ska introduceras i Lean och kunna komma igång med förbättringsarbetet ute i verksamheten.

Utbildning

- *Chefer och läkare med medicinska ledningsuppdrag, MLU.*
  De flesta har genomgått den utbildning som erbjudits vid Mittuniversitetet. För nya chefer kommer en intern utbildning att starta i januari 2015, då med ett större fokus på den egna verksamheten.
- Leancoach utbildning – 20 stycken leancoacher har utbildats vid Mittuniversitetet och ska fungera som stöd till cheferna. Coacherna ska arbeta 20 procent av sin arbetstid med förbättringsarbeten.
- *Leanspel* - Internutbildning i grunderna till Lean-filosofin har getts till medarbetare och förtroendevalda. Under 2014 har det genomförts 126 spel inklusive teori med totalt 1 200 medarbetare.

Inspirationsföreläsningar

Paul Jarvis – Besökte akutmottagningen för att bidra till inspiration och tankar kring patientflödet. Därefter gav han 2 föreläsningar i hörsalen för medarbetare från hela landstinget.
Magnus Lord - gav 2013 två föreläsningar varav en filmades. Det filmade materialet finns att se för alla medarbetare och det har använts på arbetsplatsträffar under 2014.

Målstyrningstavlor och daglig styrning

Totalt har 48 målstyrningstavlor beställts av verksamheterna. Många verksamheter använder också redan befintliga white board tavlor i sitt arbete med daglig styrning, så kallade pulsmöten. Exempel på uppföljningar som görs vid mötet kan vara remissinflöden, väntelistor och besöksstatistik.

Lean frödagen

Leanfrödagen 4 november lockade över 270 medarbetare som bjöds på goda exempel på hur Lean redan har gjort skillnad i verksamheten. De nyutbildade leancoacherna presenterade verktyg och metoder som är anpassade för vårt landsting. Fortsättningsvis planeras två leanfrödagar per år

Leanfrukost

Under året har tre frukostmöten anordnats för chefer för utbildning, goda exempel, inspiration och närverkande. Ett 50 tal chefer har medverkat vid varje tillfälle.

Genomförda och pågående förbättringsarbeten i verksamheterna

Det har hänt mycket under 2014 när det gäller förbättringsarbeten ute i verksamheterna. Här följer några exempel:

- *Område barn och ungdomsmedicin:* På barnmottagningen har de börjat med SMS kallelser till mottagningsbesök med syfte att minska de uteblivna besöken.
- *Område Psykiatri:* Avdelning 4B har genomfört en metaanalys och utifrån detta påbörjat flera förbättringsarbeten såsom förbättrad rapportering enligt S-BAR. Efter detta har kort i fickformat beställts till alla medarbetare och instruktioner satts upp vid varje arbetsplats. Ledningen vid området har optimerat sin mötesstruktur för att frigöra mera tid för cheferna för operativ styrning.
- *Område kvinna:* Verksamheten har arbetat för att förbättra tillgängligheten till första besök och därmed minska de köer som har vuxit. Arbete har påbörjats med att produktionsplanera mottagningsverksamhet och behandling.
- *Område barn och unga vuxna*: Samordning och integrering av Neuropsykiatrisk utredning och behandling . Det har lett till skapande av en neuropsykiatrisk enhet. Målet är samutnyttja psykiatrisk utbildning till patienterna, gruppbehandling av olika psykiatriska tillstånd och bredare funktionsutredning på mer adekvat selekterad grupp.
- *Område akutvård*: Akutavdelningen har gjort en översyn av flöden och lokaler liksom förändringar av vem som utför arbetsuppgifterna. Till exempel att sjuksköterskor skriver röntgenremisser, tittat över förråd och påfyllningsrutiner och akutrummets utformning.
- *Område kirurgi, ögon och öron*: Ett projektet för att förbättra det colorectala flödet pågår. Detta innebär också att det blir ett större fokus på ökad följsamhet till ERAS (enhanced recovery after surgery). Inom området har nyutexaminerade specialistsjuksköterskor infört patientbundna informationstavlor vid varje säng för att förbättra informationen till patienten.
- *Medicinska specialiteter*: Arbete med gränssnittsdokument som minskar avdelningsbyten för patienterna har genomförts.
- *Primärvården*: Vid två särskilda boenden, SÄBO, har en test gjorts med att placera ut analysutrustning för analys av CRP, även kallad snabbsänka, direkt på boendet. Detta innebär en tidsbesparing för personal vid boende och hälsocentralen och inte minst förbättrad och snabbare vård för patienten.
- *Produktions- och kapacitetsplanering*: Många verksamheter har kommit igång med att arbeta med produktions- och kapacitetsplanering enligt en 5- stegsmodell. Grund för arbetet är att rätt patient ska få rätt vård, av rätt kvalitet, på rätt nivå, på rätt plats, vid rätt tidpunkt och till rätt kostnad.
- *Cosmic*: Under året har arbetet med att införa nytt vårdsystem lett till att varje verksamhet har sett över sina flöden och rutiner och förändringar har gjorts.

Miljöarbetet

Då landstingets verksamheter har en relativt stor miljöpåverkan i så har landstinget sedan 2004-2005 integrerat miljöarbetet i ett miljöledningssystem.

Miljöledningssystemet, som är uppbyggt utifrån den internationella standarden ISO 14 001 och EU-förordningen EMAS, är integrerat i det gemensamma ledningssystemet och gäller för alla verksamheter i landstinget. Under maj 2014 genomfördes en extern revision av miljöledningssystemet. Vid revisionen noterades 4 avvikelser om nedbrytning av mål och resursplanering för att genomföra mål, bristande identifiering av kompetensbehov, internrevisioner samt hantering av avvikelser. Landstinget har redovisat planerade åtgärder utifrån avvikelserna som revisorerna har godkänt.

Landstingsövergripande handlingsplan för miljö

Landstinget har 7 övergripande miljömål för 2014 som handlar om minskade avfallsmängder, minskning av kopieringspapper, minskad energianvändning, inköp av ekologiska och socialt-etiskt märkta livsmedel samt upphandling av ett kemikaliehanteringssystem.

Totala avfallsmängden minskar, men det farliga avfallet ökar

För 2013 nåddes målet om en minskning med 2 procent. För 2014 fick vi istället en ökning med 7 procent jämfört med 2011. Mängden farligt avfall har ökat markant de senaste åren, +61 procent, främst beroende på en stor ökning av oljehaltigt slam (pga av tätare tömningsintervall) samt läkemedelsavfall. Mängden kopieringspapper har minskat från 42,6 ton 2011 till 28 ton 2014. Elektronikskrot har tidigare inte mätts och med en flytt av arkivet rensades stora mängder papperssekretess bort. Men även om vi räknar bort de mängderna skulle vi ändå se en ökning av totala avfallet med 3 procent (24 ton). Avfall till deponi minskar, i övrigt ser vi en ökning av komposterbart, brännbart, källsorterat och farligt avfall.

Ekologiskt och socialt/etiskt märkta livsmedel

Det är en svår balansgång att arbeta med målet för ekologiska livsmedel utifrån det ekonomiska läget då ekologiska varor är ca 30-80 procent dyrare än andra livsmedel. Målet för 2014 är 20 procent ekologiska livsmedel och 4 procent socialt-etiskt märkta livsmedel (räknat som andel av det totala utfallet i kronor). Andelen ekologiska livsmedel för 2014 är 21,9 procent.

Andelen socialt/etiskt märkta livsmedel uppgick till 7,4 procent för landstinget totalt och 5,23 procent för kostenheten. Under 2014 beslutades att landstingsanställda erbjuds gratis kaffe. De som tidigare ombesörjt kaffeinköpen själva köper nu via landstinget centralt vilket fått resultatet att landstingets inköp av kaffe 2014 ökat med 85 procent jämfört med 2013, vilket i sig lyfter resultatet för både ekologiska och socialt-etiskt märkta livsmedel.

Tjänsteresor och transporter

Målet om att minska koldioxidutsläppen från tjänsteresor och transporter nåddes för 2013 med god marginal. För 2014 når vi dock inte målet om en minskning av utsläppen med 10 procent då minskningen stannade på -7,4 procent. Vi har rest mer räknat i antal mil och vi orsakar betydligt större koldioxidutsläpp med våra resor.

Utsläppen av koldioxid beror också på vilket flyg man väljer. En enkel flygresa till Stockholm kan skilja sig 37 kg i koldioxidutsläpp beroende på flygbolag. Trenden att vi reser mer med flyg fortsätter även om tågresandet också ökar. Vi gör sämre val av transportsätt ur miljöperspektiv när vi reser då koldioxidutsläppen per rest mil 2010 var 1,5 kg/mil, men 2014 är motsvarande siffra 1,72 kg/mil.

År	mil	kg Co2	Co2 / mil
2010	1 009 147	1 553 609	1,50
2011	858 774	1 603 335	1,64
2012	835 055	1 393 595	1,72
2013	800 579	1 345 416	1,68
2014	836 849	1 438 904	1,72

Energianvändning

Landstinget arbetar intensivt med energifrågorna, bland annat genom informationsinsatser och energieffektiviseringsåtgärder.
En stor utmaning är att hantera teknikinförande på ett klokt sätt även ur energisynpunkt, så att energieffektiva alternativ av utrustning kan väljas. Målvärde för energiförbrukning en år 2014 är 212,2 kWh/m2. Årsförbrukningen blev 212,65 kWh/m2. Målet för 2013 om en minskning med 4 procent jämfört med 2009 nåddes inte, räknat i kWh/m2, delvis på grund av att vi avyttrat energieffektiva fastigheter. Arbetet med energieffektiviseringar har ändå hämtat igen det mesta så vi för 2014 når i det närmaste ända fram. Den 1 november övertog landstinget ägandet av det vindkraftverk som uppförts för landstingets räkning. Vindkraftverket kommer att producera c:a 30 procent av Regionen Jämtland Härjedalens elförbrukning.

Kemikalier

Landstinget har inte haft någon samlad bild över kemikalieanvändningen. Det är därför svårt att arbeta förebyggande med substitution och utfasning av farliga ämnen. Ett kemikaliehanteringssystem har under året upphandlats vilket bland annat kommer att underlätta hanteringen av säkerhetsdatablad och andra lagkrav och ge en samlad bild över våra kemikaliska produkter. Utbildning och implementeringer sker våren 2015.

Inför regionbildningen 2015

För att samordna och stärka det regionala tillväxtarbetet ansökte Jämtlands läns landsting i juni 2013 om att få överta det regionala utvecklingsansvaret från och med den 1 januari 2015 och därmed också att få bilda en region 2015-01-01.

Riksdagen beslutade 2014-05-27 att bevilja landstingets ansökan. Socialdepartementet beslutade 2014-06-05 att ge länsstyrelsen i Jämtlands län uppdrag att överföra uppgifter rörande regionalt utvecklingsansvar till Jämtlands läns landsting.

Med dessa nationella beslut klara enades styrgruppen för regionbildningen i augusti att rekommendera länets kommuner och landstinget att likvidera Regionförbundet Jämtlands län och att verksamheterna överförs till Jämtlands läns landsting fr o m 2015-01-01, med undantag av familjerådgivningen som överförs till Östersunds kommun.

Följande beslut fattats när det gäller regionbildningen:

- Jämtlands läns landsting byter namn till Region Jämtlands Härjedalen.
- Ny politisk organisation i Region Jämtland Härjedalen
- Bildande av ”Regionens samverkansorgan” för fortsatt nära samarbete med kommunerna
- Planering och kostnader för varumärkesarbete under 2014-2015
- Regionen ska vara regional kollektivtrafikmyndighet
- Skatteväxling på 35 öre för övertagande av ansvaret för kollektivtrafiken
- Rekommendation om att kommunerna ska ansvara för Familjerådgivningen
- Kommunernas uppdrar till Region Jämtland Härjedalen att hantera mellankommunalt stöd inkl finansiering via ett samarbetsavtal
- Likvidation av regionförbundet av regionförbundet Jämtlands län
- Hantering av överskott i regionförbundet Jämtlands län
- Överlåtelseavtal gällande överföring av verksamheten och personalen från regionförbundet till Region Jämtland Härjedalen godkänns
- Förhandlingar om verksamhetsövergång för personal inom företagsstöd från Länsstyrelsen och överenskommelse om överföring av näringslivs¬verksamhet och personal från länsstyrelsen till regionen
- Samt många nya rutiner, arbetssätt har arbetats fram inom ekonomi, personal, IT, kommunikation, ärendehantering mm

Korta kommentarer från verksamheten

Centrum för barn, kvinna och psykiatri:

- Centrumet är igång med förbättringsarbeten enligt Lean-filosofi på alla nivåer.
- Viktiga åtgärder har vidtagits för att öka patientsäkerheten.
- Sjukfrånvaron sjönk 2014 från 8,2 procent ner till 7,2 procent.
- Produktionen vid centrumets fyra områden har totalt ökat.
- Av 24 mål klaras 11 mål, medan 4 mål är nästan uppfyllda, och 9 inte uppfyllda.

Centrum för opererande verksamhet

- Ett ökat inflöde på akuten försvårar målsättningen att 80 procent av patienterna ska handläggas inom 4 timmar
- Det finns problem med tillgängligheten till besök och behandling.
- Sjukvårdande behandlingar har ökat med 5,8 procent.
- Antal vårddagar och inskrivna patienter har minskat.
- Jämförelsevis låg sjukfrånvaron som sjönk marginellt under året, från 5,9 ner till 5,8procent.
- Flera förbättringsarbeten enligt lean pågår i verksamheterna.
- Öppna jämförelser visar att kvaliteten på ortopedisk sjukvård är fortsatt god
- Av centrumet totalt 28 mål är 13 uppfyllda, 7 nästan uppfyllda och 8 ej uppfyllda.

Centrum för medicinska specialiteter:

- Stabil produktion när det gäller läkarbesök.
- Remisser till riks- och regionvård fortsätter att öka.
- Uppnår målen för återinskrivningar och tillgänglighet.
- Kvalitetsmåtten för stroke når målvärde när det gäller ADL-oberoende efter 3 månader.
- Andel patienter med vårdrelaterade infektioner har ökat något.
- I daglig styrning sker uppföljning av att alla patienter får ett skriftligt utskrivningsmeddelande.
- En jämförelsevis hög total sjukfrånvaro på 8,2 procent som var i princip densamma föregående år.
- Rekryteringsläget när det gäller sjuksköterskor i slutenvård är problematiskt.
- Totalt 24 mål varav 13 är uppfyllda, 5 nästan uppfyllda och 6 ej uppfyllda.

Centrum för primärvård:

- Ett mycket ansträngt år med ökad vakans av läkare vilket inneburit höga kostnader för bemanningsföretag.
- Hälsocentraler och enheter har genomfört 585 000 besök.
- Enheterna har under året genomfört ett flertal LEAN-arbeten
- Antibiotikaförskrivningen i länet är fortfarande en av de lägsta i Sverige
- Ttillgänglighet är fortfarande på för låg nivå.
- Ungdomsmottagningen har utökat sin verksamhet i Härjedalen
- BOA skolan - (Bättre Omhändertagande av Artros) har gett mycket gott utfall och Jämtland har redovisats som i särklass ”bäst i klassen” på nationell nivå.
- God måluppfyllnad med många resultat som är i topp på nationell nivå.
- Sjukfrånvaron har ökat med 0,5 procent sen föregående år till 6,1 procent.
- Intäkter har ökat både för utomläns intäkter och ersättning för vård av flyktingar.

Centrum för folktandvård:

- Året har präglats av arbetet med framtida struktur.
- Det ökade flyktingmottagandet märks tydligt på klinikerna.
- Rekryteringsläget beträffande allmäntandläkare har förbättrats.
- Folktandvården i Jämtland är anslutet till det nationella kvalitetsregistret för karies och parodontit.
- Den totala sjukfrånvaro 5,9 procent ligger på samma nivå som 2013.
- Andelen kariesfria 4-åringar har minskat medan andelen kariesfria 19-åringar har ökat
- Antalet vuxna patienter har minskat med en procentenhet
- Långa väntetider till vissa behandlingar på specialisttandvården.

Centrum för diagnostik, teknik och service:

- Ökning av remisser och prover har gett långa väntetider för röntgen och vissa undersökningar inom klinisk fysiologi och klinisk neurofysiologi.
- För att klara den ökande produktionsvolymen har bemanningsföretag anlitats och planerade kvällspass har genomförts, trots detta har väntetiderna ökat.
- Patientsäkerheten har varit god med få allvarliga avvikelser.
- Sjukfrånvaron sjönk 2014 från 8,6 procent ner till 7,9 procent.
- Vårdnära servicetjänster har införts under året för att höja kvalitén för patienten, förbättra logistiken och frigöra tid för vårdpersonal. Tjänsterna består av förrådshantering och kosthantering på vårdavdelningar, patientnära städning samt patienttransporter.
- Sommarens värme och åskväder med tillhörande skyfall har ställt till bekymmer på sjukhuset i form av för hög innetemperatur, återkommande korta strömavbrott och översvämningar i kulvert. Ny kylanläggning installeras därför nästa sommar.
- Måluppfyllelsen är generellt god med undantag av sjukskrivningstalen och väntetider.

MEDARBETARE

Medarbetare

Antal anställda

Antalet anställda uppgick den 31 december 2014 till 3 819 personer. Av dessa är 78 procent kvinnor och 22 procent män. Förändringen mot föregående år är 78 fler anställda, varav 51 kvinnor och 27 män.

Antal månadsavlönade	2012	2013	2014
Totalt antal anställda	3 679	3 741	3 819
- varav kvinnor	2 885	2 932	2 983
- varav män	794	809	836

Antalet deltidsanställda är 438 personer och det är en minskning med 148 personer jämfört med föregående år. När ”Heltid är en rättighet och deltid en möjlighet” infördes på ett strukturerat sätt under året så har det i stor utsträckning bidragit till minskningen.

Av de som har deltidsanställning återfinns ett antal med varaktig sjukersättning och särskild ålderspension. Utifrån dagens systemstöd är det inte möjligt att ange hur många det är. Vid en manuell uppföljning 2012 bestod denna grupp av 178 personer.

Av de deltidsanställda är 89 procent kvinnor och 11 procent män.

Medelåldern för en anställd är 46,7 år. Det är i princip lika mellan könen, kvinnor 46,7 år och männen 46,8 år.

Utförd tid

Att följa utvecklingen av utförd tid är ett sätt att se hur verksamheten utvecklas och följa eventuell förskjutning i kompetens.

Den utförda tiden omräknat till årsarbetare innebär en ökning med 80 årsarbetare jämfört med föregående år. Sett till de stora grupperna inom hälso- och sjukvård så har utförda tiden för sjuksköterskor och undersköterskor ökat med tillsammans 45 årsarbetare. Utförda tiden för läkare har ökat med 14 årsarbetare. Trots ökning av utförda tiden vad gäller sjuksköterskor så rapporterar verksamheterna fortsatt brist på sjuksköterskor framför allt inom områdena psykiatri, kirurgi, ögon, öron samt medicin.

För att lösa sjuksköterskesituationen har verksamheterna anställt fler undersköterskor. Dessutom infördes Vårdnära service motsvarande 14,5 årsarbetare inför sommaren 2014 för att avlasta hälso- och sjukvårdspersonal.
Bemanningsföretag vad gäller sjuksköterskor har anlitats för att klara den kontinuerliga verksamheten inom centrum medicin.

Skäl som anges vad gäller ökningen av utförd tid är främst ökad produktion, vårdkrävande patienter, fler inskolningar av nya medarbetare samt införande av vårdsystemet Cosmic istället för VAS.

Bemanningsföretag

Skäl till att anlita bemanningsföretag är att klara den medicinska säkerheten vid vakanta befattningar samt att upprätthålla tillgängligheten.

Kostnader bemanningsföretag			
Miljoner kronor	2012	2013	2014
Arvodesanställda	10,3	14,7	10,8
Bemanningsföretag	57,1	56,7	73,2
Internstafetter	--	--	1,5
Totalt	67,4	71,4	85,5

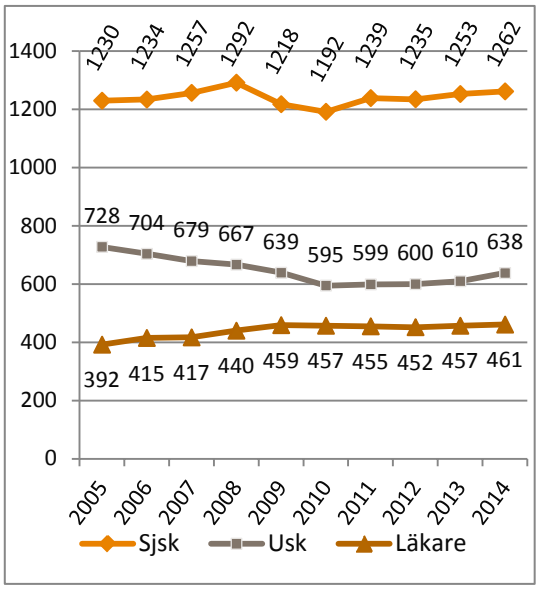
Kostnaden för läkare anlitade via bemanningsföretag och arvodesanställningar har ökat med 14,1 miljoner kronor jämfört föregående år.

De centrum som anlitat mest bemanningsföretag är Centrum för primärvård som har en kostnad på 41,3 miljoner , vilket är 56 procent av den totala kostnaden, Därefter följer Centrum barn, kvinna och Psykiatri med 16,3 miljoner, 22 procent.

Anlitande av bemanningsföretag när det gäller sjuksköterskor ökar också. Under året är kostnaden 6,7 miljoner kronor, för år 2013 var kostnaden 3,9 miljoner kronor. Skäl till det är att man inte kunnat rekrytera eller plötslig frånvaro som måste täckas. Centrum för medicinska specialiteter står för 68 procent och primärvården för 25 procent av kostnaden.

Kompetensstruktur inom hälso- och sjukvården

Samtliga yrkesgrupper ökar antalsmässigt. Utförda tiden visar på samma sak. Trots ökning av sjuksköterskor så har vissa verksamheterna fortsatt behov /brist. Det i sin tur beror på att det inte finns tillräckligt många sjuksköterskor att rekrytera. Ett sätt att klara vakanssituationen har varit att rekrytera fler undersköterskor. I diagrammet nedan ses utvecklingen av yrkesgrupperna sjuksköterskor (sjsk), undersköterskor (usk) samt läkare över de senaste 10 åren.



Arbetsmiljö

Utifrån Jämtlands läns landstings mål att vara en attraktiv arbetsgivare strävar vi ständigt efter att utveckla och förbättra vår arbetsmiljö och två gånger per år genomförs arbetsmiljöenkäten. Den är en del i det systematiska arbetsmiljöarbetet för att följa upp att en tillfredställande arbetsmiljö uppnås och förebygga ohälsa. Syftet är att enkäten ska vara till grund till dialog på arbetsplatsträffar kring arbetsmiljön. Resultatskalan går från 6 till 1, ju högre resultat desto bättre. Målvärdet för 2014 var att uppnå mins 4,0. Utfallet för vårmätningen var 4,57 och för höstmätningen 4,55.

Enligt enkätsvaren är landstingets styrkor att medarbetarna känner sig engagerade i sitt arbete och att arbetet känns meningsfullt. Medarbetarna vet även vilka befogenheter och ansvar man har.

Förbättringsområden som finns är att medarbetarna upplever att de inte kan påverka hur arbetet organiseras, medarbetarna upplever att man inte får feedback och konstruktiv kritik av sin närmaste chef. Upplevelsen är även att man inte har väl fungerande rutiner och arbetsfördelning på arbetsplatsen.

Centrumens arbetsmiljö
Flera signaler har kommit att arbetsmiljön varit stressig under året på grund av underbemanning och ökad arbetsbörda, inte minst då flera nya arbetsuppgifter tillkommit. Andra exempel på arbetsmiljöfaktorer är lokalbehovet som är ständigt närvarande och att omflyttningar upplevs pågå ständigt i större eller mindre omfattning.

Vårdavdelningarna har under året haft en mycket hög upplevd arbetsbelastning vilket visat sig i flera avvikelser samt att arbetssituationen har varit upp flertalet gånger som ärende på områdeskommittéerna. Svårigheter att rekrytera sjuksköterskor till slutenvården har lett till en pressad arbetssituation. Bemanningssituationen har inneburit ett ökat behov av sjuksköterskor från bemanningsföretag. Detta för att försöka minska bristen och säkerställa återhämtningen hos våra medarbetare. Flera avvikelser har visat på behov av ökad grundbemanning natt och helg. Patienttrycket har ökat med ett högt akutflöde. Antalet öppna vårdplatser har dock varierat under året bland annat på grund av sjuksköterskebristen.
Undersköterskekompetens har tillsatts på vakanta sjuksköterskeetjänster. Centrumen uppger även att en ökad personalomsättning har medfört ökad belastning för de erfarna medarbetarna. Många medarbetare upplever att återhämtningstiden är allför kort. Planeringen inför Cosmics införande har tagit tid och kraft från verksamheten. Arbetsmiljön har påverkats negativt på de enheter där schemadiskussioner och förhandlingar har skett med vårdförbundet gällande arbetstidsmodell och tvättstuga kontra fasta scheman. Det är en ständig balansgång mellan att inte slita för mycket på ordinarie personal och samtidigt kunna hålla alla vårdplatser öppna. Införandet av vårdnära service upplevs mycket positivt.

Sommarens hetta har varit svår med alltför varma lokaler vilket påverkade både patienter och medarbetare. En arbetsgrupp är tillsatt utifrån årets värmebölja för att arbeta förebyggande inför nästa sommar. En oro har också funnits med anledning av de radonmätningar som gjorts i Hus 3. Åtgärder är vidtagna för att ligga under gränsvärdena.

Tre semesterperioder upplevs negativt ur socialt perspektiv däremot positivt ur arbetsmiljö hänseende. Ett centrum har infört rotation mellan tre enheter för att få en jämnare arbetsbelastning och bättre arbetsmiljö.

Flera enheter har genomfört planeringsdagar med delvis eller hel inriktning med föreläsningar, workshops och övningar i syfte att förbättra arbetsmiljön. Företagshälsovården har anlitats för den fysiska och psykosociala arbetsmiljön på både individ- och gruppnivå. Insatser som gjorts är bland annat arbetsplatsgenomgångar av ergonom, härdplatsundersökningar, hälsofrämjande insatser, avlastande samtal och grupputveckling för att förbättra arbetsmiljön.

Företagshälsovården

Landstingshälsan har den 31 augusti 2014 upphört som verksamhet. Från den 1 september gick landstinget över till externt upphandlad företagshälsovård, Previa.

Hela 2014 har avvecklingsarbetet varit ständigt pågående med allt ifrån avveckling av personal, säkring av bemanning med korttids anställda konsulter, uppsägning av avtal , information och försök att förklara anledningen till avveckling för både patienter och chefer. Ett intensivt arbete med att bedöma och överlämna pågående ärenden till Previa genomfördes i under sommaren.

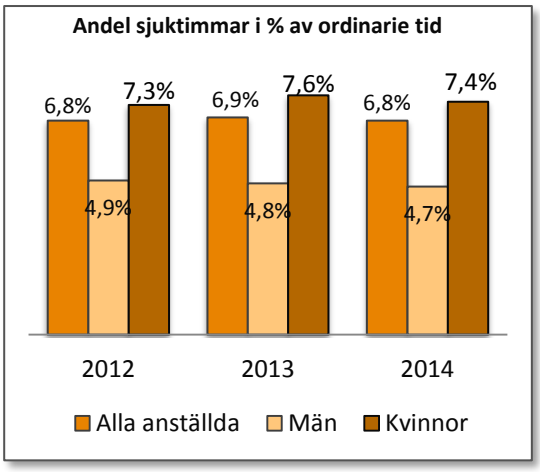
Sjukfrånvaro

Landstingets mål är att sjukfrånvaron ska sänkas. Målet för kvinnorna är 6,0 procent och för männen 4,5 procent. Sjukfrånvaron minskar marginellt under 2014 och glädjande är att en liten minskning skett på i stort sett alla centrum.

Skillnaden mellan könen har minskat något, både kvinnorna och männen minskar sin sjukfrånvaro men kvinnorna minskar mer.

Trenden under året var att sjukfrånvaron ökade under våren framförallt under mars och april. En ökning i förhållande till året innan som härleds till en ovanligt långdragen influensa /förkylningsperiod samt magsjuka i april. Trenden med ökning vände dock under sommaren och minskade sedan året ut.

Enligt Försäkringskassans statistik så ökade sjukpenningtalet i en något snabbare takt under 2014 jämfört med 2013 i riket som helhet, vilket inte motsvara den trend vi ser inom Jämtlands läns landsting där sjukfrånvaron sjunkit. En minskning av sjuktalen kan bero på ett fokus på långa sjukfall med rehabilitering, intensifiering av rehabilitering, tidigare rehabilitering, lyckade omplaceringar, en del sjukersättningar samt återgång i arbete. Förebyggande aktiviteter med bemötande och delaktighet lyfts också som insatser för att minska sjukfrånvaron. Även arbetet med en arbetsmiljöenkät som införts där dialogen kring friskfaktorer och ett mer förebyggande tankesätt bör ha en bidragande effekt på sjukfrånvaron då det blir mer fokus på hälsa istället för ohälsa.



Sjukfrånvaron består till största delen av psykiska sjukdomar följt av sjukdomar i muskuloskeletala systemet. Under tre år har det inte skett någon större förändring i fördelningen procentuellt sinsemellan diagnoserna däremot syns en minskning av antal muskelrelaterade sjukdomar och en ökning av de psykiska åkommorna.
Orsaker till sjukfrånvaron som uppges i centrumens bokslut är fysiska och psykiska åkommor, olycksfall, planerade operationer, infektioner och magsjuka. Den arbetsrelaterade delen som beskrivs i boksluten kopplas till stressrelaterade sjukdomar ex. i samband med hög arbetsbelastning, organisationsförändringar och stor andel vakanser. Generellt kan man säga att arbetet inte så ofta är enda orsaken till en sjukdom.

Sjukfrånvaro januari - augusti	2012	2013	2014
Sjukfrånvaro i % av ordinarie avtalad arbetstid	6,8 %	6,9 %	6,8 %
Total sjuk-frånvaro, timmar	442 782 tim	456 498 tim	457 291 tim
Motsvarar antal årsarbetare	252 st	259 st	260 st
Total sjuklöne-kostnad exkl. sociala avgifter	18,3 mkr	21,5 mkr	22,2 mkr

Jämställdhet och mångfald

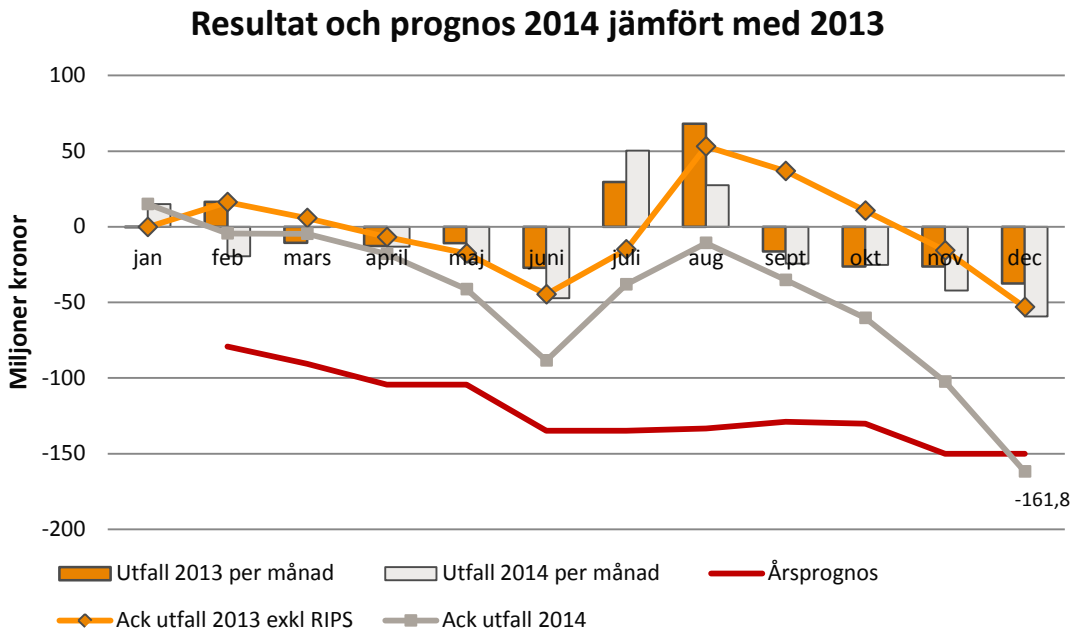
En landstingsövergripande handlingsplan för jämställd och jämlik verksamhet är framtagen i syfte att säkerställa ett strategiskt, långsiktigt arbete med att realisera den jämställda och jämlika verksamheten, både ur ett medborgarperspektiv och ett medarbetarperspektiv.

Centrumen uppger att de har en generös syn på icke lagstadgad tjänstledigheter och försöker anpassa arbetet i den mån det går till medarbetarens privata situation. Även möten och träffar anpassas i möjligaste mån utifrån enskilda behov och önskemål. Detta underlättar för medarbetarna att förena yrkesliv med privatliv och samhällsliv. Även flextid, arbetstidsmodell och tvättstugescheman underlättar för medarbetarna att kunna att påverka sina scheman. Svårigheter finns dock ibland att kunna kombinera obekväm arbetstid med familjeliv vilket inneburit att medarbetare har sökt nytt arbete. Inget centrum uppger att det har funnits behov av att genomföra åtgärder för att arbetsförhållandena ska lämpa sig för medarbetare utifrån kön, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning

Inget centrum har uppgett att det kommit till kännedom förekomst av trakasserier eller diskriminering som har samband med kön, könsöverskridande identitet/uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionshinder, sexuell läggning eller ålder men frågan tas upp under medarbetarsamtalet. Men i enkäten om upplevd diskriminering bland underläkare som gjordes under hösten framkom diskriminering. Enkäten visar på att 33 procent av de 108 AT- och ST-läkare som svarade på enkäten har upplevt sig diskriminerade under sin anställning inom landstinget. Kön och ålder var de vanligaste faktorerna man angav som grund till den upplevda diskrimineringen. Arbete pågår med att redovisa resultatet och ta fram handlingsplan.

Värdegrundsdiskussioner och utbildning för medarbetarna i landstingets styrdokument avseende jämställdhet, jämlikhet, trakasserier och kränkande särbehandling har genomförts under året inom några enheter. Några enheter har som ett led i ett förebyggande arbete mot diskriminering genomfört eller är på gång att använda sig av den så kallade Växthusmetoden. Den är ett stöd för de som vill utveckla arbetsmiljön med utgångspunkt från diskrimineringslagstiftningen och är ett enkelt karläggningsverktyg för att komma igång. Även spelet ”Gemogram” används vilket innebär att ”böta” med ett gem varje gång man tänker eller uttalar något diskriminerande utifrån jämställdhet mellan män och kvinnor. Syftet är att öka medvetenheten. Det finns en vilja och medvetenhet om vikten av att rekrytera underrepresenterat kön när tillfälle ges för att sträva efter en jämnare könsfördelning på enheterna.

EKONOMI



Ekonomiskt resultat

Jämtlands läns landstings resultat år 2014 är minus 161,8 miljoner kronor. En ingående ekonomisk obalans samt ökade kostnader för personal, bemanningsföretag och riks- och regionvård är de huvudsakliga orsakerna till underskottet.

Verksamheten redovisar ett underskott på – 183 miljoner kronor och finansieringen ett överskott på 21 mkr.

Fullmäktiges resultatkrav för året var + 10,8 miljoner kronor vilket ger en budgetavvikelse med – 172,6 miljoner kronor.

De finansiella förutsättningarna har förändrats positivt under året. Skatteintäkter och generella statsbidrag blev 5,9 miljoner kronor högre än budget. Orsaken är mer positiva prognoser över hur skatteunderlaget 2014 kommer att utvecklas. Finansnettot blev 5,4 miljoner bättre än budget, främst beroende på lägre finansiella kostnader för pensioner samt en återföring av ett kapitaltillskott.

Omvärldsanalys

Den ekonomiska utvecklingen i omvärlden påverkar landstingets finansiering i form av skatteunderlag och statsbidrag och får därmed ett inflytande på hur stor verksamhet som landstinget kan bedriva.

Omvärldens ekonomier utvecklas olika. I USA har tillväxten etablerat sig på en hygglig nivå och arbetslösheten har sjunkit snabbt. Utvecklingen på andra viktiga exportmarknader har varit blandad. I Storbritannien har ekonomin utvecklats förvånansvärt starkt men i euroområdet har det ekonomiska läget försvagats under hösten. Även utvecklingen i våra nordiska grannländer har varit svag.

I Sverige har tillväxten dämpats markant efter ett uppsving under andra halvåret 2013. Trots det fortsätter sysselsättning och arbetade timmar öka i god takt. Det innebär att produktiviteten utvecklas mycket svagt. Trots detta ökar skatteunderlaget realt med 2 procent både 2014 och 2015. Den privata

konsumtionen utvecklades svagare än väntat under hösten.

På helårsbasis har BNP-tillväxten i Sverige ökat jämfört med 2013 då ökningen var 0,9 procent. Ökningen i kvartal 3 2014 var 2,1 procent. Exporten gick svagt och det var de svenska hushållen och den offentliga sektorn som genom sin konsumtion höll uppe BNP. Det svaga trycket i ekonomin bidrog till att konsumentprisindex (KPI) sjönk med 0,3 procent under 2014. För att stötta den ekonomiska återhämtningen och få inflationen att närma sig inflationsmålet på 2 procent, sänkte Riksbanken reporäntan, under 2014, till 0,0 procentenheter.

Trots en svag tillväxt i ekonomin 2014 ökade antalet sysselsatta samtidigt som arbetslösheten har kvarstått på ca 8 procent. Denna utveckling orsakades av att arbetskraften växte.

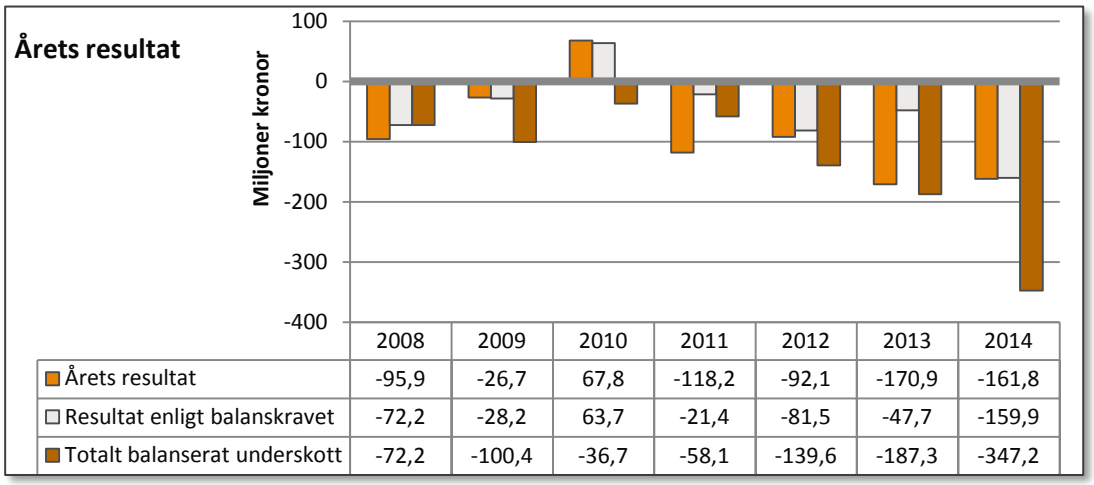
Vid sidan om förändringen av arbetade timmar och löneutveckling, är befolkningsförändringar en viktig faktor för skatteintäkternas storlek i länet. Befolkningen i Jämtlands län ökade med 304 personer 2014. Flyttnettot var positivt, vilket innebar att 457 personer fler flyttade till länet än härifrån. Däremot avled fler personer än antalet födda, vilket medförde ett födelseunderskott på 172 personer.

De befolkningsförändringar i olika åldersgrupper som med vissa uppehåll pågått ända sedan 1950-talet, fortsatte 2014. Gruppen 0-64 år minskade med 149 personer, samtidigt som gruppen över 65 år ökade med ¨453 personer.

Resultat enligt balanskravet

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

Efter år 2013 återstod enligt balanskravet totalt 187,3 miljoner kronor att återställa varav 58,1 miljoner kronor under år 2014. Beräkningen av balanskravet för år 2014 blev, -159,9 miljoner kronor. Den av fullmäktige beslutade Regionplanen för planperioden 2015-2017 kommer inte att återställa det balanserade resultatet, det anges där att god ekonomisk hushållning skall uppnås senast år 2018.

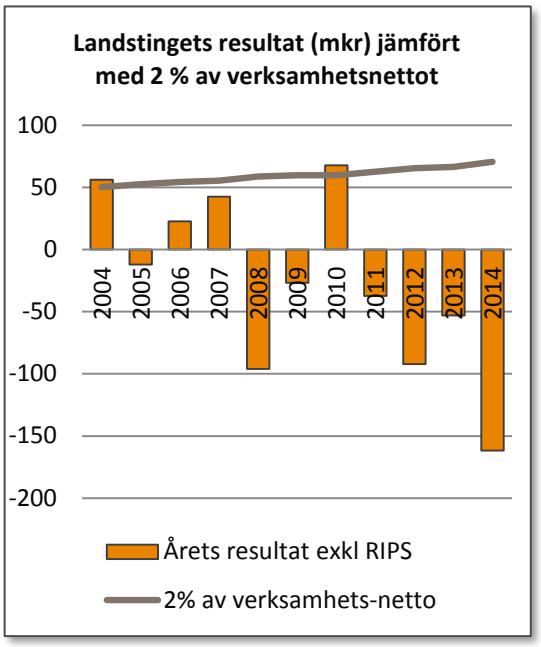


	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Årets resultat	-95,9	-26,7	67,8	-118,2	-92,1	-170,9	-161,8
Resultat enligt balanskravet	-72,2	-28,2	63,7	-21,4	-81,5	-47,7	-159,9
Totalt balanserat underskott	-72,2	-100,4	-36,7	-58,1	-139,6	-187,3	-347,2

God ekonomisk hushållning

God ekonomisk hushållning handlar om att uppnå en långsiktigt hållbar ekonomisk utveckling, som ger handlingsberedskap inför framtiden och garanterar att inte kommande generationer behöva betala för det som en tidigare generation förbrukat. För att varje generation själv ska kunna bära kostnaderna för den service som den konsumerar måste verksamheten bedrivas med överskott. Det ekonomiska resultatet behöver vara tillräckligt stort för att rymma både pensionsskuldsökningen, stigande investeringar och dessutom vara en buffert för oförutsedda kostnader och förändringar i skatteintäkterna.

För Region Jämtland Härjedalen krävs ett positivt resultat på cirka 40 miljoner kronor för en bibehållen soliditet och ytterligare 20-30 miljoner som buffert för normala svängningar i skatteintäkterna. Ett resultat på 60-70 miljoner kronor motsvarar de 2 procent av verksamhetens nettokostnader som brukar användas som tumregel för god ekonomisk hushållning. Endast två år det senaste decenniet översteg landstingets resultat två procent av verksamhetens nettokostnader.



Landstingets resultat 2014 blev minus 161,8 miljoner kronor. För att nå ett resultat som är i nivå med god ekonomisk hushållning skulle regionen behöva förbättra resultatet med ca 220 miljoner kronor. I regionplan för 2015-2017 budgeteras för ett negativt resultat som inte är i nivå med god ekonomisk hushållning.

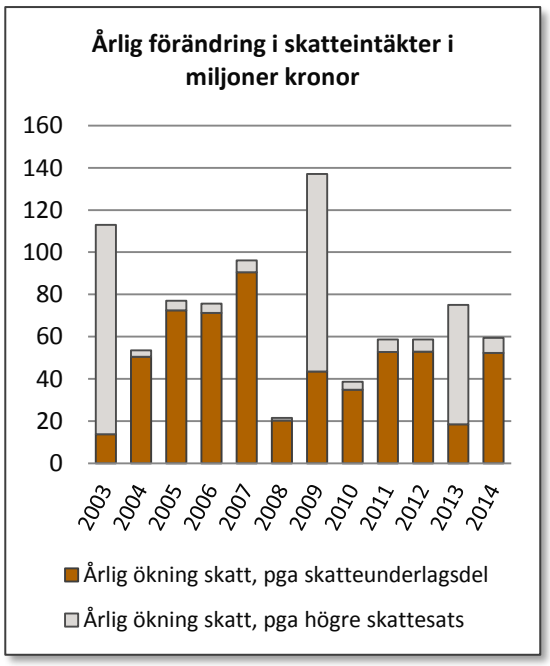
Ett grundvillkor för god ekonomisk hushållning är att intäkterna överstiger kostnaderna. Intäktsutvecklingen blir därmed avgörande för hur snabbt kostnaderna kan växa. Även när Jämtlands läns landsting har haft en låg nettokostnads-utveckling det senaste decenniet jämfört med övriga landsting, så har nettokostnaderna ökat snabbare än intäkterna. Landstinget har därför fått allt svårare att klara en god ekonomisk hushållning. Nettokostnadsutvecklingen 2014 har varit betydligt högre än under föregående år.

Landstingets viktigaste inkomstkälla är landstingsskatten. Den står för 62 procent av de totala intäkterna. Genom utdebiteringsrätten kan Landstinget besluta om hur stor andel av länsinnevånarnas förvärvsinkomster som ska gå till landstingets verksamhet. Skatteunderlaget däremot kan landstinget endast till en mindre del påverka.

Landstingets satsningar på regional utveckling syftar till att förbättra människors möjlighet att få en utkomst i länet och därmed få till en bättre utveckling av skatteunderlaget.

Inför 2013 beslutade landstingsfullmäktige om att höja skattesatsen för landstingsskatt med 25 öre till 10,85. Utan skattehöjningen skulle skatteintäkterna ha stigit med endast ca 27 miljoner kronor (+1,2 procent). Efter skattehöjningen steg de med 83 miljoner kronor (+3,5 procent).

Under perioden 2003-2013 höjdes landstingsskatten vid tre tillfällen med sammanlagt 1 krona och 30 öre. Skatteintäkterna steg med i genomsnitt 3,9 procent per år mellan 2002 och 2013. Utan skatte-höjningarna hade den genomsnittliga ökningstakten uppgått till endast 2,7 procent per, vilket skulle ha resulterat i att landstinget hade haft kostnader som översteg intäkterna med 453 miljoner kronor vid utgången av 2014, istället för de 162 miljoner kronor som nu saknas för att nå nollresultat.



Skattehöjning 2003, 60 öre
Skattehöjning 2009, 45 öre
Skattehöjning 2013, 25 öre

Näringslivsstruktur, konjunktur, inkomstutveckling och befolkningsutveckling påverkar skatteunderlagets storlek. Den minskande befolkningen i Jämtlands län under lång tid har bidragit till en svag utveckling av skatteunderlaget. Positivt är dock att befolkningen ökat både 2013 och 2014. Befolkningen i länet har också lägre inkomster än riket. Landstinget får kompensation för den lägre inkomstnivån via det statliga inkomstutjämningsbidraget, som är ett av bidragen i det kommunalekonomiska utjämningssystemet.

Detta system ska utjämna för skillnader i inkomster och kostnader mellan olika delar av landet i syfte att skapa likvärdiga förutsättningar oavsett strukturella förhållanden. Landstingen kompenseras dock inte för befolkningsminskning – den faktor som har den största negativa effekten på landstingets skatteintäkter.

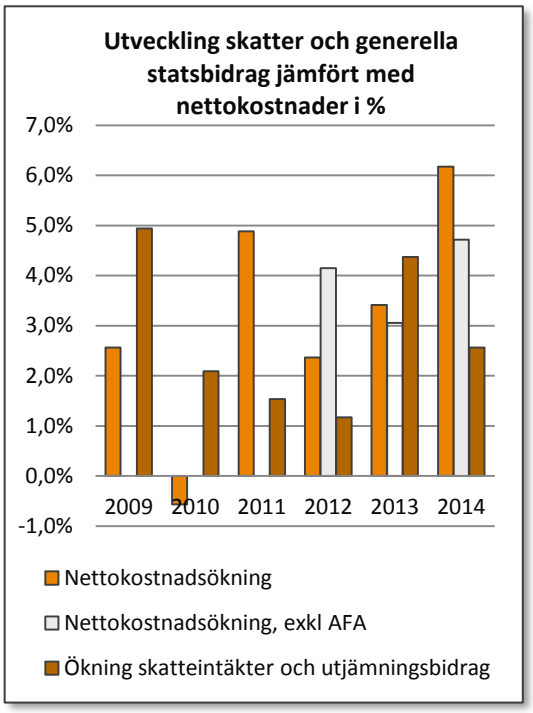
De kommunala utjämningsbidragen är landstingets näst största intäktspost och utgjorde 17 procent (exklusive läkemedelsbidraget) av totala intäkter 2014. Efter en revidering av utjämningssystemet som trädde i kraft 2013 fick landstinget en större höjning av det totala bidraget 2013 med 76 miljoner kronor. Ser man till hur utjämningsbidragen utvecklats för Jämtlands läns landsting under decenniet före 2013 låg bidragen på samma nivå 2012 som 2002, då de utgjorde 29 procent av totala intäkter. I praktiken innebär det att bidragen minskat 2002-2013 då den allmänna prisökningen under samma period var 14,4 procent.

Verksamhetens intäkter ingår i nettokostnaderna. Av landstingets totala intäkter utgör de endast 13 procent. Jämfört med de generella statsbidragen är de i något högre grad påverkbara. Bland verksamhetens intäkter finns de prestationsbaserade statsbidragen, t ex den så kallade sjukskrivningsmiljarden.

Med begränsade möjligheter att påverka inkomsterna återstår kostnadskontroll som ett verktyg för att nå en god ekonomisk hushållning. Vidare påverkar avgiftsnivån intäkternas storlek. Totalt sett är det dock inte möjligt att öka verksamhetens intäkter tillräckligt mycket för att kunna finansiera nuvarande underskott på 162 miljoner kronor och fortsatta kostnadsökningar i den takt som skett de senaste åren.

Utveckling av nettokostnader samt skatter och bidrag

I en riksjämförelse har landstingets nettokostnadsutveckling varit måttlig det senaste decenniet, men har vuxit mycket de senaste åren. Under perioden 2005-2014 växte nettokostnaderna med i snitt 3,3 procent per år och samtidigt steg skatteintäkter, kommunalt utjämningsbidrag och läkemedelsbidrag med endast 2,8 procent per år.



För år 2014 steg nettokostnaden (justerad för jämförelsestörande poster) med 4,7 procent och skatter, kommunalt utjämningsbidrag och läkemedelsbidrag steg endast med 2,6 procent vilket gjort att nivån på underskottet accelererat.
Det är framför allt några större kostnadsposter som för Jämtlands läns landsting ökat betydligt snabbare än intäkterna och därigenom bidragit till det växande gapet mellan intäkter och kostnader. Bland de kostnader som ökade särskilt snabbt perioden 2005-2014 återfinns kostnaderna för riks- och regionvård + 6,4 procent per år. Om de hade stigit i samma takt som skatteintäkter och generella statsbidrag skulle de ha varit 90 miljoner kronor lägre. Utvecklingen inom sjukvården med införande av nya dyrare behandlingsmetoder och en strävan att följa de nationella riktlinjerna är kostnadsdrivande.
Den demografiska utvecklingen, med allt fler äldre, leder också till stigande kostnader. När det gäller landstingets köp av högspecialiserad vård av Norrlands Universitetssjukhus till exempel, utgör mer än 45 procent av kostnaderna vård för personer över 65 år.

Kostnaden för pensioner återfinns, med undantag för räntekostnaden på pensionsskulden, bland verksamhetens nettokostnader. Dessa kostnader som endast till en mindre del går att påverka[1] ökade med 5,2 procent per år perioden 2005-2014. Pensionskostnadernas ökningstakt motsvarade en merkostnad på 41 miljoner jämfört med om de hade ökat i samma takt som skatteintäkter och generella statsbidrag. Bara dessa två kostnadsposter uppgår till sammanlagt över 130 miljoner kronor. Dessa extra snabba kostnadsökningar skulle ha behövt kompenseras genom kostnader som ökade långsammare än skatteintäkter och generella statsbidrag. En större kostnadsgrupp som ökat långsammare består bland annat av läkemedel. Dessa kostnader har ökat med i snitt 1,5 procent per år perioden 2005-2014, vilket innebär att de har lämnat ett utrymme på sammanlagt 40 miljoner kronor för tidigare nämnda snabbt växande kostnader under samma period.

Utöver dessa kostnadsposter har även landstingets personalkostnader ökat mer än den genomsnittliga ökningen för skatter och generella statsbidrag. Den genomsnittliga lönekostnadsökningen sedan 2010 har varit 4 procent per år. Detta innefattar både kostnadsökningar för lönerevisioner och en ökning av antalet anställda.

Om lönekostnaderna hade stigit i samma takt som skatter och generella statsbidrag hade kostnadsökningen sedan 2010 varit 90 miljoner kronor lägre.

Långsiktig utvecklingsplan för god ekonomisk hushållning 2015-2025

Region Jämtland Härjedalen behöver sänka nivån på de totala nettokostnaderna kraftigt. Samtidigt måste regionen få kontroll över ökningen av nettokostnaderna. Annars kommer den ekonomiska situationen att försämras ytterligare. Därför beslutade fullmäktige hösten 2014 om en Långsiktig plan för god ekonomisk hushållning. I planen beskrivs nio ”paket” som är föremål för större strukturåtgärder.

[1] Om antalet medarbetare minskas eller ökas följer kostnaderna för årets intjänade pension med.

Paketen omfattar:

- akut omhändertagande
- sjukresor och sjuktransporter
- vård som kan polikliniseras
- samnyttjande av lokaler och utrustning
- metoder och utbud (inklusive ny teknik)
- primärvårdsstrukturen
- folktandvårdsstrukturen
- landstingsövergripande administration
- intäkter förutom skatteintäkter.

Genomförda åtgärder inom dessa områden beräknas ge störst effekt från år 2016 och framåt. God ekonomisk hushållning och ett positivt resultat om minst 60 miljoner kronor beräknas uppnås vid utgången av år 2018.

Planen pekar också ut områden som regionen ska satsa på. Avsikten är att ge förutsättningar för kostnadskontroll, vardagsrationaliseringar och för att kunna genomföra strukturåtgärderna i de nio paketen.

Satsningarna omfattar:

- kompetensförsörjning
- förebyggande hälso- och sjukvård
- långsiktigt lean-arbete
- teknisk utveckling – distansoberoende teknik
- fastigheter som goda verktyg för framtidens hälso- och sjukvård
- samverkan för effektiva flöden och kostnadseffektiv vård

Planen anger att förändringar ska göras med beaktande av omvärldsutvecklingen avseende demografi, medicin, teknik med mera. Hänsyn ska även tas till den regionala utvecklingsstrategin (RUSen) och institutionella förändringar, t ex lagar.

Planen som har en tidshorisont fram till år 2025 kommer årligen att revideras av regionfullmäktige. Långsiktig utvecklingsplan för god ekonomisk hushållning påverkar innehållet i den regionplan för kommande tre år som fullmäktige varje år fattar beslut om.

Verksamhet (miljoner kronor)	Intäkter Landstings bidrag	Intäkter Övriga intäkter	Kostnader Använda medel	Resultat 2014	Använda medel i procent av intäkterna
Centrum för lednings och verksamhetsstöd	231,1	56,3	-279,2	8,1	97%
Motsedda utgifter	90,6	42,3	-126,4	6,5	95%
Centrum för diagnostik,teknik och service	16,1	731,0	-744,6	2,6	100%
Centrum för folktandvård	41,4	131,1	-171,1	1,5	99%
Förtroendemän	20,7	0,0	-19,9	0,9	96%
Revisionen	5,0	0,1	-5,1	0,0	100%
Patientnämnden	2,6	0,3	-3,0	0,0	101%
Centrum för barn, kvinna, psykiatri	498,9	45,0	-552,7	-8,8	102%
Landstingsövergripande verksamhet, inkl kapitering hälsoval	883,5	81,1	-979,1	-14,5	102%
Centrum för primärvård	31,3	622,4	-686,6	-32,9	105%
Centrum för opererande specialiteter	829,1	101,3	-1 003,1	-72,7	108%
Centrum för medicinska specialiteter	693,7	43,9	-811,1	-73,6	110%
Summa förvaltning	3 344,0	1 854,9	-5 381,9	**-183,1**	104%
Finansförvaltning	-3 344,1	3 378,7	-13,4	21,2	39%
Totalt Jämtlands läns landsting	**0,0**	**5 233,6**	**-5 395,3**	**-161,8**	103%

Kommentarer från verksamheten till ekonomiskt resultat 2014.

Centrum för lednings- och verksamhetsstöd

Resultatet är ett överskott med 8,1 miljoner. Överskottet är att hänföra till senareläggning av planerad IT infrastruktur och utveckling, ej nyttjade forskningsmedel, vakanshållna tjänster samt högre prestationsersättningar för statliga överenskommelser än budgeterat.
Nettokostnadsökningen är 3,1 procent jämfört med år 2013.

Motsedda kostnader

Resultat blev ett överskott på 6,5 miljoner kronor. I det Motsedda utgifter budgeteras och bokförs i huvudsak landstingets pensionskostnader samt eventuella s k motsedda utgifter som avser medel som är avsatta för kommande kostnader och som i samband med att kostnaderna uppstår fördelas ut i verksamheten. Exempel på detta är att centrumen kan begära medel för externa vårdtillfällen för riks- och regionvård som kostat över en miljon kronor. Dessutom budgeteras här årlig premie till Landstingens ömsesidiga försäkringar (LÖF).

Centrum för diagnostik, teknik och service

Resultatet är ett överskott på 2,6 miljoner kronor trots sänkta priser och införande av vårdnära service. Överskottet beror på bland annat på ökade intäkter för hjälpmedel, minskad energiåtgång samt framflyttade investeringar. Återbetalning till verksamheten har också gjorts med 5,3 miljoner kronor, vilket minskat resultat i motsvarande omfattning.

Centrum för folktandvård

Resultatet blev ett överskott på 1,5 miljoner kronor. Folktandvården har gjort en resultatförbättring på 2,4 miljoner sedan 2013. I resultatet finns 1,2 miljoner som avser en engångsintäkt från beställarenheten för utförd vård före 2014 på grund av byte av redovisningsprincip.
Såväl allmäntandvården som specialisttandvården har förbättrat sina resultat men specialisttandvården redovisar trots detta ett underskott.

Förtroendemän

Den politiska verksamheten har ett överskott på 0,9 miljoner kronor för året. Strävan har varit att hålla kostnaderna nere. En stor del av kostnaderna är partistöd och fasta arvoden. Mötesverksamheten drar de största kostnaderna och frekvensen styrs av behoven av beslut. Styrelsen har med anledning av den ekonomiska situationen behövt ha flera extra sammanträden, men då styrelsen har fasta arvoden påverkas ekonomin bara marginellt.

Centrum för barn, kvinna och psykiatri

Centrumet redovisar ett underskott på 8,8 miljoner kronor. Av underskottet är 3,5 mkr engångskostnader för återställande och anpassning av lokaler på Frösö Strand (Vuxenhabiliteringen) och för Kvinnohälsan på Köpmangatan samt för en arbetsrättslig åtgärd.

Landstingsövergripande verksamhet

Resultatet för året blev ett underskott på 14,5 miljoner kronor. Underskottet beror till största delen på höga kostnader för utomlänsvård -13,6 miljoner högre än budget samt avveckling av Landstingshälsan och det har medfört kostnader för omställningsgruppen på totalt 1,0 miljoner.

Centrum för primärvård

Resultatet blev ett underskott på -32,9 miljoner kronor vilket är 14,7 miljoner sämre än föregående år. Centrumet har haft höga kostnader för bemanningsföretag, 43 mkr (varav läkare 41,3 mkr och 1,7 mkr för distriktssköterskor.) Detta är en ökad kostnad på 12 mkr jämför med 2013. Utfallet har även märkvärt påverkats av kostnader av engångskaraktär, avgångsvederlag och avslutande av olika projekt.

Centrum för opererande specialiteter

Centrumet har ett negativt resultat med -72,7 miljoner kronor. Nettokostnadsutvecklingen för centrumet är 6,4 procent. Underskottet består av:

Personalkostnader	-11,0 miljoner kr
Verksamhetsnära kostnader	-13,0
Övriga kostnader	-56,8
(inkluderat ohanterad obalans med -48,7)	
Intäkter	+6,9
Kapitalkostnader	-1,2

Centrum för medicinska specialiteter

Resultat för 2014 var -73,5 miljoner kronor. De största minusposterna i förhållande till budget var:

Ohanterad obalans	-33,8 miljoner kr
Läkemedel	-13,9
Riks- och regionvård	-13,1
Sjukresor inkl. flygambulans	-7,2
Inhyrd personal	-5,9
Egen personal	-3,2

Nettokostnadsökning jämfört med föregående år var 7,5 procent. Stora kostnadsökningar för bland annat:

Sjukresor inkl. flygambulans	20 procent
Riks- och regionvård	15
Läkemedel	8

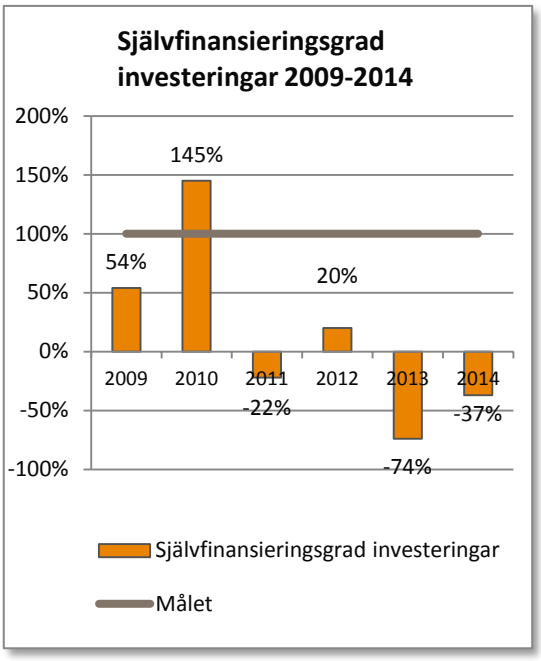
Finansförvaltningen

Årets resultat för Finansförvaltningen blev + 21,2 miljoner kronor vilket är 10,4 miljoner bättre än budgeterat. Den positiva avvikelsen består främst i att utfallet från utjämningssystemet blev 5 miljoner högre än budgeterat. Det är i huvudsak ett högre bidrag från inkomstutjämningen som givit en högre intäkt. Inkomstutjämningen påverkas av de beräkningar som görs av rikets och länets skatteunderlag samt av befolkningsutvecklingen.

Finansnettot blev 5 miljoner bättre än budgeterat och beror till största delen (3,4 mkr) på lägre räntedel för årets kostnader för pensioner och löneskatt. Utöver detta har ett kapitaltillskott till LÖF återförts vilket påverkat finansnettot positivt med 1,4 miljoner.

Investeringar

Måttet - självfinansieringsgrad av investeringar – mäter i vilken grad investeringar finansieras med kassaflöden från verksamheten.
Om självfinansieringsgraden uppgår till minst 100 procent innebär det att landstinget kan betala för investeringarna utan ökad belåning eller minskande likviditet. De senaste sex åren uppnådde landstinget en självfinansieringsgrad på minst 100 procent endast under 2010. Det betyder att under övriga år finansierades en del av investeringsutgifterna genom en minskning av likviditeten samt återlån från de anställdas pensionsavsättningar. Om Rips ränteeffekten exkluderas år 2011 och 2013 ökar självfinansieringsgraden till 41 procent respektive 51 procent. För 2014 var självfinansieringsgraden negativ med -37 procent. Förklaringen är det stora negativa resultatet i verksamheten.



Nivå på investeringar och avskrivningarna

Under 2014 var den totala investeringsvolymen 155 miljoner kronor, vilket är mer än dubbelt så mycket som det budgetutrymme som fastställts i landstingsplanen på 75 miljoner kronor.

Budgeten för investeringar i maskiner, inventarier och hjälpmedel var 45 miljoner kronor och utfallet var 108 miljoner, ett överskridande med 63 miljoner. En del av förklaringen är investeringen i ett vindkraftverk på 36 miljoner som inte fanns med i landstingsplanens budget samt stora investeringar i samband med övergång till Cosmic som vårdsystem, cirka 30 miljoner kronor.

Budgetutrymmet för fastighetsinvesteringar var 35 miljoner kronor och utfallet 46,8 miljoner, ett överskridande med 11,8 miljoner. Föregående år understeg däremot fastighetsinvesteringarna budgeten med 16,5 miljoner. Så sett över flera år så följer fastighetsinvesteringarna planen.

Årets totala avskrivningarna var 105 miljoner kronor, budgeterat enligt landstingsplanen var 97 miljoner. Alltså ett budgetöverskridande med 8 miljoner.

Investeringar i fastigheter

Fastighetsinvesteringarna uppgick 2014 till 46,8 miljoner kronor. Investeringarna följer plan på ett bra sätt och alla beslutade delprojekt har startat. Många projekt är kopplade till den planerade ombyggnaden av mottagningarna på kirurgen och ortopeden på plan 6. Apoteksverksamheterna på plan 5 kommer att flyttas och under året har expeditionsdelen (försäljningsapoteket) flyttat upp till plan 6 vilket resulterat i en väsentligt bättre tillgänglighet för våra patienter och besökare. Ombyggnad för ett tillverkningsapotek placerat på plan 12 i anslutning till onkologverksamheten pågår.

Anpassningarna ute på respektive avdelning för våra läkarstudenter har färdigställts. Lokaler för Endoskopi och Cystoskopi byggs på plan 6. Förbättrade tillgänglighetsanpassningar har skett genom att vilstolar har monterats på ett flertal ställen i våra långa korridorer och vid entréer. Myndighetskravet med ett förbättrat brandskydd i samband med ombyggnader förbereds genom att ett nytt stamnät installeras.

Inom primärvårdens lokaler pågår ombyggnad för ambulansverksamheten i Svenstavik och Åre, utökning av lokalerna i Odensala samt en anpassning av receptionen i Krokom för bättre tillgänglighet.

För den kommande treårs perioden planeras 100 miljoner kronor för fastighetsinvesteringar men behovet är avsevärt större för att anpassa fastigheten till vårdens utveckling.

Större projekt som pågår och successivt färdigställs under perioden är ombyggnaden av plan 6 med tillhörande delprojekt, byte av höghusets hissar inom Östersunds sjukhus och nybyggnad av ett PCI-lab för att kunna behandla patienter som idag remitteras till Umeå för vård.

Maskiner, inventarier och hjälpmedel

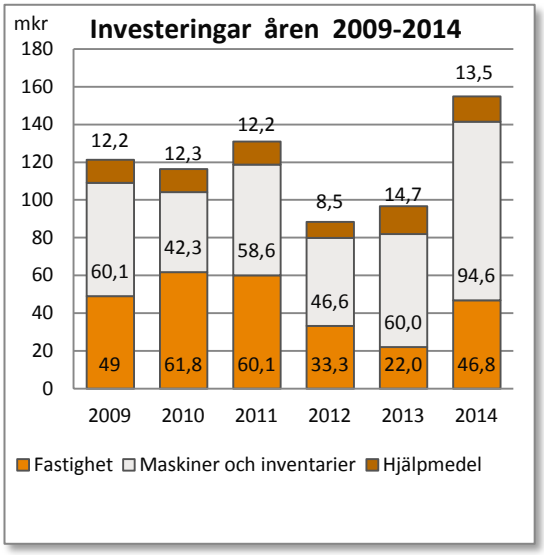
Landstinget investerade 2014 för 108 miljoner kronor i maskiner, inventarier och hjälpmedel.

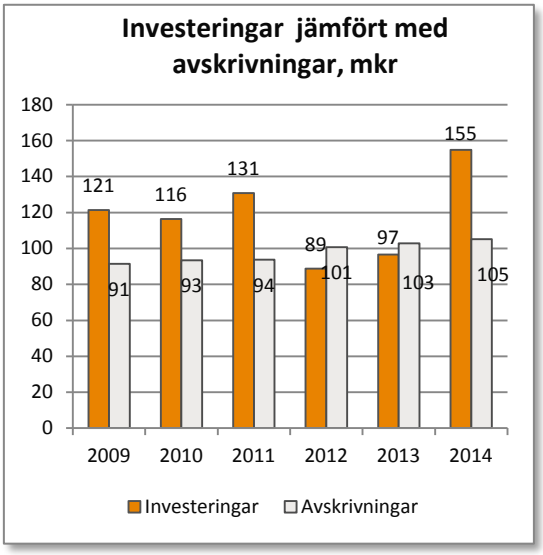
Under året har vindkraftverket som är placerat i Mortorp strax utanför Kalmar aktiverats. Produktionen under november och december har varit 100 procent och stämmer med kalkylerna.

Fortsätter vindkraftverket att producera enligt beräkningarna kommer det att täcka drygt en tredjedel av landstingets årliga elenergibehov. Investeringen för verket uppgick till 36 miljoner kronor.

Under året har införande av nytt vårdsystem, Cosmic, påbörjats och det har för året inneburit en investeringskostnad hittills på cirka 30 miljoner kronor. Andra stora investeringar är att 6 stycken ambulanser har anskaffats för totalt 6,3 miljoner.

I tabellen nedan ses hur investeringarna fördelar sig mellan centrumen.





Tabell över investeringarna fördelat per centrum

Investeringar - hittills gjorda 2014 samt planerade 2015, mkr	Utfall 2014	Plan för 2015
Maskiner, inventarier och hjälpmedel		
Centrum för opererande specialiteter	16,3	23,8
Centrum för medicinska specialiteter	1,2	13,9
Centrum för barn, kvinna och psykiatri	3,8	5,1
Centrum för primärvård	1,7	1,5
Centrum för folktandvård	1,6	3,6
Centrum för diagnostik, teknik och service	5,0	36,7
Centrum lednings- och verksamhetsstöd	29,0	30,0
Centrum finansförvaltningen, avser vindkraftverket	36,0	0
Hjälpmedelscentralen	13,5	13,0
Summa maskiner, inventarier och hjälpmedel	**108,1**	**127,6**
Fastighetsinvesteringar inkl köp av fastighet	46,8	35,2
Totalt gjorda och planerade investeringar	**154,8**	**162,8**
Investeringsutrymme enligt Landstingsplanen	70,0	100,0

Pensioner

Det senaste decenniet har de flesta av de 40-talister som varit medarbetare i landstinget gått i pension. Det återspeglas i att kostnaderna för utbetalda pensioner ökat med i genomsnitt över 10 procent per år sedan 2005. Under 2014 steg de betydligt långsammare, med endast 4,8 procent. Enligt den senaste prognosen från landstingets pensionsadministratör KPA, kommer pensionsutbetalningarna de närmaste två åren att öka måttligt för att därefter växa med 7-8 procent per år.

Landstingets pensionsåtagande består av två delar. Pensioner som tjänats in efter 1997, avseende lönesummor över 7,5 inkomstbasbelopp, återfinns i balansräkningen under Avsättningar. Pensioner intjänade före 1998 redovisas som en ansvarsförbindelse inom linjen. Pensioner avseende lönesummor över 7,5 inkomstbasbelopp är förmånsbestämda, vilket innebär att pensionens storlek garanteras av landstinget.

Storleken på pensionsåtagandet värderas genom att framtida pensionsutbetalningar nuvärdesberäknas med en diskonteringsränta baserad på ett rullande femårsgenomsnitt av långa statsobligationsräntor. De senaste åren har pensionsåtagandet omvärderats både 2011 och 2013 på grund av kraftigt fallande långa statsobligationsräntor. Båda gångerna ledde det till stora engångskostnader för landstinget. År 2011 belastades landstingets resultat med 80 miljoner kronor i kostnad för den extra ökningen av pensionsskulden inklusive särskild löneskatt och 2013 med 118 miljoner kronor.

Under 2013 träffade Sveriges kommuner och landsting (SKL), arbetsgivareförbundet Pacta, samt ett antal arbetstagarorganisationer en överenskommelse om ett helt avgiftsbestämt nytt pensionsavtal (AKAP-KL) för arbetstagare födda 1986 och senare. Att pensionsavtalet är helt avgiftsbestämt innebär att landstinget varje år kommer att betala ut ett belopp till medarbetaren för egen förvaltning. Pensionens storlek garanteras inte i förhand, utan är beroende av vilken förvaltning som medarbetaren valt. För landstinget blir konsekvensen av avtalet framför allt likviditetsmässig. Pensionsskulden i balansräkningen kommer på längre sikt att minska och försvinna, i takt med att allt fler går i pension. Det kommer även att leda till att landstingets placeringar för framtida pensioner och likvida medel minskar över tiden.

Det är viktigt att förtydliga att omvärderingen av pensionsåtagandet inte påverkar storleken på medarbetarnas intjänade pensionsförmån, utan att skulden ökar därför att landstinget behöver reservera ett större belopp när räntan blir lägre.

Landstingets pensionsåtagande inklusive löneskatt 2009–2014 samt prognos 2015-2017 i miljoner kronor

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Pensionsskuld i balansräkningen	493	541	705	786	984	1 048	1 116	1 189	1 295
Ansvarsförbindelsen	2 322	2 238	2 460	2 465	2 627	2 519	2 456	2 397	2 373
Total pensionsskuld	2 815	2 779	3 165	3 251	3 611	3 567	3 572	3 586	3 668
Avgår värdepapper för pensioner	-510	-571	-482	-352	-349	-379			
Återlån	2 305	2 208	2 683	2 899	3 262	3 188			
Avgår rörelsekapital	+ 8	-26	-129	-302	-341	-72			
Återlån inklusive rörelsekapital	2 313	2 182	2 554	2 597	2 921	3 116			
Årlig förändring av återlån	102	-131	372	42	324	195			

Återlån

Landstingets totala pensionsåtagande inklusive löneskatt har fram till 2013 ökat år från år men har under 2014 minskat. Förändringen i ansvarsförbindelsen sker helt utanför resultaträkningen, i enlighet med rådande redovisningsregler. Det skulle ha krävts mycket stora överskott i landstingets verksamhet för att även kunna täcka kostnaden för ökningen i ansvarsförbindelsen fram till 2013.

Låga eller negativa resultat under många år har inneburit att landstinget har använt en del av de likvida medel, som blivit en följd av pensionsskuldsökningen i balansräkningen, till investeringar i byggnader, maskiner och inventarier. Detta förfarande kallas för återlån. År 2013 ökade återlånet kraftigt på grund av den stora engångsuppskrivningen av ansvarsförbindelsen för pensioner och pensionsskulden. Sedan 2009 har landstingets återlån ökat med 803 miljoner kronor. Cirka 300 miljoner kronor av ökningen orsakades av sänkningen av RIPS-räntan och den s k bromsen i pensionssystemet. Resten är en följd av negativa resultat och stora investeringsutgifter.
Det är viktigt att klargöra att utbetalningen av pensioner inte är beroende av utvecklingen av återlånet. Landstinget garanterar med stöd av beskattningsrätten pensionsutbetalningarna till tidigare medarbetare.

Finansförvaltning

Förvaltning av värdepappersportföljen för pensioner

Jämtlands läns landsting började 1999 köpa värdepapper för att möta framtida pensionsutbetalningar. Värdepapperen ska ha liknande egenskaper som pensionsskulden, dvs. ha lång löptid och ge en real avkastning när inflationen dragits av.

I november 2013 beslutade landstingsfullmäktige att tillåta en större andel aktier i portföljen än tidigare, dock högst 50 procent av portföljens marknadsvärde. Vid utgången av december bestod värdepappersportföljen av 22 procent realränte-obligationer, 64 procent nominella obligationer och 14 procent aktier i form av fondandelar. Under året har det skett en uppviktning i aktieportföljen. Förvaltningen av pensionstillgångarna följer de regler landstingsfullmäktige beslutat om.

Under 2014 har värdepappersportföljen givit en avkastning på 2,6 procent. Pensionsförvaltningens konsolideringsgrad har förbättrats under 2014 från 97,1 procent den 31 december 2013 till 104,0 procent den sista december 2014. Förklaringen är att marknadsvärdet stigit med ca 4,2 procent.

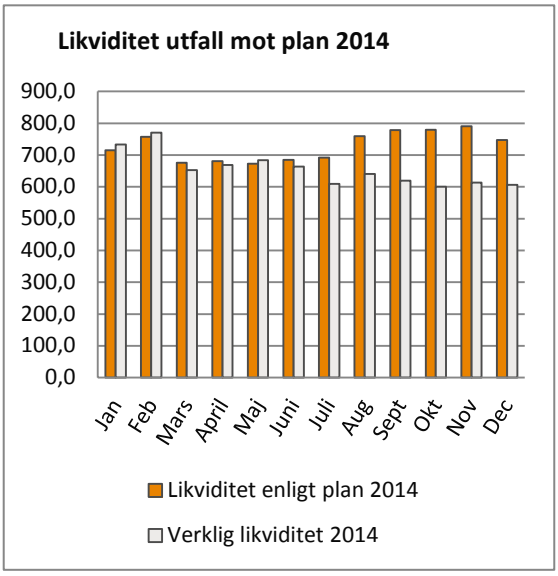
Landstingets värdepappersportfölj för pensioner

Pensionsportföljens utveckling 2014, mkr	Räntor	Aktier	Totalt
Marknadsvärde 31/12 2014	337,3	51,3	388,6
Marknadsvärde 31/8 2014	334,6	23,0	357,6
Orealiserad värde förändring Jan 2014-December 2014	2,4 %	6,1 %	4,2 %
Fördelning på tillgångsslag (marknadsvärde)	86 %	14%	100 %

Fullmäktige beslutade år 2010 att landstinget skulle köpa ett vindkraftverk, både för att bidra till ökad andel förnybar energi i Sverige och för att sprida investeringarna för framtida pensioner på fler tillgångar än räntepapper och aktier. Vindkraftverket är färdigbyggt och togs i bruk November 2014. Investeringen är aktiverad men ligger ännu inte med i pensionsportföljens marknadsvärde per 31 december 2014.

Likviditet

Likviditeten består av medel i kassa och bank samt de lätt omsättningsbara värdepapperen i den kortsiktigt förvaltade likviditetsportföljen.
Den verkliga likviditeten är efter december 141 miljoner kronor sämre än prognostiserad likviditet enligt likviditetsplanen. Differensen förklaras i huvudsak av överinvesteringar på 48 miljoner, att resultatet är 56 miljoner sämre än budgeterat exklusive avskrivningar samt förändringar i fodringar och skulder.



Avkastning på likviditetsförvaltning

De lätt realiserbara värdepapperen, med kort löptid, som ingår i likviditeten återfinns bland omsättningstillgångarna i balansräkningen.
Målet med förvaltningen av värdepappersportföljen är att den ska utgöra en likviditetsbuffert och ge en avkastning som överstiger den marknadsnoterade räntan STIBOR en vecka plus 0,10 procentenheter. Vilket under 2014 motsvara en snitträntа på 0,6 procent

Avkastningen på likviditetsportföljen uppgår till 1,3 procent under 2014, vilket är 0,7 procent bättre än målet.

Betalningsberedskap

Det andra målet för den kortsiktiga likviditetsförvaltningen är att hålla en god betalningsberedskap. Målet uppnåddes. I tabellen nedan ses landstingets betalningsberedskap per den 31 december i miljoner kronor Förvaltningen av likviditetsportföljen under 2014 följde de regler som fullmäktige beslutat om.

Tillgångar 2014-12-31 (mkr)	Utfall	Mål
Kassa och bank	299,3	
Kortfristiga placeringar	311,9	
Checkräkningskredit	50,0	
Medel som kan betalas ut inom två dagar	555,8	65,0
Medel som kan betalas ut inom tre dagar	608,6	300,0

Finansiella mål

I fullmäktiges uppgifter ingår enligt kommunallagen, 8 kap 5§, att för ekonomin ange de finansiella mål som är av betydelse för en god ekonomisk hushållning. Landstingets mål för år 2014 redovisas i detta avsnitt.

Långsiktigt hållbar ekonomi

För att uppnå det övergripande målet om en långsiktigt hållbar ekonomi krävs på längre sikt positiva ekonomiska resultat.

Mätetal	Mål planperioden	Mål på längre sikt	Utfall 2014
Ekonomiskt resultat efter finansnetto som procentandel av verksamhetens nettokostnader	1,2 %	Minst 2%	-4,6%

Soliditet

Soliditeten visar hur stor del av landstingets tillgångar som finansieras med eget kapital och är ett mått på landstingets långsiktiga finansiella handlingsberedskap.

Mätetal	Mål 2014	Utfall 2014
Soliditet (eget kapital genom totalt kapital)	23,9 %	16,6 %

Kostnadskontroll

God kostnadskontroll är viktigt för att kunna uppnå en god ekonomi. Målvärdet sattes med utgångspunkt från föregående års resultat, resultatmålet samt prognostiserade skatter och generella statsbidrag.

Mätetal	Mål 2014	Utfall 2014
Nettokostnadsutveckling: Utgångsvärde årsbokslut 2013. Siffran som anges här baseras på prognos per 2013-09-30, exkluderat effekt av förändrad RIPS-ränta - 117,8 mkr)	Max 1,3%	6,2 % (4,7% exkl. RIPS-effekt och AFA återbetalning 2013)

Ett verktyg för att begränsa nettokostnadsökningen är att i största möjliga mån göra inköp mot landstingets upphandlade avtal. Avtalstroheten mäts som den andel av inköpen som skett mot upphandlade avtal. Utfallet för året år 77 %. Den siffran är dock inte rättvisande eftersom modellen inte uppdaterats med nya avtal. Utfallet är högre. Modellen uppdateras under 2014.

Mätetal	Mål 2014	Utfall 2014
Avtalstrohet	90 %	81 %

Självfinansieringsgrad investeringar

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

Mätetal	Mål planperioden	Utfall 2014
Självfinansieringsgrad investeringar	100 %	-37 %

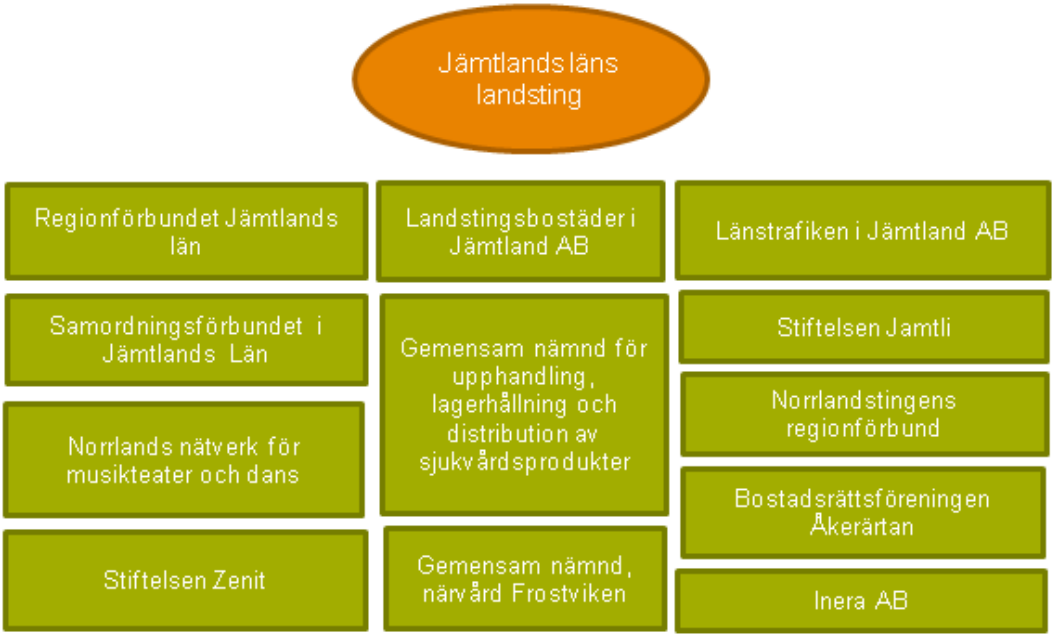
Fem år i sammandrag

	Enhet	2010	2011	2012	2013	2014
Utdebitering landstingsskatt Jämtland	Kr	10,60	10,60	10,60	10,85	10,85
Genomsnittlig landstingsskatt i Sverige	Kr	10,87	10,82	11,07	11,11	11,20
RESULTATRÄKNING						
Verksamhetens nettokostnader (intäkter-kostnader-avskrivningar)	Mkr	-2 991,1	-3 137,1	-3 211,3	-3 320,9	-3 525,9
Förändring av verksamhetens nettokostnader	%	-0,6	4,9	2,4	3,4	6,2
Kostnadsutveckling	%	1,3	3,5	1,2	3,0	5,0
Skatteintäkter, generella statsbidrag och utjämning	Mkr	3 055,4	3 102,4	3 140,6	3 276,1	3 360,1
Förändring skatteintäkter, generella statsbidrag och utjämning	%	2,1	1,5	1,2	4,3	2,6
Förändring finansnetto	Mkr	14,8	-87,0	62,0	-104,6	130,2
Årets resultat	Mkr	67,8	-118,2	-92,1	-170,9	-161,8
Årets resultat enligt balanskravet	Mkr	63,1	-21,4	-81,5	-47,7	-159,9
Verksamhetens nettokostnader i förhållande till skatter och generella statsbidrag	%	97,9	101,1	102,2	101,4	104,9
Avskrivningar -"-	%	3,1	3,0	3,2	3,1	3,1
Finansnetto -"-	%	-1,1	-2,7	-0,7	-3,8	-0,1
Under 100% = ett positivt resultat	%	99,9	101,4	104,7	100,7	107,9
RESULTATRÄKNING PER INVÅNARE						
Verksamhetens nettokostnader	Kr	23 609	24 839	25 446	26 260	27 814
Skatteintäkter, generella statsbidrag och utjämning	Kr	24 117	24 564	24 886	25 906	26 507
BALANSRÄKNINGEN						
Balansomslutning	Mkr	2 165,2	2 121,5	2 132,2	2 157,4	2 123,5
Eget kapital, exklusive ansvarsförbindelsen	Mkr	896,4	778,2	686,1	515,2	353,5
BALANSRÄKNING PER INVÅNARE						
Tillgångar	Kr	17 090	17 082	16 894	17 060	16 751
Eget kapital, exklusive ansvarsförbindelsen	Kr	7 075	4 079	5 437	4 074	2 788
Skulder och avsättningar	Kr	5 986	5 211	5 224	5 204	5 693
Ansvarsförbindelse pensioner	Kr	17 668	20 803	19 530	20 776	19 871
NYCKELTAL						
Soliditet enligt blandmodellen	%	39,4	36,7	32,2	23,9	16,6%
Soliditet inklusive ansvarsförbindelse	%	-62,0	-79,3	-83,4	-97,9	-102,0
PERSONAL						
Personalkostnader exkl utbetalada pensioner	Mkr	1 828	1 851	1 843	1 918	2 000
Antal anställda inklusive visstid*	Antal	3 857	3 866	3 679	3 741	3 819
INVÅNARE I JÄMTLAND 31 DEC						
Invånare i Jämtland	Antal	126 691	126 299	126 201	126 461	126 765
Andel jämtar 65 år och äldre	%	21,2	21,7	22,1	22,5	22,8

* 2012-01-01 gick 123 medarbetare över till Regionförbundet. Folkhögskolorna Birka och Bäckedal samt Länskulturen. 2012-06-30 gick 22 medarbetare över till Torsta AB och 7 st till gymnasieförbundet. Totalt 152 st.

Landstingets engagemang i bolag och stiftelser

Förvaltningsberättelsen ska enligt kommunallagen även omfatta verksamhet som bedrivs genom andra juridiska personer i form av till exempel aktiebolag och stiftelser. Landstingets verksamhet kan bedrivas i annan form än inom förvaltningsorganisationen om effekten blir större för landstingets vision och att medborgarnyttan är högre än om verksamheten drivits inom den egna organisationen. Samverkan med andra kan ibland vara ett alternativ.



Koncernfakta	Enhet	2012	2013	2014
Landstingsbostäder i Jämtland AB				
Omsättning	mkr	25,0	26,6	27,6
Landstingets andel	%	100,0	100,0	100,0
Resultat	mkr	0,7	1,0	1,7
Eget kaptial	mkr	16,7	17,7	19,3
Balansomslutning	mkr	58,9	67,5	70,4
Soliditet	%	28,3	27,0	27,4
Stiftelsen Jamtli				
Omsättning	mkr	75,1	66,8	74,3
Landstingets andel	%	33,0	33,0	33,0
Resultat	mkr	-0,1	0,0	-0,3
Eget kaptial	mkr	3,3	3,0	8,5
Balansomslutning	mkr	19,8	15,9	33,4
Soliditet	%	16,7	18,9	25,4

Landstingsbostäder i Jämtland AB

För 2014 redovisas ett plusresultat på 1,7 miljoner kronor.

Landstingsbostäder i Jämtland AB är ett allmännyttigt bostadsbolag som ägs helt av Jämtlands läns landsting. Genom ägardirektiv tydliggörs landstingets intentioner utöver vad som framgår av gällande bolagsordning. Bolagets verksamhet ska bedrivas för landstinget i första hand för rekryteringsbefrämjande syfte och vid uthyrning ska fastställd prioriteringsordning gälla. Styrning sker i form av avkastningskrav. Avkastningskravet ska uppnås som ett medeltal under en 5-års period och som marknadsvärde används taxeringsvärde/0.75. Kravet kommer att gälla fullt ut från och med den femårs period som börjar 2015.

Verksamheten är lokaliserad inom tre områden: centrala staden 241 lägenheter, Solliden med 101 lägenheter, Mariedal med 118 lägenheter samt Ås med 7 lägenheter som förvärvades 1 april 2012. Totalt 467 lägenheter med en sammanlagd lägenhetsyta om 30 970 kvm. Dessutom finns 231 garage och 156 bilplatser. Bolaget äger vidare 10 bostadsrättslägenheter i sju föreningar, varav en lägenhet i Åre kommun och övriga i Östersunds kommun.

Efterfrågan på lägenheter har ökat under året och bolagets tomkostnader uppstår främst i samband med renovering vid avflyttning.

Flyttningsfrekvensen är fortsatt hög och har ökat från 18 till 21 procent under året.

Under året har 272 bostadsansökningar registrerats. Samtliga i prioriteringsgrupp 1 som är nyanställd inflyttad svårrekryterad personal som sökt lägenhet har fått erbjudande om lägenhet.

Bolaget följer viljeinriktningen i Jämtlands läns landstings miljöpolicy i sin verksamhetsutövning. I all upphandling har stor vikt lagts vid att de företag som skall utföra arbete för bolagets räkning har dokumenterade miljöprogram och också metoder och rutiner för uppföljning av dessa.

Bolaget har en miljöpolicy och miljöplan i tillämpliga delar enligt ISO 14001 och EMAS.

Detta är Landstingsbostäders första årsredovisning upprättad enligt BFNAR 2012:1 Årsredovisning (”K3”).

K3 innebär bland annat att bolaget tillämpar komponentavskrivningar på byggnader, det vill säga investeringsför utbyten av väsentliga komponenter på fastigheter. Det planerade underhållet har utförts enligt plan men där blev det ett överskott mot budget på ca 3,4 miljoner kronor eftersom investeringarna istället ökat.

Åldersstrukturen i fastighetsbeståndet består av hög andel fastigheter byggda under åren 1950-1970. Detta innebär höga löpande kostnader för renovering och reparationer av lägenheter med många fukt- och vattenskador. Det beror främst på

gamla ytskikt i badrum och gamla avloppsstammar. Renoveringsbehovet i omsatta lägenheter har också varit stort.

Bolaget tar del av pågående försäljningar av bostadshus i centrala delarna av Östersund/ Frösön för att om möjligt utöka fastighetsbeståndet.

Vid förhandlingar med Hyresgästföreningen Region Norr i början av 2014 beslutades om hyreshöjning med 12,60 kronor per kvadratmeter för bostäder från och med 1 april och ytterligare 4 kronor per kvadratmeter från och med den 1 oktober. Denna nivå gäller till den 1 april 2015. Nya hyresförhandlingar påbörjas under februari 2015.

Stiftelsen Jamtli

För 2014 redovisas ett minusresultat på 0,3 miljoner kronor.

Stiftelsen ska förvalta samlingar och markområden och hålla dem tillgängliga för allmänheten. Stiftelsen ska inom Jämtlands län bedriva och främja kulturminnesvård och museal verksamhet och närstående kulturell verksamhet.
Jamtli uppnådde totalt 198 121 besök till anläggningen under 2014. Målet är 200 000 besökare. Anledningen till tappet var framför allt den kalla midsommaren och därefter en mycket varm juli månad. Under sommaren förlorades fler än 15 000 besök jämfört med de senaste åren. Det var helt enkelt för varmt för att gå på Jamtli Historieland sommaren 2014. Med hjälp av flera mycket populära skolprogram och en dragande textilutställning under våren samt succé med lanseringen av Jamtli som Sveriges julmuseum i december togs dock det mesta av vad som förlorats in.

Stora investeringar som pågår är dels den förskola som kommunen planerar för på Hofvallen som granne till Jamtli områdets 1970-tal och dels satsningen på ett Nationalmuseum Norr på Jamtli. Båda dessa satsningar fick ordentlig fart under 2014 och Jamtli hoppas på öppning av förskolan våren 2017 och konst- och designmuseet vintern 2017/2018. Särskilt arbetet med Nationalmuseum Norrs finansiering har präglat 2014 och det har varit lärorikt och mycket positivt att locka näringslivet och fonder in i arbetet.

Till de små investeringarna på Jamtliområdet hör under 2014 först och främst arbetet för att färdigställa området runt Jamtlis kyrka med mur och gravvårdar. Vid årets utgång sattes arbetet igång för att få till en liten klockstapel. Den fina lilla gräsplanen mellan landsarkivhuset, Jamtlimuseet och Gamla museet blev till en barnens skulpturpark. Fem skulpturer av konstnären Karl Bertil Nilsson är nu placerade där. Jamtli önskar med detta att på ett enkelt sätt ge besökare med barn en upplevelse där ”det barnet ser i skulpturerna är lika riktigt som det vuxna ser”. Jamtli hoppas de kommande åren att utveckla denna skulpturpark ytterligare samt möjligen placera skulpturer på sockel längs Arkivvägen. Målet är att iklä Jamtliområdet och Arkivhuset allt fler permanenta kulturupplevelser utomhus. Området ska krylla av konst och annan kultur!

En annan investering i området blev placerad mellan Landsarkivhuset och Jamtlimuseet. Det är en motionsbana för vuxna med tillhörande streetbasketbana. Redan första sommaren var detta ett populärt inslag.

Ekonomiskt blev 2014 ett acceptabelt år, men tyvärr inte mer än det. Under sommaren förlorade Jamtli väsentlig entréinkomst, men lyckades begränsa årets underskott till en hanterbar storlek.
Diskussioner med Östersunds kommun och Landstinget sedan 2010/2011 om en rad utmaningar har fortsatt under året. Än så länge har man inte lyckats att hitta lösningar på de problem som finns kring finansiering av ökande kostnader för IT, energi och underhåll av kulturhistoriska hus på Jamtli
Det ser tyvärr inte bättre ut med hänsyn till statlig finansiering av utveckling. Stiftelsen måste därför i växande omfattning inte bara söka utvecklingsmedel ”längre bort” – det vill säga EU och Nordiska Ministerrådet – utan också i växande omfattning arbeta med privata investeringar. Arbetet med Nationalmuseum Norr har visat oss att det inte bara är möjligt utan dessutom mycket uppskattat hos bland annat näringslivet.

Jamtlis uppföljning av målen i huvudmannadirektiven:
Stiftelsen attraherar nya grupper av besökare och ökar kontinuerligt antal besök på anläggningen jämfört med tidigare år: Målet ej uppfyllt.
Graden av egenfinansiering ökar i jämförelse med 2008: Målet uppfyllt. Egenfinansieringen 2014 uppgick till 63 procent, vilket är exakt samma nivå som 2008.
Stiftelsen strävar efter att vara ledande inom utveckling av kulturarvspedagogisk verksamhet och barn- och ungdomar är en prioriterad grupp: Målet

uppfyllt. Jamtli har nått 481 grupper i förskola och skola, en ökning med 30 procent mot 2013!
Stiftelsen bidrar till hållbar regional utveckling: Målet uppfyllt. Under 2014 har Jamtli varit en aktiv kraft i föreningen Zolcell 1:1 och upplåtit ett tak på Teknikland till byggande av föreningens första solcellsanläggning. Jamtli har sedan några år tillbaka samarbete med Polaris om elbilar på området. I september startades bolaget Världsarv Ragundadalen AB, som syftar till regional utveckling kring Döda Fallet, med fokus på hållbarhet och en framtida världsarvnominering.
Utveckla samverkan och öka den sociala gemenskapen för främjande av kulturell mångfald, demokratiskt medborgarskap och geografisk spridning av kulturutbud: Målet uppfyllt. Jamtli har under 2014 fått möjlighet att åka ut till skolor och erbjuda dem program på plats. Ett 50-tal klasser på ett 30-tal skolor har nåtts. Föreläsningsserien After Work har börjat webb-tv sändas till Bräcke Folkets Hus. Jamtlis kulturmiljövård har varit engagerad i 115 samverkansprojekt och uppdrag över hela länet.
Stiftelsen bidrar genom sin verksamhet till att öka intresset för konst, foto och samtida uttryck: Målet uppfyllt. Arbetet för att förverkliga Nationalmuseum Norr har pågått med full kraft. Konstutsällningarna Konstnärens landskap och I tavlornas värld har lockat många skolor, liksom Skapande skolaprogrammet Örat hör, händerna gör där eleverna bland annat gör egna animerade filmer. Projektet Eco Local in a Global World har dokumenterat regional matproduktion till en fotoutställning.
Antal besökare på Jamtli är minst 200 000 under 2014: Målet ej uppfyllt. 198 121 besökare 2014.

Länstrafiken i Jämtlands län AB

För 2014 redovisas ett plusresultat på 8,8 miljoner kronor, varav landstingets del är plus 1,5 miljoner kronor. Av de utgör tågtrafiken -3,6 miljoner kronor och persontrafik +5, 1 miljoner kronor.

Länstrafiken i Jämtlands ägs från och med 2012 helt av regionförbundet i egenskap av Regionalkollektivtrafikmyndighet i länet. Kommunerna och landstinget beställer årligen den trafik man vill ha och finansierar sin del.

Länstrafiken har under 2014 bedrivit allmän kollektivtrafik med buss, bil och tåg inom Jämtlands län och interregional trafik i norrlands länen. Även godstrafik ingår. Bolaget har under 2014 även ansvarat för den särskilda kollektivtrafiken i 7 av 8 kommuner samt för landstinget.

Landstinget ansvarar för interregional och regional trafik och respektive kommun ansvarar för den lokala trafiken. Dessutom är det landstinget som betalar för overhead-kostnader och tågtrafiken.

Bussgods intäkter har minskat med 1 miljon kronor 2014 jämfört med 2013 och resultatet för året visar ett underskott på 2,5 miljoner kronor. Historiskt sett har verksamheten de sista nio åren lämnat ett överskott till ägaren på drygt 1 miljon kronor. Bolaget har lämnat en utredning till ägaren under senare delen av 2014 som behandlar bussgodsverksamhetens framtid och ägaren kommer att ta beslut under våren 2015 angående hur verksamheten skall bedrivas i framtiden. Bolaget anser att man bör se över ett utvecklat samarbete med marknaden och med övriga ”norrlandslän” för att utveckla bussgodsfunktionen både inom och utom länet.

Norrtåg AB

Norrtåg AB bildades 2008 av de fyra nordligaste länstrafikbolagen med finansiering av landstingen. Dess uppgift är att genomföra det så kallade Norrlands-försöket med kraftigt utbyggd regionaltågtrafik norr och väster om Sundvall och där nya Botniabanan utgör en stor ryggrad.

En tjänstekoncessionsupphandling genomfördes med tilldelning i april 2010. Det av SJ och Deutsche Bahn nybildade företaget Botniatåg AB vann ett 6 årigt kontrakt med start augusti 2010. Detta företags ägarförhållande ändrades under 2011 så att Arriva äger 60 procent och SJ 40 procent. Norrtåg AB kommer via vagnbolaget Transitio att ställa 11 helt nya regionaltåg, Coradia Nordic, till förfogande för trafiken. Från och med 1 januari 2012 är de nya Kollektivtrafikmyndigheterna i Sverige (20 stycken) aktieägare med 5 procent vardera i vagnbolaget Transitio. Tidigare har det varit tågtrafikerande trafikhuvudmän med aktieposter i storlek som i princip motsvarat andelen tågtrafik. Aktierna i Transition som Länstrafiken i Jämtlands län tidigare ägde överfördes till Regionförbundet Jämtland under 2012.

Under 2014 har resandeutvecklingen i Norrtågsprojektet i Jämtland län fortsatt varit framgångsrik. Resande med tåg på Mittlinjen ökat oerhört mycket, detta innebär att antalet människor som åker i det samlade kollektivtrafikutbudet har ökat i länet och detta måste man se som mycket glädjande. Det har ändå visat sig att resande med Länstrafikens bussar inte minskat i den omfattning som vi förutspått.

Transitio AB
År 2006 behövde Länstrafiken tåg för trafiken på Mittlinjen. Ett antal landsting hade några år tidigare startat ett bolag, Transitio AB, för upphandla och finansiera tåg. Genom att bli delägare i bolaget kunde Länstrafiken nyttja Transitios sakkunskaper och möjlighet att skaffa finansiering. Villkoret för att bli delägare var att Länstrafikens huvudmän tecknade en solidarisk borgen för hela bolagets åtaganden. Beloppet uppgick till 8 miljarder kronor. Varje landsting har regressrätt mot övriga landsting. Därigenom behöver respektive landsting bara bära kostnaderna för sin del av avtalen.
Redan 2002 och 2003, flera år innan Länstrafiken blev delägare i Transitio, finansierades en del tåg med hjälp av så kallade US-leasar, en laglig och på den tiden inte ovanlig finansieringslösning. De omfattar bland annat förskottsbetalning till Transitio av leasingavgifter mot att Transitio deponerar belopp i amerikanska banker med krav på lägsta ratingnivå. Under finanskrisen försämrades ratingen. För att inte bryta mot leasingvillkoren förstärkte Transitio och landstingen ratingsituationen genom betala för ytterligare säkerheter. Jämtlands läns landsting berörs av US-leasarna genom att Länstrafiken 2007 köpte ett begagnat Reginatåg av Stockholms lokaltrafik. Detta tåg hade ursprungligen finansierats med hjälp av US-leasing. Om Transitio skulle bryta mot avtalsvillkoren kan bolaget drabbas av skadestånd och berörda landsting måste då bära kostnaden för den del av avtalen som de borgar för. Kostnaden för Jämtlands läns landsting skulle uppgå till 2 miljoner USD, motsvarande 13,3 miljoner svenska kronor plus andel av kostnader för jurister och dylikt uppskattat till ca 0,8 miljoner kronor.

I början av 2013 skedde en ytterligare ratingförsämring. Transitio hanterade situationen genom att komplettera med ytterligare säkerheter. Avsikten är att undvika avtalsbrott och låta avtalen löpa på tills de förfaller 2029. Den ratingförsämring som inträffade 2013 berör inte det US-leaseavtal som omfattar Länstrafikens tåg.

Kommunalförbund

Regionförbundet Jämtlands län

För 2014 redovisas ett plusresultat på 8,7 miljoner kronor. Det övergripande målen och regionförbundets uppgift är att verka för en hållbar ekonomisk och social utveckling i Jämtlandsregionen.

Regionförbundets verksamhet har under 2014 inriktas mot att fullfölja det regionala tillväxtarbetet, samtidigt som förutsättningar skapas för Region Jämtland Härjedalen att överta rollen som regionalt tillväxtansvarig myndighet.

Under ledning av regionstyrelsen har samlingar gjorts av ett utvidgat länspartnerskap för att presentera arbetet med strukturfonderna för kommande period 2014 – 2020. Syftet har varit att öka kunskapen om fondernas funktion, förutsättningar, och att öka motivationen för medverkan i programgenomförandet. Det vidgade länspartnerskapet innefattar representanter för myndigheter, kommuner, näringslivsorganisationer och ideell sektor.

Under året har regionförbundet, i nära samarbete med Länsstyrelsen i Jämtlands län, medverkat i ett omfattande arbete för att forma program för de ESI-fonder (Europeiska Strategiska Investeringsfonder) som regionen omfattas av.

För att arbeta fram ett program för den Europeiska Regionalfonden (ERUF) har Länsstyrelsen i Västernorrland och regionförbundet samarbetat nära.
Inom det Europeiska Territoriella Samarbetets fonder (ETS-fonderna) har regionförbundet samarbetet med de nio andra regioner som omfattas av Interreg Sverige-Norgeprogrammet för att ta fram ett programdokument för kommande programperiod.

Regionförbundet har bidragit i framtagningen av prioriteringar, bakgrundsanalys och dialoger till arbetsmarknadsdepartementet, som ansvarar för framtagningen av programmet för den Europeiska Socialfonden (ESF-fonden) i Mellersta Norrland. Regionförbundet har även medverkat i framtagningen av Norra periferiprogrammet som Östersjöprogrammet, fast med mindre insats och mindre påverkansmöjlighet. Regionförbundet har stöttat Länsstyrelsens arbete med framtagningen av Landsbygdsprogrammet och Fiskerifondens program.

Norrlandstingens regionförbund

För 2014 redovisas ett plusresultat på 0,2 miljoner kronor, vilket föreslås balanseras i ny räkning. Förbundet har efter årets resultat ett positivt kapital på 1,9 miljoner kronor.

I detta resultat ingår särskilda kostnader för samverkansprojektet inom laboratoriemedicin/patologi, juridisk konsultation för revidering av förbundets styrdokument, kompletterande pensionskostnader för förbundsdirektören, work shops kring kompetensförsörjning med mera. Att årets resultat trots dessa kostnader blir ett överskott förklaras huvudsakligen av tidigare kostnadsreduceringar vid kansliet i form av hyror och personalkostnader, av att i samband med fjolårets bokslut skedde uppbokning av förväntade kostnader som inte inträffade i full omfattning och av att kostnader för chefsamrådens regiondagar blivit lägre än budgeterat. För nästa verksamhetsår kan förbundet inte bära extra kostnader i samma omfattning.

Resultaträkningen omfattar Norrlandstingens regionförbunds totala verksamhet inklusive forskningsanslaget Visare Norr. Landstingens bidrag till Visare Norr är specialdestinerade till forskningen och ej förbrukade medel redovisas som en skuld på balansräkningen.

Under året har statsbidraget för Regionalt Cancer Centrum Norr gått in till NRF för att sedan utbetalas till RCC Norr. NRF har också erhållit utvecklingsmedel om 1,0 miljoner kronor för kunskapsstyrning, vilka är avsedda att användas inom diabetesområdet.

Norrlandstingens regionförbund är ett samverkansorgan, som startades 2005, för de fyra nordligaste landstingen i syfte att tillvarata och utveckla gemensamma intressen inom hälso- och sjukvård, utbildning och forskning och därmed sammanhängande verksamheter.

Norrlandstingen har ett gemensamt ansvar för beställning, planering och samordning av region- och rikssjukvård, utbildning och forskning utifrån ett behovs- och befolkningsperspektiv.

Regionförbundet har givits befogenheter att avtala om riks- och regionsjukvård. Sedan 2011-12-07 har regionförbundet också ansvar för Regionalt cancercentrum och befogenhet att besluta om den regionala utvecklingsplanen för cancervården, inklusive nivåstrukturering inom cancervården på regional nivå. Budgetering och kostnadsansvar för region- och rikssjukvård ligger på respektive landsting.

På folkhälsoområdet har förbundet enligt förbundsordningen ansvaret att ta fram strategiskt underlag för folkhälsoinriktade åtgärder i ett Norrlandsperspektiv.

Ett omfattande arbete har under 2013 och 2014 bedrivits för att utveckla regionens ersättningsmodell för vården vid NUS. En reviderad ersättningsmodell beslutades av förbundsdirektionen 2014-12-02. Modellen är konstruerad för att ge förutsägbarhet, tydlighet, transparens och incitament för kostnadseffektivitet i regionvården. I anslutning till ersättningsmodellen finns också en överenskommelse om att under de närmaste åren ytterligare utveckla kostnadsjämförelser med andra universitetssjukhus och analysera särskilt kostsamma vårdtillfällen, s.k. ytterfall.

Förbundsdirektionen har vid sitt sammanträde 2014-05-21 ställt sig bakom en regiongemensam policy för utveckling av glesbygdsmedicin. Glesbygdsvården är vår kanske viktigaste kvalificerade lokala samhällsservice med stor betydelse för den trygghet befolkningen upplever. Glesbygdsvården är också en viktig motor i en fortsatt utbyggnad och utveckling av distansvården. Det sker nu utveckling inom såväl arbetsmetoder, teknikstöd, utbildning och forskning. Det finns också en stor potential i ett ökat samarbete mellan landstingen. Förutom den uppenbara nyttan för medborgare och patienter finns också möjligheter på den nationella arenan - att göra norra Sverige ännu attraktivare som ett starkt utvecklingsområde och öka våra konkurrensfördelar på arbetsmarknaden.

Forskningssamverkan i regionen har utvecklats ytterligare och Klinisk behandlingsforskning i Norr KBN, blir efter årsskiftet Forum Norr. Samverkan i ledning av utvecklingen inom forskningsområdet koncentreras till FoUU rådet som får utökat uppdrag. Målsättningen är att Forum Norr ska utvecklas till en tydlig regiongemensam resurs för att underlätta och stimulera forskning.

Kommunalförbundet Norrlands nätverk för musikteater och dans

För 2014 redovisas ett plusresultat på 0,1 miljoner kronor.

Norrlands nätverk för musikteater och dans är ett kommunalförbund bildat av de fyra nordligaste landstingen. I Norrlands nätverk för musikteater och dans ingår en barn- och ungdomsoperaensemble inom Estrad norr i Östersund, Norrdans i Härnösand, Norrlandsoperan i Umeå samt Piteå kammaropera. Uppdraget är att:

Medverka till att musikteater och dans blir tillgängligt för alla i Norrland.
Administrera till Norrlands nätverk för musikteater och dans givna gemensamma bidrag.
Etablera Norrlands nätverk för musikteater och dans lokalt och regionalt samt utveckla nationella och internationella kontakter.
Övergripande koordinera de i förbundet ingående konstnärliga enheterna.

Den ekonomiska basen för Norrlands nätverk för musikteater och dans är ett statligt verksamhetsbidrag för ensemblernas turnéverksamhet.

Under 2014 gav ensemblerna 148 föreställningar i samband med turnéer. Av dessa genomfördes 53 procent av föreställningarna utanför ensemblernas hemlän. Det är framförallt Norrdans som haft betydligt fler turnerande dansföreställningar på fler orter än man brukar. En annan siffra som är värd att uppmärksamma är den totala ökningen av antalet besökande publik, som 2014 var 28 393. Det kan jämföras med genomsnittet, 17 730 besökande, de senaste fem åren. Här noterar styrelsen med glädje att den ökning av publikunderlaget som visade sig redan 2013 har ökat än mer under 2014. Det är en särskilt positiv utveckling med tanke på att publikunderlaget har varit sviktande de senaste åren.

Antalet publikbussar har varit 42 stycken och antalet resenärer 1 642.

27 kommuner har fått direkta besök av föreställningarna från ensemblerna inom Norrlands nätverk för musikteater och dans under 2013. Det är en glädjande ökning jämfört med de senaste fem åren med tanke på att huvuduppgiften för NMD är att främja ensemblernas turnéverksamhet och att så många som möjligt i norra Sverige ska få möjlighet att ta del av professionell musikteater och dans.

Samverkansförbund och nämnder

Gemensam nämnd för närvård i Frostviken

För 2014 redovisas ett minusresultat på -0,2 miljoner kronor.

Samarbetsavtalet mellan Strömsunds kommun och Jämtlands läns landsting har pågått sedan 1 januari 2005. Både kommun och region har beslutat att fortsätta arbetet med gemensam nämnd med ett nytt samarbetsavtal som gäller från och med 2012-01-01 tills vidare, avtalet kan sägas upp av parterna var för sig. Närvård Frostviken har under året ansökt och fått godkänt att fortsätta driva hälsocentral och ambulansverksamhet från 2015-01-01 och året ut. Landstinget beviljar godkännande i Hälsovalet ett år i taget. Parternas syfte med Närvårdsnämnden är att åstadkomma en kostnadseffektiv vård och omsorg med hög kvalitet i Frostvikenområdet.
Den gemensamma nämndens uppdrag styrs av hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), socialtjänstlagen (2001:453) och lagen om särskilt stöd, LSS (1993:387) samt strategier, policys och upprättat avtal. Huvudarbetsgivare i uppdraget är Strömsunds kommun.

Samhällsbilden i Gäddede förändrades i april 2014 när asylsökande kom till området. Tack vare verksamhetens förberedelser på olika sätt bland annat genom att upprätta handlingsplaner och samverka med andra organisationer samt frivillig verksamhet i området, har nämnden klarat att hantera behov från den nya befolkning på ett bra sätt.

Arbetsmiljöarbetet i särskilt boende, som påbörjades under 2013, har pågått under hela 2014 med arbetslagsutveckling och utbildning i personlig säkerhet. I slutet av november beslutade medicinskt ansvarig sjuksköterska och närvårdschef att påbörja en granskning av den egna verksamheten enligt Lex Sarah och Lex Maria. Anmälningarna skickades den 27 januari 2015 till IVO, Inspektionen för vård och omsorg.

Den gemensamma nämnden för närvård i Frostviken beslutade vid sitt möte den 5 december 2014 att uppdra till närvårdschefen att påbörja arbetet med en flytt av hälsocentral till nya lokaler. En första kontakt togs före jul med Strömsunds Hyresbostäder för att hitta möjlig lokal.

I det länsövergripande arbetet med ”Bättre liv för sjuka äldre” har ett geriatriskt team bildats, vilket kan bli ett stort stöd för vår verksamhet.

Inom Närvård Frostviken arbetar 42 personer.

Gemensam nämnd för samordnad upphandling, lagerhållning och distribution av sjukvårdsprodukter

Ekonomiskt utfall 2014 var plus 1000 kronor.

Den gemensamma nämndens uppgift är att på affärsmässiga villkor svara för samordnad upphandling, lagerhållning och distribution av

sjukvårdsprodukter. Den gemensamma nämnden består av Jämtlands läns landsting och länets samtliga kommuner. Nämnden har haft fyra sammanträden under 2014.

Justeringar av ledamöter i nämnden har gjorts under året. Nämnden har löpande informerats om de pågående och avslutande upphandlingarna som genomförts under året.

Den gemensamma nämndens arbete har uppmärksammats nationellt och andra regioner och landsting har visat intresse för hur patienten sätts i fokus genom att denne kan erhålla samma produkter oavsett om patienten behandlas i specialiserad vård, primärvård eller kommun.

I samband med landstingsstyrelsens sammanträde 2014-08-26 beslutades att landstingsdirektören i samverkan med kommunerna ska göra en översyn av hjälpmedelspolicyn och gällande regelverk. Översynen påbörjas i början av 2015.

Bostadsrättsföreningen Åkerärtan

Ekonomiskt utfall 2014 var 991 382 kronor, vilket balanseras i ny räkning. 176 000 kr har avsatts till fond för yttre underhåll enligt underhållsplan.

Föreningen äger fastigheterna Åkerärtan 1 och Kartboken 1, som är byggda 1977. Bostadsrättsföreningen upplåter lägenheter och lokaler, i dessa fastigheter, bland annat Odensala hälsocentral.

Föreningen är en så kallad oäkta bostadsrättsförening och är därför konventionellt beskattad avseende statlig inkomstskatt. Föreningen kan nyttja taxerade underskott från tidigare år.

Ordinarie föreningsstämma hölls 2014-05-19. På stämman deltog 3 medlemmar. På stämman behandlades stadgeenliga frågor även förslag till mindre förändringar. Föreningen hade vid årets slut 5 röstberättigade medlemmar varav HSB Mitt är en medlem.

Föreningen har en 30 årig underhållsplan som årligen uppdateras. Planen ligger till grund för styrelsens beslut om fondering eller nyttjande av fondmedel. Under året har pumpar i undercentral bytts samt 4 stycken nya motorvärmare. Inga större planerade åtgärder. Avgiften höjdes från och med 2014-01-01 med 4,0 procent.

Samordningsförbundet i Jämtlands län

För 2014 redovisas ett minusresultat på -1,9 miljoner kronor. Landstinget bidrag för 2014 var 1,5 miljoner kronor. Samordningsförbundet i Jämtlands län bildades som länsförbund 2011. Det är ett av Sveriges 80 samordningsförbund där kommuner, landsting, försäkringskassan och arbetsförmedlingen verkar för att samordna rehabiliteringsinsatser. Målgruppen är människor i åldrarna mellan 16 och 64 år med behov av samordnade rehabiliteringsinsatser. Man ska skapa möjligheter och stötta människor så att de kommer ut på eller närmar sig arbetsmarknaden. Lagen om finansiell samordning anger ramarna för verksamheten. Uppdraget är att bedriva utvecklingsarbete samt finansiera projekt, utvärderingar och uppföljningar samt sprida erfarenheter.

Under året har 238 personer fördelat på 110 män och 128 kvinnor varit inskrivna i olika projekt. 157 personer skrevs in under året. 93 deltagare har avslutat. Huvuddelen av deltagarna har varit mellan 17-29 år. Den yngsta 15 år och den äldsta 64 år. De flesta har deltagit i aktiviteter under två till fyra månader.

Måluppfyllelse:

- Fungerande LOKSAM-grupper i alla kommuner. Målet uppfyllt.
- 70 procent av avslutade projekt skall vara implementerade. Målet uppfyllt. Förbundet har avslutat 10 projekt under året och 100 procent är implementerade.
- Utvärdering/uppföljning skall göras deltagares upplevelser och nyttan för individen samt nyttan av samverkan. Målet uppfyllt i de avslutade projekten.
- Erfarenheter av arbetssätt och metoder skall spridas i länet. Målet uppfyllt.
- Två länsövergripande event skall genomföras. Målet delvis uppfyllt. Samjamtdagen genomfördes
- 2014-10-03. Ett 60-tal deltagare infann sig.
- Konferens hösten 2014 för att ta del av gjorda erfarenheter. Målet ej uppfyllt. Konferensen sköts upp till 2015-04-16.

Stiftelsen Zenit

Ingen årsredovisning har inkommit till Jämtlands läns landsting. Stiftelsen Zenit har som huvudmän Östersunds kommun, Jämtkrafts stiftelse för forskning, Jämtlands läns landsting och Mittuniversitetet.

Under åren har verksamheten genererat ett kapital. I enlighet med stiftelsens ändamål används avkastningen till att stimulera kommersialisering av affärsidéer som genereras i anslutning till högre utbildning. Särskilt intressant är idéer sprungna ur studentgrupperna. Insatserna till studentföretagen satsas på kommersiella grunder och återbetalas om några år i form av royalty på omsättning, om företaget utvecklas positivt. Som alternativ har också ett avtal med konvertering av aktier tagits fram.

Inera AB

Inera AB ägs av Sveriges landsting och regioner och verksamheten bedrivs i aktiebolagsform.

Inera koordinerar och stödjer landstingens och regionernas gemensamma e-hälsoarbete och utvecklar tjänster till nytta för invånare, vård- och omsorgspersonal och beslutsfattare. Målet är att utveckla och införa gemensamma e-hälsotjänster, teknisk infrastruktur samt gemensamma regelverk och standarder. I uppdraget ingår att samverka med övriga aktörer inom området; kommuner, regeringen, myndigheter, privata vårdgivare, FoU och ideella organisationer samt marknadens aktörer.

RÄKENSKAPER

Räkenskaper

Resultaträkning miljoner kronor		**Utfall 2012**	**Utfall 2013**	**Utfall 2014**
Verksamhetens intäkter	Not 1,4	526,2	530,5	519,0
Verksamhetens kostnader	Not 2	-3 636,8	-3 748,6	-3 939,7
Avskrivningar	Not 3	-100,7	-102,9	-105,2
Verksamhetens nettokostnader		**-3 211,3**	**-3 320,9**	**-3 525,9**
Skatteintäkter	Not 5	2 296,7	2 379,8	2 427,2
Generella statsbidrag	Not 6	548,1	607,9	645,6
Bidrag läkemedel	Not 6	295,8	288,4	287,3
Finansiella intäkter	Not 7	20,5	17,7	19,0
Finansiella kostnader	Not 8,4	-42,0	-143,8	-14,9
Resultat efter finansiella intäkter och kostnader		**-92,1**	**-170,9**	**-161,8**

Budget och utfall 2014 miljoner kronor	**Budget 2014**	**Utfall 2014**	**Avvikelse 2014**
Verksamhetens intäkter	543,5	519,0	24,5
Verksamhetens kostnader	-3 790,5	-3 939,7	149,2
Avskrivningar	-97,1	-105,2	8,1
Verksamhetens nettokostnader	**-3 344,1**	**-3 525,9**	**181,8**
Skatteintäkter	2 427,7	2 427,2	0,5
Generella statsbidrag	639,7	645,6	-5,9
Bidrag läkemedel	287,9	287,3	0,6
Finansiella intäkter	16,6	19,0	-2,4
Finansiella kostnader	-17,0	-14,9	-2,1
Resultat efter finansiella intäkter och kostnader	**10,8**	**-161,8**	**172,6**

Balansräkning	miljoner kronor	2013-12-31	2014-12-31
TILLGÅNGAR			
Anläggningstillgångar			
Immateriella tillgångar	Not 9	0,0	0,0
Mark och byggnader	Not 10	643,3	645,8
Maskiner och inventarier	Not 11	222,9	270,0
Finansiella anläggningstillgångar	Not 12	25,8	43,0
Summa anläggningstillgångar		**892,1**	**958,7**
Omsättningstillgångar			
Förråd	Not 13	13,3	14,0
Kortfristiga fordringar	Not 14	198,2	177,7
Kortfristiga placeringar	Not 15	952,1	673,7
Kassa och bank	Not 16	101,7	299,3
Summa omsättningstillgångar		**1 265,3**	**1 164,8**
SUMMA TILLGÅNGAR		**2 157,4**	**2 123,5**
EGET KAPITAL, AVSÄTTNINGAR OCH SKULDER			
Eget kapital			
Eget kapital	Not 17	686,1	515,2
Årets resultat	Not 18	-170,9	-161,8
Summa eget kapital		**515,2**	**353,5**
Avsättningar			
Pensioner		791,7	843,6
Särskild löneskatt, övriga avsättningar		192,4	204,8
Summa avsättningar	Not 19	**984,1**	**1 048,4**
Skulder			
Långfristiga skulder	Not 20	82,3	0,0
Kortfristiga skulder	Not 21	575,8	721,7
Summa skulder		**658,1**	**721,7**
SUMMA EGET KAPITAL, AVSÄTTNINGAR OCH SKULDER		**2 157,4**	**2 123,5**

Ställda panter och ansvarsförbindelser		2014-12-31
Ansvarsförbindelse pensioner	mkr	2 027,2
Ansvarsförbindelse särskild löneskatt	mkr	491,8
Ansvarsförbindelse pensioner för förtroendevalda, 8 personer	mkr	11,9
Ansvarsförbindelse pensioner för förtroendevalda, löneskatt	mkr	2,9
Förutsättningarna för beräkning för förtroendevalda är:		
-att ingen förändring sker under nuvarande mandatperiod,		
beträffande vilka företroendevalda som omfattas av rätt till visstidspension		
-att nuvarande omfattning på uppdraget inte förändras		
(ökning respektive minskning påverkar beloppet)		
-att de som omfattas avgår efter nuvarande mandatperiod		
(vid fortsättning ökar beloppet, respektive minskar om avgång sker tidigare)		
-att utbetalning av visstidspension börjar i januari 2015 och pågår fram		
till 65 år, samt att beloppet betalas utan samordning med övriga inkomster		
Borgensåtaganden och fastighetsinteckningar		
Fastighetsinteckningar Landstingsbostäder	mkr	47,0
Jämtlands läns landsting har utfäst att gå i solidariskt borgen om		
8 000 mkr för Transitio AB. (tågfordon Mittlinjen Länstrafiken)		
Landstinget har tecknat solidariskt borgen om 3 186 mkr.		
Jämtlands läns landstings del av detta per 31/12-14 är	mkr	262,2
Landstinget ansvarar som delägare i Patientförsäkringen LÖF för bolagets förbindelser		
till ett belopp motsvarande 10 gånger den premie landstinget har att erlägga för vart år		
som förlust har uppkommit i patientförsäkringen. År 2014 uppgår premien till		
År 2014 uppgår premien till 12,5 miljoner kronor	mkr	125,5
Förvaltningsuppdrag 2014-12-31		
Förvaltade fonder och stiftelsers tillgång	mkr	16,0
Operationella leasingavtal (not 22)	mkr	316,5

Kassaflödesanalys

Den löpande verksamheten miljoner kronor	2012	2013	2014
Verksamhetens intäkter	526,2	530,0	519,0
Justering för reavinster	-2,4	-0,6	0,0
Verksamhetens kostnader	-3 737,5	-3 850,9	-4 044,9
Justering för reaförluster	9,8	0,3	0,1
Justering för gjorda avskrivningar	100,7	102,9	105,2
Justering för gjorda nedskrivningar	0,0	0,0	0,0
Avsättningar	82,0	197,5	64,2
Verksamhetens nettokostnader justerade för ej likviditetspåverkande poster	**-3 021,1**	**-3 020,9**	**-3 356,4**
Skatteintäkter och generella statsbidrag	3 140,7	3 276,1	3 360,1
Finansiella intäkter	20,5	17,7	19,0
Finansiella kostnader (not 3)	-42,0	-143,8	-14,9
Skattekostnader	0,0	0,0	0,0
Medel från verksamheten före förändring av rörelsekapital	**98,1**	**129,1**	**7,7**
Justering för rörelsekapitalets förändring			
Ökn(-)/minskn(+) förråd och varulager	1,1	0,1	-0,7
Ökn(-)/minskn(+) kortfristiga fordringar	7,9	51,5	20,5
Ökn(-)/minskn(+) korta placeringar	-43,4	-142,0	278,4
Ökn(+)/minskn(-) kortfristiga skulder	20,6	-1,2	145,8
Kassaflöde från den löpande verksamheten	**-13,8**	**-91,7**	**444,0**
INVESTERINGSVERKSAMHETEN			
Investering i immateriella anläggningstillgångar	0,0	0,0	0,0
Försäljning av immateriella anläggningstillgångar	0,0	0,0	0,0
Investering i materiella anläggningstillgångar	-88,7	-96,7	-154,9
Försäljning av materiella anläggningstillgångar	31,4	4,1	0,1
Investering i finansiella anläggningstillgångar*	-1,0	0,0	-17,1
Försäljning av finansiella anläggningstillgångar	4,2	0,3	0,0
Kassaflöde från den löpande investeringsverksamheten	**-54,1**	**-92,3**	**-171,9**
FINANSIERINGSVERKSAMHETEN			
Utlåning/ökning långfristiga fordringar	1,5	-1,9	0,0
Minskning långa skulder**	0,0	0,0	-82,3
Kassaflöde från finansieringsverksamheten	**1,5**	**-1,9**	**-82,3**
Årets kassaflöde	**31,8**	**-56,8**	**197,6**
Likvida medel vid årets början	**126,7**	**158,5**	**101,7**
Likvida medel vid periodens slut	**158,5**	**101,7**	**299,3**
Förändring av likvida medel	**31,8**	**-56,8**	**197,6**

Driftredovisning

Driftredovisning är ett sätt att visa hur verksamhetens kostnader och intäkter är fördelade på landstingets kärnverksamheter, hälso- och sjukvård och regional utveckling. Kostnader och intäkter som inte under året bokförs direkt på någon av kärnverksamheterna fördelas ut efter schablon. Exempel på en kostnad som fördelas ut är pensionsskuldsökningen.

Driftredovisningen är uppställd enligt den verksamhetsindelning som är framtagen av Sveriges kommuner och landsting. Driftredovisningen visar inom vilka verksamhetsområden resurserna använts under året. Nettoavvikelsen visar huruvida det använts mer än vad som budgeterats (-) eller mindre (+).

Driftredovisning	**Budget**			**Utfall**			**Netto-**
Miljoner kronor	**Kostnader**	**Intäkter**	**Netto**	**Kostnader**	**Intäkter**	**Netto**	**avvikelse**
Primärvård	1 473	756	717	1 600	860	741	-24
Specialiserad somatisk vård	2 360	565	1 794	2 559	603	1 956	-162
Specialiserad psykiatrisk vård	340	68	272	343	73	270	2
Tandvård	249	159	90	245	157	88	2
Övrig hälso- och sjukvård	362	96	266	404	127	277	-11
Politisk verksamhet avseende hälso- och sjukvård	30	0	30	27	0	27	3
Utbildning	8	2	6	6	1	5	2
Kultur	19	1	18	16	0	16	2
Trafik och infrastruktur	75	0	75	72	0	72	2
Allmän regional utveckling	104	1	104	107	1	107	-3
Politisk verksamhet avseende regional utveckling	0	0	0	0	0	0	0
Summa	**5 020**	**1 648**	**3 372**	**5 381**	**1 823**	**3 557**	**-185**

Noter till räkenskaperna

Noter till resultaträkning

Not 1 Verksamhetens intäkter (miljoner kronor)	**Bokslut 2012**	**Bokslut 2013**	**Bokslut 2014**
Verksamhetens intäkter enligt driftsredovisning	1 745,4	1 781,8	1 823,4
Avgår interna intäkter	-1 219,2	-1 251,3	-1 304,4
Summa	**526,2**	**530,5**	**519,0**
Patientintäkter och andra avgifter	110,0	113,4	118,1
Försäljning av hälso- och sjukvård, exkl. tandvård	129,5	131,8	143,3
Försäljning av tandvård	22,5	23,1	24,0
Försäljning inom regional utveckling	18,6	4,1	0,7
Försäljning av medicinska tjänster	8,4	8,9	9,6
Försäljning av tekniska tjänster	48,7	46,3	56,6
Försäljning av material och varor	28,9	31,9	30,1
Erhållna bidrag*	88,0	92,2	110,7
Övriga intäkter	71,7	78,8	25,8
SUMMA	**526,2**	**530,5**	**519,0**

I verksamhetens intäkter **2013** ingår jämförelsestörande poster på 46,8 miljoner kronor, se not 3, AFA

Not 2 Verksamhetens kostnader (miljoner kronor)	**Bokslut 2012**	**Bokslut 2013**	**Bokslut 2014**
Verksamhetens kostnader enligt driftsredovisning *	4 956,7	5 102,8	5 349,3
Avgår interna kostnader	-1 219,2	-1 251,3	-1 304,4
Avgår avskrivningar	-100,7	-102,9	-105,2
Summa	**3 636,7**	**3 748,6**	**3 939,7**
Kostnader för personal och förtroendevalda	1 944,7	2 024,3	2 110,6
varav utbetalda pensioner uppgår till (inkl nedanstående)	*101,4*	*105,9*	*111,1*
'-varav särskild ålderspension, särskild avtalspension &	*6,8*	*4,7*	
Köp av verksamhet	405,2	427,2	468,9
Verksamhetsanknutna tjänster	164,1	172,7	201,0
Läkemedel	418,7	418,1	432,6
varav läkemedel inom läkemedelsreformen	*245,8*	*242,2*	*247,8*
Material och varor	109,4	112,8	120,6
Lämnade bidrag	205,0	207,2	203,5
Övriga verksamhetskostnader	389,7	386,2	402,5
*varav lokal- och fastighetskostnader **	*78,4*	*76,5*	*79,5*
varav sjukresor	*67,2*	*70,2*	*76,1*
varav försäkringsavgifter och övriga rikskostnader	*17,3*	*17,4*	*18,6*
därav kundförluster	*4,3*	*5,0*	*4,5*
SUMMA	**3 636,8**	**3 748,6**	**3 939,7**

* I driftredovisningen ingår även internränta på avskrivningar 31,2 mkr i verksamhetens kostnader, 5 349,3+31,2 = 5 380,5

**Upplysning om leasing lämnas i not 22

Not 3 Avskrivningar (miljoner kronor)	**Bokslut 2012**	**Bokslut 2013**	**Bokslut 2014**
Avskrivningar immateriella tillgångar	0,0	0,0	0,0
Avskrivningar byggnader och anläggningar	43,9	44,8	45,4
Avskrivningar maskiner och inventarier	9,4	8,9	9,8
Avskrivningar medicinteknisk utrustning	31,4	32,9	33,3
Avskrivningar övriga maskiner och inventarier	4,6	4,3	4,4
Avskrivningar hjälpmedel	11,4	11,9	12,3
SUMMA	**100,7**	**102,9**	**105,2**

Not 4 Jämförelsestörande poster (miljoner kronor)	**Bokslut 2012**	**Bokslut 2013**	**Bokslut 2014**
Verksamhetens intäkter			
Reavinst försäljning mark Östersund 2012	2,4	0,6	0,0
Verksamhetens kostnader			
Sänkt diskonteringsränta i RIPS 07, pensionskuldberäkningen	0,0	117,8	0,0
Återbetalning från AFA, fr o m 2009	48,2	46,8	0,0
Reaförlust försäljning Torsta/Rösta	-9,8	0,0	0,0
Redovisning av LÖF från långfristig	0,0	0,0	-82,3
skuld till kortfristig skuld	0,0	0,0	82,3
SUMMA	**40,8**	**165,2**	**0,0**

Not 5 Skatteintäkter (miljoner kronor)	**Bokslut 2012**	**Bokslut 2013**	**Bokslut 2014**
Preliminär skatteinbetalning	2 260,1	2 392,6	2 430,9
Preliminär slutavräkning innevarande år	34,2	-14,8	2,7
Slutavräkningsdifferens föregående år	2,4	2,0	-6,4
SUMMA	**2 296,7**	**2 379,8**	**2 427,2**

Not 6 Generella statsbidrag (miljoner kronor)	**Bokslut 2012**	**Bokslut 2013**	**Bokslut 2014**
Särskild ersättning rehabilitering och behandlingsinsatser	0,8	0,8	0,8
Läkemedelsbidrag	295,8	288,4	287,3
Utjämningsbidrag			
Inkomstutjämning	474,4	519,9	528,5
Kostnadsutjämning	-26,2	-5,2	47,0
Generellt statsbidrag	123,7	123,5	100,9
Nivåjustering	-24,6	-14,9	0,0
Regleringsavgift	0,0	-14,9	-31,7
Kostnadsutjämningsavgift	0,0	-1,3	0,0
SUMMA	**843,8**	**896,3**	**932,9**

Not 7 Finansiella intäkter (miljoner kronor)	**Bokslut 2012**	**Bokslut 2013**	**Bokslut 2014**
Utdelningar	0,1	0,3	1,4
Bankränta	1,9	1,5	1,6
Ränta utelämnade lån	0,0	0,1	0,1
Ränta på kortfristiga placeringar	4,9	9,2	10,3
Ränta på finansiella anläggningstillgångar	-1,3	1,8	3,9
Realisationsvinst vid försäljning av finansiella omsättningstillgångar	14,7	4,5	0,0
Återföring nedskrivn finansiella anl. tillg.	0,0	0,0	1,4
Ränta på kundfordringar	0,3	0,3	0,3
SUMMA	**20,5**	**17,7**	**19,0**

Not 8 Finansiella kostnader (miljoner kronor)	**Bokslut 2012**	**Bokslut 2013**	**Bokslut 2014**
Ränta på leverantörsskulder	0,1	0,1	0,1
Nedskrivning av finansiella anläggningstillgångar	3,3	0,0	0,0
Räntedel årets pensionskostnader	29,0	19,3	10,7
Bankkostnader	0,1	0,2	0,3
Räntekostnad revers hos Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag	2,2	1,5	1,1
Räntedel årets löneskattekostnad	7,0	4,7	2,6
Övriga finansiella kostnader, (sänkt diskonteringsränta i pensionsskuldberäkningen RIPS 07)*	0,1	117,9	0,1
SUMMA	**42,0**	**143,7**	**14,9**

*I finansiella kostnader 2013 ingår jämförelsestörande poster på 117,8 miljoner kronor, se not 3

År 2011 är beloppet 79,6

Noter till balansräkningen

Not 9 Immateriella tillgångar (miljoner kronor)	**Bokslut 2012**	**Bokslut 2013**	**Bokslut 2014**
Redovisat värde vid årets början	**0,0**	**0,0**	**0,0**
Nyanskaffning	0,0	0,0	0,0
Avskrivningar	0	0,0	0,0
Avyttringar	0,0	0,0	0,0
Rättning	0,0	0,0	0,0
Förändring av bokfört värde	**0,0**	**0,0**	**0,0**
Redovisat värde vid årets slut	**0,0**	**0,0**	**0,0**

Not 10 Mark och byggnader (miljoner kronor)	**Bokslut 2012**	**Bokslut 2013**	**Bokslut 2014**
Redovisat värde vid årets början	**710,6**	**665,3**	**643,3**
Nyanskaffning	33,3	22,0	46,8
Avskrivningar	-43,9	-43,9	-44,3
Avyttringar	-34,9	0,0	0,0
Justering	0,2	0,0	0,0
Förändring av bokfört värde	**-45,3**	**-22,0**	**2,5**
Redovisat värde vid årets slut	**665,3**	**643,3**	**645,8**

Pågående investeringar avskrivs ej

Not 11 Maskiner och inventarier (miljoner kronor)	**Bokslut 2012**	**Bokslut 2013**	**Bokslut 2014**
Redovisat värde vid årets början	**219,5**	**210,9**	**222,9**
Nyanskaffning	55,4	74,7	108,1
Justeringar	-0,5	0,0	0,0
Avskrivningar	-56,8	-58,9	-60,9
Avyttringar	-6,7	-3,8	-0,1
Förändring av bokfört värde	**-8,6**	**12,0**	**47,1**
Redovisat värde vid årets slut	**210,9**	**222,9**	**270,0**

Linjär avskrivning tillämpas för samtliga tillgångar

Not 12 Finansiella anläggningstillgångar (miljoner kronor)	**Bokslut 2012**	**Bokslut 2013**	**Bokslut 2014**
Aktier o andelar			
Länstrafiken i Jämtlands län AB	1,0	1,0	1,0
HSB Brf Torvalla centrum (Torvalla hälsocentral)	7,1	7,1	7,1
HSB Brf Åkerärtan (Odensala hälsocentral)	1,3	1,3	1,3
Brf Lugnviks centrum (Lugnviks hälsocentral)	2,0	2,0	2,0
Landstingsbostäder i Jämtland AB	7,4	7,4	7,4
Åsbygdens gymnasiums andelar i NNP ek förening mfl	0,3	0,0	0,0
Sjukvårdsrådgivningen SVR AB	0,1	0,1	0,1
Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag	0,0	0,0	17,1
Övrigt diverse små andelar	0,2	0,2	0,2
Delsumma	***19,4***	***19,1***	***36,2***
Långfristiga fordringar			
har en löptid på ett år eller mer från balansdagen. Efter avdrag av 2011 års amortering, som redovisas som kortfristig fordran, består långfristiga fordringar av utlämnade lån till:			
Länstrafiken i Jämtlands län AB 4 mkr och Torsta AB 0,8	4,8	6,7	6,7
Delsumma	***4,8***	***6,7***	***6,7***
SUMMA	**24,2**	**25,9**	**43,0**

Flyttade till omsättningstillgångar, not 14, ändrad redovisningsprincip RKR 20

Not 13 Lager o förråd (miljoner kronor)	**Bokslut 2012**	**Bokslut 2013**	**Bokslut 2014**
Centralförråd	5,8	5,4	4,9
Övriga förråd	7,5	7,8	9,1
SUMMA	**13,4**	**13,3**	**14,0**

Not 14 Kortfristiga fordringar (miljoner kronor)	**Bokslut 2012**	**Bokslut 2013**	**Bokslut 2014**
Kundfordringar	38,6	38,1	42,2
Förutbetalda kostnader och upplupna intäkter	50,2	54,3	71,7
Periodisering leverantörsfakturor	46,0	41,8	43,9
Mervärdesskatt	24,4	25,9	16,6
Övriga kortfristiga fordringar	1,9	1,7	0,6
Upplupna skatteintäkter	88,0	36,3	2,7
Projektredovisning EU*	0,5	0,0	0,0
SUMMA	**249,6**	**198,2**	**177,7**

* I projektredovisningen är hela beloppet 0,5 Mkr fordringar

Not 15 Kortfristiga placeringar (miljoner kronor)	**Bokslut 2012**	**Bokslut 2013**	**Bokslut 2014**
1. Likviditetsportfölj			
Räntebärande värdepapper utgivna av:			
Svenska staten	0,0	0,0	0,0
Svenska kommuner och landsting	0,0	10,0	10,0
Banker och bostadsinstitut med rating om lägst A-/A3	252,0	217,0	190,0
Värdepapper med lång rating om lägst A-/A3	43,7	127,0	16,1
Värdepapper med lång rating om lägst BBB-/Baa3	0,0	0,0	0,0
Värdepapper med kort rating om a-2, K1 eller p-2	44,7	57,8	0,0
Värdepapper med kort rating om a-3, K2 eller p-3	24,9	10,0	0,0
Värdepapper svenska statsägda företag utan rating	55,3	62,2	41,9
Värdepapper övriga företag med skuggrating minst A-	0,0	5,0	0,0
Värdepapper övriga företag med skuggrating minst BBB-	0,0	69,9	0,0
Sammansatta kapitalgaranterade instrument med rating om lägst A/A2	32,2	39,7	39,7
Fonder	5,0	5,0	5,0
Delsumma	457,8	603,6	302,7

* Enligt reglementet för kortsiktig likviditetsförvaltning tillåts placeringar i följande företag utan kreditrating, Vasakronan, Jernhusen, Sveaskog, Arla Foods och Toyota Industries Finance International AB.

2. Värdepappersportfölj för framtida pensioner			
Svenska staten	30,5	15,0	15,0
Värdepapper med rating om lägst AAA/Aaa	94,8	84,6	22,6
Värdepapper med rating om lägst AA/Aa2	26,4	26,4	33,7
Värdepapper med rating om lägst A/A2	0,0	200,6	0,0
Värdepapper med rating om lägst BBB/Baa	200,6	21,9	0,0
Värdepapper med rating om lägst Ba3/BB+	0,0	0,0	200,6
Fonder	0,0	0,0	99,2
Delsumma	352,3	348,5	371,0
SUMMA	**810,1**	**952,1**	**673,7**

Not 16 Kassa, bank (miljoner kronor)	**Bokslut 2012**	**Bokslut 2013**	**Bokslut 2014**
Kassa	0,3	0,3	0,2
Bank	152,2	101,4	299,1
UTGÅENDE EGET KAPITAL	**152,5**	**101,7**	**299,3**

Not 17 Eget kapital (miljoner kronor)	**Bokslut 2012**	**Bokslut 2013**	**Bokslut 2014**
Ingående eget kapital	778,2	686,1	515,2
Rörelsekapital (omsättningstillgångar-korta skulder)	654,6	689,5	443,1
Anläggningskapital (anläggningstillgångar-långa skulder & avsättning	31,5	-174,3	-89,6
UTGÅENDE EGET KAPITAL	**686,1**	**515,2**	**353,5**

Not 18 Årets resultat enligt balanskravet (miljoner kronor)	**Bokslut 2012**	**Bokslut 2013**	**Bokslut 2014**
Årets resultat	-92,1	-170,9	-161,8
Avgår reavinster	-2,4	-0,6	0,0
Omställningskostnader	13,0	6,0	1,9
Sänkning räntan i Rips 07, pensionsberäkning	0,0	117,8	0,0
JUSTERAT RESULTAT	**-81,5**	**-47,7**	**-159,9**
Balanskravsresultat från tidigare år	-58,1	-139,6	-187,3
Summa att återställa	**-139,6**	**-187,3**	**-347,2**

Not 19 Avsättningar (miljoner kronor)	**Bokslut 2012**	**Bokslut 2013**	**Bokslut 2014**
Avsättningar till pensioner	632,6	791,7	843,6
varav avsättningar till garantipensioner & visstidspensioner	*7,6*	*6,9*	*3,3*
Avsättning särskild löneskatt	153,5	192,1	204,7
Övriga avsättningar	0,6	0,3	0,1
SUMMA	**786,6**	**984,1**	**1 048,4**
Årets förändring av ansvarsförbindelsen inkl löneskatt*	**5,0**	**162,6**	**-108,3**
Årets avsättning för pensioner inklusive löneskatt	87,2	197,8	64,5
förändring av finansiella placeringar	*-129,4*	*-3,8*	*30,9*
varav placerat i aktierelaterade placeringar	*0,0*	*13,4*	*22,7*
varav placerat i räntefonder och obligationer	*0,0*	*-17,2*	*8,2*
Ökning/minskning av återlån (+/-), medel använda i verksamheten	**221,6**	**364,2**	**-74,7**

*Ligger utanför balansräkningen

Not 20 Långfristiga skulder (miljoner kronor)	**Bokslut 2012**	**Bokslut 2013**	**Bokslut 2014**
Skuld patientskadereserv (Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag)	82,3	82,3	0,0
SUMMA	**82,3**	**82,3**	**0,0**

Skulden är bokad från lång- till kortfristig skuld på grund av att beloppet kommer att utbetalas till LÖF under 2015

Not 21 Kortfristiga skulder (miljoner kronor)	**Bokslut 2012**	**Bokslut 2013**	**Bokslut 2014**
Leverantörsskulder	175,4	155,1	175,7
Ankomstregistrerade fakturor	0,0	0,2	0,0
Upplupna kostnader och förutbetalda intäkter	66,1	76,0	93,1
Preliminärskatt innevarande år	31,8	33,0	34,4
Semesterlöneskuld	80,8	85,5	89,3
Innestående jourkompensation	22,1	20,6	18,0
Innestående övertid	8,8	7,6	7,7
Upplupna löner	4,3	5,3	4,8
Upplupna sociala avgifter	82,4	84,1	87,2
Pension individuell del	59,2	63,0	67,1
Främmande medel	0,4	-0,9	0,4
Momsskulder	1,8	1,6	2,2
Förutbetalda skatteintäkter	0,0	14,8	21,1
Skatteskulder	3,1	3,6	-0,7
Övriga skulder	12,6	3,0	99,9
Avräkningskonton	-0,2	1,3	0,1
**Avräkning forskningsanslag (projektbankbok konto 2898)	28,3	22,2	21,3
- varav villkorad återbetalning	*14,3*	*12,4*	*12,6*
SUMMA	**577,0**	**575,8**	**721,7**

*Saldot i projektbankboken konto 2898 innebär att Jll har fått pengar i förskott (externa) för att bedriva projekt under flera år, det vill säga en förutbetald intäkt. Ungefär hälften är villkorade för återbetalning om vi inte skulle förbruka projektmedlen. Återbetalning av medlen bedöms dock inte bli aktuellt då avsikten är att alla projektmedel ska förbrukas utifrån beslutade projektplaner.

Not till ansvarsförbindelse

Not 22 Leasing (miljoner kronor)	**Bokslut 2012**	**Bokslut 2013**	**Bokslut 2014**
Under året har landstingets leasing/hyresavgifter uppgått till*	9,9	11,5	11,7
Framtida leasingavgifter förfaller till betalning enligt följande			
Inom 1 år	9,8	12,3	12,2
Inom 2 till 5 år	9,5	12,7	11,7
Senare än 5 år	1,5	1,2	0,8
Summa övriga leasing/hyresavgifter	30,7	37,7	36,3
Under året har landstingets hyresutgifter för fastigheter uppgått till	43,2	43,8	47,2
Framtida hyror för fastigheter förfaller till betalning enligt följande			
Inom ett år	43,6	44,7	44,7
Inom 2 till 5 år	183,5	188,3	188,3
Senare än 5 år	Saknas	Saknas	Saknas
Summa hyresutgifter fastigheter	**270,3**	**276,8**	**280,2**
Summa	**301,0**	**314,5**	**316,5**

* Varav: 3,6 mkr billeasing och 8,1 mkr funktionsavtal telekommunikation och datalagring, övrigt 0 mkr. 2014

* Varav: 3,4 mkr billeasing och 8,1 mkr funktionsavtal telekommunikation och datalagring, övrigt 0 mkr. 2013

* Varav: 3,2 mkr billeasing och 6,7 mkr funktionsavtal telekommunikation och datalagring, övrigt 0,1 mkr. 2012

Allmänna redovisningsprinciper

Årsredovisningen är upprättad i enlighet med lagen om kommunal redovisning (1997:614), rekommendationer från Rådet för kommunal redovisning (RKR) och god redovisningssed.

Att lagen om kommunal redovisning och rekommendationer från Rådet för kommunal redovisning följs innebär bland annat att:

- Intäkter redovisas i den omfattning det är sannolikt att de ekonomiska tillgångarna kommer att tillgodogöras Jämtlands läns landsting och intäkterna kan beräknas på ett tillförlitligt sätt.
- Fordringar har upptagits till de belopp de beräknas inflyta.
- Tillgångar och skulder har upptagits till anskaffningsvärde där inget annat anges.
- Värdering av kortfristiga placeringar har gjorts till det lägsta av verkligt värde och anskaffningsvärdet.
- Periodisering av inkomster och utgifter har skett enligt god redovisningssed

Jämförelsestörande poster

Jämförelsestörande poster är resultatet av händelser eller transaktioner som inte är extraordinära men som är viktiga att uppmärksamma vid jämförelser med andra perioder.

Posterna konteras enligt L-bas i redovisningen men i resultatuppföljningen särredovisas posten i not (nr 3)för att tydliggöra att så skett samt för att en korrekt jämförelse ska kunna ske.

Periodisering

Periodisering har skett för att ge en rättvisande bild av landstingets resultat och finansiella ställning för den aktuella perioden. Det innebär att utgifter kostnadsförts det år då förbrukning skett och inkomster intäktsförts det år som intäkten genererats.

Konsekvensprincipen, väsentlighetsprincipen och försiktighetsprincipen, vilka i viss mån modifierar huvudprincipen, tillämpas i förekommande fall. Eventuella avvikelser kommenteras under respektive rubrik.

Sammanställd redovisning

Enligt bestämmelserna i den kommunala redovisningslagen ska årsredovisningen även omfatta den verksamhet som bedrivs i bolagsform. Syftet med den sammanställda redovisningen är att ge en sammanfattande och rättvisande bild av landstingets totala ekonomiska ställning och resultat oavsett om verksamheten bedrivs i förvaltnings- eller företagsform.

Landstinget i Jämtland berörs dock inte av detta på grund av att man inte har något betydande inflytande i bolagen och/eller att det inte innebär någon väsentlig påverkan på resultat- och balansräkning.

INTÄKTER

Skatteintäkter

Den preliminära slutavräkningen för skatteintäkter baseras på SKL:s decemberprognos i enlighet med rekommendation RKR 4.2.

Statsbidrag

Specialdestinerade/riktade statsbidrag redovisas i resultaträkningen tillsammans med övriga verksamhetsanknutna intäkter. De periodiseras i normalfallet till den period där kostnaderna som statsbidraget avser är bokförda.

Generella statsbidrag och utlämning redovisas i resultaträkningen tillsammans med bidrag och avgifter i utjämningssystemen i posten generella statsbidrag och utjämning. De redovisas normalt enligt kontantmetoden vilket innebär att de redovisas vid utbetalning.

KOSTNADER

Hyres- och leasingavtal

Operationell leasing:
Landstingets samtliga leasingavtal är operationella leasingavtal.

Avskrivningar

Avskrivning av materiella anläggningstillgångar görs för den beräknade nyttjandeperioden med linjär avskrivning baserat på anskaffningsvärdet exklusive eventuellt restvärde. På tillgångar i form av mark, konst och pågående arbeten görs emellertid inga avskrivningar.

Avskrivningstider

Följande avskrivnings tider tillämpas normalt i landstinget: 3, 5, 7, 8, 10, 15, 20, 30 år.

Nyttjandeperioden utgör grunden för bedömningen av avskrivningstidens längd. Avskrivningstiden ska vara ett resultat av en lokal bedömning och anpassas till den aktuella anläggningens speciella förutsättningar, till exempel verksamhetens art, utnyttjandet av tillgången, geografiska förutsättningar.

Omprövning av nyttjandeperioden sker om det finns omständigheter som pekar på att det är nödvändigt (till exempel verksamhetsförändringar, teknikskiften, organisationsförändringar).

För tillgångar med en nyttjandeperiod överstigande 15 år görs en omprövning vid större reparations – eller ombyggnadsåtgärder eller när halva respektive två tredjedelar

av ursprungligt bedömd nyttjandetid förflutit. Om en ny bedömning av nyttjandeperioden avviker från tidigare fastställd avskrivningstid ändras avskrivningstiden alltid om den bedöms vara kortare. Bedöms nyttjandetiden vara längre ändras den normalt bara om det oavskrivna beloppet för tillgången överstiger 500 000 kr.

Avskrivningsmetod

I normalfallet tillämpas linjär avskrivning, dvs. lika stora nominella belopp varje år. Avskrivning påbörjas när tillgången tas i bruk och utgår ifrån anläggningarnas ursprungliga anskaffningsvärde..

Den normala avskrivningstiden för olika typer av anläggningstillgångar är följande:

Byggnader	10-30 år
Markanläggningar	5-50 år
Byggnadsinventarier	3-30 år
Inventarier	5-10 år
IT-utrustning	3-5 år
Medicinteknisk utrustning	5-10 år
Bilar och andra transportmedel	5-10 år
Jord-, skogs- och Trädgårdsmaskiner	5-10 år

I enlighet med den nya reviderade rekommendationen avseende materiella anläggningstillgångar RKR 11:4 kommer landstinget införa komponentavskrivning.

Under 2014 har en genomgång påbörjats av befintliga tillgångar som kommer att delas upp i olika komponenter eller behålla den ursprungliga avskrivningstiden beroende på bedömningar utifrån väsentlighet och rättvisande redovisning. Komponentavskrivningen kommer att innebära att fler komponenter i en byggnad aktiveras med olika nyttjandeperioder. Den årliga kostnaden för planerat underhåll kommer då att minskas och avskrivningsnivån öka.

Komponentavskrivning (byggnader) 5-30 år
(VVS, styr- och regler, övervakning samt övriga komponenter som kan identifieras)

ANLÄGGNINGSTILLGÅNGAR

Immateriella tillgångar

En immateriell anläggningstillgång är en identifierbar icke-monetär tillgång utan fysiskt form. Vid redovisning av immateriella tillgångar följs RKR 12.1.

Av försiktighetsskäl tillämpas en beloppsgräns på 30 prisbasbelopp eller mer. Avskrivningstiden varierar mellan 3-5 år. Nyttjandeperioden omprövas i slutet av varje räkenskapsår.

Materiella tillgångar

En materiell anläggningstillgång är fysisk tillgång avsedd för stadigvarande bruk. Vid redovisning av materiella tillgångar följs RKR 11.2.

En anskaffning som i övrigt uppfyller kriterierna för investering, ska bokföras som investering endast under förutsättning att utgiften uppgår till minst ett halvt basbelopp och att nyttjandeperioden är minst 3 år.
Anläggningstillgångarna är i balansräkningen värderade till anskaffningsvärdet med avdrag för ackumulerade avskrivningar.

I anskaffningsvärdet för fastigheter och tåg ingår lånekostnader enligt alternativmetoden i RKR 15.1.

Finansiella anläggningstillgångar

Enligt Rådet för kommunal redovisnings rekommendation nr 20 ska finansiella tillgångar klassificeras som anläggningstillgångar då syftet med innehavet är att tillgången ska innehas eller brukas stadigvarande. Medel som kontinuerligt är föremål för köp och försäljning och som är tillgängliga för att möta löpande utbetalningar ska klassificeras som omsättningstillgångar.
Jämtlands läns landstings pensionsmedel och samtliga placeringsmedel är klassificerade som omsättningstillgångar. De är värderade till det lägsta av anskaffningsvärdet och försäljningsvärdet.

Huvudmetoden tillämpas.

OMSÄTTNINGSTILLGÅNGAR

Omsättningstillgångar värderas som huvudprincip till det lägsta av anskaffningsvärdet och det verkliga värdet. Med det verkliga värdet avses försäljningsvärde efter avdrag för beräknad försäljningskostnad.

Kundfordringar och övriga kortfristiga fordringar.

Fordringar värderas till de belopp varmed de beräknas inflyta.

Varulager och förråd

Inventering ska göras av alla förråd/lager med undantag av köksförråd, medicinförråd, avdelningsförråd samt smärre förråd av omsättningskaraktär med ett värde som bedöms underskrida 50 000 kr. Alla inventerade lager ska bokas upp. Lager av olja och flis för löpande användning ska alltid inventeras.

Lagret ska värderas till senast kända anskaffningsvärde exklusive moms. När det gäller förråd med systemstöd, till exempel Economa lager, värderas lagret till faktiskt anskaffningsvärde enligt FIFO. Begagnade, användbara hjälpmedel värderas till halva anskaffningsvärdet av motsvarande nytt material. Inventeringslistorna ska visa lagerställningen per den 31 december. Inkuransavdrag görs med 3 procent av samtliga lagertillgångar enligt försiktighetsprincipen.

Tillgångsredovisning av individmärkta hjälpmedel

Alla individmärkta hjälpmedel hos hjälpmedelscentralen bokas som anläggningstillgång och avskrivningar görs. Detta enligt

beslut från 2006. Systemstödet finns i lagersystemet Sesam 2. Datorer och rollatorer avskrivs på 3 år, sängar på 8 år och allt övrigt på 5 år.

SKULDER OCH AVSÄTTNINGAR

Skuld personalen

Jämtlans läns landstings skuld till personalen i form av semesterlöneskuld, upplupen övertid, jour och beredskap samt tillhörande upplupen arbetsgivaravgift, har värderats och redovisats som kortfristig skuld enligt löneläget 31 december 2014 och gällande arbetsgivaravgifter för 2015.

Pensionsskuld/avsättning

Förpliktelser för pensionsåtaganden för anställda i kommunen är beräknade enligt RIPS07.

En förpliktelse att betala ut pensionsförmåner som intjänats före 1998 ska inte tas upp som skuld eller avsättning. Dessa pensioner redovisas som kostnader i resultaträkningen vid utbetalning.

Pensionsåtagande för förtroendevalda

Förtroendevalda med en uppskattad sysselsättningsgrad på minst 40 procent omfattas av ett särskilt avtal om pensionsförmåner. Pensionen beräknas till 65 procent av genomsnittet på de årsarvoden som utbetalats två år före avgång. För full pension krävs minst 12 års uppdrag och minst en mandatperiod. Visstidspension utbetalas för tid före 65 års ålder. Från 65 eller 67 års ålder omräknas pensionen till ålderspension. För tid före 65 års ålder samordnas visstidspensionen med eventuella förvärvsinkomster.

För avtal med samordningsklausul utgår beräkningen från de förhållanden som är kända vid bokslutstillfället. Om inget annat är känt görs beräkningen utifrån att ingen samordning kommer att ske.

Produktionsvolymer inom hälso- och sjukvården

Produktionsvolymer - specialiserad vård	Utfall 2012	Utfall 2013	Utfall 2014	Förändring 2014 jfm 2013
Antal läkarbesök				
- Barn Kvinna Psykiatri	26 341	25 454	28 262	11,0%
- Medicinska specialiteter	41 655	40 380	40 482	0,3%
- Opererande specialiteter	63 358	66 302	69 906	5,4%
Totalt antal läkarbesök	**131 354**	**132 136**	**138 650**	**4,9%**
varav kvinnor	*71 668*	*71 156*	*74 542*	*4,8%*
varav män	*59 686*	*60 980*	*64 108*	*5,1%*
Antal sjukvårdande behandling				
- Barn Kvinna Psykiatri	67 936	69 553	72 399	4,1%
- Medicinska specialiteter	48 942	54 286	55 350	2,0%
- Opererande specialiteter	35 640	35 252	36 391	3,2%
Totalt antal sjukvårdande behandling	**152 518**	**159 091**	**164 140**	**3,2%**
varav kvinnor	*86 251*	*90 456*	*94 023*	*3,9%*
varav män	*66 267*	*68 635*	*70 117*	*2,2%*
Antal vårddygn / vårddagar				
- Barn Kvinna Psykiatri	28 055	27 307	28 730	5,2%
- Medicinska specialiteter	52 677	52 014	48 642	-6,5%
- Opererande specialiteter	41 076	41 242	40 609	-1,5%
Totalt antal vårddygn / vårddagar	**121 808**	**120 563**	**117 981**	**-2,1%**
varav kvinnor	*62 905*	*63 894*	*60 706*	*-5,0%*
varav män	*58 903*	*56 669*	*54 626*	*-3,6%*
Antal undersökningar inom medicinsk diagnostik				
Röntgen	77 446	78 619	80 498	2,4%
varav kvinnor	*40 473*	*40 827*	*42 076*	*3,1%*
varav män	*36 973*	*37 792*	*38 422*	*1,7%*
Fysiologen	10 929	11 671	12 225	4,7%
varav kvinnor	*5 317*	*5 286*	*5 499*	*4,0%*
varav män	*5 612*	*6 385*	*6 726*	*5,3%*
Isotopen	1 637	1 718	1 615	-6,0%
varav kvinnor	*1 002*	*1 041*	*1 003*	*-3,7%*
varav män	*635*	*677*	*612*	*-9,6%*
Kliniska mammografier	3 012	3 877	3 848	-0,7%
Screening mammografier	10 237	13 492	11 604	-14,0%
Antal analyser på kem lab	2 241 837	2 358 289	2 296 130	-2,6%
varav kvinnor	*1 124 057*	*1 184 333*	*1 154 265*	*-2,5%*
varav män	*1 117 780*	*1 173 956*	*1 141 865*	*-2,7%*
Antal blodtappningar	5 566	5 276	4 894	-7,2%

Produktionsvolymer - specialiserad vård	Utfall 2012	Utfall 2013	Utfall 2014	Förändring 2014 jfm 2013
Akutområdet				
Ambulansuppdrag på väg	16 052	16 219	16 483	1,6%
Ambulansuppdrag helikopter	737	830	734	-11,6%
Patienter med Ambuss	2 317	2 304	2 153	-6,6%
- varav patienter med vårdbehov	790	743	799	7,5%
Besök akutmottagn exkl distriktsläk.jour primärvård	35 279	36 632	37 356	2,0%
Besök till distriktsläkarjouren på akutmottagningen	3 352	3 387	3 461	2,2%
Vårdtimmar intesivvårdsavdelning IVA	41 814	43 709	40 952	-6,3%
Operationstimmar vid centraloperation	10 339	10 247	10 379	1,3%
Antal födda barn	1 271	1 274	1 351	6,0%
Köpt vård				
Läkarbesök	6 188	6 428	4 278	-33,4%
Operationer	440	462	526	13,9%
Sjukgymnastik	60 030	59 386	53 185	-10,4%
Patienter som fått nödvändig tandvård	1 513	1 546	1 892	22,4%
Antal barn som valt privattandläkare	3 206	3 289	3 297	0,2%

Hälsovalet - landstingdriven primärvård	Utfall 2012	Utfall 2013	Utfall 2014	Förändring 2014 jfm 2013
Läkarbesök - mottagningsbesök	**186 995**	**179 237**	**175 386**	**-2,1%**
varav kvinnor	*104 717*	*100 373*	*99 970*	*-0,4%*
varav män	*82 278*	*78 864*	*75 416*	*-4,4%*
Läkarbesök - telefonbesök	**64 512**	**57 647**	**52 812**	**-8,4%**
varav kvinnor	*39 353*	*35 165*	*32 743*	*-6,9%*
varav män	*25 159*	*22 482*	*20 069*	*-10,7%*
Sjuk-, distriktsköterskor/barnmorska-mottagn.besök	**251 067**	**253 015**	**260 351**	**2,9%**
varav kvinnor	*138 087*	*139 158*	*143 193*	*2,9%*
varav män	*112 980*	*113 857*	*117 158*	*2,9%*
Sjuk-, distriktsköterskor/barnmorska- telefonbesök	**29 006**	**27 579**	**27 887**	**1,1%**
varav kvinnor	*17 693*	*16 823*	*17 011*	*1,1%*
varav män	*11 313*	*10 756*	*10 876*	*1,1%*
Sjukgymnaster - mottagningsbesök	**42 197**	**46 828**	**47 307**	**1,0%**
varav kvinnor	*27 850*	*30 906*	*30 276*	*-2,0%*
varav män	*14 347*	*15 922*	*17 031*	*7,0%*
Sjukgymnaster - telefonbesök	**2 243**	**2 337**	**1 908**	**-18,4%**
varav kvinnor	*1 436*	*1 496*	*1 221*	*-18,4%*
varav män	*807*	*841*	*687*	*-18,3%*
Psykosocial behandling - mottagningsbesök	**14 337**	**15 489**	**16 136**	**4,2%**
varav kvinnor	*10 753*	*11 617*	*12 102*	4,2%
varav män	*3 584*	*3 872*	*4 034*	4,2%
Psykosocial behandling – telefonbesök	**3 256**	**3 516**	**3 465**	**-1,5%**
varav kvinnor	*2 410*	*2 602*	*2 529*	*-2,8%*
varav män	*846*	*914*	*936*	*2,4%*

Hälsovalet - privata utförare primärvård	Utfall 2012	Utfall 2013	Utfall 2014	Förändring 2014 jfm 2013
Läkarbesök - mottagningsbesök	15 146	18 045	18 992	5,2%
Läkarbesök - telefonbesök	4 889	7 343	8 292	12,9%
Sjuk-, distriktsköterskor/barnmorska-mottagn.besök	25 854	32 581	34 386	5,5%
Sjuk-, distriktsköterskor/barnmorska- telefonbesök	1 895	1 586	1 605	1,2%
Sjukgymnaster - mottagningsbesök	6 510	5 370	5 606	4,4%
Sjukgymnaster - telefonbesök	131	175	176	0,6%
Psykosocial behandling - mottagningsbesök	464	289	421	45,7%
Psykosocial behandling – telefonbesök	24	10	47	370,0%

Uppföljning av arbetet med landstingsplanens övergripande mål och framgångsfaktorer

Vård efter behov och hälsofrämjande arbete Patientperspektivet		
Framgångsfaktorer (nedkortad version)	**Aktuellt läge**	**Kommentar**
Helhetsperspektiv Vården ges efter behov och beaktar individens totala hälsa och livssituation, fysisk och psykisk hälsa samt sociala livsvillkor. Särskild vikt vid grupper med särskilda behov.		Landstingets utvecklingsarbete för att förbättra för särskilt utsatta grupper samordnas i några landstingsövergripande handlingsplaner, exempelvis handlingsplan mot våld i nära relationer, handlingsplan för nationella minoriteter, handlingsplan för suicidpreventivt arbete och handlingsplan för Bättre liv för sjuka äldre. Arbetet går framåt och goda insatser görs men ännu ligger inte resultaten på önskad nivå.
Hälsofrämjande Verksamheten arbetar hälsofrämjande med förebyggande metoder som fångar upp och stöttar individen. Hälsoläget i länet ska kartläggas och behoven analyseras. I patientkontakter är livsstilsfrågor en självklar del, liksom fysisk aktivitet på recept och preventivt alkohol-, drog- och tobaksarbete.		Landstinget arbetar utifrån Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder, vilka ger patienter stöd i att förändra ohälsosamma levnadsvanor. Förebyggande insatser pågår framförallt för tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet, ohälsosamma matvanor samt sexuell hälsa och smittskydd. Folkhälsocentrum har ett särskilt uppdrag att stödja organisationer och företag i arbetet men också Primärvården, Folktandvården och sjukhusets enheter bidrar i detta viktiga arbete. Ett problem i sammanhanget är att tydliga mål för arbetet saknas liksom en landstingsövergripande samordning för det hälsofrämjande- och sjukdomsförebyggande arbetet.
Jämlikhet och jämställdhet Nya och reviderade vårdrutiner jämställdhetsintegreras för att skapa jämlika och jämställda villkor för alla patienter. Medicinskt omotiverade skillnader i vård och behandling av kvinnor och män kartläggs och åtgärdas. Handlingsplaner med utbildning och åtgärder ska leda till jämlikhet och icke diskriminering i vården av funktionsnedsatta, nationella minoriteter och HBTQ-personer. Arbetet mot våld i nära relationer uppmärksammas särskilt.		Handlingsplaner finns för jämlik och jämställd verksamhet, nationella minoriteter, barnkonventionen och våld i nära relationer. Planerna innehåller utbildningar och aktiviteter och riktas huvudsakligen till utvalda målgrupper. Många av aktiviteterna är genomförda men inte alla. Stöddokument för arbetet med barn som anhöriga är klara och utbildning har påbörjats för personal inom psykiatrin i en metod för familjeintervention när en förälder är psykiskt sjuk. Ett utvecklingsarbete har startats upp för att jämställdhetsintegrera en vårdenhet i landstinget. En mall har utvecklats som definierar vad landstinget menar med en jämställd och jämlik verksamhet. Efter fortsatta diskussioner och förankring ska mallen kunna användas som chefsstöd i arbetet med jämställdhetsintegrering. Vidare har ett arbetsmaterial för att lyfta jämställdhet och jämlikhet på APT utarbetats och testas vid några enheter. Implementeringen forstätter under 2015. I arbetet mot våld i nära relationer har vårdpersonal utbildats i att fråga om våld. Nya rutiner har beslutats som dels handlar om att ställa frågan och hantera svaret, dels ny samverkansrutin för patienter utsatta för våld i nära relation. En organisation håller på att formas som kontinuerligt ska kunna genomföra utbildningsinsatser för medarbetare i frågor som handlar om våld i nära relation och barn som far illa. Inom Barnhälsovården pågår ett pilotprojekt för att integrera samiskan i samiska barns utvecklingskontroller.
Öppen dialog Alla verksamheter har en öppen och fungerande dialog med patient-, brukar- och anhörigföreningar.		Alla berörda centrum har samarbete med patient- och brukarföreningar. Samarbetet handlar i stor utsträckning om information och erfarenhetsutbyte men även om utbildning. Dessa möten fyller en viktig roll i utvecklingen av vården.

Trygga patienter
Patientperspektivet

Framgångsfaktorer (nedkortad version)	Aktuellt läge	Kommentar
Tillgänglighet Patienter har rätt till vård i rimlig tid som är lättillgänglig även vid funktionsnedsättning. Information finns på flera språk. Ingen nekas vård. Väl fungerande akutsjukvård i hela länet. Samarbete med kommuner, myndigheter och andra organisationer. Sjukhusets specialister finns tillgängliga för primärvården via distansoberoende teknik och på plats vid HC.		Handlingsplan för tillgänglighet samlar de aktiviteter som genomförs. Fysisk tillgänglighet till lokaler för personer med funktionsnedsättning är väl tillgodosedd men kraven på tillgänglighet till vård i rimlig tid, enligt kömiljardens krav, klaras inte. Namn och begrepp i verksamheten har setts över och i vissa fall ersatts till ur patientperspektiv mer begripliga begrepp. Viss patientinformation finns tillgänglig på flera språk hos 1177 och hos de specialiteter som ofta möter patienter med andra språk. Wagners guide innehåller guidning på sydsamiska och meänkieli. Kontaktuppgifter som tidigare legat på landstingets webbplats för ungas psykiska hälsa har samlats under 1177. Mina vårdkontakter finns nu för majoriteten av mottagningar och på länets samtliga hälsocentraler.
Förtroende Patienter och närstående möts med ett respektfullt, fördomsfritt och förtroendeingivande förhållningssätt. Patientens förväntningar på bemötande och kompetens inom hälso- och sjukvården uppfylls, liksom behovet av kontinuitet och säkerhet.		Enligt nationella patientenkäter har patienterna starkt förtroende för vården. Patienterna upplever att de blir bemötta hänsynsfullt, med respekt och i stor utsträckning delaktiga i sin vård. Långa väntetider upplevs dock som ett problem liksom liten påverkansmöjlighet på tiden för besök/vårdepisod. Hög andel av patienterna upplever att de får god information om varför de skall ta ordinerade läkemedel men många saknar information om biverkningar. Överlag upplever kvinnor lägre tillfredsställelse med vården än män, men avståndet mellan könen minskar. Kontinuitet tillgodoses främst för patienter med långvariga vårdbehov. Patientnämnd och avvikelsesystem är viktiga källor för att fånga upp fall där patientmötet inte fungerat tillfredsställande
Patientsäkerhet Landstinget arbetar med en nollvision för vårdskador. Landstingets verksamhet kännetecknas av ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.		Landstinget arbetar för att stärka patientsäkerhetskulturen och tydliggöra chefers och medarbetares ansvar i patientsäkerhetsarbetet. Under året har arbetet haft fokus på införandet av nytt journalsystem med risk och konsekvensanalyser, rutingenomgångar och utbildning. Kraven i nationella patientsäkerhetssatsningen klarades trots brister i basala hygienrutiner och klädregler. Antibiotikaförskrivningen var näst bäst i landet och Landstinget klättrade till sjunde plats i SKLs öppna jämförelser avseende hälso- och sjukvård. Årets patientsäkerhetskulturmätning visade små förändringar jmf 2011. Indikatorn samarbete inom vårdenheten har högt värde medan högsta ledningens stöd till patientsäkerhetsarbetet, benägenheten att rapportera händelser och lärande organisation hade svagare resultat. Patientsäkerhetsstrategin som beslutades under året ska under 2015 kompletteras med en konkret handlingsplan.
Suicidprevention Landstinget har en övergripande handlingsplan för suicidprevention. Insatser sker i samarbete med andra aktörer, i hela länet.		Ett strukturerat suicidpreventivt arbete bedrivs inom psykiatrin och gentemot andra enheter i landstinget och andra myndigheter. Landstinget har en övergripande handlingsplan för suicidprevention med konkreta åtgärder för att minska antalet självmord i länet. Omfattande utbildningsinsatser har genomförts i suicidpreventivt arbete och i september 2014 var landstinget värd för nationell konferens i suicidprevention.
Kommunikation och dialog Patienten och närstående får kontinuerlig och begriplig information om vårdens innehåll, kvalitet, behandlingsformer, hjälpmedel och läkemedel. Användning av telemedicin och e-hälsa ökar.		Patientlagens krav på patienters delaktighet och medinflytande i egna vården ställer krav på landstingets ledning och medarbetare. Skillnaden minskar mellan hur väl män och kvinnor upplever att de blir informerade om sitt tillstånd och ordinerade läkemedel men fortfarande är kvinnor mindre nöjda och då främst avseende läkemedel och biverkningar. Läkemedelsberättelsen har utvecklats och utskrivningsinformationen till patient ska nu innehålla en kort och lättförståelig beskrivning av förändringar i patientens läkemedelsbehandling under vårdtiden.
Samarbete och samverkan Landstinget samarbetar med kommuner, landsting och andra aktörer i syfte att tillgodose patientens behov av god vård och med vårdkedjor som särskilt ser till barn och ungas behov. Distansoberoende tjänster och tekniker nyttjas och utvecklas.		Landstinget och länets kommuner samarbetar såväl kliniskt som på övergripande nivå, t.ex. genom Samordnad vårdplanering för patienter med vårdbehov och Bättre liv för de mest sjuka äldre. Inom högspecialiserad vård samarbetar läkare via överenskomna vårdprogram och riktlinjer och i multidisciplinära ronder med distansoberoende teknik. Norrlandstingens regionförbund och Regionalt cancercentrum norr har flera samarbetsgrupperingar inom sjukvårdsregionen. Forsknings- och utvecklingsarbete sker främst med Umeå universitet och MiUN men även med andra lärosäten. Genom samarbetsavtal mellan landstinget och SANKS (Nasjonalt samisk kompetansesenter – psykisk helsevern) i Norge kan samiska patienter inom psykiatrin i Jämtland erbjudas bättre vård än tidigare. Samarbetet med övriga norrlandsting och nationella samiska aktörer har ökat när det gäller samers villkor och hälsa.

Hälsofrämjande arbetsmiljö Medarbetarperspektivet		
Framgångsfaktorer (nedkortad version)	**Aktuellt läge**	**Kommentar**
Medarbetarinflytande och dialog Tydlig inflytandestruktur för arbetsmiljö, arbetsinnehåll och lön för medarbetare, fack och arbetsgivare Heltid en rättighet, deltid en möjlighet.		I samverkansavtal reglerar arbetsgivare och fackliga organisationer hur dialog och delaktighet ska fungera. Utgångspunkten är att så många frågor som möjligt ska behandlas på arbetsplatsen. Frågor rörande lön och lönebildning hanteras i särskild förhandlingsordning och årliga överläggningar med respektive facklig organisation. Antal deltidsanställda har minskat kraftigt jämfört med tidigare år. Bland deltidsanställda återfinns flera med varaktig sjukersättning och särskild ålderspension. Medelsysselsättningsgraden är 96,1 % vilket är förhållandevis högt i jämförelse med andra landsting.
Jämlikhet och jämställdhet Kunskap och metoder för jämlikhet och jämställdhet utvecklas och följs upp. Mångfald bland medarbetare bidrar till utveckling. Varje medarbetare får, utifrån arbetets behov, utrymme att använda sin kompetens.		En landstingsövergripande handlingsplan för jämställd och jämlik verksamhet finns. Handlingsplanens aktiviteter avseende medarbetare är endast genomförd till viss del och fortsätter under 2015. Värdegrundsdiskussioner och utbildning i jämställdhet, jämlikhet, trakasserier och kränkande särbehandling har genomförts. Några enheter har genomfört eller ska använda ”Växthusmetoden”, vilket är ett enkelt kartläggningsverktyg för utveckling av arbetsmiljön med utgångspunkt från diskrimineringslagstiftningen. Även ”Gemogram” används, där man ”bötar” med ett gem varje gång man tänker eller uttalar något diskriminerande utifrån jämställdhet. Nytt arbetsmaterial för att lyfta jämställdhet och jämlikhet på APT är framtaget och testat av några verksamheter. Sjukfrånvaron bland kvinnor är fortsatt oroande hög och fortsatta insatser krävs för att se över förutsättningarna i arbetet.
Hälsofrämjande och rehabiliterande Medarbetarna erbjuds en hälsofrämjande arbetsmiljö och samordnad rehabilitering vid behov.		Ny arbetsmiljöenkät har utarbetats för att mäta upplevelsen av den psykosociala arbetsmiljön. Två mätningar under året visar att medarbetarna känner sig engagerade i arbetet, vet befogenheter och ansvar och upplever arbetet meningsfullt. Utvecklingsområden är feedback och konstruktiv kritik av närmaste chef, rutiner och arbetsfördelning på arbetsplatsen samt påverkansmöjlighet på arbetets organisering. Ett friskvårdsprogram har utarbetats med förebyggande och hälsofrämjande aktiviteter och nytt samarbete har inletts med Previa för företagshälsovård med rehabiliterande och förebyggande/ främjande insatser. De vanligaste diagnoser som Previa mött under 2014 avser utmattning, stressrelaterad ohälsa, smärtproblematik samt missbruk av alkohol- och droger. För utmattningsärendena uppger Previas läkare att hälften beror på hög arbetsbelastning medan resten är privat-/personlighetsrelaterad. Landstinget har för vissa verksamheter en hög sjukfrånvaro bland medarbetarna.
Tydligt ledarskap Befogenheter och ansvar är tydliga och följs åt. Chefer är representanter för arbetsgivaren som tar ansvar för egen verksamhet och landstinget som helhet. Chefskapet präglas av en grundläggande värdering om alla människors lika värde. Huvuduppgiften är att stödja medarbetarna som resurs för att nå verksamhetens mål.		Ett väl fungerande chefskap i landstinget är avgörande för att verksamheten ska nå sina mål. Vid en genomlysning av chefernas arbetsförutsättningar år 2013 konstaterades ett behov av förbättring. En handlingsplan har sedan dess utarbetats med aktiviteter och insatser som alla syftar till att stärka chefs- och ledarskapet. Det finns ett introduktionsprogram enligt vilket nya chefer ska introduceras och alla nya chefer erbjuds även att delta i utbildningen "Ny som chef", som varvar teori, policyfrågor och chefsverktyg. Via Kunskapstorget erbjuds utbildning och fördjupade kunskaper och samtliga chefer i landstinget har även gått en längre utbildning i Lean. I ledningssystemet med regler, uppdrag och uppföljning tydliggörs chefernas ansvar.

Utveckling genom lärande och förnyelse Medarbetarperspektivet		
Framgångsfaktorer (nedkortad version)	**Aktuellt läge**	**Kommentar**
Utvecklingsbenägen och öppen för nya idéer Pilotprojekt, innovativa idéer, jämställdhets- och jämlikhetsarbete är kännetecken för landstingets arbete. Uppföljning är en del i den lärande processen. Medarbetarnas kompetens och idéer för förbättring av daglig verksamhet uppmärksammas och tillvaratas		Under det senaste åren har insatser för utveckling lyftas fram och prioriterats i landstinget. Under 2013 påbörjades en utvecklingssatsning på Lean med stöd av Mittuniversitetet Chefer och läkare med medicinskt ledningsansvar har utbildats och kunskapen sprids nu successivt till medarbetarna, bl.a. med stöd av Leancoacher. Arbete med ständiga förbättringar pågår kontinuerligt i verksamheten med stöd bl.a. av Genombrottsmetodik. Genom Lean och genombrottsmetodik skapas en bra struktur för att fånga upp medarbetarnas nya idéer och utvecklingsförslag i det dagliga arbetet. Landstinget arbetar med en Sverigeunik modell för ökad kunskap och effekt av sjukdomsförebyggande arbete i primärvården. Modellen innehåller projektmedel för särskilda utvecklingsuppdrag vars resultat kan spridas till hela organisationen. Utvecklingsinitiativ sker även inom Jämställdhets – och jämlikhetsarbete där det långsiktiga målet är jämställdhets- och jämlikhetsintegrerade enheter.
Systematiskt erfarenhetsutbyte Erfarenhetsutbyten tas tillvara och utvecklas. Ledarskapet utvecklas genom dialog. Lärandet och de implementerade metoderna ska vara evidensbaserat eller bygga på beprövad erfarenhet.		Nationella riktlinjer för olika sjukdomsgrupper bidrar till att göra vården mer jämlik och landstinget har utarbetat en modell för att ta emot, prioritera och implementera dessa på ett systematiskt sätt. Kunskapsstyrning inom sociala området och angränsande delar till hälso- och sjukvård är under uppbyggnad och en regional utvecklingsgrupp har bildats för att stärka strukturerna i länet. Landstingets styrgrupp för införande av ny teknik och nya metoder arbetar med införande av nya metoder/teknik och utfasning av gammal teknik. Kliniska och patientnära forskningsresultat presenteras via seminarieserier och på insidan. Därigenom sprids ny evidensbaserad kunskap till medarbetare. Landstinget deltar i nationella nätverket Hälsofrämjande sjukhus, Nationella samverkansgruppen för kunskapsstyrning och SKL:s arbetsgrupper. Det finns stor kunskap i evidensbaserade nya metoder och landstinget har en stor utmaning i att systematiskt införa dessa i hela organisationen.
Långsiktig kompetensförsörjning Landstinget arbetar med rekrytering och kompetens-utveckling genom en lärande miljö för elever och studenter. Ett nära och konstruktivt samarbete utvecklas med olika aktörer i utbildningssystemet. Fortbildning och möten på distans möjliggörs och struktur för kompetens-försörjning utvecklas.		Landstinget är en stor utbildningsorganisation och får oftast goda omdömen från studenter och de som genomför yrkespraktik. Den akademiska miljön som kring den regionaliserad läkarutbildningen utvecklas. successivt Stor del av den teoretiska undervisningen sker via videolänk, en teknik som nu även spritt sig till många andra forsknings och utbildningsmöten. Samverkan med Umeå universitet och Luleå tekniska universitet har ytterligare stärkts genom avtal om praktikplatser för fysio- och arbetsterapeututbildningar medan kommunal vårdutbildning och sjuksköterskeutbildning samordnas via landstingets praktikplatssamordning. Under året har ett arbete inletts för att utarbeta en ny modell för att systematiskt kartlägga behovet av kompetenser, med olika tidsperspektiv. Samtidigt ska en systematiskt kartläggning påbörjas av medarbetarnas kompetens. Nytt IT-systemstöd kommer att införas för att stödja processerna.
Forskning Landstinget stimulerar till verksamhetsnära och/eller klinisk forskning, inom alla yrkesgrupper. Särskilt prioriteras kvinnors deltagande inom FOU-verksamheten. Möjlighet till forskning förbättrar vården, gör landstinget attraktivt som arbetsgivare och är en del av landstingets samhällsansvar.		Forskningsverksamheten inom landstinget har utvecklats positivt de senaste åren och ett ökande antal medarbetare forskar. Att kunna erbjuda likvärdig vård i glest befolkade områden är en utmaning och därför satsar de fyra norrlandstingen gemensamt på att utveckla och bli världsledande i utvecklingen av framtidens vård och omsorg i glesbygd. Jämtlands läns landsting får forskningsmedel från Vinnova för att utveckla en ersättningsmodell för virtuella hälsorum. Detta är inte bara ett stöd för att driva ett viktigt utvecklingsprojekt utan även en kvalitetsstämpel som i framtiden kan leda till att landstinget lättare får forskningsmedel även för andra projekt.

Hållbar utveckling Samhällsperspektivet		
Framgångsfaktorer (nedkortad version)	**Aktuellt läge**	**Kommentar**
Folkhälsa Landstinget har ett hälsofrämjande och förbyggande förhållningssätt som främjar länsinvånarnas livsvillkor och levnadsvanor och bidrar till förbättrad jämställdhet och jämlikt fördelad hälsa. Verksamheten erbjuder hälsofrämjande metoder. Landstinget utvecklar arbetet för nationella minoriteter och gör satsningar för samers hälsa. Barn och ungas psykiska hälsa prioriteras. Landstinget arbetar med tillgänglighet och riktar insatser till grupper med särskilda behov.		Landstinget medverkar i folkhälsoråd tillsammans med flera av länets kommuner och landstingets folkhälsostrategi bygger på länets folkhälsopolicy. Genom systematisk folkhälsorapportering synliggörs skillnader i hälsa mellan olika grupper i samhället och detta används sedan som planeringsunderlag för olika insatser. Det genomförs omfattande hälsofrämjande aktiviteter inom landstingets olika verksamheter men det finns brister i samordning och uppföljning. Exempel på insatser är tobaksfri inför operation, livskunskapsutbildningar, hälsorum på hälsocentraler, metodutvecklings-arbete vid hälsocentralerna och metodutveckling av 4-årsbesöket på barnavårdscentral. Arbete pågår även för att främja barn och ungas psykiska hälsa med utgångspunkt i skolsköterskornas hälsosamtal i skolan. Samordning för regionalt föräldrastöd är under uppbyggnad. En handlingsplan för arbetet med nationella minoriteter utarbetas för perioden 2015-17, med särskilt fokus på att öka hälso- och sjukvårdens kompetens i frågor som rör samers hälsa.
Upphandling I upphandlingar tas lokalt, etiskt, socialt och miljömässigt ansvar. I första hand väljs miljömässigt hållbara produkter. Landstinget medverkar till att driva fram en hållbar utveckling. Inga produkter som tillverkas under oetiska förhållanden köps in. Inga avtal skrivs med företag som inte följer gällande avtal på svensk arbetsmarknad. Metoden ”Vita jobb” ska användas. Landstinget efterfrågar innovationsprodukter och genomför innovationsupphandling med andra i syfte att främja nya lösningar. Utfasning av miljö- och hälsofarliga ämnen pågår.		Miljökrav vid upphandlingar ställs i första hand enligt Miljöstyrningsrådets miljökriterier, där sådana finns, och utifrån socialt-etiska krav. För produkter som saknar social-etisk märkning kan det vara svårt att bedöma om de tillverkats under oetiska förhållanden. Endast ett fåtal produkter på marknaden är idag social-etisk märkta. Landstinget efterfrågar i dagsläget inte innovationsprodukter men följer produktutvecklingen inom de områden som är aktuella och väljer ofta nya produkter som bättre uppfyller verksamhetens behov. Innovationsupphandlingar i mening att upphandla en produkt som inte finns på marknaden kräver resurser som inte finns i landstinget idag. Landstinget medverkar dock som referensmiljö för en innovationsprodukt. Utfasning av miljö- och hälsofarliga ämnen pågår inte men vissa ämnen undviks där alternativ finns etablerat på marknaden. Kartläggning saknas för miljö- och hälsoskadliga ämnen i landstingets verksamhet och därmed görs heller inget systematiskt utfasningsarbete. Ny upphandlingspolicy och ny uppförandekod för leverantörer har utarbetats under året. Uppförandekoden ska användas i samband med etiska och sociala krav i upphandlingar. Nytt i koden är bl.a. en punkt om FN:s deklaration mot korruption.
Resurshushållning Landstinget arbetar med resurshushållning inom miljö, energi och ekonomi. Landstingets ekonomi är i balans för att klara framtida krav och utmaningar. Som finansiär i länstrafiken är landstinget mån om resurssnåla trafikslag.		Fastighetsenheten arbetar systematiskt med energieffektiviseringar och energihushållning och landstinget tillhör de bästa i landet när det gäller energianvändning per kvadratmeter. Det finns en trend inom sjukvården att i ökande utsträckning använda engångsprodukter vilken även märks i vårt landsting. Det finns en utvecklad källsortering med materialåtervinning i första hand, energiåtervinning i andra hand och deponi i sista hand. Under 2014 minskade mängden avfall till deponi medan komposterbart, brännbart, källsorterat och farligt avfall ökade. Det ekonomiska resultatet är inte i balans. Åtgärder för att sänka kostnaderna är nödvändiga.
Forskning, utveckling och innovation, FoUI Personella och ekonomiska resurser avsätts för att utveckla forskning, utveckling och innovation som ett led i att utveckla hälso- och sjukvården samt skapa attraktiva arbetsplatser. Samarbete med andra forsknings- och utbildningsaktörer utvecklas. Kunskap om extern finansiering och samarbeten för utvecklingsprojekt hålls ständigt uppdaterad.		Landstingets deltagande i nationella grupperingar är värdefullt för att ta del av viktiga resultat inom forskning och utveckling. Nationell samverkan för kunskapsstyrning, Statens beredning för nationell utvärdering, Hälsofrämjande sjukvård och SKL:s olika grupperingar är viktiga forum. Inom Norrlandstingens Regionförbund finns samarbete kring regiongemensamma forskningssatsningar, bland annat en förstudie inspirerad av kontakter med Gothia Forum för att utreda möjligheterna till en regiongemensam satsning för att utveckla samarbetet mellan sjukvård, akademi och industri. Landstinget har tagit en ledande roll, tillsammans med glesbygdsmedicinskt center i Storuman, i att utveckla och forska inom glesbygdsmedicin och distansöverbryggande metoder för att bedriva vård och omsorg i glesbygd. Landstinget finansierar två licentiand tjänster på den mittnordiska forskarskolan för sjuksköterskor som leds av Mittuniversitetet. FOUU enheten är kunskapsresurs i att hjälpa till med uppstart och design av nya verksamhetsutvecklingsprojekt.

Goda samarbetspartner Samhällsperspektivet		
Framgångsfaktorer (nedkortad version)	**Aktuellt läge**	**Kommentar**
Jämlikhet och jämställdhet Landstinget arbetar med kvalitet i vården vilket förutsätter jämlikhet och jämställdhet i alla beslut. Arbetet med värderingsgrund bygger på kunskaper om sociala skillnader samt HBTQ-, köns-, etnicitets-, tillgänglighets- och minoritetsfrågor. Landstinget arbetar preventivt mot våld i nära relationer liksom för att implementera barnkonventionens innehåll.		En rutin som säkerställer jämställdhets-, jämlikhets- och barnrättsperspektivet i beredning av beslutsunderlag har utarbetats och testas av samordningskansliet. Rutinen kommer att ingå när övergripande rutiner för ärendeberedning och dokumenthantering läggs fast inför 1 januari 2015. Landstingsdirektörens ledningsgrupp och landstingsstyrelsen har utbildats i ledning och styrning ur ett jämställdhets– och jämlikhetsperspektiv. Vidare planeras utbildningar för medarbetare i vården med fokus på HBTQ-frågor samt neuropsykiatriska funktionsnedsättningar ur ett genusperspektiv. Arbete mot våld i nära relationer pågår i stab och i Samrådsgruppen mot våld i nära relation. En webbutbildning om våld i nära relationer håller på att utarbetas och en arbetsgrupp har bildats för att diskutera behandling av våldsutövare. Vidare har nya rutiner beslutats både för att fråga om våld och för samverkan med andra aktörer i dessa frågor. Samrådsgruppen för barnkonventionen arbetar för att öka kunskapen om barnkonventionen bl.a. genom att utarbeta rutiner och riktlinjer som ska stärka barnen i mötet med vården, inte minst barn som anhöriga. Arbete pågår för att stärka de nationella minoriteternas rättigheter utifrån aktuell lagstiftning och för förbättra hälso- och sjukvården för samiska patienter. Diskussionen förs i Samrådsgrupp för nationella minoriteter där representanter för den samiska befolkningen deltar.
Hälsofrämjande Landstinget arbetar hälsofrämjande för hela länets befolkning med verksamhet för ökad livskvalitet. Arbetet med livsstilsfrågor förbättrar länsinvånarnas hälsa.		Landstingets hälsofrämjande arbete samordnas i landstingsövergripande handlingsplaner som följs upp och återredovisas för styrelsen enligt fastställd plan. Landstinget har framgångsrikt tagit vara på den ökade medvetenheten om livsstilsfaktorernas betydelse som finns i samhället. Genom att i möten i vården ta upp individens möjlighet att påverka sin egen hälsa kan länet på sikt uppnå en friskare befolkning. Fortsatta insatser krävs dock för att säkerställa länsinnevånarna en god hälsa.
Nationella och internationella nätverk Landstinget deltar i nätverk för erfarenhetsutbyte och kunskapsinhämtande.		Landstinget deltar i många nätverk, både nationellt och internationellt. Det rör sig om framförallt om nätverk inom den specialitet eller yrkesfunktion man tillhör. Av ekonomiska skäl har landstinget tvingats minska på deltagandet i nätverk och därför prioriterat nätverk där medicinsk utveckling sker samt nätverk som SKL ansvarar för. Landstinget prioriterar även nätverk av forsknings- och utvecklingsuppdrag, exempelvis nätverk för Interreg- och Horizon 2020 och strukturfondutlysningar.
Samverkan I landstingets gränsöverskridande verksamheter pågår samverkan med kommuner, landsting, organisationer och myndigheter. Regionförbundet är en viktig part för samverkan.		Politik och tjänstemän möts i folkhälsonätverk där regionförbundet, landstinget, länets kommuner samt representanter från näringslivet deltar. Samverkan inom de medicinska områdena sker både på nationella arenor och inom Norrland där landstingen strävar efter gemensamma beslut i många frågor. Inom länet är samarbetet med kommunerna organiserat i Fredagsgruppen, L-IFO, SVOM och Barnarenan. Folkhälsocentrum samarbetar med länets skolor i många frågor.
Länstrafik Länstrafiken är viktig för hela länets utveckling. Samverkan mellan landstinget, region-förbundet och kommunerna är en förutsättning för finansieringen.		Samverkan sker i ägarsamråd som träffas några gånger per år. Region Jämtland Härjedalen blir år 2015 Regional kollektivtrafikmyndighet. Förberedelser för detta pågår. Gemensam utredning av Bussgods förutsättningar har genomförts av landstinget, regionförbundet och länstrafiken.

Aktiv demokratisk organisation
Samhällsperspektivet

Framgångsfaktorer (nedkortad version)	Aktuellt läge	Kommentar
Medborgardialog Landstinget ger länets befolkning möjlighet till information och dialog. Dialog med patient-, anhörig- och brukarorganisationer utvecklas. Landstinget bidrar till att skapa medvetenhet om den politiska organisationen och processen.		Landstinget vill vara en öppen organisation som erbjuder medborgarna insyn, information och dialog. Regelbundna träffar där man diskuterar olika verksamhetsfrågor, så kallade brukarråd, genomförs med företrädare för patient-, anhörig- och brukarorganisationer. Dialog förs även i pensionärsrådet, där pensionärsorganisationerna i länet erbjuds delaktighet och inflytande, samt i Länets handikappråd som är en samrådsgrupp för frågor som rör funktionshinder och personer med funktionsnedsättning. Handikapprådets årliga tillgänglighetskonferens hade detta år kommunikation och kognition som tema. Landstingsfullmäktiges beredning för demokrati och folkhälsa genomförde under 2014 medborgardialoger om demokrati och valdeltagande i Jämtlands län. Dialog fördes med Länets handikappråd, Landstingets pensionärsråd, Bergs kommuns Handikappråd och pensionärsråd samt Pensionärernas riksorganisation Frösön. Beredningen för vård och rehabilitering genomförde under 2014 medborgardialoger vid familjecentraler i Berg, Bräcke, Härjedalen, Krokom, Ragunda, Strömsund och Östersunds kommuner. Resultatet av dialogerna ligger som grund för Regionplan 2016-2018.
Ungas inflytande Ungas delaktighet och inflytande är en självklar del i landstingets arbete och utvecklas ständigt.		Landstinget arbetar aktivt med ungas delaktighet och inflytande, främst genom ungdomsråd och ungdomsting där ungdomarna ges möjlighet att delta och få kunskap i demokratiska beslutsprocesser. Intresset har minskat något de senaste åren och diskussioner förs nu för att utveckla formerna. Årets ungdomsting frångick tidigare års upplägg med motionsskrivning och fokuserade istället på att ta fram synpunkter på den kommande länsövergripande ungdomsstrategin och lämna förslag på hur Länskulturens verksamhet ska utvecklas.
Lärande processer Landstinget är en lärande organisation där förändringsarbete och verksamhetsuppföljning är en viktig del. Aktiv kommunikation och dialog är framgångsfaktor för landsting och samhällsutveckling.		Arbetet med lärande processer är centralt för landstingets utvecklingsarbete och en viktig plattform för det pågående utvecklingsarbetet med bl.a. LEAN, produktions- och kapacitetsplanering, patientsäkerhet och bemötandefrågor. Landstingsstyrelsen har under året fått en allmän introduktion om grunderna med Lean. I samband med det fick de också spela leanspel, som är ett bra sätt att förstå flöden och processer. En utbildningsplan har upprättats för förtroendemannautbildningar 2015 inför ny mandatperiod och Regionbildning.
Jämlikhet och jämställdhet Landstinget är en demokratiskt styrd organisation som ser till hela befolkningens behov.		Fullmäktiges presidium har inför den nya mandatperioden fått ett övergripande ansvar för jämställdhet, jämlikhet och integration. Kraven på en jämlik och jämställd verksamhet är tydliga i övergripande styrdokument. En ny rutin för säkerställa jämställdhets-, jämlikhets- och barnrättsperspektivet i beslutsunderlagen är framtagen.
Landstingets organisation och arbetssätt Uppdrag, roller och ansvarsfördelning mellan politik och verksamhet samt mellan förtroendevalda och tjänstemän är tydliga.		Nuvarande styrmodell, med riktlinjer för planering och uppföljning, har reviderats och anpassats till kommande regionbildning. Genom styrmodellen kan Region Jämtland Härjedalen säkerställa att styrningen är systematisk, tydlig och enhetlig. I grundidén för modellen ingår att det ska finnas en röd tråd från visioner på politisk nivå till genomförande och uppföljning på verksamhetsnivå.

Långsiktigt hållbar Verksamhetsperspektivet		
Framgångsfaktorer (nedkortad version)	**Aktuellt läge**	**Kommentar**
Resurshushållning Verksamhetens resultat ger utrymme för framtida behov och långsiktigt hållbar ekonomi. All verksamhet genomförs med minsta möjliga negativa påverkan på människor och miljö. Systematiskt hälsofrämjande insatser genomförs för att uppnå högre livskvalitet och undvika framtida vårdkostnader. För framtida vårdbehov och personalförsörjning sker rekrytering och utbildning. Avtalstrohet vid inköp ska råda.		Stort fokus har under året legat på att bedriva en så resurseffektiv verksamhet som möjligt. Förutom stor återhållsamhet på kostnadssidan har flera utvecklingsarbeten startats upp med syfte att skapa ett effektivare resursutnyttjande, framförallt Lean och produktions- och kapacitetsplanering. KPP (kostnad per patient) har införts under året för att ge ytterligare kunskapsunderlag för en effektiv planering och styrning av vården. Landstingets arbete med patientsäkerhet och folkhälsa är viktigt ur ett resurshushållningsperspektiv. Goda insatser görs där men arbetet behöver utvecklas och intensifieras. Inom personalområdet förs ständiga diskussioner kring hur landstinget ska både klara att rekrytera och bibehålla kompetenta medarbetare. En mängd insatser har genomförts 2014 i syfte att förbättra medarbetarnas och omvärldens bild av Jämtlands läns landsting (senare Region Jämtland Härjedalen) som en attraktiv arbetsgivare.
Utveckling Landstinget är en lärande organisation med god omvärldsbevakning som bygger upp och förädlar sitt varumärke som hälso- och vårdgivare, samarbetspart och arbetsgivare. Gränsöverskridande samarbete är prioriterade utvecklingsområden.		Landstinget bedriver ett antal utvecklingsuppdrag, omvärldsbevakar och samverkar vilket har beskrivits under tidigare rubriker. I samband med regionbildningen 1 januari 2015 kommer Region Jämtland Härjedalen att få än större möjligheter till samverkan och utveckling i och med att de regionala utvecklingsdelarna förs samman med Hälso- och sjukvården. Stort arbete har inför det lagts på att tydliggöra organisationen och dess uppdrag, kommunikation och information till medborgare, företag och organisationer. Detta kommer att vara till stor nytta för fortsatt utveckling och samverkan.
Folkhälsa Folkhälsostrategin genomförs och folkhälsoarbetet vidareutvecklas för att minska hälsoskillnader och förbättra hälsan i länet. Utvärdering och uppföljning ligger till grund för framtida insatser.		En folkhälsostrategi har utarbetats vilken ger stöd till landstingets verksamheter att bedriva systematiskt folkhälsoarbete. Kartläggningar av befolkningens hälsa, exempelvis Hälsa på lika villkor, Skolelevers drogvanor och Hälsosamtal i skolan genomförs och utgör underlag för planering och uppföljning av genomförda insatser. Starkt kopplat till folkhälsostrategin är landstingets arbete för att skapa en struktur kring Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. En styrgrupp är bildad och en arbetsgrupp med representanter från alla centrum. Ett utvecklingsområde för landstinget är att i större utsträckning än hittills utvärdera resultatet av de sjukdomsförebyggande insatserna.
Forskning, utveckling och innovation, FoUI Personella och ekonomiska resurser avsätts för att utveckla FoUI (forskning, utveckling och innovation). Landstinget arbetar med FoUI som ett led i att vara en bättre vård- och arbetsgivare samt en attraktiv arbetsplats. Samarbete med andra forsknings- och utbildningsaktörer inom och utom länet utvecklas. Kunskap om möjlig extern finansiering och samarbeten för utvecklingsprojekt hålls ständigt uppdaterad.		Landstinget har av resursskäl svårt att ligga i framkant när det gäller innovationer men sedan en tid sker ett mycket positivt arbete inom ramen för denna framgångsfaktor genom utveckling av glesbygdsmedicin – tillsammans med bland annat Kungliga tekniska högskolan.

Effektiva processer
Verksamhetsperspektivet

Framgångsfaktorer (nedkortad version)	Aktuellt läge	Kommentar
Tydlighet Medarbetare i landstingets processer har tydliga uppdrag, ansvar och befogenheter i syfte att ge en kvalitativt god vård. Demokratiska beslut verkställs.		Arbete pågår för ökad tydligheten i uppdrag och ansvar. Ledningssystemet, produktions- och kapacitetsplanering och Lean är viktiga delar i det arbetet. En ny rutin för ärendehantering och uppföljning av politiska beslut har införts för löpande återföring till styrelsen. Ny rutin har även skapats för att sprida kunskap om fattade beslut i landstingsledningen till landstingets medarbetare.
Ekonomi Landstinget tillämpar ett hälsoekonomiskt perspektiv och verksamheten är kostnadseffektiv. Landstingets har en budget i balans och planerar för framtida behov. Verksamheten säkerställer kostnadseffektiva processer.		Landstinget bedriver inget eget hälsoekonomiskt arbete men tar lärdom av den kunskap som utvecklas i övriga landet. Det sker ett kontinuerligt arbete med att utveckla kostnadseffektiviteten men ännu räcker det arbetet inte till för att skapa en budget i balans. Under året har beslut fattats om en långsiktig plan för god ekonomi och ett omfattande arbete har inletts för att starta upp de olika utvecklingsarbeten som beskrivs där.
Uppföljning och utvärdering Landstingets verksamhet och processer följs upp och utvärderas ständigt som grund för kommande utvecklingsarbeten, i en lärande organisation.		Avvikelsesystemet har utvecklats under året vilket möjliggör bättre analys av data. Under året har även KPP (kostnad per patient) införts vilket ger helt nya möjligheter att följa upp vårdprocesser och enskilda patienters kostnad. Utbildningsinsatser pågår för berörda centrum.
Samverkan och samarbete Verksamhetens interna och externa vårdkedjor följs upp och utvärderas. Dialog, kommunikation och återkoppling i tidigt skede är en del i varje process.		Arbete pågår men kan utvecklas ytterligare. Ett exempel är personlig uppföljning av läkemedelsförskrivning till diabetespatienter för primärvårdens läkare. Ett annat är daglig styrning och uppföljning av att alla patienter inom Medicinska specialiteter får ett skriftligt utskrivningsmeddelande
Forskning, utveckling och lärande Forskning, utveckling och lärande ingår i landstingets processer. Resultat följs upp och goda exempel implementeras i verksamheten.		Se föregående avsnitt om forskning, utveckling och lärande i perspektiven för medarbetare samt kunskapsstyrning Fortsatt utveckling av stöd till verksamheten för att orka med att implementera nya arbetsmetoder behövs. Tålamod och uthållighet i förbättringsarbete är en fortsatt utmaning.
Jämställd och jämlik Alla vårdverksamheter kartlägger könsskillnader i vård och behandling. Medicinskt omotiverade skillnader åtgärdas. Arbete pågår för att ge lika förutsättningar och möjligheter för medarbetare oavsett kön. Tvärprofessionella team, jämställdhets- och jämlikhetsarbete är kännetecken för landstinget. Verksamheten motverkar strukturella skillnader i makt mellan yrkesgrupper och säkerställer en tydlig styrning för jämställd och jämlik vård. Könsuppdelad statistik ska finnas på alla områden.		Det finns ännu inget systematiskt arbete med att mäta skillnader mellan könen men i takt med att frågorna lyfts ökar medvetandegraden i organisationen. Vårddata kan i stor utsträckning redovisas och analyseras könsuppdelat och i boksluten redovisas könsuppdelad statistik där det är möjligt. En arbetsgrupp har gett förslag på mål och mått för en jämställd och jämlik vård. Gruppen har fått fortsatt uppdrag att ta fram en rutin som säkerställer analyser av resultat utifrån ett köns- och genusmedvetet resonemang. En läkargrupp har utsetts för att tillskapa särskild kompetens inom området genusmedicin. Diskussioner pågår för att hitta lösningar när det gäller strukturella skillnader i maktförhållanden mellan yrkesgrupper. Frågor om makt, hierarkier och strukturer har diskuterats mer detta i år än tidigare, kopplat till målet om en jämställd och jämlik verksamhet.

Transparensbokslut Folktandvården

En nationell modell har tagits fram för att åstadkomma en förbättrad transparens avseende Folktandvårdens intäkter och kostnader. Syftet är att säkerställa konkurrensneutralitet mellan offentliga och privata aktörer på tandvårdsmarknaden. Nedan följer en redovisning av hur Jämtlands läns landsting uppfyllt de i modellen angivna kraven. Kraven anges med kursiv text. Transparensbokslutet i sin helhet ingår som bilaga till Folktandvårdens verksamhetsberättelse år 2014.

Uppdrag och ersättningar

Uppdrag och ersättningar som ges till tandvårdsverksamhet för vad som motsvarar huvudmannens ansvar enligt tandvårdslagen är tydligt specificerade.

Uppdragsformulering och specifikation av ersättningar för respektive uppdrag är framtaget för Folktandvården. Dokumentation återfinns som bilagor i Folktandvårdens verksamhetsplan 2014.

Utökat uppdrag

De utökade uppdraget framgår av redovisningen (särredovisas) vad gäller både ersättning och kostnader för utförandet.

Ersättningar för det utökade uppdraget är särredovisat. Kostnaderna särredovisas så långt det är möjligt. En stuktur med objekt finns upplagd i redovisningen där såväl ersättning som kostnad för delar av det utökade uppdraget bokförs. Ersättning för vissa delar av det utökade uppdrag är dock fördelat till verksamheterna. Dessa ersättningar avser främst befolkningsansvar. Ersättningen för befolkningsansvaret är uttryckt som kronor/invånare och ska täcka den merkostnad folktandvården har för att säkerställa medborgarnas tillgänglighet till tandvård i hela länet.

Overheadkostnader

Samtliga relevanta overheadkostnader (indirekta kostnader) framgår av tandvårdens redovisning.

En modell har tagits fram för att beräkna vilka landstingscentrala kostnader som ska belasta folktandvården. Dessa kostnader påförs periodiserat per månad folktandvårdens redovisning. Modellen bygger på ett urval av kostnadsställen ur landstingets centrala redovisning. En andel av den bokförda kostnaden per 2014-12-31 på dessa kostnadsställen belastar folktandvården. Fördelningsnyckeln är densamma som används för beräkningarna av landstingets totalkostnadsbokslut.

Särredovisning, verksamhetsgrenar

Folktandvården särredovisar de olika verksamhetsgrenarnas samtliga intäkter och kostnader, dvs allmäntandvård för barn och ungdomar samt för vuxna, specialisttandvård för barn och ungdomar samt för vuxna.

Särredovisningen mellan de olika verksamhetsgrenarna görs inte i den löpande redovisningen utan tas fram efter att folktandvårdens resultat för året fastställts. Fördelningen sker dels via intäkts- och kostnadsposter som direkt går att härleda till en viss verksamhetsgren och dels via fördelningsnycklar. Fördelningsnycklarna bygger på bokad patienttid för de olika verksamhetsgrenarna.

Moms

Hantering av momsen framgår av redovisningen.

Redovisning av moms sker löpande vid externa inköp och försäljning. Vid kontering av fakturor automatkonteras ingående moms på ett kostnadskonto i folktandvårdens redovisning. Samma sker vid försäljning mot faktura eller vid kontantköp på klinikerna.
För interna köp skapas en bokföringsfil som beräknar momsen månadsvis baserat på månadens köpta material och tjänster. Den interna ingående momsen kostnads bokförs på ett särskilt konto i folktandvårdens redovisning. Rutinbeskrivning finns på landstingets redovisningsenhet.

Resultathantering

Resultathanteringen finns beskriven.

Resultathantering nedan finns beskriven i Landstingsplanen. För den konkurrensutsatta delen inom folktandvården tillämpar landstinget en modell för över- och underskott. Modellen anger att underskott ska återställas inom en treårsperiod från det år underskottet uppstod. Överskott får användas för att möta kommande års underskott.

Sammanfattning

Metoder för att fördela landstingsbidrag och följa upp kostnader fördelat på konkurrensutsatt och ej konkurrensutsatt verksamhet har förbättrats. För att skapa en än mer korrekt uppföljning krävs ytterligare åtgärder. Det handlar till stor del om att ta fram mer preciserad verksamhetsstatistik. Inför 2015 har en förfinad metod för att fördela och följa upp områdesansvaret tagits fram.

Enligt redovisningen per verksamhetsgren 2014 ligger folktandvårdens överskott i den konkurrensskyddade delen av verksamheten. Dels beror detta på att vissa kostnader som är att hänföra till konkurrensskyddad verksamhet inte kunnat härledas och redovisas och dels beror det på centrumets och klinikernas prioriteringar. Insatser som planerats inom folktandvårdens områdesansvar har under 2014 fått stått tillbaka. På centrumnivå har den pågående strukturutredningen lett till att andra insatser har fått vänta. Vissa kliniker upplever ett ökat patienttryck bland annat på grund av länets stora mottagande av nya svenskar. Förebyggande och folkhälsofrämjande insatser får då lägre prioritet. Bemanningsproblem på vissa kliniker får också samma effekt.

BOKSLUT 2014 Sammanställning per verksamhetsgren efter fördelning
Reslutat, tkr inkl. interna poster

*) KUV= Konkurrensutsatt verksamhet KSV=Konkurrensskyddad verksamhet

FOLKTANDVÅRD				
Verksamhetsgrenar	**KUV/KSV***	**Summa intäkter**	**Summa kostnader**	**Årets resultat**
Barn- och ungdomstandvård				
Allmäntandvårdsersättning 3-19 år	KUV	24289	-25212	-923
Befolkningsansvar	KSV	9104	-7340	1764
Specialisttandvård	KSV	11248	-11354	-106
Vuxentandvård				
Allmäntandvård vuxna	KUV	77039	-79911	-2872
Befolkningsansvar	KSV	13645	-10835	2810
Specialisttandvård	KUV	9916	-11141	-1225
Uppsökande tandvård, nödvändig tandvård till vissa äldre och funktionshindrade och tandvård som ett led i kortvarig sjukdomsbehandling	KUV	11570	-8671	2899
Särskilda uppdrag				
Folkhälsoinsatser	KSV	1020	-1110	-90
Kompetensförsörjning	KSV	3889	-4315	-426
Offentlighet och förvaltning	KSV	1827	-2071	-244
Tolkar, sjukresor	KSV	2000	-2565	-565
Stab/Kansli				
Stab/Kansli	KUV	7030	-6572	458
SUMMA FOLKTANDVÅRD		**172577**	**-171097**	**1480**
VARAV, RESULTAT KONKURRENSSKYDAD		42733	-39590	3143
VARAV, RESULTAT KONKURRENSUTSATT		119928	-120366	-438

HUVUDMANNASKAP, VÅRDVALSNÄMND				
Verksamhetsgrenar	**KUV/KSV***	**Summa intäkter**	**Summa kostnader**	**Årets resultat**
Barn- och ungdomstandvård				
Allmäntandvårdsersättning 3-19 år	KUV	28262	-27622	640
Vuxentandvård				
Allmäntandvård vuxna	KUV	0	0	0
Uppsökande tandvård, nödvändig tandvård till vissa äldre och funktionshindrade och tandvård som ett led i kortvarig sjukdomsbehandling	KUV	12232	-13589	-1357
Särskilda uppdrag				
Tolkar, sjukresor	KSV	100	-153	-53
Huvudman				
Huvudman	KSV	104	-37	67
SUMMA HUVUDMAN		**40698**	**-41401**	**-703**

Begreppsförklaringar och ordlista

Anläggningstillgång och omsättningstillgång
Ett landsting har två sorters tillgångar, anläggningstillgångar och omsättningstillgångar. Med anläggningstillgångar menas tillgång som är avsedd att stadigvarande brukas eller innehas i verksamheten. Följande typer av anläggningstillgångar existerar: materiella; maskiner, inventarier och fastigheter, finansiella; aktier i dotterbolag immateriella; goodwill, patent- och licensrättigheter Med omsättningstillgångar menas tillgångar som inte är avsedda att stadigvarande brukas eller innehas i verksamheten; likvida medel, kundfordringar och varulager.

Ansvarsförbindelser
Förpliktelse som inte redovisas som skuld eller avsättning på grund av att det inte är troligt att den kommer att behöva infrias, eller på grund av att dess storlek inte kan beräknas med tillräcklig tillförlitlighet. Det kan även vara fråga om en möjlig förpliktelse, det vill säga det är osäkert om det föreligger en förpliktelse eller ej. Ansvarsförbindelser redovisas inom linjen i balansräkningen, det vill säga de tas inte med i balansräkningens beloppskolumner och räknas inte in i balanssumman.

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

Balansräkning
En ögonblicksbild av landstingets ekonomiska ställning på bokslutsdagen, uttryckt i tillgångar, skulder och kapital. Balansräkningen har en tillgångssida och en skuldsida.

Bruttokostnader
är verksamhetens kostnader inklusive avskrivningar.

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

Extern intäkt eller kostnad
Intäkter eller kostnader som företaget har i relation till andra företag, organisationer eller privatpersoner. Interna intäkter eller kostnader är transaktioner mellan olika kostnadsställen eller enheter inom organisationen.

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

Poster inom linjen
Redovisningsbegrepp som innebär att ställda säkerheter och ansvarsförbindelser inte ska räknas in i balansräkningen utan redovisas inom linjen. Det betyder att de ska visas i anslutning till balansräkningen och att deras belopp inte ska räknas in i balansomslutningen.

Investering
Definieras inom landstinget som inköp av anläggningstillgångar såsom fastighet, utrustning eller maskiner med varaktighet över 3 år och ett inköpsvärde på minimum ett halvt basbelopp.

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

Likvida medel
Företagets penningtillgodohavanden i kontanter: kassa, postgiro, bank och bankgiro men även utländska sedlar, erhållna checkar, postanvisningar och postväxlar som ännu inte lösts in. Ordet likviditet är en definition av företagets betalningsförmåga på kort sikt.

Nettoinvestering
Årets investeringsutgifter efter avdrag för årets försäljning och utrangering.

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

Nyckeltal och nyckelindikatorer
Ett sätt att genom jämförelsetal beskriva verksamheten och göra den jämförbar över tid och med andra företag. Nyckeltal används i samband med uppföljning för att bland annat mäta effektivitet vid resursanvändning. Exempel på nyckeltal är soliditet och likviditet.

Periodisering
En fördelning av kostnader och intäkter på den redovisningsperiod till vilken de hör.

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

Resultat
Skillnaden mellan ett företags intäkter och kostnader under en viss period. Resultaträkning är den uppställning som visar hur vinsten eller förlusten för perioden uppkommit.

Rörelsekapital
Alla de tillgångar som inte är avsedda att stadigvarande innehas, minskade med de skulder som ska betalas inom ett år. Rörelsekapitalet är ofta en konstant andel av omsättningen. Ett positivt rörelsekapital innebär en buffert tack vare att Jämtlands läns landsting har eget och långfristigt kapital som även räcker till att finansiera omsättningstillgångarna. Ett negativt rörelsekapital innebär att leverantörerna till viss del finansierar anläggningstillgångarna.

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

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

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

Upplupna intäkter och kostnader
Upplupna intäkter är sådana intäkter som hör till bokslutsåret, men där företaget/myndigheten varken har skickat en faktura eller fått betalt för tjänsten eller varan före bokslutsdagen. En upplupen intäkt redovisas i balansräkningen som en interimsfordran.

Upplupna kostnader är sådana kostnader som hör till bokslutsåret, men där företaget/myndigheten varken fått faktura eller betalat för tjänsten eller varan före bokslutsdagen. En upplupen kostnad redovisas som en interimsskuld.

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

Rapport framtida struktur folktandvården

Version: 5

Beslutsinstans: Regionstyrelsen

Kristin Gahnström-Jonsson
Regionstyrelsen

ÄNDRINGSFÖRTECKNING

Version	Datum	Ändring	Beslutat av	Datum
1.	2014-10-03	Nyutgåva		
2.	2014-10-27	Komplettering utifrån frågeställningar från den politiska majoriteten		
3.	2014-11-19	Kompletteringar efter återremiss		
4.	2014-12-09	Kompletteringar efter återremiss		
5.	2015-01-09	Reviderad version efter återremiss		

Kristin Gahnström-Jonsson
Regionstyrelsen

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1 BAKGRUND 6

2 SAMMANFATTNING 6

3 FÖRUTSÄTTNINGAR 8

3.1 Befolkningsutveckling 8

3.2 Behov och efterfrågan av tandvård 9

3.2.1 Befolkningsansvar 9

3.2.2 Akut tandvård 10

3.2.3 Barn och ungdomar 10

3.2.4 Patienter med särskilda behov 11

3.2.5 Vuxna 11

3.3 Marknadsandel 12

3.4 Avstånd 12

3.5 Samverkan med andra 12

3.6 Samhällsservice i övrigt 13

3.7 Kompetensförsörjning 13

3.7.1 Rekrytering 13

3.7.2 Attraktiva arbetsplatser 13

3.8 Ekonomi 14

3.8.1 Folktandvårdens ekonomi 14

3.8.2 Den konkurrensutsatta verksamheten 15

3.8.3 Möjligheter att påverka folktandvårdens ekonomi 15

4 NULÄGESBESKRIVNING 17

4.1 Klinikstruktur/patientmängd 17

4.2 Tillgänglighet 18

4.2.1 Befolkningsansvar 18

4.2.2 Akut tandvård 18

4.3 Vårdutbud 19

4.3.1 Barn och ungdomar 19

4.3.2 Uppsökande och nödvändig tandvård 19

4.3.3 Patienter med särskilda behov 19

4.3.4 Vuxna 19

4.4 Bemanning 20

4.5 Ekonomi för nuvarande kliniker 21

5 FRAMTIDA STANDARD 23

5.1 Bas- och plusutbud 23

5.1.1 Barn och ungdomar 23

5.1.2 Uppsökande och nödvändig tandvård 23

5.1.3 Patienter med särskilda behov 23

5.1.4 Vuxna 24

5.2 Utökat vårdutbud utanför klinik 24

5.2.1 Barn och ungdomar 24

5.2.2 Uppsökande och nödvändig tandvård 24

5.2.3 Patienter med särskilda behov 24

5.3 Befolkningsansvar 24

5.4 Kompetens 25

5.5 Bemanning 25

5.6 Produktions- och kapacitetsplanering, uppföljning 25

5.7 Arbetssätt 26

5.8 Attraktiv arbetsgivare 26

5.9 Lokal/ Utrustning/Teknik 26

5.10 Ekonomi 27

5.10.1 God ekonomisk hushållning 27

5.10.2 Jämlika ekonomiska förutsättningar 27

5.11 Slutsats: Förutsättningar för att uppnå ny framtida standard 27

6 ANALYS AV FÖRÄNDRAD KLINIKSTRUKTUR 29

6.1 Analyskriterier 29

6.2 Klinikstorlek 29

6.3 Befolkningsperspektiv 30

6.3.1 Avstånd till närmaste klinik 30

6.3.2 Tillgång till allmänna kommunikationer och restid 31

6.3.3 Ökade kostnader för patienterna 32

6.4 Regionperspektiv 33

6.4.1 Kostnader för sjukreseersättning 33

6.4.2 Lokalkostnader 34

6.4.3 Kostnader för utrustning och teknik 35

6.5 Sammanställning av kliniker 35

6.6 Lägga ner i Östersund? 36

7 FÖRSLAG TILL - FRAMTIDA STRUKTUR 38
7.1 Beskrivning av alternativ a och b 38
7.2 Beskrivning av alternativ c och d 40
8 KONSEKVENSER AV NY FOLKTANDVÅRDSSTRUKTUR 40
8.1 Konsekvenser patienter 40
8.1.1 Konsekvenser för prioriterade grupper 40
8.1.2 Konsekvenser för övriga patientgrupper 41
8.2 Konsekvenser medarbetare 41
8.3 Konsekvenser ekonomi 42
9 RISK- OCH KONSEKVENSANALYS 45
9.1 Patientströmmar 45
9.2 Om patienterna väljer andra folktandvårdskliniker 46
9.3 Om patienterna väljer befintliga privata tandvårdskliniker 46
9.4 Om ny privat etablering uppstår på nedläggningsort 48
9.5 Om medarbetare lämnar folktandvården 48
9.6 Ekonomiska konsekvenser för regionen vid olika scenarier 49
10 ALTERNATIVET ATT INTE GÖRA NÅGON FÖRÄNDRING 49
11 RISK- OCH KONSEKVENSANALYS AV ARBETSMILJÖN 50
12 MOBIL ENHET 51
12.1 Erfarenheter från andra landsting 51
12.1.1 Mobil enhet i Västernorrland 52
12.2 Konsekvenser patienter 52
12.2.1 Konsekvenser prioriterade grupper 52
12.2.2 Konsekvenser övriga patientgrupper 53
12.3 Konsekvenser för folktandvårdens verksamhet 53
12.4 Konsekvenser medarbetare 53
12.5 Konsekvenser ekonomi 55

Kristin Gahnström-Jonsson
Regionstyrelsen

1 BAKGRUND

Tandvårdens mål är att verka för en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen. Region Jämtland Härjedalen har ett ansvar att planera tandvården med utgångspunkt i befolkningens behov (Tandvårdslagen 1985:125 §2 och §8).

För att säkerställa medborgarnas tillgänglighet till en kvalitativ och konkurrenskraftig tandvård med god ekonomisk balans, har folktandvården på landstingsdirektörens uppdrag gjort en beskrivning av tänkbara alternativ till folktandvårdens framtida struktur.

Ett framtida minskat befolkningsunderlag påverkar förutsättningarna att upprätthålla verksamhet med tillgänglighet över hela länet. Små kliniker med litet patientunderlag har eller kan i framtiden få problem med att upprätthålla tillgänglighet till en rimlig kostnad. Att rekrytera nya medarbetare till vissa kliniker i glesbygd är svårare än till kliniker i Östersundsområdet. Det är också svårare att rekrytera nya medarbetare till små än till större kliniker. Små kliniker är inte att föredra utifrån bl a sårbarhet vid frånvaro och behov av kollegialt utbyte och stöd. Nyutexaminerade medarbetare ska alltid kunna erbjudas handledning och stöd från rutinerade kollegor.

I *Landstingets långsiktiga utvecklingsplan för god ekonomisk hushållning* (LUP ekonomi) har folktandvården även i uppdrag att minska kostnaderna med 5 miljoner till år 2016.

Denna rapport gäller folktandvårdens struktur inom allmäntandvård vid folktandvårdens kliniker i Jämtlands län. Sjukhustandvården och specialisttandvården är föremål för en särskild utredning.

2 SAMMANFATTNING

Redan idag har folktandvården svårigheter med bemanning, framför allt på mindre kliniker ute i länet, där verksamheten är sårbarare vid personalfrånvaro. Enligt prognoser kommer befolkningsunderlaget utanför Östersund att minska ännu mer, vilket minskar patientunderlaget för redan små kliniker ytterligare.

För att säkerställa att folktandvården, även under kommande år, kan tillämpa ny teknik och nya metoder och upprätthålla en tandvård med hög kvalitet, har folktandvården tagit fram ett förslag till *ny framtida standard*, som bl a innehåller ett *basutbud* av tandvård och förebyggande behandlingar och ett *plusutbud* för kliniker med specialkompetens. Plusutbud innebär att patienter inte i samma utsträckning behöver nyttja länets specialisttandvård. Standarden föreskriver en enhetlig utformning och utrustning av kliniklokalerna, effektivisering genom ett förändrat arbetssätt med mer arbete i team och att arbetet bedrivs i två eller flera rum samtidigt. Ett team består av en tandläkare, en tandhygienist och ca 2,5 tandsköterskor och målsättningen är att varje klinik bemannas med minst 2 team för att minska sårbarheten och skapa en god arbetsmiljö. Kompetensutveckling i verksamheten och marknadsföring av folktandvården krävs också för att nå den nya standarden, som är tänkt att vara införd senast år 2021 på folktandvårdens kliniker.

Bemanning med minst två team kräver ett patientunderlag på över 2 000 patienter, vilket många av folktandvårdens kliniker inte har. Genom avveckling av vissa mindre kliniker skulle den nya standarden kunna införas på andra kliniker i samma geografiska område. Medarbetarna erbjuds

flytta med och öppettiderna förlängs, för att öka tillgängligheten för de patienter som får längre till närmaste folktandvårdsklinik. Flertalet patienter besöker tandvården högst en gång per år.

Minst en folktandvårdsklinik ska finnas i varje kommun i Jämtlands län. Vid analys och urval av kliniker som föreslås avvecklas respektive utökas, har flera kriterier använts: befolkningsstorlek, turism, avstånd, allmänna kommunikationer, patientströmmar och ekonomi.

Fyra alternativ på ny framtida klinikstruktur har tagits fram. **Alternativ a** och **b** baseras på att befolkningen i respektive upptagningsområde i genomsnitt ska ha högst **8 mil eller ca en timmes restid** enkel väg med bil till närmaste folktandvårdsklinik efter kliniknedläggningen. Det innebär en minskning av antalet kliniker **från 20 till 13.** De kliniker som läggs ner är Hede, Myrviken, Kälarne, Gällö (a) **eller** Bräcke (b), Föllinge, Hammerdal och Hoting. Patienterna erbjuds tandvård vid kvarvarande kliniker i kommunen/området. Minskningen av nettokostnaderna i alternativ **a** blir **4 384 000 kronor** och i **b 3 638 000 kronor**.

Alternativ c och **d** baseras på att befolkningen i respektive upptagningsområde i genomsnitt ska ha högst **6 mil eller ca fyrtiofem minuters restid** enkel väg med bil till närmaste folktandvårdsklinik efter kliniknedläggningen. Det innebär en minskning av antalet kliniker **från 20 till 15.** Den enda skillnaden jämfört med alternativ a och b är att **klinikerna i Hede och Hoting behålls.** Minskningen av nettokostnaderna i alternativ **c** blir **3 280 000 kronor** och i **d 2 535 000 kronor**.

Om kliniken i Gällö läggs ned, kommer regionen att belastas av en engångskostnad på 3 miljoner kronor för oavskrivna lokalanpassningsinvesteringar i lokalen i Gällö. Om kliniken i Bräcke läggs ned, måste regionen investera för uppskattningsvis 5 miljoner kronor i ombyggnation/nybyggnation i lokaler i Gällö. Kostnad för årlig avskrivning och internränta ingår i kalkylen för alternativ b och d.

De olika alternativen räcker inte för att förbättra folktandvårdens ekonomi med 5 miljoner kronor. Ytterligare förbättring måste uppnås genom effektiviseringar och/eller intäktsökningar.

Om folktandvården skulle tappa en del patienter till privata vårdgivare, när en klinik avvecklas, beräknas effekterna på folktandvårdens ekonomi bli plus minus noll jämfört med nuläget. Det blir dock svårare att uppnå den nya standarden på alla kliniker. Vakanser inom folktandvården medför att någon övertalighet bland personalen inte behöver uppstå.

Alternativet med en mobil enhet har också studerats och föreslås ingå i en utredning om mobila lösningar inom sjukvård och tandvård i kommande reviderade version av *Långsiktig utvecklingsplan för en god ekonomisk hushållning.*

Alternativet att inte göra några förändringar av folktandvårdens struktur nu, bedöms leda till både starkt försämrade möjligheter att ge högkvalitativ tandvård till länets befolkning, samt till ökade nettokostnader. Resultatförsämringen uppskattas till mellan en och tre miljoner kronor per år.

Kristin Gahnström-Jonsson
Regionstyrelsen

3 FÖRUTSÄTTNINGAR

Nedan följer en beskrivning av olika förutsättningar som ligger till grund för planeringen av framtidens folktandvård i Jämtlands län.

3.1 Befolkningsutveckling

Enligt den befolkningsprognos som redovisas i landstingsplanen 2014-2016 kommer befolkningen att minska ytterligare 2 procent fram till 2021 vilket motsvarar ca 2870 personer. Endast Östersund, Krokom och Åre har en positiv befolkningsutveckling. Det innebär en fortsatt koncentration av befolkningen i området kring Östersund och västerut mot Åre.

Befolkningsprognos				
Kommun/År	2012	2021	Förändring antal	Förändring %
Berg	7 231	6 447	-784	-11%
Bräcke	6 654	5 800	-854	-13%
Härjedalen	10 236	9 434	-802	-8%
Krokom	14 566	14 713	147	1%
Ragunda	5 450	4 872	-578	-11%
Strömsund	12 151	10 643	-1 508	-12%
Åre	10 352	11 483	1 131	11%
Östersund	59 418	59 796	378	1%
Totalt länet	126 058	123 188	-2 870	-2%

Källa: Landstingsplan 2014-2016 bilaga 6a

Åldersgruppen 65 år och äldre förväntas öka med 15 procent till 2021 i Jämtland. Övriga åldersgrupper minskar.

Befolkningsprognos Jämtland per åldersgrupp				
Åldersgrupp/År	2012	2021	Förändring antal	Förändring %
0-19 år	27243	25321	-1922	-7%
20-64 år	70866	65777	-5089	-7%
65 år och äldre	27949	32090	4141	15%
Totalt länet	126058	123188	-2870	-2%

Källa: Landstingsplan 2014-2016 bilaga 6a

3.2 Behov och efterfrågan av tandvård

Tandvårdslagen anger vilka patientgrupper som är prioriterade:

1. Patienter med akuta besvär ska tas hand om med förtur.
2. Regelbunden och fullständig tandvård för barn och ungdomar till och med det år då de fyller 19år.
3. Specialisttandvård för vuxna.
4. Uppsökande och nödvändig tandvård. Tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift till sjuka och funktionshindrade. De med särskilt tandvårdsstöd.
5. Övrig tandvård för vuxna i den omfattning som Region Jämtland Härjedalen bedömer lämplig.

Frisktandvård är prioriterat i gruppen vuxenvård enligt politiskt beslut i Jämtlands läns landsting 2004.

Det är svårt att göra prognoser på lång sikt avseende efterfrågan på tandvård då den påverkas av såväl munhälsan som av politiska beslut kring tandvårdens finansiering. Efterfrågan påverkas även av individens prioritering och betalningsförmåga.

Generellt har Sverige en mycket god tandhälsa. Jämtlands län och övriga Norrland har dock något sämre tandhälsa än övriga Sverige. Både allmänhälsa, medicinering och den sociala situationen kan ha effekt på munhälsan. Tillgången till regelbunden tandvård, vanor och attityder kan också påverka munhälsan.

Inom folktandvården riskgrupperas patienterna vilket ger en bild av vårdbehovet. Högre riskgrupp kräver mer vårdinsats. Detta ger dock bara en beskrivning av den del av befolkningen som valt att få en regelbunden tandvård (revisionspatienter) inom folktandvården. Hur munhälsan är hos de medborgare som inte regelbundet besöker någon vårdgivare är oklart. Denna patientgrupp möter folktandvården endast då de söker för akut tandvård.

Flertalet av folktandvårdens revisionspatienter behöver inte tandvård ofta, d v s inte mer än ca en gång per år. Statistik över antal akutpatienter i Jämtlands län finns för närvarande inte, men en ökning har sannolikt skett, bland annat som resultat av det ökande flyktingmottagandet.

Genomsnittlig riskgruppering patienter i Folktandvården 2013			
	Riskgrupp 0*	Riskgrupp 1*	Riskgrupp 2*
Barn och ungdomar 3-19 år	63 %	24 %	12 %
Vuxna	33 %	47 %	20 %

*Riskgrupperingen görs i tre nivåer 0 = låg risk, 1 = måttlig risk och 2 = hög risk
Källa: T4 (Folktandvårdens vårdadministrativa system)

3.2.1 Befolkningsansvar

Det finns en betydande ojämlikhet i hälsa och tandhälsa i Sverige.

Det är känt att vissa variabler som fattigdom, hemlöshet, flyktingskap och även beteende/levnadsvanor har stark koppling till hälsa och tandhälsa. Att ha föräldrar/vårdnadshavare med psykisk ohälsa, missbruk, funktionshinder ger en ökad risk för ohälsa/ tandhälsa. I folktandvårdens områdesansvar ingår att särskilt uppmärksamma dessa grupper.

Det finns grupper av barn och vuxna som av olika anledningar riskerar att falla ur systemet. Det kan handla om att familjen har en svår social situation och denna ska i så fall uppmärksammas och åtgärder sättas in så att barnet kan ta del av den hälso- och tandvård som är en rättighet för varje barn.

En stor andel nyinflyttade/ asylsökande ställer krav på ökade riktade insatser på individ- och gruppnivå. Hur når vi dessa grupper av människor ? Vilka är mötesplatserna i Jämtlands län? Vilka behöver tandvården samverka med i framtiden ?

Det är av stor betydelse att kunna nå dessa patienter på andra ställen än på våra folktandvårdskliniker, t ex bibliotek, fritidshem och fritidsgårdar, öppna förskolor, MVC, BVC, idrottsklubbar och musik/kulturskolor mm. Samverkan mellan tandvård, barnhälsovård, barnomsorg, socialtjänst, invandrarorganisationer är en framgångsväg.

Det behövs en sammanhållen hälsovård och tandvård med långsiktighet för att samarbeta och fånga upp våra svaga patienter. Kvaliteten på samhällsinsatser och samverkan har betydelse för resultatet. Det kostar tid och pengar att bygga upp dessa nätverk i Jämtlands län.

Munnens sociala betydelse är uppenbar, och oral rehabilitering kan betyda oerhört mycket för människors liv.

3.2.2 Akut tandvård

Patienter med akuta besvär ska tas hand om av folktandvården inom 24 timmar. Som akut räknas värk, svullnad, feber och trauma (slag) mot tänderna.

3.2.3 Barn och ungdomar

Barn och ungdomars tandhälsa i riket har under ett antal år förbättrats men signaler finns i hela landet att tandhälsan inte längre utvecklas i samma positiva riktning. Friska barn fortsätter att vara friska men de sjuka barnen blir sjukare. En stor orsak är de socioekonomiska skillnaderna. Rädda Barnen mäter varje år barnfattigdom utifrån ett index. 1997 levde 22,3 procent av Sveriges barn i fattigdom vilket förbättrades fram till 2007 då det minskade till 10,9 procent. Vid mätningen 2010 hade en ökning skett till 12,7 procent. Genomsnittet i Jämtlands län var 2010, 10,8 procent. I Berg, Bräcke och Strömsunds kommuner ligger barnfattigdomen mest över genomsnittet. Tandvården kommer i framtiden att få en viktig roll i att försöka fånga upp riskbarn och göra insatser i socioekonomiskt utsatta grupper/områden.

Barn 0-17 år i ekonomiskt utsatta hushåll 2010			
Kommun/länet /riket	Totalt antal barn	Antal barn i fattigdom	Andel barn i fattigdom
Berg	**1356**	**200**	**14,7**
Bräcke	**1305**	**200**	**15,3**
Härjedalen	1714	220	12,8
Krokom	3391	300	8,8*
Ragunda	982	112	11,4
Strömsund	**2083**	**362**	**17,4**
Åre	2075	215	10,4
Östersund	11312	1014	9,0**
Jämtlands län	24219	2623	10,8
Riket	1912071	242303	12,7

Källa: Jämtlands läns landsting rapport, Barnhälsovårdens kvalitetsutveckling i Jämtlands län
*Påverkas bl.a. av att Ås tillhör Krokoms kommun men de flesta barnen i Ås får sin tandvård i Östersund.
** Många privattandläkare i Östersund tar emot barn.

3.2.4 Patienter med särskilda behov

Inom gruppen patienter med särskilda behov finns de flesta i åldersgruppen 65 år och äldre. Denna grupp förväntas öka med 15 procent till 2021. Många patienter kommer senare i livet att behöva hjälp med den dagliga skötseln vilket innebär att omsorgspersonalens kompetens i, och intresse för, munvård kommer att bli avgörande för många äldres munhälsa. Utbildning och stöd till omsorgspersonal kommer att bli än viktigare. Landstingen kan välja att konkurrensutsätta uppsökande verksamhet. I Jämtlands läns landsting gjordes detta tidigare men då enda anbudsgivaren var folktandvården beslutades att ingen upphandling skulle göras. Ett avtal tecknas årligen med beställarenheten om uppdragets omfattning och innehåll samt ersättningsnivå. Hur region Jämtland Härjedalen i framtiden väljer att göra avseende upphandling eller inte påverkar folktandvårdens bemanning och verksamhet.

3.2.5 Vuxna

De yngre vuxna har god munhälsa men medicinerar mer än tidigare. En studie som gjorts av folktandvården i Norrbotten visar att 26 procent av 35-åringarna medicinerar regelbundet vilket är en fördubbling sedan 1991. I samma studie anger 23 procent av denna grupp att dom endast söker tandvård vid akuta besvär. Folktandvården har en stor uppgift i att förmå de yngre vuxna att behålla sina regelbundna tandvårdskontakter för förebyggande åtgärder, egenvårdsstöd och för enstaka reparativa insatser.

Patienterna efterfrågar i större utsträckning implantat som ersättning till avtagbar protetik och är mer medvetna om estetik.

Allt fler äldre kommer att ha kvar egna tänder med många olika typer av lagningar och ersättningar i munnen. För att kunna bevara god munhälsa för den äldre delen av befolkningen kommer det att krävas mer av både förebyggande insatser och reparativa eller rehabiliterande åtgärder.

3.3 Marknadsandel

Folktandvårdens verksamhet är konkurrensutsatt. I dagsläget har 84 procent av barn och ungdomar och 39 procent av de vuxna i Jämtlands län valt folktandvården som vårdgivare. Hur många av den vuxna befolkningen som saknar regelbunden tandvårdskontakt är oklart. Konkurrensen om patienterna ökar och enligt en studie som gjorts av SKL (Sveriges Kommuner och Landsting) kommer folktandvården i hela landet att mista patienter i framtiden. I Jämtlands län finns den största konkurrensen i Östersund. Förutom i Östersund finns privata vårdgivare på följande orter: Sveg, Åre, Nälden, Strömsund, Hammarstrand och Stugun. På många håll i länet är det mindre troligt att det sker privata etableringar då befolkningsunderlaget är för litet.

Folktandvårdens marknadsandel 2014-04		
Kommun	Barn och ungdomar 3-19 år	Vuxna 20år –
Berg	89%	47%
Bräcke	92%	62%
Härjedalen	94%	50%
Krokom	75%	39%
Ragunda	67%	23%
Strömsund	99%	43%
Åre	85%	44%
Östersund	83%	33%
TOTALT	84%	39%

Källa: T4

3.4 Avstånd

Nuvarande avstånd för länets invånare till närmsta folktandvårdsklinik varierar beroende på var i Jämtlands län man bor. Längst avstånd har man på vissa orter som ligger på gränsen till andra län alternativt till Norge, men dessa avstånd berör en mycket liten andel av länets medborgare. Undantag för reslängd och restid gäller vid akuta behov, d v s när patienten kan behöva åka längre för att få sin vård.

3.5 Samverkan med andra

Flertalet av länets folktandvårdskliniker finns på orter där även primärvården har sin verksamhet. Undantag är Backe, Hallen, Stugun, Vemdalen och Offerdal där folktandvården inte har verksamhet. Den framtida strukturen för folktandvården bör innebära lokaliseringsorter där redan primärvård är etablerad. I ett framtida perspektiv är ett fortsatt och utvecklat samarbete med hälsocentralerna en betydelsefull faktor.

I gränsområden till Norge och till andra län kan samarbetsformer behöva utvecklas till gagn för både patienter och medarbetare.

3.6 Samhällsservice i övrigt

I samtliga kommuner finns en mer eller mindre uttalad centralort. I några kommuner finns förutom centralorten även andra orter som erbjuder större utbud av samhällsservice.

Det är inte självklart att centralorten är det naturliga valet för alla medborgare. De som bor nära läns- eller landsgränsen eller jobbar på annan ort än boendeort kan välja att uträtta sina ärenden någon annanstans. Detta omfattar även tandvård.

Enligt kommunernas hemsidor finns grundskolor/gymnasium på flera orter i respektive kommun, men variationen i elevantal är stor.

Gruppen vuxna med särskilda behov omfattas vanligen av de medborgare som bor på kommunens särskilda boenden.

3.7 Kompetensförsörjning

3.7.1 Rekrytering

Socialstyrelsens bedömning är att tandvården framöver måste organiseras så att färre tandläkare tar hand om fler patienter med stöd av tandhygienister. Tandsköterskans roll kommer att få en ökad betydelse i framtiden.

Förändringar som innebär mindre barnkullar, en ökad andel äldre och ökning av administrativa uppgifter som t ex större krav på dokumentation, påverkar framtiden. Det kommer att bli än viktigare att rätt sak görs på rätt kompetensnivå. Utvecklingsarbete med att se över fördelning av arbetsuppgifter i verksamheten måste ske.

Flera kliniker i länet kommer mest troligt att även i framtiden ha bemanningssvårigheter avseende samtliga yrkeskategorier. Tidigare har rekryteringsinsatserna koncentrerats till främst tandläkare. Svårigheter att rekrytera tandhygienister och tandsköterskor finns och är ett snabbt växande problem. Ytterligare satsningar kommer krävas i och med att andelen tandhygienister och tandsköterskor ska öka inom folktandvården samtidigt som pensionsavgångarna också ökar. Av tandsköterskorna kommer ca hälften att gå i pension inom 10 år.

Det saknas tandvårdutbildningar i Jämtlands län vilket påverkar framtida rekryteringsmöjligheter.

3.7.2 Attraktiva arbetsplatser

En viktig faktor för att få det vardagliga arbetet att fungera bra är att den beslutade bemanningen, både i antal och i form av kompetens, finns tillgänglig på kliniken. En väl avvägd bemanning ger möjligheter till effektiva flöden i verksamheten, en av grundförutsättningarna för att skapa en god vård med ekonomi i balans.

Målet att ha en ”närvarande chef” är idag inte möjligt att uppfylla inom flera av folktandvårdens områden. I vissa områden har chefen ansvar för 4 kliniker med långa avstånd mellan enheterna.

Som chef ingår att se till att kompetenserna nyttjas effektivt inom området, vilket innebär behov av tillfälliga förflyttningar av medarbetare, utifrån verksamhetens behov. Behoven att täcka upp vid långvariga vakanser kommer mest troligt att fortgå, främst på de mindre klinikerna vid en fortsatt lokalisering som idag.

Sårbarheten vid frånvaro och brist på kollegialt utbyte påverkar arbetsmiljön på de små klinikerna. En framtida koncentration av verksamheten till större enheter ökar möjligheterna till en förbättrad arbetsmiljö. Vid anställning av nyutexaminerade måste handledning kunna erbjudas. Möjlighet att anställa personer med ingen eller ringa yrkeserfarenhet är mycket problematiskt om inte handledning och kollegialt utbyte kan erbjudas.
Kvalitativt god vård, rätt bemanning och en ekonomi i balans möjliggör en god arbetsmiljö med utrymme för kompetensutveckling, friskvård, modern utrustning mm, delar av de förutsättningar som krävs för att vara en attraktiv vårdgivare och arbetsgivare i framtiden.

3.8 Ekonomi

Region Jämtland Härjedalens mål för god ekonomisk hushållning är ett positivt resultat som motsvarar 2 procent av nettokostnaderna. Detta för bibehållen soliditet och buffert för normala svängningar i skatteintäkterna. Centrum för folktandvården ska bidra till att målet uppnås. Förutom detta behöver folktandvården även uppnå ett överskott för egen del, för att klara av tillfälliga svängningar i ekonomin och för att finansiera utveckling, utrustning och ny teknik.

År 2013 var folktandvårdens omsättning drygt 169 miljoner, varav 24 procent (40,5 miljoner) avsåg ej konkurrensutsatt verksamhet som finansieras av skattemedel, landstingsbidrag.

3.8.1 Folktandvårdens ekonomi

Storleken på ersättningen för den ej konkurrensutsatta verksamheten beräknades i samband med införandet av fritt val av tandvård för barn- och ungdomar år 2001 och har sedan årligen justerats och fastställts av fullmäktige.

Folktandvårdens uppdrag och fördelning av landstingsbidrag för ej konkurrensutsatt verksamhet 2013	
Uppdrag	Belopp (tkr)
Specialisttandvård	17 700
Områdes- och sistahandsansvar, Allmäntandvård	13 700
Kompetensförsörjning	5 000
Offentlighet och förvaltning	2 000
Sjukresor och språktolkar	1 800
Folkhälsoinsatser	300
Summa	40 500

Ersättningen ska täcka kostnaderna för planeringsansvaret för tandvården i Jämtlands län. Folktandvården har ett områdes- och sista handsansvar som omfattar att upprätthålla en tillgänglig och jämlik vård i hela länet i den omfattning som region Jämtland Härjedalen anser

lämpligt samt att erbjuda akuttandvård. I region Jämtland Härjedalens verksamhetsplanerings-process föreslår folktandvården hur ersättningen ska fördelas inom uppdraget.

3.8.2 Den konkurrensutsatta verksamheten

Den vård som utförs inom allmäntandvård (att jämföra med primärvården inom sjukvården) är konkurrensutsatt. Det innebär att patienterna fritt kan välja att få sin vård utförd en av valfri klinik inom folktandvården eller en privat aktör. Ersättningssystemet för den konkurrensutsatta vården är detsamma för såväl folktandvården som för de privata aktörerna.

Allmäntandvårdens intäkter/ersättningar 2013-12		
	Belopp tkr	Andel
Kapiteringsersättning barn (KU)	23 954	21%
Patienter med särskilda behov (KU)	6 420	6%
Områdes-, sistahandsansvar barn	5 605	5%
Områdes-, sistahandsansvar vuxna	8 113	7%
Patientavgifter vuxna (KU)	69 870	61%
SUMMA	113 962	100%

KU= konkurrensutsatt verksamhet

För barn och ungdomar, 3-19 år utgår en kapiteringsersättning. Denna ersättning samt ersättningen för patienter med särskilda behov beslutas av region Jämtland Härjedalen och administreras av region Jämtland Härjedalens beställarenhet. Ersättningen för barntandvården utgörs av en fast summa per listat barn, medan ersättningen för patienter med särskilda behov är direkt kopplad till utförd vård och prislistan för vuxna. Regionfullmäktige beslutar om folktandvårdens prislista för vuxna, medan det står de privata vårdgivarna fritt att beslut om sin prislista för vuxna.

3.8.3 Möjligheter att påverka folktandvårdens ekonomi

För att uppfylla kraven på konkurrensneutralitet i konkurrenslagstiftningen måste folktandvårdens redovisning vara helt transparent. Det är därför av mycket stor vikt att den ersättning som folktandvården får för områdes- och sistahandsansvar tydligt särredovisas. Detta för att visa att ingen otillåten subventionering sker av den konkurrensutsatta verksamheten.

Istället för att minska kostnaderna, vilket förslaget till framtida struktur för folktandvården, bland annat syftar till, har folktandvården möjlighet att öka intäkterna genom att höja taxan för olika åtgärder i prislistan för vuxna. Så länge den avgift som tas ut, inte är lägre än kostnaderna för de tjänster som tillhandahålls, förekommer ingen subvention och då finns inget hinder för att höja taxan. Folktandvårdens taxa revideras årligen när Tandvårds- och läkemedelsverket (TLV) justerar den referensprislista som ligger till grund för tandvårdsförsäkringen. Landstinget har beslutat att folktandvården till största del ska följa denna referensprislista. De årliga revideringarna ger oftast en intäktsökning för folktandvården men sällan i nivå för att täcka de årliga kostnadsökningarna.

En prishöjning utöver den årliga justeringen skulle kunna få flera konsekvenser som kan leda till att förbättringen av folktandvårdens ekonomi endast blir marginell eller att den på sikt till och

med kan bli sämre. Om fullmäktige skulle besluta om taxehöjning, innebär det att region Jämtland Härjedalen kommer att få betala ut en högre ersättning till privata vårdgivare för patienter med särskilda behov. Dessutom skulle det vara svårt att motivera att endast taxan för vuxenpatienterna höjs, med hänsyn till att folktandvårdens fasta kostnader bärs av alla patienter, även barnen. Om kapiteringsersättningen för barn också höjs, stiger region Jämtland Härjedalens utbetalningar till privata vårdgivare även för denna patientkategori.

Vid en höjning av tandvårdstaxan måste dessutom hänsyn tas till patienternas betalningsvilja. Högre priser innebär en risk att patienter väljer att byta till en privat vårdgivare eller att avstå från tandvård. En höjning av taxan innebär därför inte med automatik högre intäkter.

Allmäntandvården är mycket beroende av intäkterna från vuxentandvården för att kunna försörja klinikerna. Kostnaderna för bemanning, lokaler m m skulle utan dessa intäkter bli mycket stora. Men, enligt tandvårdslagen ska allmäntandvården prioritera vård till barn och patienter med särskilda behov, vuxentandvård i den omfattning region Jämtland Härjedalen bedömer lämplig. Det kan leda till ett ekonomiskt dilemma, eftersom den största delen av finansieringen, 61 procent, utgörs av den tandvård som har lägst prioritet. Förslaget i denna rapport, leder till en stabilare bemanning och kvalitet, samt en mer effektiv och tillgänglig tandvård. Folktandvården bedöms därför kunna ta emot fler vuxenpatienter i framtiden, utan att behöva nedprioritera barntandvården. Detta skulle leda till högre intäkter utan taxehöjning.

Om folktandvården skulle avstå från att förändra strukturen och istället försöka förbättra ekonomin enbart genom en taxehöjning, leder det bara till en eventuell förbättring av ekonomin. Det skulle inte lösa de framtida problem som förutses, med bemanning på länets kliniker. Rekommendationen blir därför att inte höja taxan.

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN
Kristin Gahnström-Jonsson
Regionstyrelsen

4 NULÄGESBESKRIVNING

4.1 Klinikstruktur/patientmängd

Folktandvårdens allmäntandvård har idag 20 kliniker spridda över hela Jämtlands län. Verksamheten är indelad i sex områden med en chef för respektive område. Områdesindelningen följer i stora drag länets kommunindelning. I antalet patienter nedan är inte asylsökande och akuta inräknade.

Område/ Områdes-chef	Klinik	Revisionspatienter 2014			Rum
		Barn	Vuxna	Totalt	
Härjedalen	Hede	416	1022	1438	4
	Funäsdalen	351	1153	1504	3
	Sveg	811	1875	2686	5
Åre/ Krokom	Krokom	2269	3527	5796	7
	Föllinge	200	583	783	2
	Järpen	1054	2296	3350	5
	Åre	667	1255	1922	4
Strömsund	Gäddede	122	396	518	1
	Hoting	323	773	1096	2
	Hammerdal	449	1184	1633	4
	Strömsund	1069	1792	2861	6
Bräcke/ Ragunda	Bräcke	479	1303	1782	4
	Gällö	466	1426	1892	3
	Kälarne	174	427	601	2
	Hammar-strand	615	1009	1624	4
Campus/ Berg	Myrviken	445	1296	1741	3
	Svenstavik	721	1278	1999	4
	Campus	3851	7539	11390	12
Frösön/ Brunflo	Frösön	3561	4791	8352	9
	Brunflo	1577	3379	4956	8
Allmän-tand-vården	**Totalt**	**19620**	**38304**	**57924**	**92**
	Andel	**34 %**	**66 %**	**100 %**	

Dagens struktur innebär att det finns flera kliniker med ett begränsat patientantal.

- Tre kliniker har mindre än 1000 patienter vilket innebär ett behov motsvarande ca 0,5 team. Föllinge, Gäddede och Kälarne.
- Åtta kliniker har mellan 1000-1892 patienter vilket motsvarar som mest 1 team. Hoting, Hede, Funäsdalen, Hammerdal, Hammarstrand, Myrviken, Bräcke och Gällö.
- Fem kliniker ligger inom spannet 1999-3350 revisionspatienter. Åre, Svenstavik, Sveg, Strömsund och Järpen vilket innebär behov motsvarande max 2 team.
- Fyra kliniker har mer än 3800 revisionspatienter. Brunflo, Krokom, Frösö strand och Campus, d v s motsvarande 2 team eller fler.

4.2 Tillgänglighet

För att kunna erbjuda medborgarna så mycket vårdtid som möjligt har allmäntandvården satt ett mål som innebär att tandläkarna och tandhygienisterna ska använda 70 procent av arbetstiden till vårdtid. Övrig tid är t ex egen utveckling, arbetsplatsträffar, paus mm. Målet nås inte fullt ut idag och ligger på 68 respektive 56 procent. För tandhygienisternas del påverkas resultatet av att exempelvis uppsökande verksamhet inte redovisas som vårdtid. I dagsläget har tandsköterskorna en låg andel vårdtid (4 procent).

Folktandvårdens kliniker har öppet under dagtid måndag tom fredag. Fredagar stänger många kliniker vid lunchtid. Det finns även kliniker i länet som har öppet kvällstid.

Väntande
Inom folktandvården är beslutat att alla kliniker ska ta emot nya patienter. Dessa ska om möjligt erbjudas en tid direkt annars gäller nedanstående hantering:

Ny patient utan akuta besvär, som önskar bli revisionspatient kallas inom 3 månader till tandläkare när;

- det är mer än två år sedan patienten undersöktes senast
- patienten uppger munhälsoproblem men ej av akut karaktär
- patienten har rätt till nödvändig tandvård
- patienten önskar tandvård som led i kortvarig sjukdoms behandling

Övriga sätts upp på kallelse till tandläkare senast om 12 månader.

Målet för barn är att andelen med försening mer än 3 månader utifrån planerad kallelsemånad ska vara 0 procent. Alla kliniker i Jämtlands län klarar idag att detta mål.

Målet för vuxna är att andelen med försening mer än 6 månader utifrån planerad kallelsemånad ska vara 5 procent, dvs 95 procent av patienterna ska kallas i tid. 12 kliniker av 20 uppnår detta mål vid mätning 2014-08.

4.2.1 Befolkningsansvar

I folktandvården idag ligger såväl resurser som uppdraget om områdesansvaret på klinikerna vilket innebär att det inte finns någon sammanhållen strategi för vilka insatser som ska göras. Det är idag svårt för enskilda kliniker att skapa det kontaktnät och de strategier som behövs för att hjälpa de svaga grupperna i samhället.

4.2.2 Akut tandvård

Folktandvården tar emot akuta patienter inom 24 timmar. I normalfallet vänder sig patienten till sin ordinarie folktandvårdsklinik där vård erbjuds i 1:a hand. För patienter som inte är revisionspatienter hos folktandvården kan vård erbjudas vid folktandvårdens länsjour. Länsjour är en verksamhet som är veckovis fördelad enligt visst schema. Uppgiften om vart patienten ska vända sig efter öppettid ges via telefonsvarare samt genom information på www.jll.se.

4.3 Vårdutbud

4.3.1 Barn och ungdomar

Idag besöker tandhygienisterna/ tandsköterskor barnavårdscentralen (BVC) och utför en screening på barn under 2 år. Då riskgrupperas alla barn. Barn med risk kallas vid 2 års ålder till kliniken främst för motiverande samtal och stöd. Barn utan risk kallas åter vid 3 års ålder på undersökning till tandläkare.

Folktandvården samverkar med mödra- och barnhälsovård, primärvård, förskolor, skolor. Det ser idag olika ut hur man i länet arbetar gentemot skolor. Tandhygienisterna kan hålla i information om förebyggande tandvård i klasser. Ingen vård eller behandlig sker på skolor möjligen erbjuds en fluorsköljning på enstaka ställen.

I landstingets omställningsarbete 2010 minskades folktandvårdens ersättning för områdesansvar med 40 000 kronor, då en utbudsbegränsning gjordes avseende information på skolor i områden med låg kariesfrekvens.

Från 3-19 års ålder utför folktandvården fullständig tandvård enligt fastställt vårdprogram för barn och ungdomar.

4.3.2 Uppsökande och nödvändig tandvård

Uppsökande verksamhet utförs strukturerat i hela länet av folktandvården. Det innebär att de personer, som enligt tandvårdslagen har rätt till uppsök ska erbjudas en avgiftsfri munhälsobedömning i sitt boende en gång per år. Bedömningen utförs av en tandhygienist anställd på närmsta folktandvårdsklinik. Munhälsobedömningen ska innefatta en bedömning av behovet av munhygieninsatser och en preliminär bedömning av behovet av nödvändig tandvård. Om behov finns av tandvård hjälper tandhygienisten till med en kontakt till sin ordinarie tandläkare eller ordnar en tid till ett besök på närmsta folktandvårdsklinik. Ingen vård bedrivs i hemmet. Munhälsobedömningen innebär också en praktisk instruktion i munhygieniska egenåtgärder till den enskilde eller den som i dennes ställe sköter munvården. Tandhygienisten har på så sätt en roll som konsult till den personal som deltar i omvårdnaden.

4.3.3 Patienter med särskilda behov

Patienter som behöver tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling och patienter som på grund av olika former av handikapp erbjuds vård anpassat efter deras behov. Denna vård utförs i samråd med sjukvården. Då det i vissa fall krävs speciell kompetens och utrustning t ex narkos utförs vård på specialist- och sjukhustandvården.

4.3.4 Vuxna

För vuxna patienter utförs vård i mån av tid och resurser. Denna patientgrupp får idag inte alltid tillräckligt utrymme på grund av prioritetsordningen.

Kristin Gahnström-Jonsson
Regionstyrelsen

4.4 Bemanning

Allmäntandvården var 2014 indelad i sex områden med en områdeschef som ansvarar för verksamheten inom respektive område. Det är en stor variation på antal anställda medarbetare per klinik.

Beskrivning av bemanning ger alltid en ögonblicksbild. Antal tillsvidareanställda förändras ständigt och påverkas även av olika typer av frånvaro. För att klara av verksamheten sker utbyte av medarbetare mellan kliniker i olika omfattning i olika delar av Jämtlands län, men är mest förekommande i ytterområdena.

Vid de ställen där tandläkarvakanser finns, alternativt handledningsbehov behövs, finns i olika omfattning ambulerande tandläkare. Under 2013 uppgick extra kostnader för de ambulerande motsvarande 1,3 miljoner (i summan ingår inte lön för tid som används till kliniskt arbete) Antalet ambulerande tandläkare under 2014 motsvarar drygt 4 heltidstjänster.

Nedanstående tabeller visar bemanning per 141031.

Befattning	Antal tillsvidareanställa omräknat i heltidstjänster	Utförd tid omräknat i heltidstjänster	Genomsnittlig teamsammansättning
Tandläkare	39,1	36,5	1,0
Tandhygienist	26	21,5	0,6
Tandsköterskor	77	66,9	1,8
Områdeschefer	5,5	4,5	-

Källa: Heroma personalstatistik

ANTAL TILLSVIDAREANSTÄLLDA OMRÄKNAT TILL ÅRSTJÄNSTER

Kommun	Nuvarande kliniker	Tandläkare	Tandhygienist	Tandsköterska
Härjedalen	Sveg	2,0	2,0	3,0
	Funäsdalen	0,0	1,0	2,0
	Hede	0,0	0,0	3,0
SUMMA		2,0	3,0	8,0
Bräcke	Bräcke	1,0	1,0	2,2
	Gällö	2,0	1,0	3,0
	Kälarne	0,0	0,0	0,0
SUMMA		3,0	2,0	5,2
Ragunda	Hammarstrand	2,0	1,0	3,0
SUMMA		2,0	1,0	3,0
Strömsund	Strömsund	2,0	2,0	3,8
	Gäddede	0,0	0,0	1,0
	Hoting	0,8	1,0	1,8
	Hammerdal	0,5	0,0	1,8
SUMMA		3,3	3,0	8,4
Krokom	Krokom	4,0	3,0	9,0
	Föllinge	0,0	0,0	0,0
SUMMA		4,0	3,0	9,0
Åre	Åre	2,0	2,0	2,0
	Järpen	2,0	2,0	4,0
SUMMA		4,0	4,0	6,0
Berg	Svenstavik	1,0	0,0	2,4
	Myrviken	1,0	1,0	2,0
SUMMA		2,0	1,0	4,4
Östersund	Frösö strand	5,5	3,0	10,8
	Brunflo	2,5	2,0	7,2
	Campus	10,8	4,0	15,0
SUMMA		18,8	9,0	33,0
TOTALT		**39,1**	**26,0**	**77,0**

4.5 Ekonomi för nuvarande kliniker

Allmäntandvården i region Jämtland Härjedalen har de senaste åren haft en relativt god ekonomi men resultatet varierar mycket mellan de olika klinikerna. Eftersom största delen av kostnaderna och intäkterna är rörliga har produktion och ekonomi ett mycket starkt samband. Bemanningen och teamens effektivitet har stor betydelse för klinikens ekonomi. 2013 bestod ett genomsnittligt team av 1,0 tandläkare, 0,5 tandhygienist och 1,7 tandsköterska. Totalt hade folktandvården 38,7 team. Delas resultatet för året upp på ett genomsnittligt team, enligt ovan, får man nedanstående fördelning av kostnader och intäkter. Fram till och med juli 2014 var antalet team något lägre (35,9).

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN
Kristin Gahnström-Jonsson
Regionstyrelsen

Allmäntandvården, kostnader och intäkter 2013 Belopp i tkr		
	Totalt Allmän-tandvården	Genomsnitt per team
Fasta kostnader	29 785	770
Personalkostnader	75 946	1 962
Övr. rörliga kostnader	7 925	205
Summa	113 656	2 937
Fasta intäkter	13 718	354
Rörliga intäkter	100 244	2 590
Summa	113 962	2 945
RESULTAT	306	8

Det genomsnittliga teamet producerade totalt 1827 (2013) vårdtimmar varav 1337 timmar var debiterbar tid inom vuxentandvården. Det genomsnittliga antalet revisionspatienter för teamet var 510 barn och 1000 vuxna (2013).

Belopp i kr		Andel vårdtid av arbetstid	Vårdtid timmar			Andel vårdtid		Intäkt/ vårdtim me	Summa intäkter
	Tjänster		Barn	Vuxna	Summa	Barn	Vuxna	Vuxna	Vuxna
Tandläkare	1	68%	287	910	1 197	24%	76%	1 740	1 582 648
Tandhygienist	0,5	57%	105	396	502	21%	79%	990	392 301
Tandsköterska	1,7	4%	97	23	120	81%	19%	185	4 207
SUMMA	3,2	32%	490	1 329	1 818	27%	73%	1 490	1 979 156
Kapiteringsersättning barn									612 000
Uppsökande tandvård, försäljning mm									
RÖRLIGA INTÄKTER TOTALT									2 591 156

Alla åtgärder som gör att den debiterbara tiden ökar och/eller som ökar intäkten per vårdtimme leder till en stärkning av klinikens ekonomiska utfall. Kostnadsbesparingar som kan göras i driften genom t ex ökad kostnadsmedvetenhet vid inköp, ger endast en marginell effekt. Fasta kostnader kan påverkas endera av förändrad klinikstruktur för att minska kostnadsnivån eller genom utökning av teamen för att fördela kostnadsbördan på fler (under förutsättning att patientunderlag finns).

5 FRAMTIDA STANDARD

I den konkurrensutsatta situation som folktandvården befinner sig i, behöver varumärket folktandvården stärkas och utvecklas. Det finns idag ingen uttalad samsyn kring vad som utmärker folktandvården i Jämtlands län i form av t ex vårdutbud, tillgänglighet, lokaler, medarbetarskap osv. En framtida strukturförändring ska även omfattas av en samsyn kring varumärket.

5.1 Bas- och plusutbud

Alla folktandvårdens kliniker i Jämtlands län ska erbjuda samma *basutbud* av vård och förebyggande behandlingar. Det innebär traditionell tandvård så som t ex undersökningar, röntgen, lagningar, extraktioner, kirurgi, rotbehandlingar, enklare bettfysiologi, förebyggande vård, behandlande vård av parodontit, protetik och tandreglering.

Plusutbud ska kunna erbjudas på kliniker som har allmäntandläkare med specialkompetens, s k nischad tandläkare. Plusutbud innebär att mer vård kan utföras inom allmäntandvårdens verksamhet, vilket innebär att patienter inte i samma utsträckning behöver nyttja region Jämtland Härjedalens specialisttandvård. Det innebär för dessa patienter kortare resor för att få tandvård. De kliniker som har någon typ av specialkompetens ska erbjuda denna vård även till patienter från närliggande kliniker.

Plusutbud innebär inte att varje klinik ska ha denna specialkompetens. Specialkompetens är en möjlig kompetensutveckling för den enskilda vårdgivaren. Kompetensutveckling, nischning, ska bedömas utifrån de prioriterade gruppernas vårdbehov, vårdgivarnas samlade kompetens på kliniken och utifrån helhetsbehovet inom folktandvården

5.1.1 Barn och ungdomar

Screening på barn under 2 år, riskgruppering av alla barn och fullständig tandvård enligt fastställt vårdprogram för barn och ungdomar ingår i det basutbud som erbjuds i allmäntandvården.

När det gäller socioekonomiskt svaga grupper och de med högst risk behövs en ökad samverkan med skolor, primärvård m fl. Detta är ett viktigt område att satsa på och det ska göras inriktat mot de områden där behoven är störst.

5.1.2 Uppsökande och nödvändig tandvård

Uppsökande verksamhet ska fortsatt genomföras enligt avtal som sluts med beställarenheten

5.1.3 Patienter med särskilda behov

Vårdinsatser för dessa patienter styrs av tandvårdsförsäkring och gällande regelverk.

5.1.4 Vuxna

Se bas och plusutbud 5.1

5.2 Utökat vårdutbud utanför klinik

Folktandvården har fått i uppdrag att överväga om det finns tandvård som kan ges genom att tandvårdspersonal besöker olika patientgrupper istället för att patienterna kommer till tandvårdsklinikerna. Slutsatserna är att detta inte är ett genomförbart alternativ. Det finns flera skäl. Det går rent praktiskt inte att utföra en mängd behandlingar utan tillgång till en fullt utrustad lokal. Från ett patientsäkerhetsperspektiv är det dessutom svårt att följa hygienkrav i de varierande miljöer som blir aktuella. Vidare är det inte en kostnadseffektiv lösning.

Nedan följer en redogörelse för folktandvårdens överväganden.

5.2.1 Barn och ungdomar

Förebyggande vård som kan ske på skolor och som ej kräver mobil enhet är enbart inspektion av munhåla, instruktioner kring munhygien samt behandlingar med fluor. Värdet av att breddinföra denna typ av insatser är tveksamt eftersom det inte kan ersätta behovet av att undersökas/ behandlas på klinik där bl a röntgenbilder kan tas. Bedömningen är därför att det inte är effektivt nyttjande av folktandvårdens resurser.

5.2.2 Uppsökande och nödvändig tandvård

För denna patientgrupp så kan undersökning, förebyggande behandling och enklare behandlingar utföras. Detta kräver en särskild transportabel utrustning. För att klara sådan utökad vård i hela länet behövs minst en transportabel utrustning per kommun. Kostnad per utrustning är ca 100 000 kr. Att införa en utökning av vårdinsats i hemmet eller boenden kräver ett förändrat avtal med beställarenheten där ersättning för denna typ av vård regleras. Det finns en stor osäkerhet kring patientsäkerhet och arbetsmiljö vid vård i hemmet och insatsen kan inte ersätta behovet av vård på en klinik.

5.2.3 Patienter med särskilda behov

Denna patientgrupp har ett stort och ofta komplicerat vårdbehov som inte kan behandlas i hemmet utan måste behandlas på en klinik.

5.3 Befolkningsansvar

I framtiden behövs en folktandvårdsövergipande strategi/standard för hur områdesansvaret ska organiseras och vilka insatser som ska göras. Strategin bör innebära sammanhållna insatser med samverkan med andra inom sjukvården, myndigheter och organisationer.

5.4 Kompetens

Samtliga av folktandvårdens kliniker ska bemannas med yrkeskategorierna tandläkare, tandhygienist och tandsköterska. Kompetens hos de som är anställda inom allmäntandvården ska alltid omfatta kunskaper i såväl barn- som vuxentandvård.

För att garantera ett kvalitativt väl fungerande basutbud av vård säkerställs medarbetarnas kompetens genom dels individuell kompetensutveckling men även genom generella utbildnings-insatser inom folktandvården. En viktig del i kompetensutvecklingen är specialisttandvårdens stöd och utbildning till allmäntandvården.

Förutom den goda yrkeskunskap som behövs för respektive yrkeskategori krävs även:
- att tandläkarna besitter en kompetens i att planera, utveckla, leda och fördela arbetet i teamet.
- att tandhygienisterna har kunskap i att informera om och marknadsföra frisktandvård. Tand-hygienisterna ska ses som en naturlig del i teamet. Det utåtriktade arbetet kommer öka vilket kräver pedagogisk kompetens.
- att tandsköterskans roll och uppgifter i teamet vidareutvecklas till att vara den som säkerställer flödet i patientomhändertagandet. Receptionsfunktionen är patientens första kontakt och klinikens ansikte utåt. Betydelsen och kompetensen i denna funktion ska stärkas. Tandsköterskans roll i den förebyggande vården ska stärkas.

5.5 Bemanning

Utgångsläget är att minsta bemanning på en klinik ska vara två team. Med ett team menas en tandläkare, en tandhygienist och ca 2,5 tandsköterskor. Att vara två team innebär att sårbarheten minskar vid olika former av frånvaro och när nyanställning av vårdgivare sker finns redan introducerade medarbetare som stöd på kliniken.

De områdeschefer som är verksamma inom folktandvården ska vara ”synliga och närvarande” för sina medarbetare. Ett nära chefsstöd ska vara en naturlig del i chefs/ ledarskapet, i enlighet med landstingets beslut om införande av leaninspirerat arbetssätt. Målsättningen är att en chef inte ska ansvara för mer än två kliniker och/eller maximalt ca 30 medarbetare. I de fall chefen så önskar kan en kliniksamordnare tillsättas som administrativt stöd.

5.6 Produktions- och kapacitetsplanering, uppföljning

För att uppnå en effektiv verksamhet och kunna erbjuda så många patienter som möjligt vård inom folktandvården krävs en bra produktions- och kapacitetsplanering. Olika former av användbara nyckeltal ska löpande finnas tillgängliga för chefer, i syfte att underlätta ledning och styrning. För medarbetaren/teamet ska möjlighet finnas att på ett enkelt sätt planera och följa upp sitt eget resultat. Folktandvårdens uppdrag och olika mål för verksamheten ska vara kända för alla medarbetare. Att arbetet utförs i enlighet med uppdraget och att förbättringar sker mot uppsatta mål ska löpande följas upp.

5.7 Arbetssätt

Med begränsade resurser måste vars och ens kompetens nyttjas på bästa sätt, inom respektive yrkesområdes gränser/regelverk. Både den formella och reella kompetensen och förtroendet mellan medarbetare i olika yrkeskategorier är avgörande för att åstadkomma en effektiv och kvalitetssäker vård. Att nå BEON, bästa effektiva omhändertagandenivå, kräver samtliga medarbetares engagemang, i ett långsiktigt och uthålligt utvecklingsarbete.

Ökad andel teamtandvård är nödvändig för att skapa mer patient-/vårdtid. Vid teamarbete arbetar vårdgivarna på två eller fler rum. Främst gäller detta tandläkarna, men även tandhygienister vid tex undersökningspass. Arbete på två eller flera rum bedrivs under minst halva arbetstiden. Tandsköterskans uppgift är patientarbete i samarbete med tandläkaren. Tandsköterskans kompetens ska i högre grad nyttjas inom barntandvården. Tidbokning, betalning, utlämnande av kostnadsförslag, mm sköts av tandsköterska/ receptionsfunktion vilken också ansvarar för att tidboken är full och att återbudstider fylls.

Folktandvården ska kännetecknas av ett professionellt bemötande och ett arbetssätt där patienten är i fokus.

5.8 Attraktiv arbetsgivare

En god arbetsmiljö och ett hälsofrämjande arbete bidrar till att skapa en attraktiv arbetsplats, vilket även underlättar möjligheten till framtida kompetensförsörjning. Folktandvården ska erbjuda trygga arbetsplatser såväl fysiskt som psykiskt. Säkerhetsrisker ska beaktas och genom att ha minst två team verksamma på varje klinik minskar risken för ensamarbete. Större kliniker med fler medarbetare ses som en av förutsättningarna för att skapa en god arbetsmiljö med möjlighet till delaktighet, arbetsgemenskap, yrkesrelaterat stöd, uppmuntran och erfarenhetsutbyte. Ytterligare faktorer för att öka möjlighet att uppfattas som en attraktiv arbetsgivare är goda anställningsvillkor, ett gott ledar- och medarbetarskap, möjligheter till kompetensutveckling mm.

5.9 Lokal/ Utrustning/Teknik

Folktandvårdens ska ha moderna, ändamålsenliga och effektiva lokaler. Ett framtida enhetligt koncept för lokalernas utformande ska tas fram och användas vid framtida ombyggnationer/ renoveringar. Folktandvårdens patienter ska känna igen sig, oavsett vilken klinik i länet man besöker. Folktandvården som varumärke ska utvecklas. En enhetlig standard för Folktandvårdens lokaler och utrustning är även en fördel när medarbetare tillfälligtvis arbetar på annan klinik än den där de normalt har sin tjänstgöring. Lokalerna ska vara handikappanpassande och välkomnande för såväl barn som äldre. Gemensamt informationsmaterial/tidskrifter mm ska finnas i väntrummen.

Behandlingsrummen ska vara utrustade med unit/stol och utrustning för digital intraoral röntgen. I och med ett nytt arbetssätt för teamen krävs att de har tillgång till ca 2,5 rum/team under en del av arbetstiden. Detta kan framför allt lösas med ändrad schemaläggning och öppettider, men möjlighet finns även till viss om-/tillbyggnation. På varje klinik ska det finnas utrustning för rengöring av instrument, dock ej för höggradig rengöring (Autoklav). Hänsyn ska tas till miljön

vid all hantering av avfall mm. För kliniker med plusutbud kan utökad utrustningsnivå vara aktuell.

Panoramaröntgen ska finnas på vissa kliniker. Behovet är beroende av en rad olika faktorer; hur långt avstånd det är mellan klinikerna, hur stort patientunderlag som finns, vilken typ av patienter, vilken tillgång man har till specialisttandläkare mm. När folktandvårdens struktur är fastställd ska beslut fattas om placering av extraoral röntgenutrustning (OPG).

5.10 Ekonomi

5.10.1 God ekonomisk hushållning

För allmäntandvården och för folktandvården som helhet innebär god ekonomisk hushållning att verksamheten planeras så att årliga kostnadsökningar möts upp med motsvarande intäktsökningar. För förändringar i verksamheten som innebär ökad kostnadsnivå ska alltid finansiering säkerställas innan förändringen beslutas och genomförs. För att klara av tillfälliga svängningar i ekonomin och för att finansiera utveckling, utrustning och ny teknik bör folktandvården redovisa ett överskott på ca 1,5 procent av omsättningen som ska tillgodoräknas folktandvården i region Jämtland Härjedalens över- och underskottshantering.

5.10.2 Jämlika ekonomiska förutsättningar

Varje enskild klinik ska planera för att uppfylla det ekonomiska resultatkravet. Inom områdes- och sistahandsansvaret finns uppdrag som innebär fördyrade kostnader för klinikerna. Dessa uppdrag är inte jämnt fördelade och kan variera över tid. Exempel på sådant är mottagande av flyktingar och akutverksamhet, extra rekryteringsinsatser till svårrekryterade orter, avstånd för resor till utbildningar och möten. För att ge alla kliniker jämlika ekonomiska förutsättningar måste dessa uppdrag vara tydligt definierade och kostnadsberäknade. Finansieringen ska ske genom folktandvårdens landstingsbidrag.

5.11 Slutsats: Förutsättningar för att uppnå ny framtida standard

För att folktandvården ska kunna utveckla sin verksamhet mot en *ny framtida standard*, med förändrad teamsammansättning, tryggare personalförsörjning, stabilare kvalitet på tandvården, effektivare arbetssätt och en förbättrad ekonomi krävs en förändring av klinikstrukturen. Om en klinik ska kunna bemannas med minst två team krävs ett större patientunderlag per klinik. Då behöver antalet kliniker vara färre, men större. I nästa kapitel har en analys gjorts av möjliga kliniker att avveckla, respektive utöka för att ta hand om ett större patientunderlag.

Vid en koncentration till större kliniker ska tillgängligheten kompletteras med att klinikerna inför kvällsöppet 1-2 kvällar/vecka, bland annat i syfte att underlätta för de patienter som får längre resväg till närmaste klinik. Förutom kvällsöppna vardagar ska någon/några av klinikerna i Östersund och dess närområde även kunna erbjuda helgöppet. Under semestertider ska i normalfallet någon klinik i varje kommun hålla öppet. Vid akuta besvär ska samtliga kliniker

erbjuda tid för de patienter som finns inom upptagningsområdet. Under tider som inte kliniken håller öppet hänvisas patienterna till en samordnad länsjour. Hur länsjouren ska organiseras ska utredas när framtida struktur är beslutad.

En stor del av folktandvårdens revisionspatienter behöver inte besöka tandvården oftare än en gång per år. För denna grupp bedöms inte avståndet till närmaste klinik vara av avgörande betydelse för fortsatt regelbunden tandvård.

För övrigt ska tillgänglighet till tandvård ska styras av den prioritering som gäller enligt Tandvårdslagen (se avsnitt 3.2).

6 ANALYS AV FÖRÄNDRAD KLINIKSTRUKTUR

6.1 Analyskriterier

Vid en bedömning av vilka kliniker som bör avvecklas respektive utökas för att uppnå den framtida standarden, har i detta kapitel analyser gjorts för varje klinik, baserat på ett urval kriterier:

- Klinikstorlek
- Hur medborgarnas resväg, tidsåtgång och resekostnader påverkas vid en av avveckling
- Tillgången till allmänna kommunikationer
- Ekonomiska konsekvenser för regionen i form av påverkan på fasta kostnader, lokalkostnader och ersättning för sjukresekostnader.

Utifrån resultaten av analyserna har sedan två olika förslag, med viss intern valbarhet, tagits fram som innebär både avvecklingar och satsningar. De presenteras i kommande kapitel.

6.2 Klinikstorlek

Ett grundkrav är att tandvård ska erbjudas i varje kommun i länet. I nedanstående tabell visas de kliniker i varje kommun som har ett för litet patientunderlag för bemanning med minst två team.

Kommun/klinik	Antal patienter	Motsvarar antal team
Bergs kommun		
Myrviken	1 741	1
Bräcke kommun		
Bräcke	1 782	1
Gällö	1 892	1
Kälarne	601	0,5
Härjedalens kommun		
Hede	1 438	1
Funäsdalen	1 504	1
Krokoms kommun		
Föllinge	783	0,5
Strömsunds kommun		
Gäddede	518	0,5
Hammerdal	1 633	1
Hoting	1 096	1

I exempelvis Bräcke kommun är alla tre kliniker för små för att bemanna med två team. En av klinikerna måste ändå vara kvar för att målet med tandvård i varje kommun ska kunna uppnås. Med utgångspunkt enbart från en klinikstorlek och målet med tandvård i varje kommun finns 9 kliniker som skulle kunna avvecklas.

6.3 Befolkningsperspektiv

Man kan ha olika uppfattningar om hur lång resväg och restid som är rimliga för länets medborgare när de tar sig till den närmast belägna tandvårdskliniken. I analysen har två alternativa maxmått använts:

- Befolkningen i respektive upptagningsområde i genomsnitt ska ha högst åtta mil eller en timmes enkel resa med bil till närmaste tandvårdsklinik.
- Befolkningen i respektive upptagningsområde i genomsnitt ska ha högst sex mil eller fyrtiofem minuters resa med bil enkel väg till närmaste tandvårdsklinik.

Båda alternativen innebär att kliniken i Gäddede kan undantas från vidare analyser.

6.3.1 Avstånd till närmaste klinik

Om en viss klinik avvecklas, förlängs resvägen för befolkningen i alla de orter som ligger närmast kliniken. För att fånga effekten både av det längre avståndet till tandvård efter nedläggning och antalet personer i befolkningen som berörs, har nyckeltalet *personkilometer* tagits fram. Personkilometer beräknas genom att befolkningsantalet[1] i de orter som ligger närmast kliniken multipliceras med antalet km för en tur och returresa till den klinik som utökas. Resultaten visas i tabellen. Den innehåller även en beräkning av den genomsnittliga enkelresan i kilometer till nuvarande klinik, samt till den klinik som ligger närmast, ifall nuvarande klinik läggs ned. Hur många kilometer enkelresan förlängs till följd av en kliniknedläggning på respektive ort, visas i kolumnen längst till höger.

Klinik	Längre avstånd i person-km	Enkelresa, km i snitt till nuvarande klinik	Enkelresa, km i snitt vid nedläggning	Längre enkelresa i km vid nedläggning
Sveg	374 343	13,1	80,0	66,8
Svenstavik	150 572	24,7	51,1	26,5
Hoting	141 718	23,2	60,1	36,8
Hede	124 155	8,0	69,1	61,1
Bräcke	95 524	3,3	24,7	21,4
Hammerdal	82 423	1,6	36,2	34,5
Funäsdalen	79 657	14,3	68,1	53,7
Föllinge	67 618	8,2	52,6	44,4
Gällö	58 129	6,6	29,2	22,7
Kälarne	32 591	7,0	35,5	28,5
Myrviken	22 247	11,9	23,9	12,0

Beräkningen visar att alternativet att lägga ned kliniken i Sveg drabbar betydligt fler än en nedläggning av kliniken i Hede. Detsamma gäller en nedläggning av kliniken i Svenstavik och en satsning på kliniken i Myrviken.

[1] Beräkningen har gjorts på folkbokförd befolkning på tätorter och småorter 2010 plus asylsökande. Senare data finns inte tillgänglig på SCB. Viss överskattning blir det därför att en mindre del av de asylsökande har fått uppehållstillstånd och de ingår därmed i den folkbokförda befolkningen och för att befolkningen på de flesta mindre orter i regionen minskat sedan 2010. Relationen mellan orterna bör dock inte ha förändrats på något genomgripande sätt.

Av de kliniker som återfinns i tabellen i avsnitt 6.2, med för litet patientunderlag, får en nedläggning av klinikerna i Hede och Hoting störst effekt för befolkningen. Båda nedläggningarna medför en enkel resa till den nya kliniken på över 60 km, vilket även en avveckling i Funäsdalen skulle leda till. Beräkningarna avser att visa möjliga konsekvenser för *befolkningen* på olika håll i länet, men avspeglar inte effekten på varje kliniks *patienter*, eftersom region Jämtland Härjedalens patienter utgör en betydligt mindre andel än 100 procent av befolkningen. Detta gäller särskilt den vuxna befolkningen. Folktandvårdens marknadsandel av den är 39 procent.

6.3.2 Tillgång till allmänna kommunikationer och restid

En undersökning har gjorts av medborgarnas tillgänglighet till resor med allmänna kommunikationer mellan olika orter, för att belysa konsekvenserna vid nedläggning av kliniker.

Ett antagande har gjorts om att en patient behöver minst en timme för tandvård på den ort som besöks. Den timmen ska täcka både gångtid mellan busshållsplats/tågstation och klinik och undersöknings/behandlingstid. Avståndet mellan busshållsplats/tågstation och klinik ligger normalt i intervallet 300-600 meter.

Tabellen visar för olika resvägar restid enkel väg. I kolumn tre visas den kortaste tid (som överstiger en timme) som patienten har till förfogande att spendera på den nya kliniken, under förutsättning att han/hon ska hinna med buss eller tåg tillbaka och i kolumn fyra när på dagen den infaller. Sedan visas i kolumn fem den kortaste *totala patienttid*en som går att uppnå, beräknad från det att patienten stiger på bussen/tåget tills patienten stiger av vid hemresans slut.

Olika alternativ: flytt av patienter till annan klinik vid nedläggning, de föreslagna är gulmarkerade	Restid - enkel väg	Alternativ kortaste möjliga period på annan klinik givet tidtabell för buss eller tåg	Tillgänglig tidsperiod för behandling	Total patienttid "kortaste" alternativet	Alternativ tids-period om man ej kan passa in "rätt" buss/tågtider vid bokning	Tillgänglig tidsperiod för behandling	Total patienttid "längre" alternativ
Från Hede till Sveg	1 tim 5 min	1 timme	15.15-16.15	3 tim 30 min	6 tim 15 min	07.55-14.10	8 tim 40 min
Från Hede till Funäsdalen	1 tim 5 min	1 tim 10 min	12.00-13.10	3 tim	5 tim 15 min	12.00-17.15	7 tim 10 min
Från Sveg till Hede	1 tim 20 min	2 tim 40 min	15.30-18.10	5 tim 15 min	*Förutsätter sent öppeth.*		
Från Funäsdalen till Hede	45- 65 min	2 tim 35 min	13.55-15.30	3 tim 15 min			
Från Myrviken till Svenstavik	30 min	1 tim 35 min	14.40-16.15	2 tim 45 min	4 tim 35 min	08.50-13.25	5 tim 35 min
Från Svenstavik till Myrviken	30 min	1 tim 35 min	13.55-15.30	2 tim 45 min	3 tim 30 min	13.55-17.25	4 tim 30 min
Från Hackås till Svenstavik	20-30 min	1 tim 30 min	14.15-15.45	2 tim 15 min	2 timmar	14.15-16.15	2 tim 40 min
Från Hackås till Myrviken	20 min	5 tim 40 min	08.20-14.00	6 tim 20 min			
Från Gällö till Bräcke	14-30 min	1 tim 27 min	14.11-15.38	1 tim 57 min			
Från Bräcke till Gällö	14-35 min	1 tim 20 min	8.41-10.15	1 tim 52 min			
Från Gällö till Östersund	1 timme	1 tim 10 till 30 min	15.50-17.20	3 tim 5 min			
Från Kälarne till Hammarstrand	25-40 min	1 tim 50 min	14.45-16.35	2 tim 50 min	8 timmar	08.40-16.35	9 timmar
Från Föllinge till Krokom	40-55 min	4 tim tis o fre, 5 tim 10 min mån, ons, tors	09.15-13.10	6-7 tim			
Från Föllinge till Strömsund		7 tim 30 min	08.00-15.30	10 tim	byte i Laxsjö		
Från Hoting till Strömsund	45-60 min	4 tim 5 min	11.20-15.25	5 tim 45 min	6 tim 5 min	09.20-15.25	7 tim 45 min
Från Hoting till Dorotea	20-30 min	7 tim 40 min	10.05-17.45	8 tim 30 min			
Från Hammerdal till Strömsund	35-50 min	1 tim 10 min	08.10-09.20	2 tim 20 min	2 tim 25 min	08.55-11.20	3 tim 45 min
Från Hammerdal till Östersund	1 tim - 1 tim 10 min	2 tim 25 min möjl. 1 tim 20 min	08.55-11.20	4 timmar (2 tim 20 min)	3 tim 10 min	08.10-11.20	

I kolumnerna sex-åtta har sedan samma beräkningar gjorts för en alternativ tidsperiod. Syftet är att visa om det finns så få bussturer mellan vissa orter, att det bara finns ett rimligt alternativ tidsmässigt, för att inte patienten ska behöva spendera en hel dag på att besöka tandvården med hjälp av kollektivtrafik.

Kartläggningen visar att de allmänna kommunikationerna är betydligt bättre mellan vissa orter i länet än andra. Mellan Bräcke och Gällö finns det t ex många alternativa turer med både buss och tåg. Mellan Hammerdal och Strömsund respektive Myrviken och Svenstavik finns det också relativt gott om turer. Mellan Kälarne och Hammarstrand går få turer, men om kliniken i Hammarstrand anpassar tidsbokningen till bussturerna finns det en tidsperiod varje dag på nästan två timmar för patienttid, exklusive gångtid mellan busshållsplats och klinik.
Om allmänna kommunikationer ska användas för att ta sig mellan Hede och Sveg, Hede och Funäsdalen eller Sveg och Hede innebär det antingen en mycket kort tillgänglig tid på kliniken, ca en timme inklusive gångtid mellan busshållplats och klinik eller att en stor del av dagen måste användas för klinikbesöket. Även när det gäller turer mellan Hoting och Strömsund och Föllinge och Krokom går det få turer per dag, vilket innebär att besök på klinikerna i Strömsund och Krokom tar minst 6-7 timmar i anspråk om resan företas med buss.

6.3.3 Ökade kostnader för patienterna

En avveckling av kliniker innebär att ett antal patienter får längre till den närmast belägna klinik som de erbjuds. Dessutom tar varje tandläkarbesök längre tid än tidigare, vilket kan medföra att förvärvsarbetande patienter måste ta ledigt längre än tidigare. Kostnaden är svår att beräkna. Det

stora flertalet patienter besöker dock sin klinik högst en gång per år. Det genomsnittliga antal kilometer som resesträckan till närmaste klinik förlängs för medborgaren multiplicerat med 1,20 kronor, ger en uppskattning av kostnadsökningen per resa vid avveckling av en klinik enligt nedanstående tabell.

Ökning resekostnader för en tur- och returresa till närmaste klinik om ortens klinik avvecklas

Folktandvårds-klinik	Uppskattad ökning av resekostnad i snitt för patient vid avveckling, kronor
Bräcke	51
Funäsdalen	129
Föllinge	107
Gällö	54
Hammerdal	83
Hede	147
Hoting	89
Kälarne	68
Myrviken	29

6.4 Regionperspektiv

6.4.1 Kostnader för sjukreseersättning

Folktandvårdens patienter har rätt till ersättning för resor till kliniken för behandlingar, däremot inte för undersökningar. Patienten har rätt till ersättning för biljettutlägg eller med 1,2 kronor per km vid användning av bil. Från ersättningen dras en egenavgift på 100 kronor per enkelresa för vuxna, men ingen för barn. För patienter med många sjukresor finns ett högkostnadsskydd på 1600 kr per 12-månadersperiod.

Sjukresekostnaderna för folktandvården uppgick 2013 till 1,7 miljoner kronor. En avveckling av tandvårdskliniker beräknas medföra högre kostnader för sjukreseersättning.

Om nedanstående klinik läggs ned	Landstingets ökade kostnader för högre sjukreseersättningar
Sveg	557 064
Hede	209 104
Funäsdalen	172 544
Hoting	56 400
Svenstavik	48 774
Hammerdal	24 882
Gällö	24 360
Bräcke	20 010
Myrviken	10 692
Föllinge	9 984
Kälarne	4 620

Folktandvården har statistik över antalet åtgärder, men inte över antalet besök. Beräkningarna i tabellen nedan baseras på registrerade åtgärder 2013. Resultatet blir något för högt eftersom ingen hänsyn tagits till att det är vanligt att flera åtgärder utförs vid ett och samma besök. I beräkningarna har biljettpriser för bussresor använts. En hel del patienter använder bil och bilersättningen blir lägre än biljettpriset för buss/tåg. Tabellen visar tydligt att de största sjukresekostnaderna skulle uppkomma vid avveckling av en av klinikerna i Härjedalen.

6.4.2 Lokalkostnader

De lokalkostnader som kan öka eller minska till följd av en förändrad klinikstruktur, visas i tabellen. Vissa lokaler ägs av region Jämtland Härjedalen och andra hyrs med olika långa hyrestider. Om en kliniklokal lämnas, måste kvicksilversanering ske, vilket medför kostnader för regionen.

Folktandvården gör bedömningen att utökningen av verksamheten på vissa kliniker kan klaras genom ändrad schemaläggning, utökade öppettider och nytt arbetssätt enligt den nya standarden.. Om det emellertid skulle uppstå behov av mer utrymme på dessa kliniker, finns där lokaler som kan anpassas. Undantaget är kliniken i Gällö, där i dagsläget ingen enkel ombyggnation kan göras. För att utöka verksamheten där krävs därför omfattande ombyggnationer/nybyggnationer. Kostnader för anpassningar och ombyggnationer visas i ***kursiverad*** stil i tabellen för de kliniker, där det skulle kunna bli aktuellt.

Lokaler – kostnader och eventuella investeringsbehov

Kommun/ klinik	Hyrd/ ägd	Kvm -yta	Hyra	Avtals-datum/ sista datum avskrivning	Åter-ställande-kostn-ader	Framtida drifts-kostnader för lokaler om de inte kan säljas/hyras ut	Eventuella investerings-kostnader för utökning av lokaler
Bergs kommun							
Myrviken	Hyrd	163	168	2017	75 000		
Svenstavik	*Hyrd*	*263*	*178*	*Tillräckligt stort patientunderlag. Möjlig utökning.*			*370 000*
Bräcke kommun							

Bräcke	Ägd	288	314	2025	75 000	170 000	*Krävs ingen lokal-anpassning*
Gällö	*Hyrd*	70	170	2016	*75 000*	*Krävs lokalanpassning/investering 5 000 000*	
Kälarne	Hyrd	94	63	2016	75 000		
Härjedalens kommun							
Sveg	*Hyrd*	*291*	*413*	*Tillräckligt stort patientunderlag. Möjlig utökning.*			*Krävs ingen lokalan-passning*
Hede	Ägd	307	227	2024	75 000	162 000	
Funäsdalen	Hyrd	237	266	2018	75 000		
Krokoms kommun							
Krokom	*Hyrd*	*365*	*771*	*Tillräckligt stort patientunderlag. Möjlig utökning.*			*370 000*
Föllinge	Hyrd	536	194	2015	75 000		
Strömsunds kommun							
Strömsund	*Hyrd*	*320*	*288*	*Tillräckligt stort patientunderlag. Möjlig utökning.*			*370 000*
Hammerdal	Ägd	270	195	2018	75 000	171 000	
Hoting	Ägd	281	259	2016	75 000	123 000	

Region Jämtland Härjedalen hyr kliniklokalerna i Myrviken, Gällö, Kälarne, Funäsdalen och Föllinge. Om någon eller alla dessa kliniker läggs ned leder det till en kostnadsminskning, då hyresavtalen löper ut.

I Gällö investerade landstinget nyligen i lokalanpassningar. Det återstående bokförda värdet på ca 3 miljoner kronor vid utgången av 2014 kommer att belasta regionens resultat med en engångskostnad om kliniken i Gällö läggs ned.

Lokalerna i Bräcke, Hede, Hammerdal och Hoting ägs av region Jämtland Härjedalen. Även efter det att dessa lokaler skrivits av, kommer regionen att ha kvar driftskostnader för att hålla lokalerna i skick såvida de inte kan säljas eller hyras ut.

6.4.3 Kostnader för utrustning och teknik

De utrustningar som ett behandlingsrum ska vara utrustat med är unit/stol och apparat för röntgen. Denna utrustning kostar i genomsnitt 46 000 kronor per år och behandlingsrum. Varje klinik behöver även utrustning för sterilhantering till en kostnad om 25 000 kronor per år och klinik. Dessa kostnader försvinner vid en nedläggning av kliniker. Nyare utrustning kan flyttas från kliniker som läggs ned till kliniker inom folktandvården, som har gammal utrustning. Kostnader för underhåll av utrustning i ett antal behandlingsrum försvinner också. Andra fasta kostnader som minskar när antalet kliniker minskar är kostnader för t ex städ, IT, telefon och transporter.

6.5 Sammanställning av kliniker

Utifrån de analyser som gjorts, samt de urvalskriterier som sattes upp i början av kapitel 6, ligger klinikerna i nedanstående tabell till grund för de förslag till beslut som beskrivs i kapitel 7. I den kolumn som är längst till höger visas de årliga nettokostnadsminskningarna för folktandvården.

Årliga ekonomiska konsekvenser vid avveckling av kliniker

Kommun/ klinik	Regionens framtida drifts-kostnader för lokaler om de inte kan säljas/ hyras ut	Engångs-kostnader vid avveckling	Årliga minsk-ningar fasta kostnader	Utökade kostnader för sjukrese-ersättning	Årliga nettokostnads-minskningar för folktand-vården
Bergs kommun					
Myrviken		75 000	701 000	11 000	690 000
Bräcke kommun					
Bräcke*	170 000	75 000	256 000	20 000	236 000
Gällö		75 000	1 006 000	24 000	982 000
Kälarne		75 000	406 000	5 000	401 000
Härjedalens kommun					
Hede	162 000	75 000	759 000	209 000	550 000
Krokoms kommun					
Föllinge		75 000	470 000	10 000	460 000
Strömsunds kommun					
Hammerdal	171 000	75 000	772 000	25 000	747 000
Hoting	123 000	75 000	610 000	56 000	554 000

*Inkluderar utökade kostnader för lokaler i Gällö vid avveckling.

6.6 Lägga ner i Östersund?

Frågan har lyfts vid flera tillfällen om inte någon av region Jämtland Härjedalens kliniker i Östersundsområdet skulle kunna läggas ned. Klinikens patienter skulle då kunna åka ut till några av de mindre klinikerna i länet för att förstärka patientunderlaget där, så att de kunde bemannas med minst två team. Avståndsmässigt skulle det i så fall röra sig om t ex Myrviken ca 41 km, Gällö 50 km eller möjligen Hammerdal 68 km från Östersund.

I utredningen har bedömningen gjorts att detta inte skulle få avsedd effekt av flera skäl:

- Det viktigaste är att folktandvården har ett sistahandsansvar som kräver en stor beredskap i Östersundsområdet, som med sina tre kliniker har nästan 25 000 patienter, mer än 40 procent av folktandvårdens totala patientunderlag. Folktandvården måste bedriva jourverksamhet, flyktingmottagning m m.
- Det inte är realistiskt att tro att medborgarna i Östersundsområdet skulle kunna lockas att åka flera mil ut från stadsområdet för att få sin tandvård, när det finns så många privata tandvårdskliniker i närheten. Det är mer troligt att folktandvårdens patienter skulle söka sig till dem eller till någon av de andra folktandvårdsklinikerna i Östersund, om en folktandvårdsklinik lades ned..
- Om t ex folktandvårdens klinik på Frösön avvecklades, skulle patientunderlaget i Östersundsområdet öka med 8 352 personer. Ett så stort tillskott till marknaden skulle kunna locka privata aktörer att öppna nya kliniker.
- För att vara en attraktiv arbetsgivare måste folktandvården dessutom kunna erbjuda ett varierande arbete, med balans mellan olika patientgrupper. En nedläggning av någon av klinikerna i Östersundsområdet skulle framför allt leda till att kvarvarande kliniker fick minskade möjligheter att behandla vuxna oprioriterade patienter.

Kristin Gahnström-Jonsson
Regionstyrelsen

2015-01-09

Dnr:RS/73/2015

Kristin Gahnström-Jonsson
Regionstyrelsen

7 FÖRSLAG TILL - FRAMTIDA STRUKTUR

7.1 Beskrivning av alternativ a och b

För att utveckla folktandvården i Jämtlands län mot en ny *framtida standard* är utgångspunkten att folktandvårdens kliniker ska bemannas med minst 2 team. I förslagen i detta kapitel finns några kliniker som även i framtiden inte kommer ha ett patientunderlag för 2 team. Att dessa kliniker är kvar beror på lokaliseringsskäl/avstånd för patienter.

Alternativ a och b baseras på att befolkningen i respektive upptagningsområde i genomsnitt ska ha **högst 8 mil eller en timmes enkel resväg** med bil till närmaste folktandvårdsklinik.

Alternativ a och b innebär totalt sett en **minskning av nuvarande 20 kliniker till 13 kliniker.** Om nuvarande personalsammansättning kvarstår innebär detta ingen utökad vårdtid utan endast en minskning av fasta kostnader. För att utöka vårdtiden ska personalsammansättningen och arbetssättet förändras mot den beskrivna *framtida standarden*. Detta planeras att genomföras successivt, i fler steg enligt nedan, samtidigt som det krävs insatser för att öka marknadsandelen.

Steg 1: År 2016. Avveckling av kliniker, oförändrad personalsammansättning (1,0 tandläkare, 0,5 tandhygienist och 1,7 tandsköterska)
Vårdtid ca 1800 tim per team, i stort sett oförändrat jämfört med nuläget.
Steg 2: År 2018. Teamen består av 1,0 tandläkare, 0,8 tandhygienist och 2,0 tandsköterska.
Vårdtiden bedöms öka från ca 1800 timmar till ca 2360 timmar per team
Steg 3: År 2021. Teamen består av 1,0 tandläkare, 1,0 tandhygienist och 2,5 tandsköterska.
Vårdtiden bedöms öka till ca 3000 timmar per team

I **Härjedalen** avvecklas kliniken i Hede. Patienter erbjuds tandvård i Sveg och Funäsdalen. Ingen av klinikerna kommer nå upp till patientantal motsvarande 2 team men bör kunna öka antalet revisionspatienter totalt sett. Under turistsäsong finns även ett ökat behov av tandvård i Funäsdalen.

I **Bergs kommun** avvecklas kliniken i Myrviken. Patienterna erbjuds tandvård i Svenstavik som då omfattar hela Bergs kommun som upptagningsområde. Valet av Svenstavik beror på tillgång till fler behandlingsrum, lokaliseringen i samma lokaler som hälsocentralen samt att fler personer i kommunen skulle få längre avstånd till närmaste klinik om kliniken i Svenstavik istället lades ned (se avsnitt 6.3.1). Svenstavik är dessutom kommunens centralort med andra serviceinrättningar.

I **Bräcke kommun** avvecklas kliniken i Kälarne. Patienterna i Kälarne erbjuds tandvård i Hammarstrand.

a) I detta alternativ **avvecklas kliniken i Gällö**. Patienterna i Gällö erbjuds tandvård i Bräcke som då omfattar hela Bräcke kommun exklusive Kälarne som upptagningsområde. Valet av Bräcke beror på tillgång till fler behandlingsrum, lokaliseringen i samma lokaler som hälsocentralen samt att fler personer skulle få längre till närmaste klinik om kliniken i Bräcke skulle lades ned (se avsnitt 6.3.1). Bräcke är dessutom kommunens centralort.
b) I detta alternativ **avvecklas kliniken i Bräcke**. Det innebär visserligen att fler personer får något längre till närmaste klinik än om kliniken i Gällö läggs ned. Många pendlar dock in mot Östersund och ett besök på kliniken i Gällö skulle då ligga längs med pendlingsstråket.

I Ragunda kommun kvarstår kliniken i Hammarstrand som då även omfattar upptagningsområdet Kälarne. Patientantalet bedöms kunna öka på sikt.

I **Krokoms kommun** avvecklas kliniken i Föllinge. Den är idag inte bemannad med fast personal och har ett begränsat upptagningsområde. Patienterna hänvisas till kliniken i Krokom, som då har hela Krokoms kommun som upptagningsområde.

I **Strömsunds kommun** avvecklas klinikerna i Hammerdal och i Hoting. Patienterna i Hammerdal och Hoting hänvisas till kliniken i Strömsund. Kliniken i Gäddede finns kvar trots ett för litet upptagningsområde. Skälet är att avståndet för medborgarna till närmsta klinik i området kan uppgå till 17-18 mil. Kliniken i Strömsund har hela kommunen exklusive Gäddede som upptagningsområde. Valet av Strömsund beror på det centrala läget i kommunen och på möjligheten att utöka antalet behandlingsrum inom befintliga lokaler.

I **Åre kommun** sker ingen förändring av antalet kliniker, d v s båda klinikerna Åre och Järpen blir kvar. Åre är en ort med växande befolkning och stort serviceutbud. Åre har hög andel vinterturister och sommarturismen ökar. En ökad mängd revisionspatienter i Åre och Järpen förutsätts för att möjliggöra två stadigvarande kliniker i framtiden.

I **Östersunds kommun** sker ingen förändring av antalet kliniker d v s Campus, Frösö strand och Brunflo blir kvar. Ökat antal patienter förväntas dels genom ökad marknadsföring men även genom vissa patientströmmar från avvecklade kliniker.

Folktandvården verkar på en konkurrensutsatt marknad och måste därför ha ett varumärke som ständigt stärks och utvecklas. Det ska leva upp till visionen ”*Folktandvården – den ledande aktören och det självklara valet för en god munhälsa för alla, genom hela livet*.” En ny framtida struktur och standard bidrar till att konkurrenskraften förstärks. Folktandvården måste marknadsföra erbjuden ”ny” klinik på ett bra och professionellt sätt. Det är viktigt att både behålla nuvarande patienter och att ta emot och öka antalet nya patienter. Medarbetarnas roll och medverkan i detta är avgörande.

I och med det ansvar som folktandvården har för patientgrupper med särskilda behov behöver en fördelning ske mellan vårdgivarna inom kliniken/området för att erbjuda en attraktiv arbetssituation och ett varierat arbete.

7.2 Beskrivning av alternativ c och d

Alternativ c och d baseras på att befolkningen i respektive upptagningsområde ska ha i genomsnitt **högst 6 mil eller 45 minuters enkel resväg** med bil till närmaste folktandvårdsklinik. Det leder till att klinikerna i Hede och Hoting blir kvar, till skillnad från i alternativ a och b. De kliniker som avvecklas enligt alternativ c och d är Kälarne, Gällö (alternativ c), Bräcke (alternativ d), Föllinge, Hammerdal och Myrviken, det vill säga **antalet kliniker minskas från nuvarande 20 till 15**.

För övrigt planeras samma satsning ske, som beskrevs i alternativ a och b, med utökad vårdtid, förändrad personalsammansättning och arbetssätt för att nå den *framtida standarden*. Med färre avvecklade kliniker och därmed mindre ökning av patientunderlaget på de kliniker som förstärks, blir det dock svårare att uppnå den *framtida standarden* i alternativ c och d. Det medför krav på mer effektiviseringar och att en större del av den arbetade tiden på kvarvarande kliniker omsätts till vårdtid. För att kunna göra denna effektivisering krävs ett omfattande förändringsarbete. Det är därför inte möjligt att få ekonomisk effekt redan 2016.

8 KONSEKVENSER AV NY FOLKTANDVÅRDSSTRUKTUR

8.1 Konsekvenser patienter

Alla som bor i länet har rätt att få sjukresebidrag från region Jämtland Härjedalen för resa i samband med tandvård och sjukvårdande behandling. Sjukresorna kan vid förändrad struktur bli längre till närmaste klinik. Till viss del kan även antalet sjukresor öka.

8.1.1 Konsekvenser för prioriterade grupper

Patienter med akuta besvär ska tas hand om med förtur.
Vid akuta besvär ska samtliga kliniker erbjuda tid för de patienter som finns inom upptagningsområdet. Under tider som inte kliniken håller öppet hänvisas patienterna till en samordnad länsjour på samma sätt som idag. För denna grupp bedöms inte avståndet till närmaste klinik vara av avgörande betydelse för fortsatt regelbunden tandvård.

Regelbunden och fullständig tandvård för barn och ungdomar till och med det år då de fyller 19år.

Sammanlagt 2 473 barn och ungdomar berörs av alternativ a och 2 486 i alternativ b. I alternativ c berörs totalt 1 734 barn och ungdomar och i d 1 747. Den största delen av dessa har inte behov av att besöka tandvården oftare än en gång per år och för dessa bedöms inte avståndet att ha en avgörande betydelse för fortsatt regelbunden tandvård. För resterande barn och ungdomar som är i behov av mer frekvent tandvård så kan avståndet bli av något större betydelse.

Klinik	Totalt antal barn 3-19 år	Besök 1 ggr/år eller mer sällan	Fler besök än 1 ggr/år
Föllinge	200	176	24
Hammerdal	449	395	54
Hede	416	366	50
Hoting	323	284	39
Gällö	466	410	56
Bräcke	479	426	53
Kälarne	174	153	21
Myrviken	445	392	53

Ca 20 procent av barn och ungdomar mellan 10 och 15 år behöver tätare kontroller på grund av tandreglering. Dessa kontroller kan omfatta besök på ordinarie klinik, men även på specialisttandvården.

Patienter med särskilda behov

Sammanlagt berörs ca 510 patienter som har rätt till särskilt tandvårdsstöd av alternativ a och 594 i alternativ b. Uppdelat på ort är antalen följande: Hede 32, Föllinge 45, Hammerdal 36, Kälarne 87, Hoting 92, Gällö 129, Bräcke 213 och Myrviken 89. I alternativ c berörs 386 personer och i d 470. Denna patientgrupp är i behov av mer frekvent tandvård vilket innebär att avståndet kan bli av något större betydelse.

8.1.2 Konsekvenser för övriga patientgrupper

Övrig tandvård för vuxna i den omfattning som region Jämtland Härjedalen bedömer lämplig.

Största delen av folktandvårdens vuxna revisionspatienter behöver inte besöka tandvården oftare än en gång per år. För denna grupp bedöms inte avståndet till närmaste klinik vara av avgörande betydelse för fortsatt regelbunden tandvård. En följd av att vårdtiden ska öka successivt på kvarvarande kliniker är att fler vuxna patienter kan erbjudas ”fullständig vård”, vilket i sin tur innebär att tandvårdssystemet kan nyttjas på ett bra sätt för patienten. Tandvårdsförsäkringen har en spärr för behandlingstider över ett år då patienterna inte längre är berättigade till högkostnadsskydd och måste betala 100 procent av behandlingskostnaden upp till tretusen kronor för att bli berättigade till högkostnadsskydd på nytt.

8.2 Konsekvenser medarbetare

En förändring av arbetssätt och schemaläggning krävs för att få effektivare patientflöden när lokalytorna minskar. Teamarbetet ska utvecklas. En ökning av antalet tandhygienister och tandsköterskor totalt sett, kommer att behövas.

Bedömningen är att fler medarbetare kommer att få en längre resa till och från sin arbetsplats i jämförelse med idag. Arbetsgivaren har inte skyldighet till, eller förutsättningar för, att erbjuda resor till och från arbetet under arbetstid och/eller reseersättning för resa till och från arbetet. Av personalpolitiska skäl kan det bli tal om vissa övergångsregler för de medarbetare som erbjuds fortsätta sin anställning med för närvarande placering vid annan klinik än tidigare alternativt utökning till två kliniker. De medarbetare som arbetar på små kliniker idag kommer att få fler arbetskamrater och därigenom även ökat kollegialt utbyte/stöd. Sårbarheten vid frånvaro och

risken för ensamarbete minskar. Resor på grund av vakansproblematik mellan olika kliniker kommer minska vid större enheter.

Möjligheten att erbjuda heltidstjänster ökar när teamsammansättningen enligt föreslagen standard kan genomföras. Närmaste chef kommer att vara ”mer närvarande” än tidigare genom att antal arbetsställen minskar. Arbetsgivaren har inte för avsikt att säga upp någon medarbetare under förutsättning att medarbetare utifrån verksamhetens behov byter klinik alternativt har sin tjänstgöring vid mer än en klinik.

8.3 Konsekvenser ekonomi

Givet att allt annat är oförändrat ger klinikavvecklingen en minskning av nettokostnaderna, vilka består av en minskning av de fasta kostnaderna och en ökning av kostnaden för sjukreseersättning.

Effekt på nettokostnaderna för folktandvården av de olika alternativen (i tusen kronor)

Minskade kostnader för				**Minskade fasta kostnader**	**Ökade kostnader för**	**Netto**
	Hyror	Utrustning	Övriga fasta kostnader	**Summa**	Sjukrese-ersättning	**Kostnads-minskning**
a) Avveckling 7 kliniker inklusive Gällö	1 276	911	2 537	**4 724**	-340	**4 384**
b) Avveckling 7 kliniker inklusive Bräcke	547	911	2 516	**3 974**	-336	**3 638**
c) Avveckling 5 kliniker inklusive Gällö	790	631	1 934	**3 355**	-75	**3 280**
d) Avveckling 5 kliniker inklusive Bräcke	61	631	1 913	**2 605**	-70	**2 535**

För region Jämtland Härjedalen kommer det kvarstå driftskostnader för tomma lokaler, även när dessa är avskrivna, såvida inte regionen lyckas hyra ut eller sälja lokalerna. De ekonomiska effekterna efter att man tagit hänsyn till detta visas i följande tabell.

Kristin Gahnström-Jonsson
Regionstyrelsen

Ekonomiska konsekvenser för folktandvården respektive region Jämtland Härjedalen av de olika alternativen (i tusen kronor)

Alternativ: förändring av klinikstruktur i folktandvården	Netto kostnads-minskning folktandvården	Eventuellt kvarstående driftskostnader för regionens egenägda lokaler	Nettokostnads-minskning region Jämtland Härjedalen	*Engångs-kostnader vid nedläggning, omflyttning*
a) Avveckling 7 kliniker inklusive Gällö	**4 384**	- 456	**3 928**	*-525*
b) Avveckling 7 kliniker inklusive Bräcke	**3 638**	-626	**3 012**	*-525*
c) Avveckling 5 kliniker inklusive Gällö	**3 280**	-171	**3 109**	*-375*
d) Avveckling 5 kliniker inklusive Bräcke	**2 535**	-341	**2 194**	*-375*

Nettominskningen når inte i något av alternativen upp till det mål på 5 miljoner som fastslagits i *Långsiktig utvecklingsplan för god ekonomisk hushållning*. Det innebär att folktandvårdens verksamhet måste effektiviseras motsvarande skillnaden mellan målet på 5 miljoner kronor och minskningen av nettokostnader som blir följden av avvecklingen av tandvårdskliniker. Utslaget på alla de 38,7 team som folktandvården hade i utgångsläget 2013, innebär denna effektivisering en minimal förändring i alternativ a och krav på en betydligt högre besparing per team i alternativ d, vilket visas i följande tabell.

Krav på effektivisering/ökade intäkter per team

Strukturalternativ	Minskning nettokostnader	Krav på effektivisering av folktandvården motsvarande	Effektiviseringskrav per tandvårdsteam
Alt a minskning 7 kliniker inklusive Gällö	4 384 000	616 000	16 000
Alt b minskning 7 kliniker inklusive Bräcke	3 638 000	1 362 000	35 000
Alt c minskning 5 kliniker inklusive Gällö	3 280 000	1 720 000	45 000
Alt d minskning 5 kliniker inklusive Bräcke	2 535 000	2 465 000	64 000

Efter förändring av folktandvården i enlighet med något av alternativen, kommer klinikstrukturen i länet att se ut som i följande tabell.

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN
Kristin Gahnström-Jonsson
Regionstyrelsen

Framtida klinikstruktur i Jämtlands län, efter val av något av alternativen.

Område (totalt antal patienter)	**Nuläge**	**Alternativ a**	**Alternativ b**	**Alternativ c**	**Alternativ d**
Härjedalen (5628)	Hede			Hede	Hede
	Funäsdalen	Funäsdalen	Funäsdalen	Funäsdalen	Funäsdalen
	Sveg	Sveg	Sveg	Sveg	Sveg
Åre/Krokom (11851)	Krokom	Krokom	Krokom	Krokom	Krokom
	Föllinge				
	Järpen	Järpen	Järpen	Järpen	Järpen
	Åre	Åre	Åre	Åre	Åre
Strömsund (6108)	Gäddede	Gäddede	Gäddede	Gäddede	Gäddede
	Hoting			Hoting	Hoting
	Hammerdal				
	Strömsund	Strömsund	Strömsund	Strömsund	Strömsund
Bräcke/ Ragunda (5899)	Bräcke	Bräcke		Bräcke	
	Gällö		Gällö		Gällö
	Kälarne				
	Hammar-strand	Hammarstrand	Hammarstrand	Hammarstrand	Hammar-strand
Campus/ Berg (15130)	Myrviken				
	Svenstavik	Svenstavik	Svenstavik	Svenstavik	Svenstavik
	Campus	Campus	Campus	Campus	Campus
Frösön/ Brunflo (13308)	Frösön	Frösön	Frösön	Frösön	Frösön
	Brunflo	Brunflo	Brunflo	Brunflo	Brunflo

9 RISK- OCH KONSEKVENSANALYS

Vid diskussioner om förslag till förändring av folktandvårdsstrukturen, både vid politiska sammanträden och vid möten med medborgarna i länet, har ett antal frågor och farhågor lyfts. Detta kapitel innehåller analyser och försök att besvara dessa frågor.

Det står medborgarna fritt att välja vilken tandvårdsklinik man vill besöka i länet, vare sig den är privat eller en enhet inom folktandvården. Därför är det framför allt de val som medborgarna gör som kommer att påverka folktandvårdens verksamhet. Utgångspunkten för analysen är därför några scenarier - mer eller mindre sannolika. För varje scenario beskrivs folktandvårdens handlingsberedskap. Konsekvenser för regionens ekonomi, om något av scenarierna skulle inträffa, beskrivs i ett särskilt avsnitt.

9.1 Patientströmmar

Patientströmmar går inte att förutse i detalj. Med hjälp av medarbetarnas kännedom om upptagningsområdet kan nedanstående patientströmmar vara troliga. Såvida det inte försvåras av kommunikationer mm är bedömningen att många patienter väljer att följa sin nuvarande vårdgivare till den klinik han/hon flyttar till.

För de medborgare som reser med allmänna kommunikationer, tillmötesgår folktandvården redan idag, patienternas önskemål om tidbokning. Detta kommer i framtiden att bli ännu viktigare. Som nämndes i avsnitt 6.3.2 kan t ex medborgarna i Kälarne besöka kliniken i Hammarstrand med buss, under förutsättning att personalen på kliniken ser till att boka in dessa patienter under de två timmar på eftermiddagen som passar in mot busstidtabellen.

Enligt *Lagen om valfrihetssystem inom vård och omsorg* (LOV) har barn idag ingen rätt att välja vårdgivare utanför Jämtlands läns gränser, vilket gör att alla barn måste välja en klinik inom länet. Barn i Hotingområdet kan t ex inte välja att besöka tandvårdsklinik i Dorotea. De patientströmmar som kan ske för barnens del är att de väljer privat vårdgivare istället för folktandvården.

Kliniker	**Möjliga rörelsemönster vuxna**
Hoting	Patienternas kommer att erbjudas vård vid folktandvården i Strömsund. För *vuxna* patienter i Hoting finns även alternativet att åka till Dorotea. För patienter boende i Backeområdet kan även klinik i Ramsele vara aktuell.
Hammerdal	Patienterna kommer att erbjudas vård vid folktandvården Strömsund. Många patienter förväntas dock välja vårdgivare i Östersund.
Hede	Patienterna kommer att erbjudas vård vid folktandvården i Sveg och Funäsdalen. Det finns inget tydligt mönster för vilka val som kan vara aktuella. Redan idag väljer boende i Hede att få sin vård i Funäsdalen, Sveg, Östersund och privat.
Myrviken	Patienterna kommer att erbjudas vård vid

	folktandvården i Svenstavik. Beroende på var i området patienten bor kan andra alternativ vara Järpen och Östersund/Brunflo.
Kälarne	Patienterna erbjuds vård vid folktandvården Hammarstrand och Bräcke. Bedömningen är att flertalet kommer välja Hammarstrand.
Bräcke	Patienterna erbjuds vård vid folktandvården i Gällö. En viss strömning kan även ske mot Östersund p g a jobbpendling.
Gällö	Patienterna erbjuds vård vid folktandvården Bräcke. Troligt är dock att många väljer Östersund p g a jobbpendling.
Föllinge	Patienterna erbjuds vård vid folktandvården Krokom. Boende i området som gränsar mot Strömsunds kommun förväntas även välja Strömsund. En viss strömning kan även ske mot Östersund.

9.2 Om patienterna väljer andra folktandvårdskliniker

Frågan har ställts, om folktandvårdens kliniker i Östersund och på Frösön skulle klara av att ta hand om patienter från de kliniker som avvecklas, ifall **alla** patienterna från dessa kliniker väljer folktandvårdens kliniker i Östersundsområdet?

Det är visserligen troligt att en del av patienterna på avvecklade kliniker kommer att söka sig till kliniker i Östersund. Folktandvårdens egen bedömning är dock att det är mycket osannolikt att alla patienter kommer att göra ett sådant val.

Men, om så ändå skulle ske, kan folktandvården möta det ökade tandvårdsbehovet i Östersund genom att erbjuda medarbetare från de avvecklade klinikerna arbete i Östersund/Frösön istället för på de kliniker som enligt förslaget ska förstärkas. Med en förändrad teamsammansättning och ett nytt arbetssätt enligt den *framtida standarden,* samt utökade öppettider kan antalet vårdtimmar kraftigt ökas i Östersund eller på annan folktandvårdsklinik som får fler patienter.

Däremot kan det blir svårt att uppnå den framtida standarden på kliniker utanför Östersund, om inte tillräckligt många patienter följer med dit vid en avveckling eller om dessa kliniker inte lyckas skaffa andra patienter från det befintliga befolkningsunderlaget på orten.

9.3 Om patienterna väljer befintliga privata tandvårdskliniker

På begäran har en analys gjorts av vilka konsekvenserna skulle bli för folktandvården, på personal och ekonomi, om **alla** patienter som i dagsläget har sin tandvård på nedläggningshotad klinik – väljer att gå till privat vårdgivare eller till vårdgivare utanför Jämtlands län.

Först och främst är det viktigt att framhålla att den verksamhet som bedrivs inom folktandvården står sig mycket väl i relation till andra alternativ. Resultaten från patientenkäter och inte minst från diskussionerna vid de medborgarmöten som genomfördes i november-december 2014, visar

att folktandvårdens patienter är mycket nöjda med sin tandvård. Folktandvårdens verksamhet svarar väl upp mot flera kriterier för val av vårdgivare:

- Kvalitativ god vård
- Konkurrenskraftig prisnivå
- Bra öppettider och jourverksamhet
- Bra bemötande

Folktandvårdens bedömning är därför att det är mycket osannolikt att alla folktandvårdens patienter, på de kliniker som avvecklas, istället skulle välja privat vårdgivare. Skulle det ”rent hypotetiskt” ändå bli så att alla patienter väljer annan vårdgivare än folktandvården påverkar det bemanningsplaneringen, men folktandvården kan hantera det på flera olika sätt.

Inom folktandvården finns redan i dag vakanser i form av olika kompetenser på vissa kliniker. Personal som blir övertalig på en klinik som tappar patienter, kan erbjudas tjänst på en klinik med vakanser. Eventuell övertalighet i övrigt skulle till största del kunna hanteras med beaktande av kommande pensionsavgångar enligt nedan. Under förutsättning att medarbetare accepterar tjänstgöring på annan ort än tidigare, finns ingen omedelbar risk för att folktandvårdens medarbetare inte kan erbjudas fortsatt anställning.

Kommande pensionsavgångar:

År	**Tandsköterskor**	**Tandhygienister**	**Tandläkare allmäntandvård**
2014	3	2	4
2015	4	0	0
2016	6	1	1
2017	3	0	3
2018	5	0	2
2019	4	0	2
2020	6	2	1
2021	1	1	3
2022	10	2	2
Totalt	**42**	**8**	**18**

Det antal medarbetare som direkt berörs inom varje klinik redovisas nedan:

Tillsvidareanställda per den 1 dec 2014

Klinik	Antal tandsköterskor	Antal tandhygienister	Antal tandläkare	Kommentar
Hammerdal	2	0	1	
Hoting	2	1	1	
Kälarne	0	0	0	
Bräcke	3	1	1	
Gällö	3	1	2	
Myrviken	2	1	1	
Hede	3	0	0	1tdl i Hede som eg. är anställd i Sveg
Föllinge	0	0	0	
Totalt	**12**	**3**	**5**	

Slutsatsen är att folktandvården i detta scenario inte ser någon risk för att få övertalighet, om samtliga patienter vid de kliniker som avvecklas lämnar folktandvården.

9.4 Om ny privat etablering uppstår på nedläggningsort

Något som är viktigt att lyfta fram är att de förhållanden, som motiverar att folktandvården vill förändra strukturen i länet, även gäller för privata aktörer. Ett litet patientunderlag försvårar för en privat aktör att kunna bedriva sin verksamhet med annat än en liten personalstyrka, något som innebär sårbarhet vid frånvaro. Också för en privat aktör är det svårt att få ekonomisk bärkraft med ett litet patientunderlag. Det innebär att sannolikheten för att privata etableringar sker på platser där folktandvårdens kliniker läggs ner i praktiken kan vara liten. I synnerhet på platser där region Jämtland Härjedalen redan i dagsläget inte har fast bemanning med tandläkare.

Trots det finns det risk för att ny privata etableringar görs på orter där klinik avvecklas. Från kliniken i Gällö har en anmälan lämnats in till region Jämtland Härjedalen om att personalen där vill ta över folktandvårdens klinik. På samma sätt som patienter ofta väljer att följa sin vårdgivare till en annan klinik, kan man anta att de väljer en vårdgivare som går över i privat regi.

I de fall befintlig personal tar över en klinik, kommer inte landstinget att få någon övertalig personal. För övrigt när det gäller risk för övertalighet bland personalen, blir svaret detsamma som i föregående avsnitt 9.3.

Ett privat övertagande av avvecklad klinik medför att det blir svårare att utöka patientunderlaget på den klinik som planeras utökas och därmed att uppnå den framtida standarden där.

9.5 Om medarbetare lämnar folktandvården

En förändring av den här storleken kan självklart skapa oro och särskilt på de kliniker som blir berörda av avveckling. Även på övriga kliniker kommer förändrade arbetssätt och utökade öppettider ställa andra krav på medarbetarna. Det finns ingen garanti, för att inte någon medarbetare väljer att lämna sin anställning hos folktandvården i samband med denna omstrukturering. Detta är dock en situation som folktandvården alltid lever med. Den viktigaste målsättningen med införande av den framtida standarden, är att folktandvården ska skapa en bättre arbetsmiljö, för att bli en mer attraktiv arbetsgivare och därigenom lättare kunna rekrytera personal till sina kvarvarande kliniker.

I denna utredning har följande bedömning gjorts: Risken är större att folktandvården inte kommer att kunna rekrytera personal i framtiden, om ingen omstrukturering görs nu, än risken för att folktandvården tappar medarbetare *på grund av* själva omstruktureringen.

9.6 Ekonomiska konsekvenser för regionen vid olika scenarier

Ovan beskrivna scenarier har flera gemensamma konsekvenser. En sådan är att region Jämtland Härjedalen i samtliga fall kommer att uppnå den beskrivna minskningen av nettokostnaderna[2], då kliniker avvecklas, även om patienterna inte följer med till de kliniker som föreslås utökas.

I det scenario, där alla patienter vid avvecklade kliniker väljer andra folktandvårdskliniker än de som enligt förslaget ska förstärkas, kommer folktandvården att behålla intäkter och personalkostnader som i nuläget. Däremot kommer man inte att kunna uppnå den *framtida standarden* på alla de kliniker som planerades förstärkas (t ex Hammarstrand och Bräcke alternativt Gällö). Problemet med små kliniker kvarstår i dessa fall. Vissa av de kliniker som ska förstärkas enligt förslaget är redan tillräckligt stora för att införa framtida standard (t ex Sveg) även utan avveckling av närbelägna kliniker.

I det scenario, där alla patienter vid avvecklade kliniker väljer privat vårdgivare, bedöms folktandvården inte få övertalig personal. Det innebär att både intäkter och personalkostnader kommer att minska i ungefär samma omfattning. Även i detta fall minskar dock möjligheten att uppnå den framtida standarden vid alla kliniker och det i högre grad än i det förra scenariot, eftersom patienterna vid de nedlagda klinikerna inte förstärker patientunderlaget för andra folktandvårdskliniker.

Region Jämtland Härjedalen har kvar ansvaret för att fånga upp riskbarn i tidig ålder 0-2 år och för den uppsökande verksamheten vid särskilda boenden. Kostnader och intäkter för dessa uppdrag blir i princip oförändrade. Kostnaderna för resor för den personal som besöker särskilda boenden bedöms öka marginellt, då avstånden mellan kliniker och säbon blir något längre.

10 ALTERNATIVET ATT INTE GÖRA NÅGON FÖRÄNDRING

Om folktandvården fortsätter som nu och inte försöker förändra strukturen, kommer detta att med tiden att få allt fler negativa konsekvenser.

Redan idag har folktandvården svårt att bemanna flera kliniker. Vakanser inom tandvården täcks för närvarande med ambulerande tandläkare. Om inte den nya framtida standarden kan införas för att förbättra arbetsmiljön, kommer svårigheterna att rekrytera personal kvarstå. Sårbarheten vid frånvaro och bristen på kollegialt utbyte kvarstår också.

Det blir svårare att införa den nya standarden även på de större kliniker som redan idag kan bemanna med minst två team, eftersom de tvingas hjälpa till att ambulera. På de små klinikerna blir det omöjligt.

Bristen på personal innebär att folktandvården kan tvingas prioritera bort tandvård till andra vuxna patienter än de som behöver akut vård eller är föremål för uppsökande och nödvändig tandvård. Oprioriterade vuxna patienter, är en viktig kategori som hjälper till att bära

[2] Minskning av nettokostnader = minskning av fasta kostnader + ökning av kostnader för sjukreseersättning

folktandvårdens fasta kostnader, något som alltså inte kommer att bli möjligt i samma utsträckning.

På de kliniker som inte kan införa den framtida standarden, tvingas folktandvården avstå från satsningar på vård utöver basutbudet och på utökade öppettider. Möjligheterna att effektivisera arbetssättet genom annan teamsammansättning, behandling i flera behandlingsrum samtidigt mm, begränsas också.

På lite sikt innebär det troligen, att flera av de kliniker som utreds i denna rapport, kommer att behöva avvecklas, helt enkelt därför att det blir omöjligt att upprätthålla verksamheten där. Denna risk gäller såväl de mindre som de större klinikerna i samma områden. Om inte folktandvården ute i länet längre har möjlighet att förse vuxna oprioriterade patienter med tandvård, kommer många av dem sannolikt att söka sig till både folktandvårdens kliniker i Östersund och privata kliniker, många av dem också i Östersund. På några års sikt kan man därför förvänta sig ett mindre utbud av tandvård ute i länet, en större koncentration mot Östersundsområdet och stigande kostnader för sjukreseersättning.

Med färre, fast stationerade medarbetare, blir det allt svårare att skapa både tid och ekonomiskt utrymme för utbildning, teknik- och metodutveckling. Risken finns att folktandvården inte kommer att kunna tillhandahålla en tandvård av senaste modell med högsta kvalitet.

Det är svårt att räkna ut några exakta ekonomiska konsekvenser av den här beskrivna utvecklingen. Men som en följd av att folktandvården kan tvingas prioritera bort vuxentandvård, kommer också intäkterna att minska. De fasta kostnaderna förblir dock oförändrade, så länge ingen klinik avvecklas. Personalkostnaderna minskar inte lika mycket som intäkterna, när fler vakanser uppstår. En del av personalbristen kommer troligen i ännu högre grad lösas med ambulerande tandläkare, något som medför extra kostnader. Sammantaget leder detta sannolikt till **en försämring av folktandvårdens resultat på mellan en och tre miljoner kronor** de närmaste åren.

11 RISK- OCH KONSEKVENSANALYS AV ARBETSMILJÖN

När förändringar i verksamheten planeras ska en risk- och konsekvensanalys av arbetsmiljön genomföras. Syftet är att förhindra och motverka eventuella risker i den fysiska, psykiska och sociala arbetsmiljön. Genom att planera och analysera innan förändringar genomförs ökar förutsättningarna för att skapa en bra arbetsmiljö. Alla faktorer i arbetsmiljön vägs in vid riskbedömningen. Medför förändringen risker för ohälsa eller olycksfall ska de åtgärdas. Arbetet sker i en arbetsgrupp som består av chef, medarbetare och skyddsombud. Risk- och konsekvensanalysen dokumenteras skriftligt och ska samverkas på arbetsplatsträff och centrumkommitté innan beslut fattas. Uppföljning av riskbedömning och handlingsplan ska ske för att se över att de åtgärder som planerats får den effekt som avses. Arbetet med risk- och konsekvensanalyser av arbetsmiljön startas upp på de områden/kliniker som berörs när beslut om framtida struktur är fattat.

12 MOBIL ENHET

I denna rapport ingår nedanstående förstudie om möjlighet att använda en mobil enhet för tandvård i Jämtlands län. En mobil enhet skulle kunna bli ett komplement när mindre kliniker avvecklas. En första bedömning visar att en mobil lösning svårligen klarar de krav som ligger till grund för denna utredning. Med en mobil lösning blir det ännu svårare att uppnå kravet på en förbättring av folktandvårdens resultat med 5 miljoner kronor. Dessutom försvåras bemanningsplaneringen, vilket gör det svårare för folktandvården att uppnå de effektiviseringar som ingår i den framtida standarden.

Därför bör lämpligen en eventuell mobil lösning för tandvård ingå i ett paket som handlar om utredningar av mobila lösningar inom hälso- och sjukvård samt tandvård, i den reviderade versionen av *Långsiktiga utvecklingsplanen för en god ekonomisk hushållning*

Som komplement till alternativ a och b skulle en mobil enhet kunna införskaffas. Syftet med den mobila enheten är att i första hand undersöka och behandla barn och ungdomar samt medborgare som har rätt till nödvändig tandvård. En mobil enhet ska vara utrustad för att kunna utföra tandvård enligt basutbud. Mobila enheten placeras på de orter där det bedöms vara lämpligt.

Det finns ett antal mobila lösningar inom landet vilka används på olika sätt. Koncepten för en mobil enhet är inte direkt överförbara till de i förhållanden som gäller för Jämtlands län, beträffande t ex befolkningsmängd, avstånd, vägstandard, väderlek, rekryteringsmöjlighet mm.

För att bedriva en mobil verksamhet i Jämtlands län måste förutsättningarna tydliggöras. Ett exempel på vilka frågeställningar som måste utredas följer i nedanstående punkter.

- Vilken typ av enhet är aktuell? Antal behandlingsrum, val av fordon som t ex en husvagn med ett behandlingsrum eller lastbilstrailer med två behandlingsrum.
- Tillgänglighet för personer med funktionsnedsättning?
- Hur många orter ska den betjäna?
- Hur många dagar per år ska enheten bemannas och av vilka yrkeskategorier?
- Hur många patienter beräknas få sin behandling i den mobila enheten?

12.1 Erfarenheter från andra landsting

Gemensamma erfarenheter från andra landsting visar att de mobila enheterna blivit positivt mottagna på de orter, där de har verksamhet. Bemanningen sker vanligen från närmaste klinik och har i stora delar fungerat väl. Vården som utförts på de mobila enheterna är av ”enklare” art och kombineras i de fall det behövs med vård på stationär klinik. Verksamheten bedrivs ca 10 månader per år och ca fyra dagar/vecka. Dag fem används till service/underhåll av enheten. Under t ex vintermånaderna har verksamheten inte alltid varit i drift
För att verksamhet ska kunna bedrivas krävs iordningställd plats med el, vatten/avlopp, och IT anslutning. När enheten inte används i verksamheten måste stadigvarande uppställningsplats finnas. Platsen bör vara inomhus. Från vissa landsting framkommer att de försett enheten med larm, att väktare anlitats utifrån risk för skadegörelse

Vem som är ansvarig för verksamheten och vem som sköter drift måste tydliggöras. De framhåller i sina synpunkter att en ”drivande eldsjäl” behövs för att verksamheten ska upprätthållas.

12.1.1 Mobil enhet i Västernorrland

Den närmsta och senast uppstartade enheten finns inom folktandvården i Västernorrland där den införskaffades i samband med nedläggning av kliniker. Utredningen som föregick uppstarten i Västernorrland är genomgången i samband med framtagandet av denna rapport och delar av folktandvårdens ledning i Region Jämtland Härjedalen har mött folktandvårdens ledning i landstinget Västernorrland i denna fråga.

Enheten består av en inredd lastbil med ett behandlingsrum, steril, personalrum och väntrum. Enheten ställs upp utanför en skola varje vecka och de besöker sju orter, där kliniker lades ned 2009. På de platser där den mobila kliniken parkeras är det genomgående i anslutning till skolor utom på ett ställe där enheten står intill en vårdcentral, där den nedlagda kliniken låg. De orter där enheten är uppställd har uppställningsplatser iordningsställts för anslutning till vatten/avlopp, IT och el. Anslutningarna har bekostats av folktandvården.

I inledningsskedet har endast barn undersökts och behandlats i den mobila enheten. Tandregleringsbehandlingar har utförts på ”moderkliniken”, ej i den mobila enheten. Gymnasie-ungdomar går inte på den mobila enheten utan på de kliniker som passar dem bäst t ex Sundsvall, Örnsköldsvik osv. Enheten bemannas med personal från den klinik som ansvarar för barnen inom upptagningsområdet.

Två tandhygienister har utbildats för att köra och underhålla bilen. Kostnader tillkommer för övernattning/resor samt lönetillägg/vecka för de tandhygienister som är driftsansvariga.
I Västernorrland fattades beslut om utökade medel motsvarande 3,2 miljoner kronor till folktandvården för att täcka de kostnader som inköp och utrustning av mobil enhet innebar. Enheten startade upp under hösten 2013 och utvärdering kommer att göras i början av 2015.

För att kunna bedöma effekten av den mobila tandvårdsenheten avseende tandhälsa och ekonomi bör landstinget Västernorrlands utvärdering först granskas, vilket kan ske tidigast våren 2015.

12.2 Konsekvenser patienter

Alla som bor i Jämtlands län har rätt att få sjukresebidrag från region Jämtland Härjedalen för resa i samband med tandvård och sjukvårdande behandling. Sjukresorna kan bli längre till närmaste klinik och till viss del kan antalet sjukresor öka. För patienter på de orter som får besök av en mobil enhet skulle det bli mindre konsekvenser för de prioriterade patientgrupperna.

12.2.1 Konsekvenser prioriterade grupper

Om en mobil enhet fanns tillgänglig för barn och för patienter med behov av nödvändig tandvård, skulle del av dessa patienter kunna erbjudas vård närmare sin hemort om ett antal kliniker avvecklas enligt förslagen i denna rapport.

Tillgängligheten till en mobil enhet är begränsad till vissa veckor under året, i och med att enheten ska användas på fler ställen i länet. Behov av tandvård under andra perioder innebär att patienter måste åka till närmaste klinik.

12.2.2 Konsekvenser övriga patientgrupper

Ingen tillgång till den mobila enheten är inplanerad för övriga grupper. För alla patienter utöver barn och de med behov av nödvändig tandvård blir alternativet detsamma som enligt alternativ a och b.

En konsekvens, om inte tillräckligt utrymme finns för vuxna patienter på kvarvarande klinik, är att ”mindre vårdinsatser” istället för ”fullständig vård” ges till många av de vuxna, vilket i sin tur innebär att tandvårdssystemet inte nyttjas på ett bra sätt för patienten.

12.3 Konsekvenser för folktandvårdens verksamhet

En mobil enhet kräver ”sin egen” organisation för att fungera - planering, drift/underhåll, bemanning, information till olika patientgrupper/boenden, skolor mm.

Liksom i de andra alternativen finns risk för att ”tappa” patienter till privattandvård. För folktandvårdens verksamhet kan patientens val av klinik/vårdgivare påverka framtida struktur då patientantalet vid varje klinik är avgörande för verksamhetens lönsamhet. Alternativet med mobil enhet innebär att verksamheten på den ordinarie kliniken minskar under de perioder som medarbetarna bedriver vård på den mobila enheten. De lokaler/utrustning som finns på den stationära kliniken nyttjas mindre under dessa perioder, d v s en form av stilleståndskostnad kommer då uppstå.

Risk finns även att medborgarna upplever att en mobil enhet är en försämring i relation till tidigare stationär klinik. Å andra sidan kan upplevelsen bli positiv om den mobila enheten kommer till orter där ingen klinik tidigare funnits. För folktandvårdens del gäller med alternativet *mobil enhet*, att marknadsföra dels den ”nya fasta ” kliniken som erbjuds och dels marknadsföra och informera om den mobila enhetens syfte, öppettider och placering på ett bra och professionellt sätt. Medarbetarnas roll och medverkan i detta är avgörande. Det är viktigt att både behålla nuvarande patienter och att ta emot och öka antalet nya patienter.

I och med det ansvar som folktandvården har för patientgrupper med särskilda behov behöver en fördelning ske mellan vårdgivarna inom kliniken/området för att erbjuda en attraktiv arbetssituation och ett varierat arbete.

Erfarenhet från andra landsting visar att intresset för att få sin vård i den mobila enheten minskar över tid. Då enheten inte alltid finns på plats när patienten har behov, söker man sig istället till en fast klinik där man sedan fortsätter att få sin tandvård.

12.4 Konsekvenser medarbetare

Två olika varianter kan vara aktuella.

- Fasta team som har den mobila enheten som sin huvudsakliga arbetsplats. Detta innebär att medarbetare kommer vara ute på ”resande fot” under stora delar av året. Att resa mellan hemmet och den mobila enheten kommer inte vara möjligt varje dag utan övernattning på annan ort kommer ske. Kostnader för traktamente/logi mm tillkommer med denna modell.
- Det andra sättet innebär att det blir upptagningsområdets klinik som ansvarar för vården på den mobila enheten. Ett team från närliggande klinik tjänstgör då på den mobila enheten under den period den är stationerad i området vilket innebär konsekvenser för den stationära klinik man lämnar.

Vid införskaffande av mobil enhet kommer resandet mest troligt att öka. Om dessa resor ska ske inom eller utom arbetstid och om de ska bekostas av arbetsgivaren eller inte avgörs av utifrån bemanningsmodell.

Liksom i alternativ a, b, c och d innebär alternativet *mobil enhet* att de medarbetare som idag arbetar på små kliniker kommer få fler arbetskamrater och därigenom även ökat kollegialt utbyte/stöd i och med större kliniker. Verksamheten vid den mobila enheten och på den klinik där bemanningen tillfälligt flyttas till den mobila enheten (om den bemanningsmodellen väljs) blir däremot sårbar vid frånvaro och risken för ensamarbete kommer då öka.

Chef för medarbetarna på den mobila enheten kan antingen vara resp. områdeschef om klinik i upptagningsområdet sköter bemanningen. Chefsfråga vid ”fast” mobilt team behöver utredas

Båda bemanningsalternativen kräver att det finns utbildade chaufförer och driftsansvariga för enheten vilket kan skötas av antingen internt utbildade medarbetare eller genom externt anlitad resurs.

Möjligheten att erbjuda heltidstjänster ökar om teamsammansättningen enligt standard kan genomföras. Arbetsgivaren har inte för avsikt att säga upp någon medarbetare under förutsättning att medarbetare utifrån verksamhetens behov byter klinik alternativt har sin tjänstgöring vid mer än en klinik, eller vid den mobila enheten.

Målet är att den framtida standarden med minst två team/klinik ska gälla. Valet av hur den mobila enheten ska drivas avgör dess bemanning.
Alternativ *mobil enhet* innebär att andra kliniker i närheten påverkas mer än i tidigare presenterade alternativ. Den mobila enheten innebär att patientmängden vid den stationära kliniken riskerar att bli för liten i relation till framtagen standard.

För planering och drift av den mobila enhet behövs minst 2 personer som har rätt körkorts-behörighet för enheten. Tekniskt stöd för utrustning/IT krävs också. Bemanningen i enheten baseras på att ett av teamen från närmsta klinik arbetar i mobila enheten under de perioder den är placerad i området/kommunen. Alternativet är att ha två fasta team som delar ansvaret för bemanningen i den mobila enheten under året.

12.5 Konsekvenser ekonomi

För att skapa en kalkyl för en mobil enhet i Jämtland måste förutsättningarna för kalkylen tydliggöras. Ett exempel på vilka frågeställningar som måste utredas följer i nedanstående punkter.

- Vilken typ av enhet är aktuell? Investeringskostnaden är mycket olika beroende på om det avser t ex en husvagn med ett behandlingsrum eller lastbilstrailer med två behandlingsrum.
- Hur många orter ska den betjäna? Ordningsställande av uppställningsplatser, transport- och uppställningskostnader är beroende av detta.
- Hur många dagar per år ska enheten bemannas och av vilka yrkeskategorier?
- Hur många patienter beräknas få sin behandling i den mobila kliniken och vilka patientgrupper. Är det vuxna betalande eller enbart barn. Behövs för att kunna beräkna förväntad effektivitet och finansiering.

Eftersom den mobila kliniken förväntas bemannas från någon av folktandvårdens kliniker innebär det också att en beräkning måste göras av vad effekten blir för den klinik som under vissa perioder avstår medarbetare till förmån för den mobila enheten. Kliniken får en kostnadsminskning genom att personal och materialkostnad överförs till den mobila kliniken, samtidigt tappar man intäkterna för de barn som istället är ”listade” på den mobila kliniken. De medarbetare/team som ambulerar mellan en mobil och en stationär klinik kommer troligen att få en effektivitetsminskning p g a resor, ställtid vid byte av arbetsplats mm. Det är också troligt att kostnaden att utföra vård blir dyrare per patient då den framtida standarden med effektivare arbetssätt inte kan fullgöras i samma utsträckning. Det rör sig t ex om undersökningspass för barn, där tandläkaren med sitt team nyttjar dubbla behandlingsrum för att få effektiva flöden.

.

Ulf von Sydow
Regional utveckling
Attraktion och livsmiljö

Dnr: RS/73/2015

Fullmäktige
Region Jämtland Härjedalen

Regionala utvecklingsförvaltningen har ombetts att ge kommentarer gällande en omstrukturering av folktandvården utifrån regional utvecklingssynvinkel.

Tandvårdslagen (1985:125) anger att *”Målet för tandvården är en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen”* (§2) och att den *”ska vara lätt tillgänglig”* (§3) och *”ska planeras med utgångspunkt i befolkningens behov”* (§8).

Den demografiska utvecklingen i Jämtlands län är utmanande, därför är detta ett särskilt prioriterat utvecklingsområde inom regional utveckling. Ålderspyramiden i länet skiljer markant mellan glesbygd och landets tillväxtregioner vilket ställer stora krav på den offentliga servicens upprätthållande. Region Jämtland Härjedalen är från och med 2015 ansvarig för det Regionala serviceprogrammet (RSP) vilket är inriktat mot att *”alla ska ha likvärdig tillgång till dagligvaror och drivmedel”*. I begreppet dagligvaror ingår t ex apoteksvaror. Serviceprogrammet inkluderar inte den service som t ex tandvård enligt tandvårdslagen fastslår.

Det finns viktiga gränssnitt mellan olika kategorier av service till glesbygd. I Handlingsplanen till RSP påtalas att en orts attraktivitet, som är en mycket viktig del i hanterandet av den demografiska situationen, är beroende av såväl offentlig service som kommersiell service och samspelet dem emellan. I en situation då den skattefinansierade verksamheten sätts under press, beroende på minskad befolkning, måste prioriteringar göras så att den service som är utnyttjad av medborgarna med högst frekvens sätts i första rummet. På så sätt blir effekten på en orts attraktivitet mindre kännbar än om det dagliga servicebehovet reduceras.

I en tid när befolknings/skattebasen krymper och effekterna syns i form av neddragen service av olika kategorier är det helt förklarligt att en opinion mot förändringen kommer till uttryck. Detta är allra tydligast när den kanske största attraktivitetsfaktorn för potentiella inflyttare, bygdens skolutbud, förändras till det sämre. Med den förbättrade tandstatus som befolkningen generellt har idag är sannolikt förändringar i tandhälsoutbudets geografiska belägenhet mindre kritiskt än andra dagligt nyttjade servicepunkter.

Ulf von Sydow
Regional utveckling
Attraktion och livsmiljö

Dnr: RS/73/2015

Minskad service, såväl offentlig som kommersiell, i glesbygd är en generell företeelse i Sverige och inte bara en Jämtlandsfråga. Därför är det viktigt att följa teknikutveckling inom området vad gäller såväl digitalt nyttjande som mobila enheter. Regionalt utvecklingsarbete måste alltid ta utgångspunkt i den realitet som råder och möta upp för de trender som verkar samt aktivt arbeta för att finna nya lösningar som kompensation för lägre servicenivåer.

Ett dynamiskt utvecklingsarbete måste också anpassa sig till omvärldens förändring ur andra perspektiv. En professionell tandhälsa ställer krav på välutbildad personal med möjlighet till kontinuerligt förbättringsarbete. För t ex offentligt anställda tandläkare i Jämtlands län är fler än 50% över 50 år idag (2012), hälften av dessa är över 60 år. Enligt Socialstyrelsens prognoser är antalet pensionsavgångar större än antalet nyutexaminerade tandläkare under prognosperioden fram till 2025. Ur ett nationellt perspektiv erfordras utrikes inflyttning för att kompensera för pensionsavgångarna. En samstämmig bild i landet är att det är svårt att rekrytera tandläkare till glesbygd med personalmässigt små kliniker, det finns inga tecken – utgående från andra akademiska yrken – att denna bild skulle vara annorlunda för Jämtlands län. En samlokalisering av små kliniker till något större enheter torde skapa bättre förutsättningar att upprätthålla kompetens vilket gagnar medborgarna i det långa loppet, även om detta naturligtvis ger en känsla av neddragen service.

Östersund 26 februari 2015

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN
Regional utveckling

Anders Byström
Bitr. Regiondirektör/förvaltningschef regional utveckling

2015-03-16

Regionens samverkansråd

§ 13 Samråd om framtida struktur för folktandvården (RUN/477/2015 och RS/73/2015)

Ärendebeskrivning

För att säkerställa medborgarnas tillgänglighet till en kvalitativ och konkurrenskraftig tandvård med god ekonomisk balans, har folktandvården på regiondirektörens uppdrag gjort en rapport om folktandvårdens framtida struktur inom allmäntandvården.

Rapporten behandlades på ekonomiutskottets sammanträde den 22 oktober 2014, § 85, och kompletterades därefter med de uppgifter som ekonomiutskottet efterfrågade. På landstingsstyrelsens sammanträde den 4-5 november 2014, § 257, återremitterades ärendet med följande motivering: ”*Beslutsunderlaget bör dels kompletteras med konsekvenser för ekonomi och kompetensförsörjning i den händelse det blir privata etableringar och dels en redovisning av lokalkostnader ur ett koncernperspektiv. Återremissen ska också ge tid för dialog med medborgare*

Grupper av politiker och tjänstemän från landstinget genomförde därefter möten med länets medborgare på framför allt de orter där tandvårdskliniker föreslås läggas ner. Förslagen presenterades och medborgarna ställde frågor och framförde synpunkter.

Vid landstingsstyrelsens sammanträde den 9 december återremitterades rapporten med motiveringen ”Ytterligare utredning kring lokalkostnaderna, utredning om *nedläggning Bräcke och utökning Gällö samt utredning kring intäktssidan.”*

Rapporten kompletterades därefter med begärd information och ytterligare analyser som en följd av medborgardialogerna. Strukturen på rapporten förändrades även något för att tydliggöra samband och slutsatser.

Vid regionfullmäktiges sammanträde den 10-11 februari 2015 återremitterades ärendet med följande motivering:

- Ta upp frågan på regionens samverkansråd (a)
- Göra en regional konsekvensanalys (b)
- Utreda en mobil enhet för tandvård (c)
- Myrvikens företagarförening får ställa sin fråga och få svar(d)

a) Ärendet behandlas på regionens samverkansråd den 16 mars. Samverkansrådets synpunkter kommer att lämnas vid styrelsesammanträdet 24-25 mars.

b) Biträdande regiondirektör/förvaltningschef regional utveckling Anders Byström har lämnat en regional konsekvensanalys. I analysen påtalas att en orts attraktivitet är beroende av både kommersiell och offentlig service och samspelet dem emellan. I en situation med skattefinansierad verksamhet under press beroende på minskad befolkning ”*måste prioriteringar göras så att den service som är utnyttjad av medborgarna med högst frekvens sätts i första rummet. På så sätt blir effekten på en orts attraktivitet mindre kännbar än om det dagliga servicebehovet reduceras.*” Det påpekas också att det är helt

förklarligt att en opinion mot förändringar kommer till uttryck i en tid som präglas av neddragen service av olika kategorier. Det blir allra tydligast när den kanske största attraktivitetsfaktorn för potentiella inflyttare, bygdens skolutbud, förändras till det sämre. Men, säger analysen, ”*Med den förbättrade tandstatus som befolkningen generellt har idag är sannolikt förändringar i tandhälsoutbudets geografiska belägenhet mindre kritiskt än andra dagligt nyttjade servicepunkter.*” Vidare framhålls att det är viktigt att följa teknikutvecklingen och aktivt arbeta för att finna nya lösningar som kompensation för lägre servicenivåer. Det konstateras även att ”*En samstämmig bild i landet är att det är svårt att rekrytera tandläkare till glesbygd med personalmässigt små kliniker, det finns inga tecken – utgående från andra akademiska yrken – att denna bild skulle vara annorlunda för Jämtlands län. En samlokalisering av små kliniker till något större enheter torde skapa bättre förutsättningar att upprätthålla kompetens vilket gagnar medborgarna i det långa loppet, även om detta naturligtvis ger en känsla av neddragen service.*”

c) En revidering av *Långsiktig utvecklingsplan för en god ekonomisk hushållning 2015-2025* pågår. Den långsiktiga utvecklingsplanen innehåller ett antal strukturpaket, med områden där förslag till förändringar ska tas fram (efter utredning), så att verksamheten blir mer kostnadseffektiv. I planen föreslås ett nytt strukturpaket om mobila enheter ingå, med följande formulering:

Utredning av mobila enheter inom vård och tandvård
I detta paket ingår att utreda om mobila enheter kan användas för att uppnå en mer kostnadseffektiv sjukvård och tandvård. Ett sekundärt syfte är att öka tillgängligheten till vård och tandvård för medborgarna.

Drift av mobila enheter kommer att leda till ökade kostnader för den mobila verksamheten, vilket måste uppvägas av minskade kostnader i de verksamheter som berörs av de mobila lösningarna. I utredningen ska tydligt framgå vilket vårdbehov, vilken omfattning och geografisk spridning som lämpar sig för mobil lösning. Konsekvenser för medborgarnas tillgång till vård och möjligheten att bedriva en patientsäker vård ska också belysas.

Då en av vårdens och tandvårdens viktigaste utmaningar är att klara personalrekryteringen, ska möjligheten att skapa en god arbetsmiljö med mobila enheter klargöras.
Ekonomiskt mål: minskad kostnad, men kan inte beloppsättas förrän efter utredning/analys är klar
Tidplan: Utredning/analys klar 20151231
Måltidpunkt: 20170901 start av verksamheten
Ovanstående analyser ska beakta jämställdhets-, jämlikhets-, barnrätts- och miljöperspektiven, liksom regional utveckling.

d) Myrvikens företagarförening har möjlighet att lämna in en fråga till allmänhetens frågestund vid regionfullmäktiges sammanträde 14-15 april.

Förslaget
Folktandvården i region Jämtland Härjedalen är en av landets ”minsta” folktandvårdsorganisationer. En liten verksamhet innebär att samkostnaderna, d v s kostnaderna som är oberoende av hur mycket verksamhet som bedrivs, blir större per patient. Det är därför svårt att jämföra folktandvården i Jämtlands län med folktandvården i de län och regioner som har ett större befolkningsunderlag, med kortare avstånd mellan kliniker och patienter respektive utbildningsorter.

Redan idag har folktandvården svårigheter att bemanna vissa kliniker. Det är generellt sett svårare att rekrytera nya medarbetare till små kliniker än till större enheter. Erfarna medarbetare har behov av kollegialt utbyte och nyutexaminerade medarbetare ska alltid kunna erbjudas handledning och stöd från rutinerade kollegor. Verksamheten på små kliniker är sårbarare vid personalfrånvaro. Enligt

prognoser kommer befolkningsunderlaget utanför Östersund att minska ännu mer, vilket minskar patientunderlaget för redan små kliniker ytterligare.

För att säkerställa att folktandvården, även under kommande år, kan tillämpa ny teknik och nya metoder och upprätthålla en tandvård med hög kvalitet, har folktandvården tagit fram ett förslag till *ny framtida standard*. Enligt den nya framtida standarden ska alla kliniker kunna erbjuda ett *basutbud* av tandvård och förebyggande behandlingar. Kliniker med någon typ av specialkompetens, ska kunna erbjuda ett *plusutbud* till näraliggande kliniker. Plusutbud innebär att mer vård kan utföras inom allmäntandvårdens verksamhet, vilket innebär att patienter inte i samma utsträckning behöver nyttja länets specialisttandvård.
Standarden föreskriver en enhetlig utformning och utrustning av lokalerna i en folktandvårdsklinik. I standarden ingår ett förändrat arbetssätt med mer arbete i team och att arbetet bedrivs i två eller flera rum samtidigt. Ett team består av en tandläkare, en tandhygienist och ca 2,5 tandsköterskor och målsättningen är att varje klinik bemannas med minst 2 team för att minska sårbarheten och skapa en god arbetsmiljö. För att uppnå den framtida standarden krävs en långsiktig strategi i form av kompetensutveckling i verksamheten och marknadsföring av folktandvården. Här spelar alla medarbetares engagemang och professionalism en avgörande roll. Det finns ett starkt stöd bland medarbetarna i folktandvården för att utveckla verksamheten mot en ny framtida standard och den är tänkt att vara införd senast år 2021 på alla folktandvårdens kvarvarande kliniker
– både de som enligt förslaget ska förstärkas, i länet utanför Östersund och klinikerna i Östersund.

För att kunna uppnå den framtida standarden, krävs att antalet kliniker i Jämtlands län minskas, så att patientantalet på kvarvarande kliniker blir tillräckligt stort för en bemanning med två team. Målet för den framtida klinikstrukturen är att tandvård ska erbjudas i alla kommuner i Jämtlands län.
Utgångspunkten för analysen av vilka kliniker som föreslås läggas ned respektive förstärkas har varit flera. En sådan är storleken på den befolkning som får längre till folktandvården samt hur mycket längre avståndet blir. En annan är om befolkningen växer eller minskar i närheten av kliniken, samt mängden akutbesök på grund av t ex turism i området. Frågan om i vilken riktning patientströmmarna kommer att gå, vid nedläggning av en klinik, har också diskuterats. Av detta skäl finns i rapporten beskrivet konsekvenserna vid nedläggning av antingen kliniken i Bräcke med förstärkning i Gällö eller motsatsen med nedläggning i Gällö och förstärkning i Bräcke. Beräkningar visar att fler drabbas av en något längre resesträcka om kliniken i Bräcke läggs ned. Men, det finns pendlingstrafik mot Östersund, vilket innebär att en nedläggning av kliniken i Gällö kan leda till att en del av patienterna väljer kliniker i Östersund istället för i Bräcke. För den enskilde patienten blir den genomsnittliga resesträckan till antingen Gällö eller Bräcke ungefär lika lång. Mellan dessa orter är kommunikationerna bra p g a tillgång till både buss och tåg.

För patienter på de kliniker som föreslås läggas ner blir avståndet till den nya kliniken större, men tillgängligheten på de kliniker som kvarstår ska förbättras genom utökade öppettider och med minst två team eller fler på i stort sett alla kliniker. Den allra största delen av folktandvårdens patienter besöker en tandvårdsklinik högst en gång per år.
Medarbetarna på de kliniker som läggs ned kommer att erbjudas jobb på någon av de kliniker där bemanningen utökas.

Om folktandvårdens patienter, efter nedläggning av en klinik, skulle välja någon annan av folktandvårdens kliniker än den som förstärks med mer personal, har folktandvården både möjlighet och beredskap för att förstärka de andra valda klinikerna.

Om region Jämtland Härjedalen inte kan hyra ut eller sälja de egna lokalerna på de orter där kliniker läggs ned, kommer årliga driftskostnader kvarstå även efter avskrivningstidens slut. Dessa återges i tabellen med ekonomiska konsekvenser för de olika alternativen.

Patientunderlaget på de orter, där kliniker läggs ned, är så litet att det är svårt att uppnå god lönsamhet. Trots det finns möjligheten att en privat klinik öppnas, när folktandvården avvecklat sin verksamhet. Konsekvenserna för folktandvården kan bli att färre patienter tackar ja till erbjudande om tandvård på den klinik i närheten som ska utökas. Intäkterna kommer då att öka mindre än beräknat och det blir svårare att uppnå den framtida standarden, med bemanning av två team. Å andra sidan försvinner de fasta kostnaderna för den nedlagda kliniken. Dessa två effekter bedöms ta ut varandra och ekonomiskt blir det plus/minus/noll jämfört med nuläget. Någon övertalighet bland medarbetarna skulle inte uppstå, eftersom de kan erbjudas arbete på någon annan klinik. Det finns både vakanser och pensionsavgångar som behöver fyllas.

Följande alternativa förslag på avveckling respektive utökning av folktandvårdskliniker i Jämtlands län har tagits fram:

Klinikförändring alternativ a och b

Valet av nedanstående kliniker baseras på att befolkningen i respektive upptagningsområde i genomsnitt får högst **8 mil eller ca en timmes restid** enkel väg med bil till närmaste annan folktandvårdsklinik efter kliniknedläggningen.
I **alternativ a)** avvecklas kliniken i Gällö och patienterna erbjuds tandvård i Bräcke.
I **alternativ b)** avvecklas kliniken i Bräcke och patienterna erbjuds tandvård i Gällö. Förutom skillnaderna avseende Gällö och Bräcke är alternativ a och b lika.

Folktandvården minskar antalet kliniker **från 20 till 13** och förstärker andra kliniker med bemanning och utökade öppettider.

- **I Härjedalens kommun** avvecklas kliniken i Hede, patienterna erbjuds tandvård i Sveg och Funäsdalen.
- **I Bergs kommun** avvecklas kliniken i Myrviken, patienterna erbjuds tandvård i Svenstavik.
- **I Bräcke kommun** avvecklas kliniken i Kälarne, patienterna erbjuds tandvård i Hammarstrand.
- **I Krokoms kommun** avvecklas kliniken i Föllinge, patienterna erbjuds tandvård i Krokom.
- **I Strömsunds kommun** avvecklas klinikerna i Hammerdal och Hoting, patienterna erbjuds tandvård i Strömsund.

Alternativ c och d

Valet av nedanstående kliniker baseras på att befolkningen i respektive upptagningsområde i genomsnitt får högst **6 mil eller ca fyrtiofem minuters restid** enkel väg med bil till närmaste annan folktandvårdsklinik efter kliniknedläggningen.
I **alternativ c)** avvecklas kliniken i Gällö och patienterna erbjuds tandvård i Bräcke. I **alternativ d)** avvecklas kliniken i Bräcke och patienterna erbjuds tandvård i Gällö. Förutom skillnaderna avseende Gällö och Bräcke är alternativ c och d lika.

Folktandvården minskar antalet kliniker från **20 till 15** och förstärker andra kliniker med bemanning och utökade öppettider.

- **I Bräcke kommun** avvecklas, förutom någon av klinikerna i alternativ c eller d ovan, kliniken i Kälarne, patienterna erbjuds tandvård i Hammarstrand.
- **I Krokoms kommun** avvecklas kliniken i Föllinge, patienterna erbjuds tandvård i Krokom.

- **I Strömsunds kommun** avvecklas kliniken i Hammerdal patienterna erbjuds tandvård i Strömsund.
- **I Bergs kommun** avvecklas kliniken i Myrviken, patienterna erbjuds tandvård I Svenstavik.

Ekonomiska konsekvenser av de olika alternativen (i tusen kronor)

Alternativ: förändring av klinikstruktur i folktandvården	Nettokostnads-minskning folktandvården	Eventuellt kvarstående driftskostnader för regionens egenägda lokaler	Nettokostnads-minskning region Jämtland Härjedalen	*Engångs-kostnader vid nedläggning, omflyttning*
a) Nedläggning 7 kliniker inklusive Gällö	**4 384**	-456	**3 928**	*-525*
b) Nedläggning 7 kliniker inklusive Bräcke	**3 638**	-626	**3 012**	*-525*
c) Nedläggning 5 kliniker inklusive Gällö	**3 280**	-171	**3 109**	*-375*
d) Nedläggning 5 kliniker inklusive Bräcke	**2 535**	-341	**2 194**	*-375*

Om kliniken i Gällö läggs ned, kommer regionen att belastas av en engångskostnad på 3 miljoner kronor för oavskrivna lokalanpassningsinvesteringar i lokalen i Gällö. Om kliniken i Bräcke läggs ned måste regionen investera för uppskattningsvis 5 miljoner i ombyggnation/nybyggnation i lokaler i Gällö. Kostnad för årlig avskrivning och internränta ingår i kalkylen för alternativ b och d.

I den *Långsiktiga utvecklingsplanen för god ekonomisk hushållning 2015-2025* angavs för paketet *Förändra folktandvårdsstrukturen* ett krav på resultatförbättring med 5 miljoner kronor. De olika alternativen för strukturförändring når inte det målet. Skillnaden mellan nettokostnadsminskningen, till följd av de olika alternativen i tabellen ovan och 5- miljonerskravet visas i följande tabell. Mellanskillnaden måste folktandvården hantera genom att effektivisera verksamheten ännu mer och/eller öka sina intäkter.

Alternativ: förändring av klinikstruktur i folktandvården	Netto resultatförbättring för folktandvården enligt alternativ i tusen kr	Återstår att effektivisera och/eller öka intäkter i tusen kr
a) Nedläggning 7 kliniker inklusive Gällö	4 384	616
b) Nedläggning 7 kliniker inklusive Bräcke	3 638	1 362
c) Nedläggning 5 kliniker inklusive Gällö	3 280	1 720
d) Nedläggning 5 kliniker inklusive Bräcke	2 535	2 465

I utredningen har även ett tredje alternativ med mobil enhet studerats. Med nuvarande förutsättningar är ett sådant alternativ mycket dyrt och gör det svårare för folktandvården att uppnå en ny framtida standard. Frågan föreslås ingå i en utredning om mobila lösningar inom sjukvård och tandvård som planeras ingå i den revidering av *Långsiktig utvecklingsplan för en god ekonomisk hushållning* som kommer att ske under det första halvåret 2015.

Alternativet att inte göra några förändringar av folktandvårdens struktur, bedöms på några års sikt leda både till starkt försämrade möjligheter att ge högkvalitativ tandvård till länets befolkning, samt till ökade nettokostnader för folktandvården. En uppskattning indikerar en årlig resultatförsämring på mellan en och tre miljoner kronor de närmaste åren.

Beslutsunderlag

Rapport om framtida struktur för folktandvården - allmäntandvård version 5.
PM Regionala utvecklingsförvaltningens kommentarer gällande en omstrukturering av folktandvården utifrån regional utvecklingssynvinkel (150226).

Regiondirektörens förslag

Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

1. Folktandvårdens föreslagna *framtida standard*, som innehåller basutbud och plusutbud, ny teamsammansättning, nya arbetssätt och ett större patientunderlag per klinik godkänns.

2. Ett av följande alternativ för ny klinikstruktur godkänns:
    a. Avveckling av **sju** folktandvårdskliniker: Hede, Myrviken, Kälarne, **Gällö**, Föllinge, Hammerdal och Hoting för att kunna bemanna upp och nå framtida standard på klinikerna i Sveg, Svenstavik, Hammarstrand, Bräcke, Krokom och Strömsund.
    b. Avveckling av **sju** folktandvårdskliniker: Hede, Myrviken, Kälarne, **Bräcke**, Föllinge, Hammerdal och Hoting för att kunna bemanna upp och nå framtida standard på klinikerna i Sveg, Svenstavik, Hammarstrand, Gällö, Krokom och Strömsund.
    c. Avveckling av **fem** folktandvårdskliniker: Myrviken, Kälarne, **Gällö**, Föllinge och Hammerdal för att kunna bemanna upp och nå framtida standard på klinikerna i Svenstavik, Hammarstrand, Bräcke, Krokom och Strömsund.
    d. Avveckling av **fem** folktandvårdskliniker: Myrviken, Kälarne, **Bräcke**, Föllinge och Hammerdal för att kunna bemanna upp och nå framtida standard på klinikerna i Svenstavik, Hammarstrand, Gällö, Krokom och Strömsund.

3. Om privat aktör anmäler intresse av att överta en klinik som Region Jämtland Härjedalen lägger ner, ska följande villkor gälla vid förhandlingen:
    a) Hyreskontrakt med kvarvarande hyrestid kan övertas med befintliga villkor.
    b) Regionens lokalanpassningsinvesteringar övertas till bokfört värde eller marknadsvärde.
    c) Utrustning eller materiel som regionen inte vill behålla övertas till bokfört värde eller marknadsvärde.
    d) Kundstocken säljs ej.

e) Patientjournaler överlämnas endast på patients egen begäran.

f) Om personal erbjuds och tackar ja till anställning hos den privata aktören, gäller Region Jämtland Härjedalens normala villkor, vilket bland annat innebär att arbetsgivaren beslutar om arbetstagarens placering under uppsägningstiden

4. Möjligheten att i framtiden erbjuda tandvård genom en mobil enhet sammanförs till ett nytt utredningsuppdrag om mobila lösningar för hälso- och sjukvård samt tandvård i *Långsiktig utvecklingsplan för god ekonomisk hushållning*.

REGIONENS SAMVERKANSRÅDS BESLUT

1. Regionens samverkansråd har tagit del av informationen, ställt frågor och fått svar
2. Respektive kommuns skriftliga synpunkter biläggs protokollet
3. Paragrafen förklaras omedelbart justerad

Bergs kommun

2015-03-11

Kommunstyrelsen

Folktandvården i Myrviken

Folktandvården ligger utanför kommunens kompetensområde. Det åligger Region Jämtland Härjedalen att säkerställa medborgarnas tillgänglighet till en kvalitativ och konkurrenskraftig tandvård. Men vi ger här vår bild om möjligheter och konsekvenser från Bergs kommuns perspektiv.

Region Jämtland Härjedalen har föreslagit en nedläggning av folktandvården i Myrviken i syfte att göra ekonomiska besparingar och säkerställa framtida kvalitet. För Bergs kommun som aktivt arbetar för att göra kommunen och i det här specifika fallet Myrviken attraktivt för boende, företag och potentiella inflyttare är en nedläggning väldigt olycklig.

Det finns flera faktorer som gör att en nedläggning av folktandvården i Myrviken klart motverkar kommunens framtida mål när det gäller tillväxt:

Attraktivitet:
Kommunens Bo & Leva strategi, där bl a offentlig & kommersiell service samt attraktiva boendemiljöer är två prioriterade områden. Myrviken är en viktig ort för båda dessa områden då det idag finns en god offentlig och kommersiell service samt förutsättning för nya attraktiva bostäder för vilket det finns budgeterade medel.

Mötesplats Oviken invigdes den 15:e februari. Mötesplatsen är en 35-miljoners investering vilket innebär att Myrviken nu kan erbjuda boende i närområdet, föreningar, elever samt turister i området inklusive Gräftåvallen samt resterade del av Destination Bydalsfjällen, en fullstor idrottshall, bowling, bad, gym samt cafeteria.

Kommunen planerar även för byggande av en ny förskola i anslutning till skolan eftersom det finns ett behov av utökade lokaler.

Under 2014 visade Myssjö/Oviken församling en positiv befolkningsutveckling med +4 personer. Flyttnettot var + 9 personer och var +3 mot övriga Sverige.

Näringsliv:
Kommunen har sedan 2008 en Turismpolicy som bl a innehåller en målsättning att besöksnäringen år 2020 ska omsätta 1 miljard och ha 800 årsarbetstillfällen. Två av kommunens destinationer ligger i anslutning till Myrviken och det är Destination Bydalsfjällen (Gräftåvallen) samt Storsjön. En viktig del för att utveckla besöksnäringen är att det finns en utvecklad offentlig och kommersiell service i närområdet och idag kan vi erbjuda det i Myrviken. Företagandet är väldigt utbrett i området och totalt finns det 347 företag verksamma.

Bergs kommun

Kompetensförsörjning:
Både det offentliga samt de privata företagen genomgår ett generationsskifte och det finns ett stort behov av att hitta rätt kompetens för att ersätta de som går i pension. Dessutom så visar de privata företagen på en tillväxt vilket leder till en efterfrågan på rätt kompetens. För att attrahera personer att söka dessa jobb krävs att vi kan erbjuda boende samt en god offentlig och kommersiell service för att kunna uppfattas som attraktiva. I Myrviken kan vi idag erbjuda detta.

Lokalt engagemang:
I området kring Myrviken finns ett starkt närings- och föreningsliv med engagemang för att hjälpa till med att utveckla bygden. Det är dessa krafter med Ovikenbolaget i spetsen som gjort Mötesplats Oviken möjlig och som dessutom förnyat och utvecklat Fröjdholmen med nya arrangemang som Diggilo mm. Detta kombinerat med evenemang som Ovikenveckan och Ovikentravet gör att området lockar många besökare under sommaren.

Lokal service:
Idag finns det förskola samt skola tom årskurs 9 i Myrviken. Det finns även ett äldreboende, folktandvård, hälsocentral samt ett centrum med ICA, Frendo, Statoil 1-2-3, Pellins restaurang, Taxi samt Granngården samt Ovikens Byggshop mm. För boende och besökare så finns idag en god offentlig och kommersiell service som har möjlighet att utvecklas ytterligare tack vare den nya arenan Mötesplats Oviken.

I stället för att lägga ned folktandvården vore det önskvärt att istället se till så att fler ges möjlighet att välja folktandvården i Myrviken. Inom ett par mils radie finns orter där fler skulle kunna få möjligheten att välja Myrviken istället för folktandvård på orter som ligger längre bort. Orter som Hallen, Månsåsen, Hackås, Hara och Fåker är några exempel där vissa väljer Myrviken men fler skulle kunna välja Myrviken utifrån att det är kortare avstånd jämfört med resor till Svenstavik, Östersund, Järpen eller Brunflo.

En annan faktor som ska tas hänsyn till är tillgången till kommunikationer. Vid en eventuell nedläggning av folktandvården i Myrviken så hänvisas patienter till Svenstavik vilket inte är ett bra alternativ utifrån:

- Busskommunikationen till Svenstavik är otillräckliga
- De som arbetspendlar gör det i huvudsak mot Östersund
- Det finns ett stort antal barn och ungdomar samt äldre i Myrviken som i stor utsträckning skulle få ett behov av transport vilket innebär ökade kostnader för föräldrar i form av bortfall av arbetstid samt reskostnader eller i de äldres fall för reskostnader eller färdtjänst.

Slutsatsen är att majoriteten av patienterna skulle välja bort Svenstavik utifrån dessa hinder.

Bergs kommun

Ovanstående faktorer samt det som tidigare beskrivits när det gäller Bergs kommun och Myrviken visar att det finns ett lokalt och kommunalt engagemang där vi tillsammans ser området som ett tillväxtområde och där Region Jämtland Härjedalen har en möjlighet att stödja en fortsatt utveckling genom att behålla en viktig servicefunktion som folktandvården.

Region Jämtland Härjedalen har övergripande mål för att många ska kunna bo och leva ett bra liv i Jämtland Härjedalen. Några av dessa är:

- En god service kan erbjudas alla invånare
- Länet har en väl fungerande vård och omsorg
- Länet bidrar till att begränsa klimatpåverkan
- Fler personer flyttar till länet

När det gäller framtiden för folktandvården i Myrviken så önskar Bergs kommun att Region Jämtland Härjedalen inför sitt beslut tar de övergripande målen i beaktande. Vi är övertygande om att det samhällsekonomiskt bästa beslutet är att behålla och utveckla folktandvården i Myrviken.

Therese K Zetterman
Kommunstyrelsens ordförande

Härjedalen emotsätter sig indragningen av folktandvården i Hede.

Detta kommer att påverka medborgarna. Om man inte har tillgång till egen bil och körkort blir det svårt att ta sig till folktandvården. Tillgången på kollektivtrafiken är inte optimal. Det kan komma att ta hela dagen för ett besök i ex. Sveg, när det gäller skolbarnen så missar de en hel skoldag i värsta fall. Eller så måste föräldrar ta ledigt som då kan påverka familjens ekonomi. Och kanske inte ens är möjligt beroende på vilken arbetsgivare eller arbete man har.

Sen tycker vi att man borde ha titta mer på tillgången till tandläkare det finns i Östersundsområdet och om det finns möjlighet till besparing där istället. Hela regionen ska leva.

Landstinget borde också ha sett till att det har funnits läsningar med mobila tandläkare innan detta förslag kommit upp på bordet.

Gunilla Zetterström Bäcke

Från: Helena Wiktorsson <helena.wiktorsson@regionjamtland.se> 2015-03-16 15:...

Ärende: Fwd: Krokoms yttrande ang omstruktureringen av folktandvården.

Till: **Charlotte Funseth**

Vänliga hälsningar /Helena

_____

Helena Wiktorsson
Nämndsekreterare

Regional utveckling
Region Jämtland Härjedalen
helena.wiktorsson@regionjh.se
063-14 66 30

Besöksadress: Rådhusgatan 72
Postadress: Box 654, 831 27 Östersund
www.regionjh.se

---------- Vidarebefordrat meddelande ----------
Från: **Maria Söderberg** <maria.soderberg@krokom.se>
Datum: 16 mars 2015 15:09
Ämne: Krokoms yttrande ang omstruktureringen av folktandvården.
Till: helena.wiktorsson@regionjamtland.se

Här kommer Krokoms synpunkter ang omstruktureringen av folktandvården.

Ur folkhälsoperspektiv är tandhälsan viktig. I ett regional- och landsbygdsperspektiv är det viktigt med tillgänglighet till folktandvård även för länsinnevånare som bor i glesbygd.
En mobil enhet för tandvård som kan ansluta på olika platser anser vi i Krokom därför ska utredas.

En bygd och orts attraktivitet hänger samman med att det finns ett utbud av samhälls service. Det handlar både om kommersiell service och offentlig service som skola, hälsovård och därmed tandvård. I Föllinge har röster fört fram att de är rädda att hälsocentralen också försvinner om folktandvården tas bort.

Krokom den 16 mars 2015

Maria Söderberg
Kommunstyrelsens ordförande

Maria Söderberg
Kommunalråd
Krokoms kommun
835 80 Krokom
0640-161 08, 070-21 68 667
maria.soderberg@krokom.se

.

Region Jämtland Härjedalen

Varumärkesarkitektur 20150120

Johan Gromark & Frans Melin

Johan Gromark

Varumärkeskonsult och forskare i varumärkessstrategi på ekonomihögskolan vid Lunds universitet

Frans Melin

Varumärkeskonsult och forskare i varumärkessstrategi på ekonomihögskolan vid Lunds universitet

Agenda

- Nyttan med varumärken i offentlig sektor
- Projektets övergripande syfte
- Varumärkesstrategi för Region Jämtland Härjedalen
- Varumärkesstrategi och varumärkesarkitektur
- Olika typer av varumärkesarkitektur
- Förslag på varumärkesarkitektur för Region Jämtland Härjedalen
- Frågor

Varumärken ur ett nyttoperspektiv

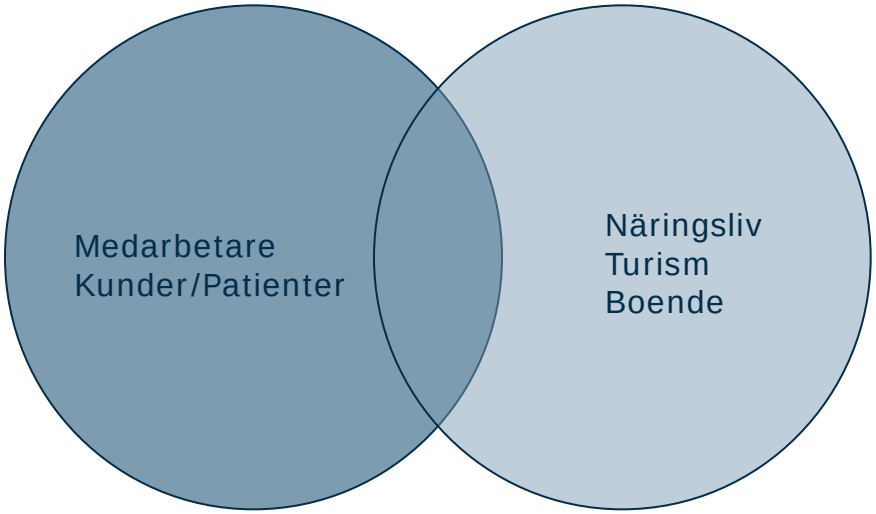
- Legitimitetsutveckling
- Intäktsgenerering
- Kompetensförstärkning
- Effektivitetsförbättring

Övergripande syfte med varumärkesprojektet

- Målsättningen med varumärkesarbetet är att skapa förutsättningar för att Region Jämtland Härjedalen ska bli så synligt och tydligt som möjligt.

- Landsting och regioner uppfattas idag som tämligen abstrakta av de flesta medborgare. Det är därför ur demokratisk synvinkel viktigt att medborgare får kunskap om vad Region Jämtland Härjedalen representerar. En synlig och tydlig region blir lättare att interagera med och det blir lättare att utvärdera dess verksamhet och därigenom utöva sina demokratiska rättigheter.

Organisationens varumärke och platsens varumärke



Organisation Plats

Varumärkesarkitektur

Syfte

- Målsättningen är att organisera användningen av kännetecken för att skapa förutsättningar för att Region Jämtland Härjedalen ska framstå så synligt och tydligt som möjligt.
- Syftet med detta är tränga igenom informationsbruset på ett så kostnadseffektivt sätt som möjligt. Detta underlättar i sin tur rekrytering, kontakter med andra organisationer, kontakter med invånare etc.
- Landsting och regioner uppfattas idag som tämligen abstrakta av de flesta medborgare. Det är därför ur demokratisk synvinkel viktigt att medborgare får kunskap om vad Region Jämtland Härjedalen representerar. Detta underlättas av en enkel och tydlig varumärkesarkitektur.

Varumärken idag
Att arbeta med kärnvärden

Regionförbundet Jämtlands län
LÄNSTRAFIKEN
toU Jämt
Jämtlands Läns Landsting
europe direct
PROMETHUS
REGIONAL DESIGN CENTRUM JÄMTLAND
STÅ PÅ DIG
(H)JÄRNKOLL
psykiska olikheter - lika rättigheter
LÄNSKULTUREN
Birka
Backedals
LärlingsLotsen
Slöjd
FILMPOOL JÄMTLAND
LärCentrum I JÄMTLANDS LÄN
Plug In
Regionförbundet Jämtlands län
bildkonsten
DRIVKRAFT
ESTRAD NORR
Jegrelius
REGIONALT KULTURFORUM

Varumärkesnivåer
Att arbeta med kärnvärden

#11

1000 idéer och en planet

* en serie luncher med tema miljö och design *

9 september 11:45 – 13:00

Designcentrum

karolina.natterlund@designjamtland.se

enklare lunch

Vi ses!

Anders Österholm

KomTek LEGO League

Mia Svartholm nålbindning

pavisoner

Regionförbundet Jämtlands län

LÄNSKULTUREN

REGIONALT DESIGN CENTRUM JÄMTLAND

LABEL

Varumärkesnivåer

#11

1000 idéer och en planet

* en serie luncher med tema miljö och design *

9 september 11:45 – 13:00

Designcentrum

karolina.natterlund@designjamtland.se

enklare lunch

Vi ses!

Anders Österholm KomTek LEGO League

Mia Svartholm hålbindning passioner

Regionförbundet Jämtlands län

LÄNSKULTUREN

REGIONALT DESIGN CENTRUM JÄMTLAND

Tre varumärken kommuniceras i en och samma annons – där samtliga tre varumärken tillhör en och samma organisation.

För mottagaren är det mycket svårt att förstå hur dessa varumärken hänger ihop eftersom det ger ett rörigt intryck.

Alla vill ha en egen identitet – och skapar egna identiter om det ges möjlighet

Att arbeta med kärnvärden

Alla vill ha en egen identitet – och skapar egna identiter om det ges möjlighet

Varumärkesarkitektur

- Hur många varumärken ska vi arbeta med?
- Hur många nivåer ska vi arbeta med?
- Vilka roller ska varumärkena ha?
- Vilka relationer ska varumärkena ha?

Strategiska alternativ

Moder-varumärke ← **Hybridstrategier** → **Individuella varumärken**

Moder/Dotter **Dotter/Moder**

LANDSTINGET BLEKINGE

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN FOLKTANDVÅRDEN

Folktandvården i Uppsala län

Folktandvården ÖREBRO LÄNS LANDSTING

FOLKTANDVÅRDEN Östergötland

Folktandvården Skåne En del av Region Skåne

FOLKTANDVÅRDEN VÄSTERBOTTEN

folk tandvården VÄRMLAND

Landstinget i Värmland

LABEL

Strategiska alternativ – generella för- och nackdelar

Modervaru-märke ← **Hybridstrategier** → **Individuella varumärken**

Modervaru-märke	Individuella varumärken
Hög kostnadseffektivitet	Låg kostnadseffektivitet
Hög kapitalisering	Låg kapitalisering
Hög risk	Låg risk
Låg flexiblitet	Hög flexiblitet

Varumärkesarkitektur i andra landsting

FOLKTANDVÅRDEN VÄSTERBOTTEN

Folktandvården i Uppsala län

Folktandvården Skåne
En del av Region Skåne

Folktandvården
ÖREBRO LÄNS LANDSTING

FOLKTANDVÅRDEN
Östergötland

LABEL

Strategiska alternativ - logotyper

Moder-varumärke ← **Hybridstrategier** → **Individuella varumärken**

Moder/Dotter **Dotter/Moder**

Region Jämtland Härjedalen

Region Jämtland Härjedalen
Folktandvården

Folktandvården
Region Jämtland Härjedalen

Region Jämtland Härjedalen

FILMPOOL JÄMTLAND

LÄNSTRAFIKEN

Jegrelius

Landstingsbostäder i Jämtland AB

LABEL

Strategiska alternativ - logotyper

Moder-varumärke ← **Hybridstrategier** → **Individuella varumärken**

Moder/Dotter Dotter/Moder

Region Jämtland Härjedalen

+ Tydligt
+ Nytt och fräscht
+ Får förståelse för hur stor organisationen är
+ Stor förändring = skapar synlighet
+ Lägre kostnader för marknadsföring
+ Enklare att använda
+ Positiv spillover
+ Marknadsföring internt (vi är stora)

- Negativ spillover
- Konformism
- Utmanade kommunikativt för "delarna"
- Etablerade varumärken försvinner kan skapa "badwill"
- Dämpar entreprenörskap

Strategiska alternativ - logotyper

Moder-varumärke ← Hybridstrategier → Individuella varumärken

Moder/Dotter Dotter/Moder

Individuella varumärken

Region Jämtland Härjedalen

Landstingsbostäder i Jämtland Al

+ Sticka ut, vara speciell
+ Bevarar kulturer i kulturen
+ Bevarar etablerade varumärken
+ Kortsiktigt enkelt att implementera

- Stärker inte helheten
- Dyrt
- Stärker individualister
- Spretigt
- Förvirrande
- Går helt emot ledningens vision

Strategiska alternativ - logotyper

Moder-varumärke ← **Hybridstrategier** → Individuella varumärken

Moder/Dotter Dotter/Moder

Region Jämtland Härjedalen
Folktandvården

+ Jämtland-Härjedalen blir huvudsak
+ Lättare att få med anställda om det finns någon form av gammal identitet kopplad

- Vilseledande, många element, dålig kommunikation
- Blir mycket olika namn i organisationen

Strategiska alternativ - logotyper

Moder-varumärke ← **Hybridstrategier** → Individuella varumärken

Moder/Dotter

Dotter/Moder

Folktandvården
Region Jämtland Härjedalen

+ Konfliktfri mellanlösning
+ Behåller varumärken
+ Kan vara tydligare för mottagaren i annonser/utskick

- Mellanlösning
- Marknadsför inte regionen tillräckligt, bygger enheten istället för helheten

Rekommendation implementering av ny varumärkesarkitektur

1. Prioritera användning av ett varumärke – Region Jämtland Härjedalen

Denna strategi kallas modervarumärkesstrategi och är överlägsen när det gäller att skapa synlighet och tydlighet på ett kostnadseffektivt sätt. Denna strategi bör gälla all kärnverksamhet.

2. Utvärdera varje enskilt varumärke i portföljen

Varför ska verksamheten ha en egen logotyp? Varför ska verksamheten ha ett särskiljande namn? Kom ihåg att varje särprofilering som medges skapar ett prejudikat. Vanligt i verksamhet som motsvarar er är att varumärken som ges undantag uppfyller flera av följande kriterier: verksamheten har ur objektivt perspektiv ett välkänt varumärke, befinner sig på en internationell marknad, att man har ett stort behov av marknadskommunikation gentemot konsumenter på en konkurrensutsatt marknad.

3. Ändra namn där bara Jämtland ingår till Jämtland Härjedalen. Ändra namn som innehåller län eller landsting till region

Vid byte av namn prioritera generiska/beskrivande namn på verksamheten (ex. Regionbostäder AB istället för Landstingsbostäder AB)

4. Skapa policy för hur regionorganisationens logotyp ska användas vid samprofilering med andra verksamheter

Utveckla principer som styr när regionorganisationen ska framstå som huvudavsändare eller som en avsändare bland flera.

5. Fasa ut alla projektvarumärken

Skapa en tydlig policy för när och hur eventuella nya varumärken ska utvecklas

6. Skapa en tids- och handlingsplan för när och hur varumärken ska förändras eller fasas ut

Detta initiativ bör koordineras med regiondirektörens övergripande plan för organisationsförändring

7. Planera noggrannt för hur ett beslut i denna riktning ska förankras i berörda verksamheter

En verksamhets varumärken upplevs ofta ha en stor betydelse för framgång och bidra till medarbetarnas identitet. Det är därför oerhört viktigt att genomföra en sådan här förändring med en tydlig pedagogik som förklarar varför denna förändring ska äga rum och vad både den enskilda verksamheten och regionorganisationen som helhet kan vinna på denna förändring över tid. I samband med detta är det också viktigt att tydligt visualisera vilka konsekvenser förändringarna får.

Exempel på hur en modervarumärkesstrategi kan se ut för Region Jämtland Härjedalen

AFRIKALINJEN
Hello
world!
Att studera på
ten med människor, kulturer, miljöer och religioner.
REGION
JÄMTLAND
HÄRJEDALEN

Vi söker
Distriktsläkare
Här är det nära till både människor och natur.
Vi söker dig som vill utveckla primärvården i glesbygd.
REGION
JÄMTLAND
HÄRJEDALEN

Vad är din
passion?
Just nu söker vi en distriktsläkare till Härjedalen som vill vara med och utveckla primärvården i glesbygd.
JÄMTLAND
HÄRJEDALEN

JÄMTLAND
HÄRJEDALEN

REGION
JÄMTLAND
HÄRJEDALEN

skyltexempel

VÄLKOMMEN TILL

Birka folkhögskola

Stet clita kasd
Gubergren
Sit amet
Lorem ipsum dolor
No sea takimata sanctus

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

VÄLKOMMEN TILL

Birka folkhögskola

← Stet clita kasd gubergren

← No sea takimata sanctus

→ Lorem ipsum dolor sit amet

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

visitkortsexempel

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Gunnar Björklund
Rektor
Birka Folkhögskola

Telefon: 063-14 68 09 Mobil: 070-677 63 62
E-post: gunnar.bjorklund@regionjh.se
Besöksadress: Birkavägen 25
Postadress: 836 95 Ås
www.webbplats.se

exempel på broschyr

Africalinjen

Consetetur sadipscing elitr, sed diam nonumy eirmod tempor invidunt ut labore et dolore magna aliquyam erat, sed diam voluptua. At vero eos et accusam et justo duo dolores et ea rebum.

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

exempel på folder

Consetetur sadipscing elitr, sed diam nonumy eirmod tempor invidunt ut labore et dolore magna aliquyam erat, sed diam voluptua.

At vero eos et accusam et justo duo dolores et ea rebum. Stet clita kasd gubergren, no sea takimata sanctus est Lorem ipsum dolor sit amet.

Lorem ipsum dolor sit amet, consetetur sadipscing elitr, sed diam nonumy eirmod tempor invidunt ut labore et dolore magna aliquyam erat, sed diam voluptua. At vero eos et accusam et justo duo dolores et ea rebum.

Stet clita kasd gubergren, no sea takimata sanctus est Lorem ipsum dolor sit amet. Lorem ipsum dolor sit amet, consetetur sadipscing elitr, sed diam nonumy eirmod tempor invidunt ut labore et dolore magna aliquyam erat, sed diam voluptua.

At vero eos et accusam et justo duo dolores et ea rebum. Stet clita kasd gubergren, no sea takimata sanctus est Lorem ipsum dolor sit amet.

Birka Folkhögskola
Birkavägen 25
836 95 Ås

BIRKA
FOLKHÖGKSOLA

Fritidsledarutbildning

Lorem ipsum dolor sit amet, con setetur sadipscing elitr, sed diam nonumy eirmod tempor invidunt ut labore et dolore magna aliquyam erat, sed diam voluptua. At vero eos et accusam et justo duo dolores rebum.

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

.

Grafisk profil

MANUAL FÖR FORM- OCH BILDSPRÅK

REGION
JÄMTLAND
HÄRJEDALEN

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Vårt visuella varumärke 3

Logotyp 6

En kombination av symbol och ordbild 6

Ordbilden Region Jämtland Härjedalen 6

Symbolen 7

Färgval 7

Färgsättningar 8

Två grundvarianter 8

Undantagsvarianter 8

En logotyp för alla verksamheter 9

Vid andra språksammanhang
än svenska 9

Placering 9

Frizon 9

Storlek och storleksförändring 10

Felaktig användning 10

Färger 11

Profilfärger 11

Färgvärden i olika färgsystem 11

Teckensnitt 13

För trycksaker 13

För skärm och utskrift 13

Pappersval 17

Bilder 19

Dekorelement 19

Bildval 21

Inför val och användning av bilder 19

Sökvägar till bilder 19

Lagar och regler 19

Diagram och tabeller 25

Profilexempel 27

Korrespondensmaterial 27

Mässmaterial 27

Profilprodukter 27

Skyltning 32

Östersunds sjukhus 32

Namnskyltar 32

Vårt visuella varumärke

Här i Region Jämtland Härjedalens grafiska profil hittar du information om vår logotyp, våra teckensnitt, färger, bilder och grafiska element samt hur dessa ska användas för att förpacka vår information.

Profilen är till för att förstärka vår identitet och förmedla den bild av oss själva som vi önskar, att stärka vårt varumärke. Att konsekvent använda oss av samma grafiska form- och bildspråk gör att vi blir tydligare som avsändare och vi gör det lättare för våra mottagare att identifiera oss i vårt allt tätare informationssamhälle. En enhetlig grafisk profil speglar också att vi är en professionell organisation och den bidrar till att spara tid och pengar i vårt kommunikationsarbete.

Den grafiska profilen beslutas av regionfullmäktige. Alla medarbetare har ett ansvar för att den grafiska profilen följs, men den ytterst ansvarige är kommunikationschefen för Region Jämtland Härjedalen.

Margareta Winberg
Ordförande i Regionfullmäktige

Björn Eriksson
Regiondirektör

Logotyp

En kombination av symbol och ordbild

Färgval

Färgsättningar

Två grundvarianter

En logotyp för alla verksamheter

Vid andra språksammanhang än svenska

Placering

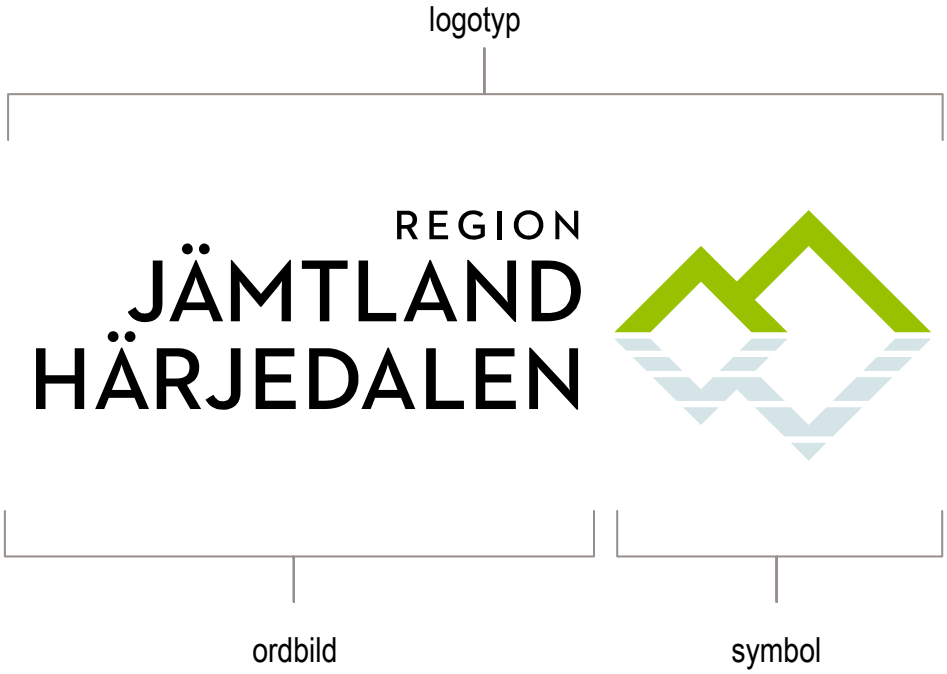
Frizon

Storlek och storleksförändring

Felaktig användning

Logotyp

Logotypen är vår avsändarsymbol och det starkaste grafiska kännetecknet för vår organisation. Därför ska den användas i all vår visuella kommunikation.



En kombination av symbol och ordbild

Vår logotyp består av en symbol och en grafisk sammansatt ordbild av vårt organisationsnamn. Logotypen ska användas i sin helhet – symbol och ordbild. Att bara använda symbolen skulle medföra att vi riskerar att vårt budskap saknar tydlig avsändare eftersom symbolen i sig inte är tillräckligt känd. Enbart symbolen får dock användas som dekorelement för att förstärka oss i vår visuella kommunikation, dock inte utan logotypen. Läs mer under rubriken Dekorelement.

REGION
JÄMTLAND
HÄRJEDALEN

Ordbilden Region Jämtland Härjedalen

Ordbilden Region Jämtland Härjedalen är skapad genom att skilja på region och Jämtland Härjedalen. På så sätt blir båda begreppen i vårt långa organisationsnamn synligare. Valet att ha texten högerställd är gjord för att ge en positivt uppåtgående känsla.

Typsnittet som är använt för att skapa ordbilden heter Neutraface. Det är geometriskt uppbyggt med vinklar och symmetri precis som symbolen. Texten är skriven i versaler för att ytterligare stärka kopplingen till symbolen – se exempelvis formerna på A/Ä/N/M.

Symbolen

Symbolen är framtagen för att belysa vår natur som är en av våra största styrkor för varumärket Region Jämtland Härjedalen. De gröna pilformade delen ska symbolisera våra fjäll som är en av de största kanske mest kända styrkorna i vår natur. Att det är två fjälltoppar ska även symbolisera att vi har två landskap i vår region – Jämtland och Härjedalen. Fjällets naturliga uppåtgående toppar ska visa vår regions riktning, att vi vill uppåt och framåt.

De cirka 17 000 sjöar med tillhörande vattendrag som också finns i vår regions natur har i logotypen utformats som en spegling i blått av fjällen. Linjerna på vattnet är placerade med olika avstånd för att skapa en vågeffekt i perspektiv. Den öppna ytan mellan fjällen och vattnet står för öppenhet och välkomnande.

Tankarna bakom logotypens form är också att den ska vara enkel och inte för abstrakt för att försöka skapa en lätt igenkänning för betraktaren.

Färgval

Den gröna färgen i logotypen är vald för att symbolisera det gröna gräset och skogarna i vår natur, men även för att skapa associationer som människan har djupt rotade till olika färger. Den gulgröna nyansen står för positivitet, tillväxt och framåtanda. De gröna fjällen med vitt runtomkring ska även spegla att vi är både en vinter- och sommarregion. I den vita versionen av loggan blir kopplingen till vinter starkare än i logotypens originalutförande som är grön och blå.

Den lite blågråa färgen är vald för att associeras med vattendrag och is, sommar- och vintertid.

Ordbilden är gjord i svart för att skapa en tydlig kontrast till symbolen.

Original
- används i första hand

Används i andra hand
- vit outline på symbolen

Används i tredje hand
- vit outline på symbolen
och vit ordbild

Används i fjärde hand
- vit ordbild och symbol i vitt
med vattnet i opacitet

Gråskala

Enfärgad vit

Enfärgad svart
- används endast i
undantagsfall

Färgsättningar

Logotypen ska i första hand användas i sin originalfärgsättning. Då detta inte går finns det några alternativa varianter som är framtagna. Vid en svartvit produktion används i första hand logotypen i gråskala och vid enfärgstryck används den vita varianten. Undvik den helt svarta logotypen så långt det är möjligt. Vilka värden färgerna har i olika färgsystemen finns att läsa under rubriken Färgvärden i avsnittet om färger.

Två grundvarianter

För att öka flexibiliteten av logotypens användningsområde finns den framtagen i några olika varianter. De två grundvarianterna är liggande och stående. Använd den variant som passar bäst för det aktuella formatet och sammanhanget.

liggande

stående

Undantagsvarianter

Vid undantagsfall finns ytterligare två varianter av logotypen. Den tvåradiga varianten används om ytan där logotypen ska vara är mycket liten, som exempelvis på en penna. Den vertikala varianten av logotypen används om ytan där logotypen ska vara är smal, exempelvis på stående flaggor.

En logotyp för alla verksamheter

Region Jämtland Härjedalen är en stor organisation med ett stort och brett ansvarsområde där alla arbetar för ett och samma övergripande mål. Genom att använda oss av en enda avsändarsymbol/logotyp, så kallade modervarumärkestrategi, ökar vi chansen att bli tydligare som avsändare för vår organisation.

En gemensam logotyp för alla verksamheter ökar också chansen att bli synligare i omvärldens allt större informationsutbud jämfört med om vi skulle ha haft 10-20 olika avsändarsymboler. Strategin har också stora ekonomiska fördelar. Vilket budskap eller vilken del av organisationen som kommunicerar ska framgå på annat vis än via logotypen.

Inga egna logotyper för verksamheter inom Region Jämtland Härjedalen får förekomma. Det är den gemensamma logotypen och profilens regler som gäller för alla våra verksamheter. Undantag för detta får endast göras efter beslut i regionstyrelsen.

Vid andra språksammanhang än svenska

För tillfällen där vår logotyp ska finnas med i ett engelskspråkigt sammanhang används den i sitt originalutförande utan ändring.
I sydsamiska sammanhang finns vår logotyp framtagen med en sydsamisk ordbild.

Placering

Logotypen ska i första hand finnas med på framsidan av våra produktioner och vara placerad så att den harmonierar med övrig form. Glöm inte att ta hänsyn till logotypens frizon.

Frizon

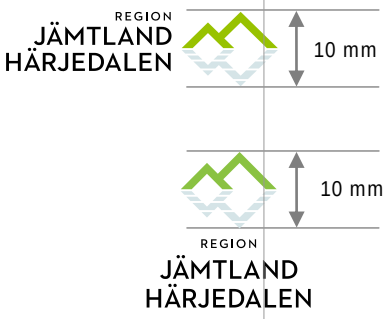
Runt om logotypen ska det alltid finnas en frizon, en yta fri från andra bilder och texter. Detta för att logotypen ska synas tydligt. Frizonen är ett mått på den minsta tillåtna fria ytan. Ju mer utrymme som finns runt logotypen, desto tydligare framträder den.

Samma fria yta gäller också till ytterkanten på de material där logotypen ska placeras. Logotypen får med andra ord inte placeras så nära kanten att frizonen inte finns med.

Storleken på frizonen ska vara lika stort som den vita ytan mellan det mindre fjället och vattnet. Frizonen är inkluderad i bildfilen i de logotyper som finns att hämta på våra webbplatser och som finns monterade i våra dokumentmallar.

FELAKTIG ANVÄNDNING AV LOGOTYPEN

Storlek och storleksförändring



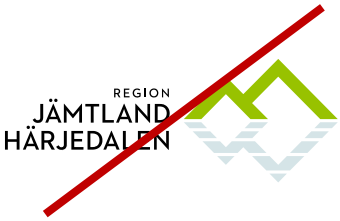
Storleken på logotypen ska anpassas utifrån varje enskild produktion. Undvik att göra logotypen så liten att dess text inte tydligt går att läsa. Vår rekommendation är att inte göra logotypen så att symbolen blir mindre än 10 mm hög.

Vid förändring av logotypens storlek är det viktigt att se till att logotypens proportioner inte ändras. Detta syns om man granskar fjällen och vattnets spegling i symbolen som tillsammans ska bilda en kvadrat.

Felaktig användning

Logotypen ska alltid behålla sitt formgivna utseende och får inte förändras. Risken är annars att logotypen tappar sin igenkänning eller organisationen upplevs som oprofessionell. Logotypen får heller inte användas i rubriker eller löpande text eller som exemplen här nedan.

Ändra inte logotypens proportioner.



Ändra inte de inbördes storlekarna eller placeringarna i logotypen.

Ändra inte färg på symbolen.

Ändra inte färg på ordbilden.

Beskär inte logotypen på något sätt.

Placera inte logotypen i en egen ram.

Färger

Profilfärger

Färgvärden i olika färgsystem

Färger

Färger spelar en viktig roll i ett kommunikationssammanhang. De ska tillsammans med budskap och form fånga mottagarens uppmärksamhet. Genom att använda ett begränsat antal färger fungerar färgen också som en förstärkare av avsändaren.

Profilfärger

Den gulgröna färgen som återges i logotypens symbol är vår grundfärg. Den är vald för att symbolisera det gröna gräset och skogarna i vår natur, men även för att skapa en känsla av positivitet, tillväxt och framåtanda.

Övriga färger som kan användas för att förstärka oss som avsändare är vitt, blått, grått och svart. Även dessa färger har kopplingar till vår natur men skapar en fin kontrast till den gulgröna grundfärgen.

Färgvärden i olika färgsystem

	PANTONE		CMYK		RGB	VINYL
	Bestruket	**Obestruket**	**Bestruket**	**Obestruket**		**MACal**
	375	2291	41, 0, 78, 0	30, 0, 66, 0	151, 251, 0	9849-54
	642	642	13, 2, 1, 1	14, 3, 2, 0	213, 228, 231	9839-44
	Warm Gray 1		3, 3, 6, 7	2, 3, 7, 8	215, 210, 203	
	Warm Gray 3		9, 11, 13, 20	8, 9, 11, 20	191, 184, 175	
	Vit					
	Svart		0, 0, 0,100		44, 42, 41	

Teckensnitt

För trycksaker – Helvetica Neue och Adobe Garamond

För skärm och utskrift – Arial och Georgia

För trycksaker som även ska presenteras på skärm

Teckensnitt

Helvetica Neue

Adobe Garamond

Arial Narrow

Arial

Georgia

Val av teckensnitt är en viktig del i en grafisk profil. Formen på bokstäverna skapar igenkänning i vår visuella kommunikation. De teckensnitt som ingår i Region Jämtland Härjedalens grafiska profil är Helvetica Neue, Adobe Garamond, Arial och Georgia.

Bildskärmar och skrivare har betydligt sämre upplösning och detaljåtergivning än en tryckt produktion. Detta innebär att förutsättningarna och kraven på teckensnitten blir olika. För att skapa bästa möjliga läslighet har vi därför delat in våra teckensnitt efter användningsområde.

För trycksaker – Helvetica Neue och Adobe Garamond

Helvetica Neue och Adobe Garamond är de teckensitt som ska användas när ett informationsmaterial ska tryckas, exempelvis tidningsannonser och broschyrer.

Helvetica Neue används som rubrikteckensnitt och kortare informationstexter som exempelvis bildtext, kontaktuppgifter och tabeller. Helvetica Neue skapar en modern känsla samtidigt som den med dess raka enkla former är tidlös.

Adobe Garamond används främst till längre sammanhängande texter, så kallade brödtexter, men kan även användas som rubrikteckensnitt då det krävs en större kontrast mellan rubriknivåerna. Adobe Garamond har en tunn och varierad skillnad på linjerna samt en mycket detaljerad bokstavsform. Vid trycksaksproduktioner skapar detta en vacker och lättläst text.

För skärm och utskrift – Arial och Georgia

Arial och Georgia är de teckensitt som ska användas när ett informationsmaterial ska läsas på skärm eller på en utskrift som exempelvis kallelser, verksamhetsplaner och blanketter.

Arial används som rubrikteckensnitt och kortare informationstexter exempelvis bildtext, kontaktuppgifter och tabeller. Arial används i vårt internt producerade informationsmaterial. Det teckensnittet är framtaget för att vara så lik Helvetica som möjligt.

Georgia används främst till längre sammanhängande texter, så kallade brödtexter, men kan även användas som rubrikteckensnitt då det krävs en större kontrast mellan rubriknivåerna.

Georgia är ett teckensnitt som är speciellt framtaget och optimerat just för skärmläsning samt för att fungera bra i utskrift. Georgia har öppna, breda och förhållandevis höga bokstavsformer som skapar ett ljust intryck och är optimalt för skärmläsning. Teckensnittens linjer är kraftiga för att skapa en hög kontrast på skärmen.

Arial och Georgia är gratisvarianter och finns på de flesta dagens PC-datorer. Det gör att våra interna dokument inte riskerar att sakna teckensnittet oavsett om det skickas inom eller utanför organisationen.

För trycksaker som även presenteras på skärm

Informationsmaterial som tas fram för en tryckproduktion läggs oftast även som pdf-fil på webben. I dessa fall behövs inga dubbletter av materialet skapas.

HELVETICA NEUE

Thin

ABCDEFGHIJKLMNOPQRSTUVWXZÅÄÖ
abcdefghijklmnopqrstuvwxyzåäö
0123456789

Roman

ABCDEFGHIJKLMNOPQRSTUVWXZÅÄÖ
abcdefghijklmnopqrstuvwxyzåäö
0123456789

Medium

ABCDEFGHIJKLMNOPQRSTUVWXZÅÄÖ
abcdefghijklmnopqrstuvwxyzåäö
0123456789

Condensed Light

ABCDEFGHIJKLMNOPQRSTUVWXZÅÄÖ
abcdefghijklmnopqrstuvwxyzåäö
0123456789

Condensed

ABCDEFGHIJKLMNOPQRSTUVWXZÅÄÖ
abcdefghijklmnopqrstuvwxyzåäö
0123456789

Condensed medium

ABCDEFGHIJKLMNOPQRSTUVWXZÅÄÖ
abcdefghijklmnopqrstuvwxyzåäö
0123456789

ADOBE GARAMOND

Adobe Garamond

ABCDEFGHIJKLMNOPQRSTUVXYZÅÄÖ
abcdefghijklmnopqrstuvxyzåäö
0123456789

Adobe Garamond fet

ABCDEFGHIJKLMNOPQRSTUVXYZÅÄÖ
abcdefghijklmnopqrstuvxyzåäö
0123456789

ARIAL

Arial

ABCDEFGHIJKLMNOPQRSTUVXYZÅÄÖ
abcdefghijklmnopqrstuvxyzåäö
0123456789

Arial fet

ABCDEFGHIJKLMNOPQRSTUVXYZÅÄÖ
abcdefghijklmnopqrstuvxyzåäö
0123456789

Arial Narrow

ABCDEFGHIJKLMNOPQRSTUVXYZÅÄÖ
abcdefghijklmnopqrstuvxyzåäö
0123456789

Arial Narrow fet

ABCDEFGHIJKLMNOPQRSTUVXYZÅÄÖ
abcdefghijklmnopqrstuvxyzåäö
0123456789

GEORGIA

Georgia

ABCDEFGHIJKLMNOPQRSTUVWXZÅÄÖ
abcdefghijklmnopqrstuvwxyzåäö
0123456789

Georgia fet

ABCDEFGHIJKLMNOPQRSTUVWXZÅÄÖ
abcdefghijklmnopqrstuvwxyzåäö
0123456789

Pappersval

Pappersval

För trycksaker ska papper Scandia 2000 White användas. Det är ett kritvitt obestruket papper, där vitheten och den matta ytan ger en mjuk och naturlig känsla och gör texten lätt att läsa.

Det vita papperet ger också en extra kontrast i bildtryck och ger en sober och fräsch känsla. Tänk på att färger och bilder har en tendens att bli mörkare när de trycks på ett obestruket papper.

Scandias ytvikt 80-100 gram är godkända av Plusgirot för OCR. Papperet är träfritt, åldersbeständigt och blekningsmetoden som används är klorfri. Papperet uppfyller också PEFC:s regler för ansvarsfullt skogsbruk. Kvalitetscertifierat enligt ISO 9001 samt miljöcertifierat enligt ISO 14001.

Bilder

Dekorelement

Inför val och användning av bilder

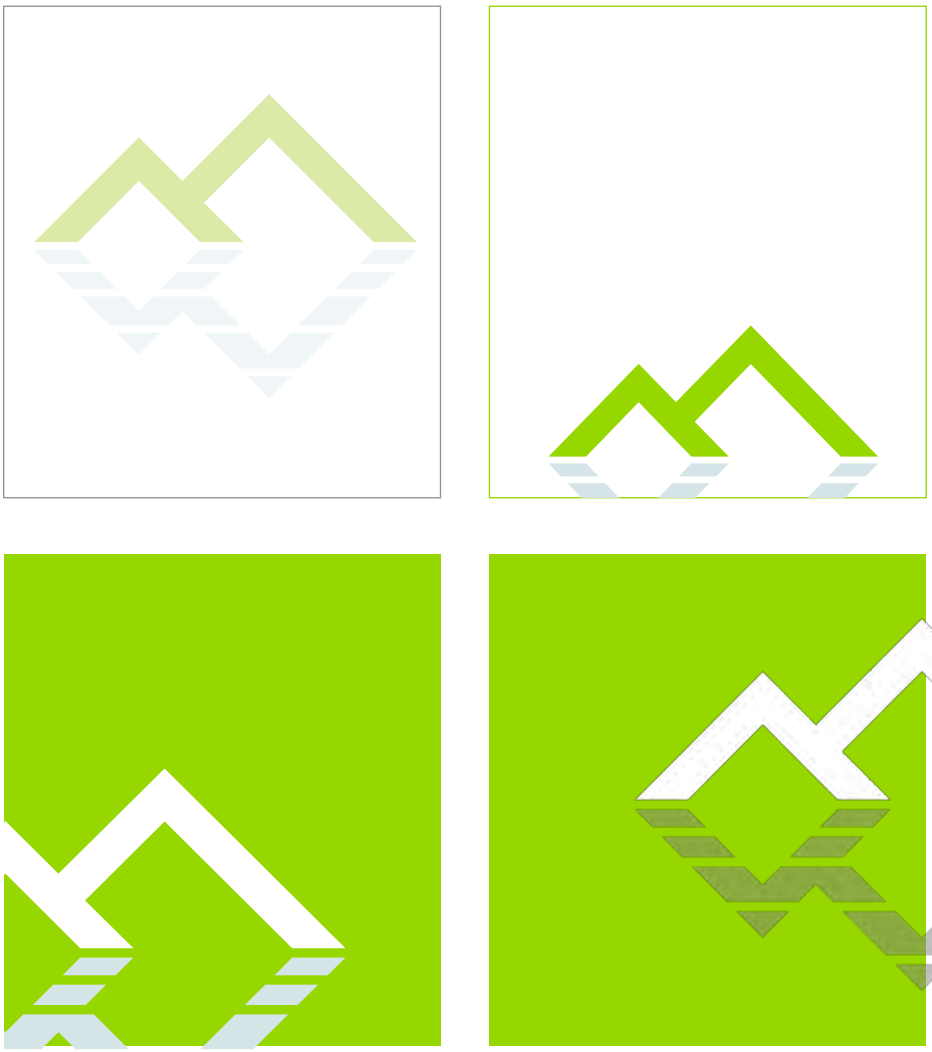
Sökvägar till bilder

Lagar och regler

Dekorelement

För att ytterligare förstärka vår grafiska identitet och igenkänningen av Region Jämtland Härjedalen finns ett dekorelement, som får beskäras, och som består av logotypens symbol i olika färgvarianter.

Dekorelement måste alltid användas tillsammans med logotypen. Att bara använda dekorelementet/symbolen skulle medföra att vi riskerar att vårt budskap saknar tydlig avsändare eftersom symbolen inte är tillräckligt känd.



Bildval

En bild kan förmedla en känsla eller göra skrivet material mer tillgängligt. Ett genomtänkt användande av bilder stärker varumärket för Region Jämtland Härjedalen. Hur vi använder våra bilder och de regler som finns gäller oavsett om det är ett fotografi, en illustration, rörliga bilder, en trycksak eller utskrift, på en webbplats eller i sociala medier.

Inför val och användning av bilder

En bild ger ett omedelbart intryck som kan påverka hur hela budskapet uppfattas och det är därför viktigt hur vi jobbar med våra bilder. Bilder som används ska vara ett stöd för innehållet i materialet. Använd inte rena utfyllnadsbilder som saknar koppling till texten. Det kan leda till att mottagaren börjar tänka på annat och missar budskapet.

Inför ett bildval gäller det att följa de lagar och riktlinjer som finns, till exempel upphovsrättslagen och modelltillstånd.

Kvalitet

Förutom bildens innehåll påverkar även bildens kvalitet om budskapet når fram. Det är viktigt att använda bilder av bra kvalitet. Till exempel bilder tagna med rätt ljus, fokus och skärpa samt med hög kontrast, färgmättnad och utan oönskade skuggor.

Egna bilder

Generellt bör vi undvika att använda egna bilder i våra produktioner. Detta med tanke på de lagar, regler och tillstånd som gäller för bilder men även med tanke på att våra bilder ska ha en hög kvalitet och spegla vår professionalism. I vissa sammanhang kan det ändå vara befogat att använda egna bilder. Ta gärna kontakt med grafiskt ansvarig på kommunikationsstaben om du känner dig osäker.

Aktualitet

Välj bilder som känns aktuella – kläder och frisyrer kan avgöra om bilden känns ny. Tänk också på att använda säsongsrelaterade bilder – mitt i sommaren känns det till exempel inaktuellt med vinterbilder och tvärtom.

Mångfaldsperspektiv

Det är viktigt att spegla Region Jämtland Härjedalens mångfaldsperspektiv genom att försöka välja bilder som representerar olika grupper i samhället – barn, män, kvinnor, pensionärer, funktionsförmåga, sexuell läggning, transperspektiv, nationella minoriteter och så vidare. Tänk också på hur olika grupper förhåller sig till varandra.

Bilder från Jämtland och Härjedalen

Vid val av naturbilder måste dessa vara från Jämtland eller Härjedalen. En fjällbild ska alltså inte visa toppen på Kebnekaise och en bild på vatten ska inte avslöja att det är ett hav man ser.

Använd bilder med fjäll där människor syns, annars kan det lätt uppfattas ödsligt i till exempel en annons.

När det gäller genrebilder behöver motivet inte vara från Jämtland eller Härjedalen. Detta gäller även människor, förutom när dessa är vårdrelaterade och kan identifieras utifrån klädsel, logotyper och så vidare. Kontrollera även utryckningsfordon så att dessa enbart har Region Jämtland Härjedalens logotyp.

Verksamhetsbilder

Verksamhetsbilder är bilder som visar vår dagliga verksamhet. Det är viktigt att ha med människor på bilderna för att få en levande känsla. Även svåra och jobbiga situationer kan speglas, alltid med respekt för den eller dem som finns med på bilden.

Clipart

Illustrationer, fotografier och rörliga bilder från Clipart ska inte användas. Anledningen till detta är främst att Clipart-bilderna är massproducerade och används i stor omfattning av många olika typer av organisationer och företag. En annan anledning är att kvaliteten på Clipart-bilderna varierar.

Bildtext

Bildtexter bör användas när bildens innehåll behöver förtydligas. Texten placeras i första hand under aktuell bild. I de fall då en text placeras i en bild, bör det göras på ett sådant parti som medger god läslighet. I bildtexter på Region Jämtland Härjedalens interna och externa webbplatser är det viktigt att beskriva vad bilden föreställer så att information blir tillgänglig även för synskadade och läshandikappade.

Fotografens namn

Det ska framgå vem som tagit de bilder vi använder genom att vi anger fotografens namn i våra produktioner, detta enligt upphovsrättslagen. I undantagsfall kan dessa så kallade fotobylines väljas bort, men bara efter överenskommelse med fotografen.

Bild som bakgrund

Vid användning av en bild som bakgrund ska eventuell text placeras så att texten blir tydlig och läslig. När lämpliga bilder saknas är det bättre att avstå från att använda en bild som bakgrund.

Sökvägar till bilder

Det finns några olika vägar att gå för att hitta bilder till våra produktioner. Några är gratis och några kostar pengar, men för alla gäller samma lagar och regler för bildanvändning. Följs inte dessa kan vi få betala dryga böter.

Kostnadsfria bilder

Region Jämtland Härjedalen har en egen bildbank med både genrebilder och bilder från olika delar av vår verksamhet. Dessa bilder är friköpta och får användas enligt de upphovs- och de användarättigheter som gäller för respektive bild. Kontakta grafiskt ansvarig på kommunikationsstaben för att få tillgång till bildbanken.

Köp av bilder

Vid köp av befintliga bilder eller beställning av fotografering kontakta kommunikationsstaben för hjälp och stöd.

Internet

Att en bild finns på Internet betyder inte att den är gratis och fri att använda. Här gäller upphovsrättslagen och regler för modelltillstånd. Att inte följa lagen kan leda till dryga böter.

Lagar och regler

Upphovsrättslagen

Upphovsrättslagen ger upphovsmannen rättsligt skydd för sitt verk. Precis som patenträtten skyddar uppfinnarens konstruktion, skyddar upphovsrättslagen bildens återgivning av ett motiv. Upphovsrättslagen gäller för ett specifikt köpetillfälle, om inget annat avtalas. Detta innebär att du inte kan återanvända en bild i ett annat sammanhang utan att först kontakta upphovspersonen. Upphovsrättslagens regler gäller för såväl analog som digital användning.

Förändringar av bildens original

En originalbild får inte beskäras, retuscheras eller manipuleras varken digitalt eller genom andra ändringar. Enligt Svenska Fotografers Förbund finns en praxis som säger att bilder för redaktionell publicering får beskäras. Förutsättningen är då att bildens innehåll inte förvanskas och att upphovsmannen känner till beskärningen i förväg.

Modelltillstånd

Om en person är identifierbar och framträdande på en bild krävs ett muntligt men helst skriftligt godkännande, modelltillstånd, innan bilden används. Det är beställaren av bilden som bär ansvaret för att ett godkännande finns i alla sammanhang där Region Jämtland Härjedalen står som avsändare. Vid beställning av bilder från våra avtalspartners är det fotografens ansvar att modelltillstånd finns. Modelltillståndet kan vara unikt för ett tillfälle. Det innebär att du inte kan återanvända en bild i ett annat sammanhang utan att först kontakta personerna på bilderna.

Hygienregler

För att kvalitetssäkra de produktioner som görs av Region Jämtland Härjedalen eller av upphandlad samarbetspartner får inga bilder tas i patientnära arbete som strider mot nedanstående punkter. Ansvaret för detta ligger hos fotografen.

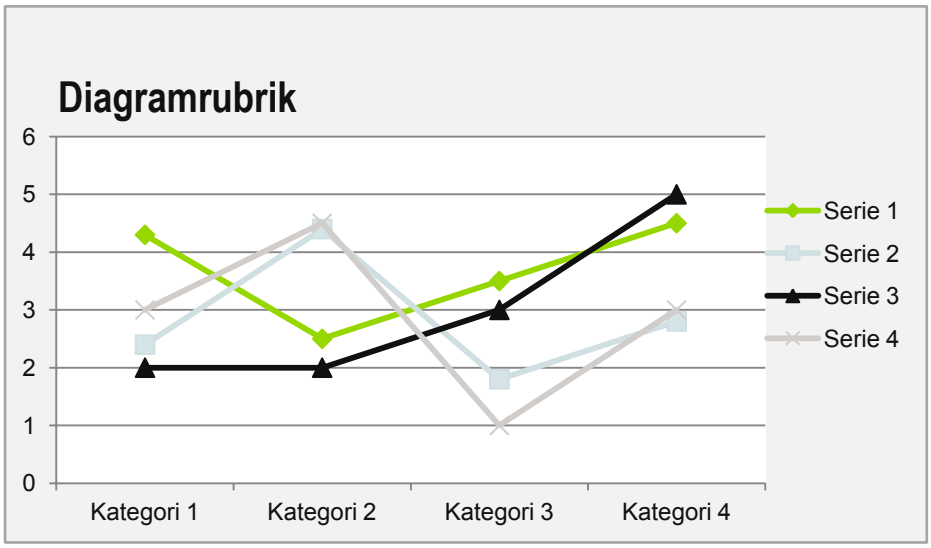
- Arbetskläder ska ha kort ärm och ska täcka eventuella privata kläder. Läkarrockar eller annat långärmat arbetsplagg får alltså inte användas vid patientnära arbete
- Långt hår ska vara uppsatt
- Ringar, armband och klockor får inte användas
- Stetoskop, halsband eller andra saker runt halsen som kan falla ner mot patienten eller arbetsytan får inte förekomma
- Engångsförkläde, skyddsrock och skyddshandskar ska användas om bilden visar en arbetssituation där det kan förekomma kontakt med kroppsvätskor eller annat biologiskt material

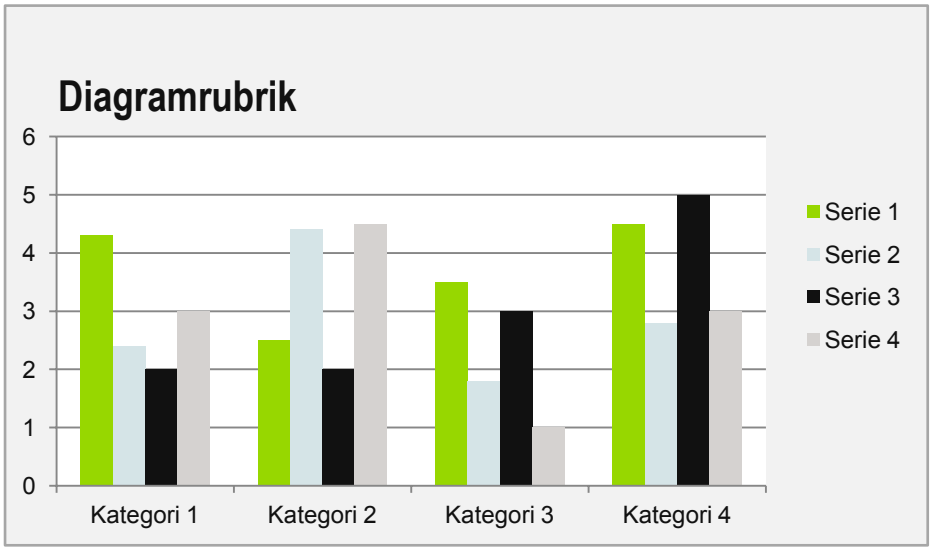
Bakgrunden till dessa regler är att Region Jämtland Härjedalen följer Socialstyrelsens föreskrift (SOSFS2007:19) om basal hygien inom hälso- och sjukvård. Föreskriften tar upp en viktig del gällande patientsäkerhetsarbete och förebyggande av vårdrelaterade infektioner.

Diagram och tabeller

Diagram och tabeller används för att förenkla och tydliggöra sifferuppgifter med hjälp av grafiska figurer. När man skapar dessa ska profilfärgerna användas på ett sådant sätt att de skapar tydlighet och kontrast. Undvik att använda för många olika färger eftersom det lätt blir rörigt och otydligt.

Ipsum	Ipsum	Ipsum	Ipsum	Ipsum
Ipsum	150	200	300	50
Lorum	50	100	150	100
Dolar	70	120	90	80
Consequat	60	80	60	50





Profilexempel

Korrespondensmaterial

Mässmaterial

Profilprodukter

Korrespondensmaterial

Korrespondensmaterial omfattar det material som visit- och korrespondenskort, e-postmeddelanden, kuvert och dokument som exempelvis brevpapper och pressmeddelanden. För att underlätta användningen och för att skapa ett enhetligt utseende finns det framtaget mallar för dessa material.

Mässmaterial

På mässor möts besökarna av en mängd olika budskap och intryck. Här gäller det att skapa uppmärksamhet så att besökaren stannar till vid just vår monterplats och vi får chans till dialog.

Använd gärna bilder för att väcka intresse eller för att förstärka ett budskap eller använd vår gröna färg för att ge ett piggt och fräscht intryck. Tänk på att inte placera någon information för långt ner på de skyltar, skärmar eller roll-ups som ska finns i montern då de riskerar att inte synas. Använd inte för mycket text och tänk på att anpassa textens teckengrad så att texten inte blir för liten att läsa på håll.

Profilprodukter

På marknaden finns ett stort utbud av profilprodukter och presentartiklar. Våra profilprodukter ska hålla god kvalitet och upplevas som meningsfulla och om möjligt gärna ha en koppling till vår organisation.

Välj i största möjliga mån profilprodukter i vår gröna profilfärg eller närliggande gröna nyans.

Om profilprodukten redan bär en annan logotyp, leverantören eller tillverkaren ska vår logotyp placeras så långt ifrån den logotypen som möjligt.

Skyltning

Östersunds sjukhus

Namnskyltar

Skyltning

Region Jämtland Härjedalen vill att alla medborgare, besökare och patienter lätt ska hitta till och i våra lokaler. Många som ska till en vårdverksamhet kan känna en oro inför själva besöket men ska inte behöva oroa sig för att inte hitta rätt. För att detta ska vara möjligt gäller det att skyltningen är tydlig och enhetligt samt att besökarna inte möts av allt för många skyltar.

En bra skyltning har en avgörande betydelse för om en lokal uppfattas som tillgänglig eller inte och kommer därför inte bara funktionshindrade till godo, utan är en hjälp för alla – såväl besökare som personal.

Östersunds sjukhus

Region Jämtland Härjedalen har tagit fram regler för hur skyltning på Östersunds sjukhus ska se ut. Vid frågor eller beställning av skyltar, vänd dig till fastighet via e-postadressen skyltning@regionjh.se

Exempel på skylt på Östersunds sjukhus

Namnskyltar

För att vi ska uppfattas som en professionell och trovärdig organisation är det viktigt att vi presenterar oss enhetligt även via våra namnskyltar. Utformningen av skyltarna ska följa reglerna i denna grafiska profil.

REGION
JÄMTLAND
HÄRJEDALEN

Region Jämtland Härjedalen, hälso- och sjukvårdsstaben 2015-01-26
Anna Kerstin Lejonklou
Kerstin Andersson- Thorell

Underlag till förslag om att avveckla krav på hänvisning från läkare i primärvård samt införa egen vårdbegäran i Region Jämtland Härjedalen (Dnr RS/ 219 /2015)

Bakgrund

Den nya patientlagen ger vårdsökande mer och utökat ansvar samt möjlighet att söka öppen hälso- och sjukvård i hela landet. Förutsättning är att vården ges av ett landsting/region eller vårdgivare med avtal. Även om vårdsökande har möjlighet att inkomma med egen vårdbegäran så avgör medicinska behovet prioritering av vården.

Inom olika landsting/regioner kan egen vårdbegäran benämnas olika, t.ex. egenremiss. I detta förslag använder vi genomgående egen vårdbegäran i betydelsen att vårdsökande kan söka öppen specialiserad och högspecialiserad vård själv utan att ha fått remiss från en läkare i primärvård.

Utgångspunkter för remisser

Remissen används inom hälso- och sjukvården som underlag vid förfrågan mellan olika professioner i hälso- och sjukvården.
Enligt Socialstyrelsens termbank är definitionen: en handling som utgör beställning av tjänst eller begäran om övertagande av vårdansvar för en patient.
Socialstyrelsens föreskrift, SOSFS 2004:11, reglerar vårdgivarens och verksamhetschefens ansvar för hur remisser ska utformas och hanteras. Remissen blir ur den vårdsökandes perspektiv ett instrument för att nödvändiga uppgifter ska finnas tillgängliga för bedömning av en vårdsökandes medicinska behov.

Remissen är alltså ett instrument för att hantera patientinformation på ett tydligt sätt. Remissen behöver vara kvar som informationsunderlag mellan professioner inom hälso- och sjukvården mellan olika specialiteter och vårdnivåer.

Ska vårdsökande själva få inkomma med egen vårdbegäran?

De flesta landsting/regioner har börjat tillämpa möjligheten att vårdsökande själva ska få inkomma med egen vårdbegäran till specialiserad öppen vård.
I nuläget har medborgarna möjlighet att inkomma med egen vårdbegäran i 17 av 21 landsting/regioner. Region Jämtland Härjedalen är en av de fyra landsting/regioner som fortfarande har kvar kravet på hänvisning. I alla fyra pågår diskussioner om att avveckla detta samt ge medborgarna möjlighet till egen vårdbegäran.

Egen vårdbegäran ska ses som ett alternativ för en vårdsökande att söka öppen specialiserad och öppen högspecialiserad vård utan att vända sig till primärvården först. Men ingen vårdsökande ska tvingas att inkomma med egen vårdbegäran. Det innebär alltså att primärvårdens remissförfarande till specialiserade vården behålls parallellt med egen vårdbegäran.

Egen vårdbegäran kan vara såväl muntlig som skriftlig. En egen vårdbegäran bedöms på samma sätt av hälso- och sjukvårdens medicinska kompetenser, som om vårdbegäran

vore skriven av en läkare. Det är således fortsatt vårdsökandes medicinska behov som avgör tillgången till vården. Ytterst är det den mottagande specialiteten, som avgör vilken vård och på vilken vårdnivå som den vårdsökande ska få hjälp. Det kan innebära att den vårdsökande hänvisas till primärvård eller till egenvård.

Vårdgarantin börjar att räkna från den dagen då vårdsökandes vårdbegäran bedöms och accepteras av vårdgivaren.

Erfarenheter från andra landsting/regioner som har gjort motsvarande förändring visar att vissa enstaka verksamheter inledningsvis har haft en anhopning av vårdsökande med egen vårdbegäran. En anhopning som sedan planat ut.

En effekt kan också bli att tillgängligheten till vård påverkas positivt. Arbetssättet kan även innebära ett sparat besök i primärvården, vilket kan ge andra patienter tillträde.

Om beslutet fattas innebär det att planerings- och förberedelsearbete behöver genomföras i verksamheterna. Det är anledning till att beslutet föreslås verkställas januari 2016.

Sammanfattning

Förslaget innebär enklare förfaringssätt för vårdsökande som vill nyttja möjligheten att söka öppen specialiserad och högspecialiserad vård i hela landet.

- Avveckla kravet på hänvisning från läkare i primärvård till öppen specialiserad och öppen högspecialiserad vård. Införa möjlighet till egen vårdbegäran
- Behålla specialistvårdsremissen som informationsunderlag mellan hälso- och sjukvårdens olika specialiteter, professioner och vårdnivåer kommer att vara kvar.
- Specialistvårdsremissen är betalningsunderlag mellan landsting/regioner.

ÄRENDE 23

JÄMTLANDS LÄNS LANDSTING
2013 -04- 10
Dnr LS/...../20.....

Norrtåg AB
Lekmannarevisorerna

2013-03-24

Till
Regionförbundet i Jämtlands län
Kommunalförbundet Kollektivtrafikmyndigheten i Västernorrlands län
Regionförbundet i Västerbottens län
Länstrafiken i Västerbotten AB
Regionala kollektivtrafikmyndigheten i Norrbotten

Jämtlands läns landsting
Landstinget Västernorrland
Västerbottens läns landsting
Norrbottens läns landsting

Ägarfrågor – Norrtåg AB

Under vår granskning av Norrtåg AB har noterats ett antal frågor som rör ägarnas roll, ägarstyrning och ansvarsfördelning. Vi har också noterat att styrelsen, men framförallt verkställande ledning, får ägna mycket tid åt att informera ägare och finansiärer.

Med anledning av våra iakttagelser och noteringar, se bifogad granskningsrapport och redogörelse avseende 2012, är vår bedömning att nuvarande grundkonstruktion med fyra ägare och därtill fyra finansiärer (landstingen) inte är ändamålsenlig.

Vår rekommendation är att ägare och finansiärer ser över ägarstrukturen för Norrtåg AB i syfte att skapa en ordning som ger bättre förutsättningar för bolaget men även en tydlig och ändamålsenlig ägarstyrning.

Härnösand den 24 mars 2013

Mona Nyberg
utsedd av Jämtlands läns landsting
för Regionförbundet i Jämtlands län

Åke Söderberg
utsedd av Landstinget Västernorrland

Thomas Nordenstam
utsedd av Regionförbundet i Västerbottens län

Anders Åknert
utsedd av Norrbottens läns landsting

Bilaga:
Lekmannarevisorernas granskningsrapport 2012
Granskningsredogörelse för år 2012

Norrtåg AB
Lekmannarevisorerna

Till
årsstämman i Norrtåg AB
organisationsnummer 556758-3496

Regionförbundet i Jämtlands län
Kommunalförbundet Kollektivtrafikmyndigheten i Västernorrlands län
Länstrafiken i Västerbotten AB
Regionala kollektivtrafikmyndigheten i Norrbotten

Fullmäktige i Jämtlands läns landsting
Fullmäktige i Landstinget Västernorrland
Fullmäktige i Regionförbundet i Västerbottens län
Fullmäktige i Norrbottens läns landsting

Granskningsrapport för år 2012

Vi, av fullmäktige i Jämtlands läns landsting, Landstinget Västernorrland, Regionförbundet i Västerbottens län och Norrbottens läns landsting utsedda lekmannarevisorer, har granskat Norrtåg AB:s verksamhet 2012.

Styrelse och VD ansvarar för att verksamheten bedrivs enligt gällande bolagsordning, ägardirektiv och beslut samt de föreskrifter som gäller för verksamheten.

Lekmannarevisorernas ansvar är att granska verksamhet och intern kontroll samt pröva om verksamheten bedrivits enligt fullmäktiges uppdrag och mål samt de föreskrifter som gäller för verksamheten.

Granskningen har utförts enligt aktiebolagslagen, kommunallagen och god revisionssed i kommunal verksamhet. Granskningen har genomförts med den inriktning och omfattning som behövs för att ge rimlig grund för bedömning och prövning.

I granskningen har ingått att pröva och bedöma hur styrelsen och den verkställande ledningen har fullgjort sitt uppdrag vad gäller styrning, ledning, uppföljning och intern kontroll. Vår granskning har även inriktats mot styrelsens hantering av de fortsatta tekniska problemen med anskaffade tåg, utebliven trafik samt pågående tvister med Trafikverket och upphandlad operatör.

Återkommande problemen med trafikstörningar och inställd trafik har allvarligt skadat förtroendet för Norrtåg AB. Vår bedömning är att styrelsen under vintern 2012 hade kunnat ställa tydligare krav på tågens funktionalitet, krav som utgjorde grunden för genomförd upphandling.

Med beaktande av vad som ovan noterats är vår bedömning att styrelsens arbete med styrning, ledning och uppföljning i stort har bedrivits på ett ändamålsenligt sätt men att det finns skäl att ifrågasätta om styrelse och ledning har agerat tillräckligt kraftfullt med anledning uppkomna förseningar och tekniska problem.

Vidare har vi noterat att bolaget, med något undantag, har åtgärdat de iakttagelser som noterades i samband med 2011 års lekmannarevision. I vår granskning av den interna kontrollen har vi funnit att det finns väsentliga brister. Vi noterar att styrelsen saknar en dokumenterad och beslutad plan för den interna kontrollen.

Vi åberopar bifogad granskningsredogörelse.

Härnösand den 24 mars 2013

Mona Nyberg
utsedd av Jämtlands läns landsting
för Regionförbundet i Jämtlands län

Åke Söderberg
utsedd av Landstinget Västernorrland

Thomas Nordenstam
utsedd av Regionförbundet i
Västerbottens län

Anders Åknert
utsedd av Norrbottens läns landsting

Bilaga:
Granskningsredogörelse för år 2012

Granskningsredogörelse för år 2012

Sammanfattning

Uppdraget för lekmannarevisorernas i Norrtåg AB är att granska om verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredställande sätt och om den interna kontrollen är tillräcklig

Tågtrafiken i Norrland har haft mycket stora svårigheter under 2012, senast kring årsskiftet 2012/2013 var totalt elva av femton fordon tagna ut trafik främst p g a av vinterrelaterade problem med tågen.

Har bolagets ledning, med beaktande av konsortialavtal, bolagsordning, ägardirektiv och andra styrande dokument, skött verksamheten på ett tillfredsställande sätt?

- Under vår granskning har vi fått del av en detaljerad uppföljning, per fordon, av tillgänglighet och uppkomna fel, vilket indikerar att bolaget i stort har en tillfredställande uppföljning av bedriven tågtrafik.
- Den verkställande ledningens rapportering till styrelsen har inte gett anledning till påpekande eller noteringar.
- Det finns behov av en uppdaterad och långsiktig strategi för bolaget, inte minst beroende på att det inte finns avtal om finansieringen av Norrtågsförsöket efter 2016
- Med hänsyn till att bolaget ägs av kommunägda företag respektive kommunalförbund är det en uppenbar brist att bolagets hemsida inte anger vilka personer som är ledamöter i bolagets styrelse.

Har styrelse och ledning på ett tillfredsställande sätt arbetat med uppkomna förseningar i trafiken och de tvister som har uppstått med olika parter?

- De upprepade och långvariga störningarna i tågtrafiken har på ett allvarligt sätt skadat allmänhetens förtroende för tågtrafiken i Norrland.

- En viktig fråga för ägarna att ta ställning till är om styrelsen vintern 2012 hade kunnat agera mera kraftfullt gentemot Alstom (tågleverantör) och Transitio (som upphandlat tågen). Hade det med stöd av gällande avtal varit möjligt att få mera bindande garantier för att vinterproblemen inte ska återkomma?

- Vår bedömning är att styrelsen och den verkställande ledningen i allt väsentligt har agerat med anledning av dels de tvister som uppstått med olika parter dels uppkomna förseningar och tekniska problem. Vi menar att det ändock finns anledning att vara kritisk.

Har bolaget system och rutiner för att upprätthålla den interna kontrollen?

Av den godkända revisorns rapport från december 2012 framgår viss kritik mot bolaget ifråga om "obegränsad behörighet" att utföra utbetalningar. Kritiken avser även att behörigheter i systemet kan ändras utan kontroll eller attest.

- Vi delar den bedömning som den godkända revisorn gör ifråga om attester och behörigheter.
- Vår rekommendation är att det utarbetas en plan för bolagets interna kontroll.

Har bolagets ledning vidtagit lämpliga åtgärder med anledning av iakttagelser i 2011 års granskning?

- Vår granskning visar att påpekade brister och oklarheter har åtgärdats med undantag för att bolagsordningen inte har preciseras med en tydligare beskrivning av det kommunala ändamålet med Norrtåg AB.

Vår samlade bedömning är att verksamheten i Norrtåg AB i stort har sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt och att den interna kontrollen i stort är tillräcklig.

Det finns dock skäl att ifrågasätta om styrelse och ledning har agerat tillräckligt kraftfullt med anledning av uppkomna förseningar och tekniska problem.

Avslutande kommentarer

Norrtåg AB har fyra ägare; två aktiebolag och två kommunalförbund. I både Jämtland och Västerbotten kompliceras bilden av att länstrafikbolagen inte längre ägs av landstingen utan av regionförbund. Vid sidan av de fyra ägarna finns bolagets finansiärer.

- Nuvarande ägarkonstruktion är mindre lyckad ur ett ägarstyrningsperspektiv och skapar oklarhet om vem som har ansvar för vad.
- Ägardirektiven har, med undantag för redaktionella förändringar inte har varit föremål för någon utveckling. Det finns, med tanke på de senaste årens händelseutveckling inom den norrländska tågtrafiken, behov av att se över de nuvarande ägardirektiven.
- En fråga som bör ställas är om inte ägandet av Norrtåg AB kan utformas så att det gagnar en ändamålsenlig ägarstyrning och ett mera resurseffektivt arbete inom bolaget samtidigt som ansvarsfördelningen tydliggörs.

1. Inledning

Inför bildandet av Norrtåg våren 2008 beslutade landstingsfullmäktige i Jämtland, Västernorrland, Västerbotten och Norrbotten i juni 2007 om konsortialavtal, bolagsordning samt finansiering av trafik och administration. Dessförinnan hade landstingen i december 2006 godkänt att man tillsammans med staten skulle delta i Norrtågsförsöket.

Norrtågsförsöket är ett gemensamt utvecklingsprojekt för staten och regionen. Utgångspunkten är att tågtrafiken i regionen ska utvecklas genom trafikering av nya sträckor, nytt tågmaterial eller ett utökat utbud. Resenärspespektivet ska vara bärande i försöket, speciellt det länsöverskridande resandet[1]. Försöksverksamheten omfattar en period om 10 år (fram till slutet av år 2021).

Norrtåg AB ägs idag av Länstrafiken i Jämtland AB, Kommunalförbundet Kollektivtrafikmyndigheten i Västernorrlands län, Länstrafiken i Västerbotten AB och Regionala kollektivtrafikmyndigheten i Norrbotten.

Tågtrafiken i Norrland finansieras av de fyra norrlandstingen tillsammans med staten.

2. Granskningens syfte, revisionsfrågor, genomförande m m

2.1 Syfte, revisionsfrågor

Uppdraget för lekmannarevisorernas i Norrtåg AB är att granska om verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredställande sätt och om den interna kontrollen är tillräcklig[2]. Bolagets lekmannarevisorer har i sin granskningsplan för 2012 angett att granskningen ska omfatta följande;

- Granskning av ändamål
- Granskning av intern kontroll
- Särskild granskning avseende förseningar i trafiken samt uppkomna tvister
- Uppföljande granskning avseende iakttagelser år 2011

De revisionsfrågor som ska besvaras är följande;

- Har bolagets ledning, med beaktande av konsortialavtal, bolagsordning, ägardirektiv och andra styrande dokument, skött verksamheten på ett tillfredsställande sätt?
- Har styrelse och ledning på ett tillfredsställande sätt arbetat med uppkomna förseningar i trafiken och de tvister som har uppstått med olika parter?
- Har bolaget system och rutiner för att upprätthålla den interna kontrollen?
- Har bolagets ledning vidtagit lämpliga åtgärder med anledning av iakttagelser i 2011 års granskning?

[1] Norrtågsförsöket: Principbeslut (2006-11-21), sid 1
[2] För mer information hänvisas till aktiebolagslagen (10 kap) respektive kommunallagen (9 kap) samt till God revisionssed i kommunal verksamhet 2010 (utgiven av Sveriges Kommuner och Landsting).

Aktuella revisionskriterier är aktiebolagslagen, kommunallagen, konsortialavtal, bolagsordning, ägardirektiv, bolagsinterna styrdokument samt principer för styrning av kommun- och landstingsägda företag[3].

2.2 Genomförande, metod

Efter genomförd planeringskonferens i Umeå den 5 – 6 september 2012 och ett efterföljande telefonmöte den 25 september 2012 beslutade lekmannarevisorerna att 2012 års granskning ska innefatta följande moment;

- Intervjuer med enskilda styrelseledamöter i Norrtåg AB
- Överläggningar med styrelsen i december 2012
- Dokumentanalys och intervjuer med företrädare för bolagets ledning

Granskningen har genomförts med stöd av intervjuer och överläggningar med bolagets ledning (september 2012 - februari 2013) samt med bolagets styrelse (november - december 2012).

Under samma period har vi, utöver styrelsens protokoll med bilagor, tagit del av rapporter och sammanställningar som redovisar tågtrafikens utveckling under 2012. I detta ingår statistik bland annat rörande trafikens punktlighet, fordonens tillgänglighet, skador på fordonen och uppkomna signalfel, bland annat s k spökbaliser[4].

Under granskningen har informationsutbyte skett med bolagets godkända revisor.

Rapporten är sakgranskad av Maria Höglander, verkställande direktör, Norrtåg AB.

3. Granskningsresultat

3.1 Granskning av ändamål

3.1.1 Styrelsearbetet

Under 2012 har styrelsen haft sju sammanträden varav två per telefon. Vid sina sammanträden har styrelsen fortlöpande behandlat frågeställningar som avser aktuella trafikfrågor (fordon, trafik, verkstad), ekonomiska frågor, bolagsrelaterade frågor och uppföljning av bolaget riskstatus.

Vid intervjuer av enskilda ledamöter[5] och i samband med lekmannarevisorernas överläggningar med styrelsen den 12 december 2012 har efterfrågats hur styrelsen ser på förutsättningarna för sitt uppdrag och hur styrelsearbetet fungerar. De synpunkter som har framförts har i stort varit positiva.

---

[3] Sveriges Kommuner och Landsting, 2006.
[4] Balis är en del av telekommunikationsutrustning, i ett järnvägsspår, som sänder information om kommande bansträcka till passerande tåg.
[5] En intervju den 20 november 2012 och ytterligare en intervju den 27 november 2012.

Styrelsens egen bedömning är att man har goda förutsättningar för sitt arbete, även om ägarbilden efter bildandet av kollektivtrafikmyndigheter har blivit mera komplicerad. Vidare har styrelseledamöter vid intervjuer framfört att man anser att den verkställande ledningen i allt väsentligt fungerar väl och att man får nödvändiga underlag inför styrelsens beslut.

En kritisk kommentar som framförts avser grundkonstruktionen för Norrtåg AB Andra kritiska kommentarer avser turerna kring tekniska problem med de nytillverkade tågen.

Det finns även ett missnöje med Trafikverket och den utdragna dialogen angående ersättning för uppkomna merkostnader till följd av försenad trafikstart. Bolagets svårigheter med att nå en överenskommelse var den direkta orsaken till att ägarrådet i december 2011 beslutade att bilda en förhandlingsgrupp bestående av representanter för finansiärerna/landstingen (se även avsnitt 3.2).

Under granskningen har noterats att styrelsen årligen genomför en egen utvärdering av styrelsearbetet.

Kommentarer

Vid vår genomgång av styrelsens protokoll har noterats att styrelsen under 2012 fortlöpande har behandlat frågställningar som rör det aktuella trafikläget, arbetet med uppkomna fordonstekniska problem, när bolaget ska ta emot färdigställda tågfordon samt ägnat tid åt pågående förhandlingar och kontakter med bolagets olika parter (Trafikverket, Botniatåg AB, Transitio och Alstom).

Vår bedömning är att styrelsens arbete i stort har bedrivits ändamålsenligt. För en bedömning av styrelsens arbete vad avser avtal, trafikfrågor, planering, uppföljning samt tvister hänvisas till avsnitt 3.1.2 - 3.1.4 samt 3.2.

Vår kontroll av protokollens förvaring, att de är kompletta med avseende på eventuella bilagor m m har inte gett anledning till noteringar[6]. Dock har noterats att styrelsens protokoll för 2012 inte alltid är korrekta med avseende på paragrafnumrering.

3.1.2 Avtal

Under lekmannarevisorernas granskning av Norrtåg AB, verksamhetsåret 2011, genomfördes en översiktlig genomgång och analys av de avtal som tecknats med Trafikverket, Botniatåg AB och de fyra "länstrafikbolagen" (i Västernorrland och Norrbotten har länstrafikbolagets roll övertagits kommunalförbund/kollektivtrafikmyndigheter).

En iakttagelse var att det saknades skriftliga avtal mellan "länstrafikbolagen" och Norrtåg AB vilket ledde till bedömningen att ansvarsfördelningen inte var

[6] Vår kontroll av styrelsens protokoll genomfördes i Lycksele den 18 februari 2013.

tydlig (ändamålsenlig). Vidare gjordes bedömningen att ansvarsfördelningen mellan Norrtåg AB och Trafikverket endast delvis var tydlig (ändamålsenlig), då det saknas avtal om Trafikverkets skyldigheter fram till trafikstart.

Kommentarer

Under vår granskning har vi tagit del av *underhyresavtal* som tecknats mellan Norrtåg AB och aktuella länstrafikbolag respektive kommunalförbund/kollektivtrafikmyndigheter. Avtalen innehåller bland annat bestämmelser om avtalstid, hyra, ansvar, drift och underhåll.

I granskningen har inte ingått att analysera och bedöma avtalens innehåll och konstruktion. Vad gäller avtalsfrågor mellan Norrtåg AB och Trafikverket hänvisas till avsnitt 3.2.

3.1.3 Ägarfrågor

Norrtåg AB har som redovisats ovan fyra ägare, två aktiebolag och två kommunalförbund. I både Jämtland och Västerbotten kompliceras bilden av att länstrafikbolagen inte längre ägs av landstingen utan av regionförbund.

Vid sidan av de fyra ägarna finns bolagets finansiärer – staten och de fyra norrlandstingen. De senare har ett borgensåtagande för upphandlade tåg. De formella ägarna av bolaget – länstrafikbolag och kommunalförbund – har inte de tillgångar som krävs för att garantera bolagets existens och fortlevnad.

Under oktober 2012 har ägarna tagit beslut om ett reviderat konsortialavtal. Till konsortialavtalet har fogats bolagsordning och principer för finansiering av trafik och administration. Landstingsfullmäktige i de fyra norrlandstingen har för sin del godkänt dessa dokument (juni 2012) och vid Norrtåg AB's bolagsstämma den 12 juni 2012 fastställdes ägardirektiv och bolagsordning (daterade 3 april 2012).

Norrtåg AB har ett ägarråd[7], som ur ett aktiebolagsrättsligt perspektiv är ett informellt organ.

Vid ägarrådets möte i december 2011 beslutades att tillsätta en särskild förhandlingsgrupp som å bolagets vägnar ska driva frågan om ersättning från Trafikverket för de merkostnader som uppstått till följd av förseningen i öppnandet av Ådalsbanan respektive tillkommande kostnader för signalsystemet ERTMS. Förhandlingsgruppens medlemmar utgörs landstingsråd eller motsvarande från den fyra norrlandstingen.

Under 2012 har ägarrådet haft två möten, ett den 28 maj 2012 och ytterligare ett möte den 6 november 2012. Vid ägarrådets möte i maj 2012 deltog en ägare (Länstrafiken i Jämtland AB) medan övriga deltagare kom från landstingen (finansiärerna). Detsamma var fallet vid ägarrådet i november 2012 (Länstrafiken i Jämtland AB).

[7] Krav på ägarråd tas upp i konsortialavtalet (punkt 11).

Kommentarer

Nuvarande konstruktion är inte ändamålsenlig ur ett ägarstyrningsperspektiv. Vi har noterat att ägardirektiven, med undantag för redaktionella ingrepp inte har varit föremål för någon utveckling. Med tanke på de senaste årens händelseutveckling inom den norrländska tågtrafiken ser vi behov av att se över de nuvarande ägardirektiven (se även avsnitt 3.1.4).

Även ansvarsmässigt finns oklarheter. Med en oklar ägarbild och flera andra parter (Trafikverket, Botniatåg AB och Transitio) följer att det blir svårt att bedöma vem som har ansvar för vad. Tydligheten i ansvarsfrågan förbättras heller inte att företrädare för bolagets ägare, länstrafikbolag och kommunalförbund, även har plats i bolagets styrelse[8].

En fråga som bör ställas är hur ägandet av Norrtåg AB kan utformas så att det gagnar en ändamålsenlig ägarstyrning och ett mera resurseffektivt arbete inom bolaget samtidigt som ansvarsfördelningen tydliggörs.

Ur bolagets synvinkel torde det heller inte vara ändamålsenligt att behöva förhålla sig till en så stor grupp av intressenter. En konsekvens är en ökad arbetsbelastning på bolaget till följd av intressenternas behov av information.

3.1.4 Konsortialavtal, bolagsordning och ägardirektiv

Under granskningen har noterats att ingånget konsortialavtal är undertecknat av ägarna. Vad gäller innehållet i det nya konsortialavtalet, som gäller t o m den 1 juni 2017, har noterats att genomförd revidering i huvudsak avser konsekvenser av ändrade ägarförhållandena.

Till detta kommer att de fyra landstingen var för sig har tecknat en kapitaltäckningsgaranti som gäller t o m 2014-12-31. Garantin innebär att landstingen förbinder sig "att svara för de förluster/kostnader som uppstår kopplade till bolagets ekonomiska åtaganden för start och genomförande av Norrtågstrafiken samt förändrade finansieringsförutsättningar mot staten".

Vidare har noterats att bolagsstämman i juni 2012 beslutade om en ny bolagsordning och nya ägardirektiv. Förändringarna i bolagsordningen utgörs i huvudsak av en anpassning till förändrade ägarförhållanden.

I samband med 2011 års granskning noterades att det kommunala ändamålet med bolagets verksamhet bör preciseras. En sådan precisering har inte skett.

Ägardirektiven har även de anpassats till förändrade ägarförhållanden. Ägardirektiven anger dock, vad gäller Jämtland, en annan ägarbild än den som återfinns i konsortialavtalet. Konsortialavtalet är för Jämtlands del underskrivet av företrädare för Länstrafiken i Jämtland medan ägardirektiven anger Regionförbundet Jämtlands län som ägare.

[8] Ägarna ska naturligtvis föreslå ledamöter till styrelsen. Det som kan skapa oklarheter om ansvaret är att samma person som ska direktiv till bolaget även sitter i styrelsen.

Kommentarer

Våra iakttagelser av ägardirektiven understryker behovet av översyn av bolagets ägarstruktur.

Vi har tidigare anfört, i 2011 års granskning, att bolagsordningen bör preciseras med en tydligare beskrivning av det kommunala ändamålet med Norrtåg. Den 1 januari 2013 genomfördes flera förändringar i kommunallagen som rör kommunalt ägda företag. Bland annat är det nu ett krav att det kommunala ändamålet ska föras in i bolagsordningen[9].

3.1.5 Affärsplan med verksamhetsplan 2011 - 2012

Styrelsen fastställde i maj 2011 en flerårig affärsplan inklusive en verksamhetsplan för 2011 – 2012. I samband med 2011 års revision noterades att planen bland annat innehåller affärsidé, övergripande mål, prioriterade kundsegment och prisstrategi men också att planen saknar mätetal som kopplar till de övergripande målen.

En annan iakttagelse under 2011 års revision var att det saknades en systematisk redovisning av verksamhetens måluppfyllelse/efterlevnad av kommunalt ändamål.

Vår granskning av 2012 års verksamhet visar att styrelsen har behandlat kvartalsrapport (maj 2012), halvårsrapport (september 2012) samt kvartalsrapport (december 2012). Rapporterna innehåller en utförlig redovisning av genomförd trafik, resenärernas resvanor, trafikproblem, punktlighet samt en ekonomisk uppföljning. Halvårsrapporten redogör även för inställda turer samt för fordonstillgänglighet och rapporterade fel på fordonen.

Kommentarer

I samband med lekmannarevisorernas överläggningar med styrelsen i december 2012 fördes ett resonemang om bolagets affärsplan/verksamhetsplan och den rapportering som styrelsen får del av. Under dialogen noterades dels att de akuta problemen med tågen även i styrelsearbetet tar mycket tid dels att det finns ett behov av att se över gällande affärsplan/verksamhetsplan från våren 2011.

En viktig notering är att förutsättningarna för Norrtågsförsöket, vars finansiering efter 2016 är oklar, aktualiserar behovet av en uppdaterad och långsiktig strategi för bolaget.

Vad gäller den verkställande ledningens uppföljning av bolagets verksamhet och dess rapportering till styrelsen har inte funnits anledning till påpekande eller noteringar. Under vår granskning har vi fått del av en detaljerad uppföljning, per

[9] Kommunallagen 3 kap 17 §. För närmare information hänvisas även till Sveriges Kommuner och Landsting, cirkulär 12:50.

fordon, av tillgänglighet och uppkomna fel, vilket indikerar att bolaget i stort har en tillfredställande uppföljning av den tågtrafik som bedrivs.

3.1.6 Övriga frågor

Under granskningen har noterats att bolagets hemsida saknar uppgifter om vilka personer som sitter i bolagets styrelse. När frågan togs upp vid överläggningarna med styrelsen i december 2012 motiverades den uteblivna informationen med att man annars skulle få svara på driftsfrågor som egentligen är operatörens ansvar.

Kommentar

Det är med hänsyn till att bolaget ägs av kommunägda företag respektive kommunalförbund en uppenbar brist att bolagets hemsida inte anger vilka personer som är ledamöter i bolagets styrelse.

3.2 Granskning av förseningar/utebliven trafik

3.2.1 Förseningar/utebliven trafik

Tågtrafiken i Norrland har enligt bolagets egna uppgifter ökat betydligt allt eftersom de nytillverkade tågen har tagits i drift. Enligt uppgifter från bolagets verkställande ledning uppgick antalet resenärer under november 2012 till cirka 100 000 personer.

Samtidigt kan konstateras att tågtrafiken i Norrland haft mycket stora svårigheter. Kring årsskiftet 2012/2013 var totalt elva av femton fordon tagna ut trafik främst p g a vinterrelaterade problem med toaletter, bromsar, modulbortfall och snö/is runt fordonens boggie.

Under granskningen har vi med stöd av styrelsens protokoll och under underliggande handlingar samt intervjuer med företrädare för bolaget kunnat verifiera att styrelsen och den verkställande ledningen fortlöpande har ställt krav på åtgärder från tågtillverkarens sida i syfte att undanröja de problem som uppstår i vinterklimat.

De åtgärder som tillverkaren genomförde efter vintern 2012 har dock visat sig vara otillräckliga. Vid extra insatta styrelsemöten i januari 2013 har frågor om fordonens duglighet i vinterklimat åter aktualiserats. Representanter för Alstom, (tågleverantör) och Transitio (upphandlande enhet) deltog vid styrelsens möte den 16 januari 2013.

Kommentarer

En viktig fråga för ägarna att ta ställning till är om styrelsen vintern 2012 hade kunnat agera mera kraftfullt gentemot Alstom (tågleverantör) och Transitio (som upphandlat tågen). Hade det med stöd av gällande avtal varit möjligt att få mera bindande garantier för att vinterproblemen inte ska återkomma?

Vår bedömning är att styrelsen och den verkställande ledningen i allt väsentligt har agerat med anledning av uppkomna förseningar och tekniska problem men att det ändock finns anledning att vara kritisk. De upprepade och långvariga störningarna i tågtrafiken har på ett allvarligt sätt skadat allmänhetens förtroende för tågtrafiken i Norrland.

3.2.2 Tvist med Trafikverket

En fråga som varit aktuell under både 2011 och 2012 är förhandlingarna med Trafikverket om kompensation för att trafiken inte har kunnat bedrivas enligt plan.

Den av ägarrådet tillsatta förhandlingsgruppen har under 2012 haft kontakter med företrädare för regeringskansliet och med Trafikverket. Tvisten med Trafikverket rör följande:

- Merkostnader för signalsystemet ERTMS
- Ersättning för försenad Ådalsbana
- Tolkningen av Botniabaneavtalet

Kommentarer

Noterade oklarheter och tvister med anledning av försenad trafikstart har ännu inte kunnat lösas. Enligt uppgift har förhandlingsgruppen ännu inte avslutat sin dialog.

3.3 Granskning av intern kontroll

Vår granskning av bolagets interna kontroll innefattar, förutom en bedömning av styrelsens och den verkställande ledningens uppföljning av verksamheten, en genomgång och kontroll av vilka styrdokument som är fastställda samt en särskild kontroll av bolagets diarium.

Under granskningen har noterats att styrelsen i februari 2012 fastställde ett reglemente för attester. Vidare har noterats att styrelsen i september 2012 beslutade om riktlinjer för bolagets dokumenthantering. Styrelsen har också tagit beslut om en policy för representation.

Av den godkända revisorns rapport från december 2012 framgår viss kritik mot bolaget ifråga om "obegränsad behörighet" att utföra utbetalningar. Kritiken har föranlett bolaget att hänvisa till genomförda kontroller som anses visa att regelverket är tillräckligt. På motsvarande sätt bemöter bolaget kritik mot att behörigheter i systemet kan ändras utan kontroll eller attest.

Kommentarer

I granskningen har inte ingått att bedöma eller värdera de nya riktlinjerna för dokumenthantering. Vår översiktliga kontroll av bolagets diarium har dock inte gett anledning till noteringar.

Vi noterar med tillfredsställelse att styrelsen tagit beslut om riktlinjer för representation. Behovet av en policy uppmärksammades vid lekmannarevisorernas granskning avseende verksamhetsåret 2009.

Vi delar den bedömning som den godkända revisorn gör ifråga om attester och behörigheter. Vår rekommendation att det utarbetas en plan för bolagets interna kontroll.

3.4 Uppföljning av tidigare granskning

Granskningsredogörelsen avseende verksamhetsåret 2011 utmynnade i fyra rekommendationer;

- Roll- och ansvarsfördelning mellan bolaget och tåguthyrare (kollektivtrafikmyndigheter) respektive Trafikverket tydliggörs i skriftliga avtal
- Styrelsen vidtar relevanta åtgärder vid leveransproblem av tågfordon
- Styrelsen fastställer lagstadgade styrdokument, d v s arbetsordning för styrelsen, VD-instruktion samt rapporteringsplan
- Styrelsen utvecklar sin uppföljning och kontroll av verksamhetens resultat, effektivitet och kvalitet

Kommentarer

Som framgår av avsnitt 3.1.2 har bolaget formaliserat sin relation med kollektivtrafikmyndigheter/länstrafikbolag genom att ingå underhyresavtal. Som framgår ovan (avsnitt 3.2.2) har förhandlingsgruppens arbete ännu inte slutförts.

Styrelsens åtgärder vid leveransproblem med tågfordon har bland annat inneburit att mottagandet av nya fordon har senarelagts. Som framgår av avsnitt 3.2.1 är det svårt att bedöma om styrelse och verkställande ledning hade kunnat ställa ytterligare krav på Transitio (och indirekt Alstom).

Av styrelsens protokoll från 2012 framgår att beslut har tagits om arbetsordning, VD-instruktion och rapporteringsplan.

Avslutningsvis har, vilket framgår av avsnitt 3.1.5, har styrelsen under 2012 fått en fortlöpande rapportering om verksamheten. Vår bedömning är att den rapportering som skett under 2012 uppfyller rimliga krav.

Härnösand dag som ovan

Bo Basun
Certifierad kommunal yrkesrevisor

Norrtåg AB

Ägarråd

Tid 2013-12-18,kl 10–11.30

Plats: Quality Hotell AB i Luleå. Telefonkonferens

Deltagande
Norrbotten
Kenneth Johansson Kollektivtrafikmyndigheten Norrbotten, Ordförande

Västerbotten
Peter Olofsson Landstinget Västerbotten
Heidi Törnberg Kollektivtrafikmyndigheten Västerbotten

Västernorrland
Henric Fuchs Landstinget Västernorrland
Bengt Sörlin Kollektivtrafikmyndigheten Västernorrland
Per Eriksson Kollektivtrafikmyndigheten Västernorrland
Elisabet Strömkvist Landstinget Västernorrland

Jämtland
Harriet Jorderud Jämtlands läns landsting
Mona Modin Tjulin Länstrafiken i Jämtlands Län AB
Marianne Ottersgård Jämtlands läns landsting
Jan Rönngren Regionförbundet Jämtland
Ruth Eriksson Regionförbundet Jämtland
Helge Jonsson Jämtlands läns landsting
Norrtåg AB

Thomas Hägg Ordf.
Maria Höglander VD
Olle Tiderman Teknisk chef
Annika Garpefjäll Verksamhetsutvecklare

Ordförande ***Kenneth Johansson***

2013.01.09

Sekreterare ***Maria Höglander***

Justerare ***Harriet Jorderud***

1. Val av justerare

Ägarrådet beslutar att utse Maria Höglander till sekreterare samt att Harriet Jorderud ska justera protokollet tillsammans med ordförande

2. Ägarförändring

Thomas Hägg informerade om bakgrund och syfte med det brev som skickats från styrelsen till ägare och finansiärer om ägarstrukturen i Norrtåg AB.. Frågan har bl.a. tidigare lyfts av bolagets lekmannarevisorer som pekar på att ägare och finansiärer borde se över ägarstrukturen i syfte att skapa en ordning som ger bättre förutsättningar bolaget men även en tydligare och mer ändamålsenlig ägarstyrning.

Ägarrådet beslutar att en utredning ska tillsättas som belyser frågan ur både juridiska och administrativa perspektiv. Utredningen ska göras av tjänstemän från berörda parter och vara färdig under tidig höst 2014. Sammankallande för gruppen är Kenneth Johannson.

4. Ekonomi 2013/2014

Ägarrådet informerades om bolagets ekonomiska prognos för resultatet 2013. Trafikkostnaden håller sig inom budget och den finansiering som är budgeterad. Den bokförda fordran från 2012-12-31 på 10,7 MSEK har styrelsen beslutat ska regleras med den ersättning som bolaget erhöll från Trafikverket i förlikningsuppgörelsen i juli 2013. Den slutliga regleringen av trafikkostnad för 2013, enligt konsortialavtalet principer, föreslås av styrelsen ska regleras ackumulerat för trafikåren 2013-2014 då trafiken fått en bättre stabilitet.

Ägarrådet informerades även om att statens medfinansiering av stationskostnader ska fördelas proportionellt utifrån varje läns stationskostnader.

Vidare informerades om att Trafikverket har beslutat att utbetala hela fordonsstödet för perioden 2013-2016 under december månad 2013, vilket ger upphov till en god likviditet i bolaget. Fordonsstödet ska användas av bolaget för att delfinansiera fordonshyran enligt föreslagen långtidsbudget.

5. Statlig finansiering från 2016 – 2021

Ägarrådet informeras kort om förutsättningarna för den statliga finansieringen i den kommande upphandlingen. Norrtågsförsöket är avtalat med staten till 2021. Den statliga finansieringen av trafiken på Botniabanan är avtalad till 2025 (ca 20 mkr/år), övertagandet av viss tidigare statligt finansierad trafik till 2021 (ca 15 mkr/år) men ny tillkommande trafik inom det som kallas Utvecklad trafik bara till och med augusti 2016 (ca 30 mkr/år). Det är därför angeläget inför den kommande upphandlingen att inleda diskussioner med staten om en fortsatt finansiering av Utvecklad trafik.

Per Wahlberg och Kent Ögren har tidigare utsetts att tillsammans med bolagets representanter föra dialogen med staten i denna typ av ersättningsfrågor och ägarrådet beslutade att utse dem även till detta uppdrag.

6. Trafikupphandling 2016 - 2021

Ägarrådet informerades om den kommande processen med en ny operatörsupphandling med anledning av att nuvarande avtal löper ut i augusti 2016. Arbetet påbörjan omgående och upphandlingsunderlaget ska vara klart under hösten 2014. Under februari kommer bolaget hålla stråkmöten i Ånge, Umeå och Luleå. I samband med dessa möten kommer även bolaget att träffa finansiärer och ägare för en förberedande diskussion om den kommande trafikbeställningen som ska ligga till grund för upphandlingen.

7. Övriga frågor

Då inga övriga frågor fanns avslutade ordförande mötet.

.

Utredning

2014-09-15

Ägarskap av Norrtåg AB

1INLEDNING

1.1 Bakgrund

Styrelsen i Norrtåg AB har mot bakgrund av den granskningsrapport som genomförts av bolagets lekmannarevisorer (Granskningsrapport för år 2012) lyft frågan om bolagets ägarstruktur via en skrivelse till dess ägare och finansiärer.

I granskningsrapporten beskriver lekmannarevisorerna följande;

Norrtåg AB har fyra ägare; två aktiebolag och två kommunalförbund. I både Jämtland och Västerbotten kompliceras bilden av att länstrafiken inte längre ägs av landstingen utan av regionförbund. Vid sidan av de fyra ägarna finns bolagets finansiärer.

- Nuvarande ägarkonstruktion är mindre lyckad ur ett ägarstyrningsperspektiv och skapar oklarhet om vem som har ansvar i vad.
- Ägardirektiven har, med undantag för redaktionella förändringar inte har varit föremål för någon utveckling. Det finns, med tanke på de senaste årens händelseutveckling inom den norrländska tågtrafiken, behov av att se över de nuvarande ägardirektiven.
- En fråga som bör ställas är om ägandet av Norrtåg AB kan utformas så att det gagnar en ändamålsenlig ägarstyrning och ett mera resurseffektivt arbete inom bolaget samtidigt som ansvarsfördelningen tydliggörs.

1.2 Syfte

Med utgångspunkt från ovanstående beslutade ägarna av Norrtåg AB vid ett ägarsamråd 2013-12-18 att ägarfrågan ska utredas. Kenneth Johansson, myndighetschef i Norrbotten beslutades vara sammankallande i den arbetsgrupp som utreder och belyser ägarfrågan ur ett administrativt, finansiellt och juridiskt perspektiv. Utredningen förväntas vara färdigställd under tidig höst 2014.

1.3 Arbetsgrupp

Kenneth Johansson, myndighetschef RKM BD-län, VD Länstrafiken i Norrbotten AB
Heidi Törnberg, myndighetschef RKM AC-län
Harriet Söder VD Länstrafiken i Västerbotten AB
Ruth Eriksson, Kollektivtrafikstrateg Z-län
Stefan Fredriksson, VD Länstrafiken i Jämtland län AB
Per Eriksson, myndighetschef RKM Y-län
Charlotta Hellhoff, jurist Landstinget Västernorrland

2. NUVARANDE ÄGARSTRUKTUR

2.1 Kollektivtrafiklagen

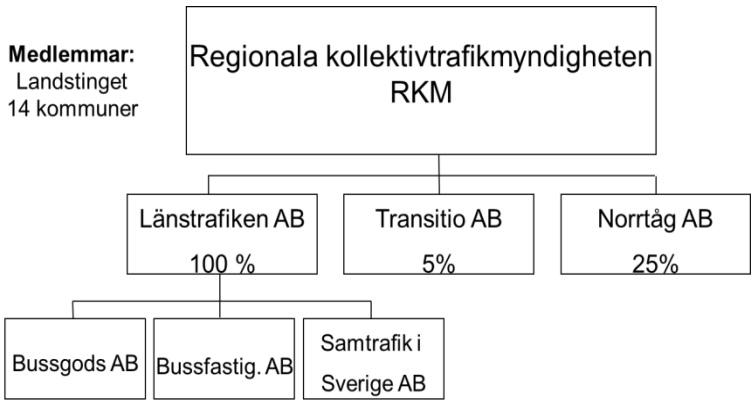
I Kollektivtrafiklagen som trädde i kraft 2012-01-01, klarläggs hur ansvaret för kollektivtrafik ska hanteras inom respektive län/region. Kollektivtrafiklagen avser både kollektivtrafik på väg, spår och sedan juli 2012 även kollektivtrafik till sjö. Ansvaret för att bedriva kollektivtrafik inom ett län åvilar landstinget och de kommuner som finns inom länet/regionen. Lagen betonar det regionala ansvaret. Genom en sk. skatteväxling kan ansvaret för kollektivtrafiken flyttas över till ett

landstinget/regionen. Eftersom lagen lämnar utrymme till egna regionala beslut så ser det även lite olika ut i landet på hur man beslutat inom respektive län/region. Det stora flertal län/regioner har skatteväxlat kollektivtrafiken och därmed också flyttat över ansvaret till en huvudman. I andra län har man bildat gemensamma kommunalförbund och på så vis delat på ansvaret mellan landstinget och kommunerna. Där utgör kommunalförbunden den regionala kollektivtrafikmyndigheten och ansvarar på så vis över länets kollektivtrafik. I Norrbotten och Västernorrland utgör ett gemensamt kommunalförbund den regionala kollektivtrafikmyndigheten. Vissa län som exempelvis Västerbotten och Jämtland har sedan tidigare ett gemensamt regionförbund (mellan kommunerna och landstinget) och i dessa län har det varit naturligt att de befintliga organisationerna beslutats utgöra den regionala kollektivtrafikmyndigheten för länet.

2.2 Nuvarande ägare av Norrtåg AB

Norrbotten som genom kommunalförbund bildade den regionala kollektivtrafikmyndigheten (RKM) har valt att placera ägandet av Norrtåg inom kollektivtrafikmyndigheten tillsammans med övriga bolag som hör till kollektivtrafikkoncernen i Norrbotten. Som direkta dotterbolag och/eller intressebolag ligger dels Länstrafiken i Norrbotten AB, Norrtåg AB och AB Transitsio enligt följande organisationsbild nedan;

Bild 1. Koncernbild över kollektivtrafiken i Norrbotten



I Norrbotten administreras kollektivtrafikens underskottsteckning samt tåghyra av RKM. Länstrafikbolagets underskottsteckning fördelas med produktionskilometer på respektive medlem, dels om det är inomkommunal (där respektive kommun i Norrbotten finansierar sin) trafik eller sk. stomlinje (stomlinje är en busslinje som sammanbinder två kommun huvudorter och är därmed kommunöverskridande) som i sin helhet finansieras av landstinget. Norrtågs tågtrafik som i Norrbotten betraktas som en stomlinje finansieras i sinhelhet av landstinget. Även tillhörande tåghyra från det gemensamägda bolaget AB Transitsio (som införskaffar och hyr ut tåg till län/regioner i Sverige) administreras av RKM och finansieras slutligen av landstinget i Norrbotten via tågprojektet Norrtåg AB. Landstingen i Sverige (förutom Gottland) har sedan tidigare ingått med en solidarisk borgen för AB Transitsio´s räkning när bolaget införskaffat tåg.

Västernorrland är organiserat som ett kommunalförbund där kollektivtrafikmyndigheten(KTM) och den operativa verksamheten arbetar under Kommunalförbundet Kollektivtrafikmyndigheten i Västernorrlands län. KTM äger Norrtåg AB och finansieras av landstinget i Västernorrland. KTM övriga trafik finansieras gemensamt, utifrån produktion, av kommunerna och landstinget. Landstinget finansierar i stort sett all kommunöverskridande trafik.

Norrtåg har flest producerade produktionskilometer av alla län och betraktas som stomlinje genom Västernorrland. Norrtåg ägs av Kollektivtrafikmyndigheten i Västernorrlands län, även tillhörande tåghyra från det gemensamägda bolaget AB Transitsio administreras av KTM. Genom att tågtrafiken är kommunöverskridande finansieras tågtrafiken och tillkommande kostnader av landstinget Västernorrland.

Västerbotten beslutade att Norrtåg AB skulle kvarstå som ett intressebolag inom Länstrafiken i Västerbotten AB, det föregicks av en diskussion att man befarade svårigheter rent affärsmässigt om AB Transitsio och Norrtåg AB skulle utgöra systerbolag inom RKM , se organisationsbeskrivning nedan;

- Kommuner (15) och landstinget
- Region Västerbotten förbundsfullmäktige
- Förbundsstyrelsen/ Kollektivtrafikmyndighet/ Kollektivtrafikutskott
    - Transitio 5%
    - Länstrafiken i Västerbotten AB 100%
    - Norrtåg AB 25%
    - Umeå Busstation AB (Bussgods) 100%
    - Samtrafiken i Sverige AB
    - Svensk kollektivtrafik

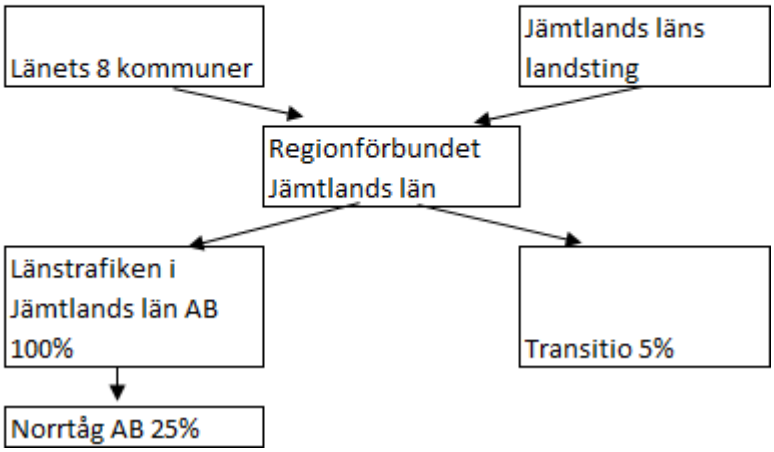
I Västerbotten administreras kollektivtrafikens underskottsteckning samt tåghyra av RKM. Länstrafikbolagets underskottsteckning fördelas med produktionskilometer på respektive medlem där respektive kommun finansierar sin inomkommunala trafik som de beställt av RKM och landstinget finansierar sin stomlinjetrafik som också beställts av RKM.

Norrtågs tågtrafik som i Västerbotten betraktas som en stomlinje finansieras i sinhelhet av landstinget. Även tillhörande tåghyra från det gemensamägda bolaget AB Transitsio administreras av RKM och finansieras avslutningsvis av landstinget i Västerbotten.

Jämtland som inledningsvis nyttjat det befintliga regionförbund som regional kollektivtrafikmyndighet är nu i färd med att bilda region fr o m 20150101. Region Jämtland Härjedalen (Region JH). Förslaget är att RKM ska ingå i regionen genom en skatteväxling av kollektivtrafiken. Skatteväxlingen beräknas till 35 öre och omfattar alla allmän kollektivtrafik i länet, därmed övergår hela ansvaret och finansieringen av kollektivtrafiken till den nybildade regionen. Jämtlands nuvarande organisation beskrivs enligt bilden nedan;

Organisation Jämtlands län

Ragionförbundet är
RKM



Länstrafikbolagets underskottsteckning för trafik på väg fördelas mellan länets kommuner och landstinget enligt den fördelning som finns inskriven i förbundsordningen. Norrtågs verksamhet finansieras i sin helhet av landstinget. Även tåghyra från det gemensamägda bolaget AB Transitsio finansieras av landstinget i Jämtland.

Driftform av nuvarande länstrafikbolag, om det ska vara i bolagsform eller i förvaltningsform inom Regin JH kommer att avgöras under första halvåret 2015. Norrtåg ägs f n av länstrafikbolaget vilket är att jämställa med att Norrtåg ägs av Regionen.

3. FINANSIELLA ASPEKTER

Kollektivtrafikens finansieringsform i de fyra länen innebär inte att det finansiella ansvaret med automatik skulle skapa bättre förutsättningar om landstingen skulle vara ägare av Norrtåg AB. Idag sker en underskottsfördelning av kollektivtrafiken via respektive kollektivtrafikmyndighet (eller länstrafikbolag) mellan dess medlemmar (kommunerna och landstinget), ett arbete som man har stor erfarenhet att utföra. Det förhåller sig precis på samma sätt med underskottshanteringen som uppkommer via Norrtågsprojektet, men där finns bara en ansvarig finansiär (landstinget i respektive län) som gör hanteringen betydligt enklare än den kollektivtrafik som bedrivs via vägnätet, där både landstinget och kommunerna inom ett län är involverade.

Att det sedan finns många inblandade parter i själva Norrtågsprojektet innebär däremot att man måste utveckla och finna bra processer som gör att helheten fungerar så bra och optimalt som möjligt. Att ansvariga inom Norrtåg bereds möjlighet att informera om verksamheten hos både ägarna och finansiärer är alldeles nödvändigt under verksamhetsåret.

Argumentet som hörts att de regionala kollektivtrafikmyndigheterna inte är egna skattesubjekt (på grund av att skatteväxling inte skett) och därmed inte direkt finansiär

skulle vara ett hinder för Norrtågprojektets utveckling finner vi som grundlösa. Detta eftersom gällande lagstiftning ger landstingen och kommunerna möjlighet att själva bestämma hur kollektivtrafiken ska organiseras och vem som ska bära ansvaret, antingen via skatteväxling där regionen/landstingen bär ansvaret och bildar kollektivtrafikmyndighet eller via kommunalförbund (som i de fyra nordliga länen) där man gemensamt bildat en egen juridik person (RKM) där kommunerna och landstinget är medlemmar och som då också bär det juridiska ansvaret över kollektivtrafiken utan att för den delen vara eget skattesubjekt.

4. ADMINISTRATIVA ASPEKTER

I de fall skatteväxling inte skett vid bildandet av den regionala kollektivtrafikmyndigheten så innebär det naturligtvis att de administrativa rutinerna och administrativa arbetet ökar eftersom varje medlem (kommun och landsting) ska delges beslutsunderlag och ta ställning om ansvarsfrihet för kommunalförbunden och dess delar (exempelvis Norrtåg AB).

Det måste finna bra rutiner i besluts- och planeringsprocessen gällande planering och finansiering av kollektivtrafiken. För tågtrafiken så gäller det att Norrtåg utvecklade rutiner och processer under året för att kunna planera och söka tåglägen till sina ägare. Dessa processer har (tycker vi) utvecklats positivt de senaste åren och faller väl in i den besluts- och planeringsprocess som finns för både ägare och finansiärer (som till övervägande del fattar beslut om budget för kommande år i juni månad).

I likhet med kollektivtrafik som bedrivs via väg och sjö är det viktigt att det finns utrymme i planeringsprocessen för ägarna att både lägga till och ta bort tågtrafik enligt de behov man anser finns eller kommer att finnas. De planeringsmöten som genomförts av Norrtåg framförallt för planeringen T15 har varit bra och där har både finansiärer och ägare samverkat i planeringsprocessen.

5. JURIDISKA ASPEKTER

När det då gäller de juridiska aspekterna av ett landstingsägt Norrtåg (som inte skatteväxlat kollektivtrafiken), har vi med hjälp av jurister från Sveriges kommuner och landsting (SKL) fått följande lagtolkning över den problematik som uppstår.

Vid ett landstingsägt Norrtåg uppstår problem och det är tveksamt om de regionala kollektivtrafikmyndigheterna kommer kunna anlita Norrtåg AB utan upphandling. Det hela bygger på att de allmänna Teckal- kriterierna (som enligt EU-domstolens dom i Acoset gäller också inom försörjningssektorn) inte blir uppfyllda eftersom RKM inte kontrollerar Norrtåg AB (ett av två kriterier i Teckaldommen). Det anses inte heller att undantag i 1 kap 15 -17§ lagen (2007:1092) om upphandling inom områdena vatten, energi, transporter och posttjänster är tillämpliga.

Det går inte heller göra gällande att Norrtåg skulle ha övertagit RKM´s ansvar enligt kollektivtrafiklagen eller hävda så kallat horisontellt myndighetssamarbete enligt EU-domstolen Hamburg, Lecce och Piepenbrock.

Juristerna är slutligen även tveksam till om undantaget i de nya upphandlingsdirektiven (som ska implementeras i Sverige först 2016) avseende ”systerbolag”, så som det föreslås implementeras i 3k kap 15§ i Ds 2014:25 (och SOU 2014:51), kommer att vara tillämpliga.

6. VAD ANSER LANDSTINGEN I RESPEKTIVE LÄN

Landstingen i respektive län har inte sett ägandeskapet av Norrtåg som någon specifik egenfråga när det gäller utveckling och styrning av den allmänna kollektivtrafiken. Frågan uppkom i samband med den granskningsrapport som de förtroendevalda revisorerna genomförde och redovisade sommaren 2012, där det framgår att man bör titta över ägarformerna för att få en mer ändamålsenlig ägarstyrning av Norrtåg.

Kollektivtrafikmyndigheternas nuvarande organisationsform och ansvar har landstingen tillsammans med berörda kommuner beslutat och arbetat fram strukturerna för. De har utgått från gällande lagstiftning och rekommendationer från Sveriges kommuner och landsting (SKL). SKL har bistått i det relativt intensiva arbete i samband med upprättandet av landets kollektivtrafikmyndigheter och det trafikförsörjningsprogram som arbetades fram och beslutades under 2012.

Den nybildade regionala kollektivtrafikmyndigheten ska ha det samlade ansvaret för regionens kollektivtrafik oavsett om det gäller väg, spår eller sjö. Detta är tydligt i den nya kollektivtrafiklagen (SFS 2010:1065). Det kommer att underlätta för trafikplaneringen där vissa medlemmar enbart bär ett finansiellt ansvar över vägtrafiken (kommunerna) och landstinget som bär det finansiella ansvaret för både stomlinjer på väg och tågtrafik.

Det är av största vikt att samplanera väg- och spårtrafiken eftersom det i en förlängning av Norrtågsprojektet blir fråga om att prioritera vilka trafikslag som skall utvecklas utifrån ett sammanhållet trafiksystem, speciellt där det körs parallell buss- och tågtrafik.

Med de nuvarande organisationsformerna där RKM är organiserade i kommunalförbund så är det viktigt att informationsflödet mellan RKM och landstingen fungerar. De fyra landstinget tycker att det efter viss ”inkörningsproblematik” nu fungerar bra med informationsöverföringen och att landstinget som är finansiär av tågtrafiken får den information som behövs under löpande år och i samband med planeringen av de tågplaner som genomförts (T12, T13, T14 och nu inför T15).

7. ANALYS OCH SAMMANFATTNING

I revisorernas granskningsrapport hänvisas det till de gångna årens händelseutveckling inom tågtrafiken som någonting negativt och som i sig enligt revisorerna innebär att ägardirektiv måste förbättras och utvecklas. En ägarstyrning ska visst anpassas och utvecklas över tiden i ljuset av historik. Vi anser dock att denna politiska satsning (med tågtrafik och det gemensamma bolaget Norrtåg AB som administratör) som nu genomförs gemensamt i de fyra nordliga länen fram t o m 2021 är av en sådan omfattning och komplexitet att det gångna händelseförloppet är att betrakta som ett vanligt och ordinärt händelsemönster/förlopp när det gäller implementering av tågtrafik inom en region. Vi kan bara konstater att samma händelseförlopp med liknande mönster uppstått när andra regionen infört och satsat på tågtrafik, en komplicerat process som måste få ta tid innan allt ”faller” på plats.

Vad som skiljer denna tågsatsning från landets övriga är att detta projekt också inkluderar ett teknikskifte i det sk ERTMS- systemet (European Rail Traffic Management System är ett standardiserat europeiskt säkerhetssystem för järnvägar) som nu är på väg att införas i Sverige och Europa. En stor del av händelseförloppet och de förseningar som uppstod i Norrtågprojektets inledningsskede är att betrakta som teknikfel kopplat till just ERTMS- systemet.

De regionala kollektivtrafikmyndigheterna och även Norrtåg som bolag, är att betrakta som relativt unga organisationer. Det krävs tid för att organisera, strukturera och iordningsställa det praktiska arbete och ansvar som åvilar de nya myndigheterna. Samtidigt tycker vi att kollektivtrafiken i Norrland precis som lagstiftarens intentioner med de nya kollektivtrafiklagen har lett till ett allt större fokus på kollektivtrafikfrågor. Beslut om och strategier för kollektivtrafikens utveckling och resursanspråk finns idag på den politiska dagordningen tillsammans med andra resursfrågor som berör samhällsutvecklingen (skola, vård och omsorg). Kollektivtrafiken har kommit att spela en större roll i de pågående regionförstoringarna som också har sin utgångspunkt i fler, flexiblare och större arbetsmarknadsområden inom de norrländska länen. Att bo på en ort och arbeta på en annan kräver en utvecklad kollektivtrafik och infrastruktur för att möjliggöra denna nya samhällsutveckling som på sikt kan innebära en lägre urbaniseringstakt än tidigare, eftersom människor tack vare bra kollektivtrafik kan välja att bo utanför de större städerna.

I ljuset av detta har de fyra nordliga länen (inledningsvis, eftersom Jämtland nu skatteväxlar kollektivtrafiken f o m 2015) beslutat att de nya myndigheterna får hela ansvaret över kollektivtrafiken i respektive län. Om vi skulle dela upp ansvaret på kollektivtrafiken utifrån hur den finansieras (oavsett juridiska konsekvenser) så skulle det innebära att vi tappar helhetsgreppet över det persontransportsystem som vi nu är i färd med att bygga upp. Oavsett om transporterna sker på väg, spår eller sjö så ingår de i ett integrerat sammanhållet transportsystem som sker i symbios med varandra.

På sikt, med en allt större och mer utvecklad tågtrafik kommer det naturligtvis innebära att innehållet och utformningen av dagens kollektivtrafik måste justeras och utvecklas i takt med övriga samhället. Delar av dagens befintliga busstrafik kan komma att förändras till sk matartrafik till tåglinjerna där människor väljer att arbetspendla. Att se hela resan från bostaden till arbetet kommer innebära att kollektivtrafiken måste utformas och utvecklas på andra sätt. Att byta färdslag och att

slutligen kanske cykla till jobbet den sista kilometern är delar som måste utvecklas, och förbättras, ett exempel på hur de olika färdslagen hänger ihop. Det bygger då i stor utsträckning på att ansvarsfrågan över kollektivtrafiken (precis som lagstiftningen syftar till) finns inom den regionala kollektivtrafikmyndigheten, antingen gemensamt (för kommuner och landsting) via kommunalförbund eller via en skatteväxling där exempelvis landstinget/regionen får hela ansvarsfrågan. Det är med andra ord inte möjligt att bryta sönder ägandestrukturen för att till viss del förbättra ägarstyrningen i något av de gemensamt ägda bolagen, enligt det förslag som lekmannarevisorerna beskriver i sin granskningsrapport.

Att enbart analysera och ge ett utlåtande på ägarstyrningen ur ett Norrtågsperspektiv är inte alldeles optimalt ur ett helhetsperspektiv när man tittar på hela kollektivtrafiksystemet, som måste ses som ett sammanhängande transportsystem. Däremot är det naturligtvis viktigt att förbättra och utveckla ägarstyrningen av Norrtåg med utgångspunkt som bland annat framkommit i den granskningsrapport som revisorerna presenterade.

8. FÖRSLAG TILL BESLUT I ÄGANDEFRÅGAN AV NORRTÅG AB

Förslag till beslut

- Den nya kollektivtrafiklagen betonar att kollektivtrafiken är en regional verksamhet som ska vara trafikslagsöverskidande. Det är den regionala kollektivtrafikmyndigheten i varje län/region som har ansvaret. Norrtågstrafiken är viktig för resor både inom länen och för det länsgränsöverskridande resandet och faller därmed naturligt in under RKM:s ansvarsområde.
- Norrtåg AB sköter administrationen för tågverksamheten. De upprättar budget och fördelar kostanden för verksamheten utifrån det konsortialavtal som finns mellan ägarna. Varje ägare påförs sin kostnadsandel. Varje län måste skapa rutiner för att kommunicera kostnaden med finansiären.
- Juridiskt kan det uppstå problem om landstingen äger Norrtåg AB och RKM vill anlita Norrtåg AB för den interregionala tågtrafiken. En upphandling kan krävas eftersom de s k Tekalkriterierna inte uppfylls.

Mot denna bakgrund finner vi det inte möjligt att landstingen skulle vara ägare till Norrtåg AB, utan förordar att Norrtåg AB även i fortsättningen ägs av respektive läns regional kollektivtrafikmyndighet.

Plats och Tid:
Länstrafiken i Östersund
Den 19 december 2014, 9.30-15.00

Beslutande:
Thomas Hägg, ordförande
Monica Hallquist
Anders Hafstad
Anders Frimert (ej tjänstgörande)
Veronika Eklund
Mona Modin Tjulin
Florian Stamm
Finn Cromberger (tjänstgör för Thomas Andersson)

Övriga deltagande:
Stefan Fredriksson
Tove Månsson, föredragande § 128
Torbjörn Eriksson,föredragande §135, ej närvarande på övriga paragrafer
Mats Johansson,föredragande §135, ej närvarande på övriga paragrafer
Mathias Holmlund närvarande §118-123 samt §135
Alexandra Sidevärn
Eva Björk närvarande §135

Förhindrade:
Thomas Andersson

Utses att justera:
Mona Modin Tjulin

Justerings plats:
Länstrafikens kansli

Paragrafer:
118-136

Alexandra Sidevärn
Sekreterare

Thomas Hägg
Ordförande

Mona Modin Tjulin
Justerande

§ 118 Styrelsesammanträdets öppnande och val av justerare

Ordföranden hälsar ledamöterna välkomna till mötet.
Ordföranden förklarar dagens möte öppnat.
Styrelsen föreslår att Mona Modin Tjulin justerar protokollet.

Styrelsen beslutar

att utse Mona Modin Tjulin att jämte ordföranden justera dagens protokoll.

§ 119 Fastställande av dagordning för mötet

Punkt 6 och 8 utgår.

Styrelsen beslutar

att fastställa dagordningen.

§ 120 Föregående protokoll

Föregående protokoll godkänns och läggs till handlingarna.

BESLUTSÄRENDEN

§ 121 Beslut om att § 97 inte finns med som varken beslutspunkt eller informationspunkt vid förra styrelsesammanträdet 2014-10-17

Styrelsen beslutar

att anta beslut om att §97 inte finns med som varken beslutspunkt eller informationspunkt vid förra styrelsesammanträdet 2014-10-17

§ 122 Beslut om firmateckning vid byte av VD.

Med anledning av att Stefan Fredriksson avgår som VD och Thomas Hägg övertar den befattningen enligt tidigare beslut i bolagets styrelse så beslutar Länstrafikens styrelse om ny firmateckning.

Bolaget ska tecknas av styrelsen eller av Thomas Hägg och Thomas Andersson två i förening. VD, Thomas Hägg, har rätt att teckna firman beträffande löpande förvaltningsåtgärder.

Styrelsen beslutar

att anta firmateckning vid byte av VD.

§ 123 Beslut om utlösande av optionsåren på Buss 2010

VD beskriver vad en förlängning av Buss 2010 skulle innebära.

Styrelsen beslutar

att godkänna förslaget om utlösande av optionsåren Buss 2010.
att behandla frågan framtida upphandlingar vid styrelsedagarna i februari.

§ 124 Beslut till bolagsstämma ang. försäljning av aktier Norrtåg AB till Region Jämtland/Härjedalen
Förslag till beslut ang. försäljning av i Norrtåg AB.

Styrelsen beslutar

att försälja Norrtågsaktier till Region Jämtland Härjdalen.
att sälja till nominelt värde.

§ 125 Beslut om utlösande av uppgradering av option 2 RTI

VD föreslår ett beslut att utlösa uppgraderingen av option 2 RTI Consat.
RTI på samtliga fordon Åre och Ragunda. Kostnaden är budgeterad under 2015.

Styrelsen beslutar

att godkänna VD förslag.

§126 Beslut om sammanträdeskalender 2015 (bilaga)

Ändringar
-Styrelsesammanträdet flyttas till 16:e feb istället för 17:e.
- Styrelsesammanträdet 14:e sept med start kl 10.00, även 14:e dec.

Styrelsen beslutar

att godkänna sammanträdeskalendern med ändringar 2015

§ 127 Revidering av risk och konsekvensanalys (bilaga på sammanträde)

VD informerar styrelsen att inga förändringar av risk och konsekvensanalysen har skett sedan senaste sammanträdet.

Styrelsen beslutar

att inte revidera risk och konsekvensanalysen i nuläget.

RAPPORTER:

§ 128 Verksamhetsrapport november 2014 (bilaga kommer senare).

Styrelsen beslutar

att lägga rapporten till handlingarna.

§ 129 VD presentation om verksamhetsuppföljning

VD presenterar verksamhetsuppföljning och styrkort.

Styrelsen tackar för den information som VD lämnat.

§ 130 Norrtågsfrågor

Ordförande rapporterar kring Norrtåg, nya upphandlingen, bokslutet 2014, reglering trafikkostnader.

Styrelsen beslutar

att med godkännande lägga rapporten till handlingarna.

§ 131 Agenda

Enl. bifogad agenda.

att med godkännande lägga rapporten till handlingarna.

§ 132 Nästa styrelsemöte

Nästa styrelsemöte; 16:e februari på Länstrafikens kansli.
Styrelsen beslutar

att med godkännande lägga rapporten till handlingarna.

§ 133 Övriga frågor

Inga övriga frågor.

§ 134 Enskild diskussion kring avtackning VD

§135 Redovisning linjenätsanalys av Urbanet(Torbjörn, Mats)

Urbanet redovisar projektet Linjenätsanalys, ett klimatmedelprojekt med bidrag från Länsstyrelsen.

Styrelsen beslutar

att lägga rapporten till handlingarna.

§ 136 Avslutning av styrelsesammanträde

Ordföranden tackar ledamöter och deltagande tjänstemän för dagens sammanträde.

Protokoll fört vid extra bolagsstämma med
Länstrafiken i Jämtlands län AB

Plats och tid:
Länstrafiken, Östersund 30Januari 2015

Ombud:	**Antal aktier:**
Robert Uitto, Regionförbundet, ordf.	8.000
	Summa 8.000
	(av totalt 8.000 aktier)

Övriga deltagande:
Thomas Hägg, Styrelseordf, VD.
Alexandra Sidevärn, sekreterare

Paragrafer: 1-8

Underskrifter:

Alexandra Sidevärn
Sekreterare

Thomas Hägg
Ordförande

Robert Uitto
Justerande

§ 1 Stämmans öppnande

Thomas Hägg hälsar de närvarande välkomna.

Han förklarar stämman öppnad.

§ 2 Val av ordförande och sekreterare för stämman

Stämman beslutar

att välja Thomas Hägg till ordförande för stämman, samt

att välja Alexandra Sidevärn till sekreterare för stämman.

§ 3 Justering av röstlängd

Upprop genomförs. Stämman konstaterar att 8000 av bolagets aktier finns representerade genom närvarande ombud Robert Uitto.

§ 4 Val av justeringsman

Stämman beslutar

att utse Robert Uitto att jämte ordföranden justera dagens protokoll.

§ 5 Kallelsens behörighet

Stämman beslutar

Det förklarades att stämman var i behörig ordning sammankallad.

§ 6 Stämmans dagordning

Stämman beslutar

att godkänna dagordningen.

§ 7 Försäljning av aktier i Norrtåg AB

Styrelsen har tagit beslut att föreslå bolagsstämman att sälja bolagets aktier i Norrtåg AB till ägaren Region Jämtland Härjedalen för nominellt värde. Det nominella värdet på aktierna är 500 000 SEK.

Stämman beslutar

att överlåta bolagets aktier i Norrtåg AB till Region Jämtland Härjedalen till det nominella värdet 500 000 SEK.

§ 8 Avslutning

Ordföranden Thomas Hägg tackar ombud och övriga närvarande och förklarar stämman avslutad.

.

Bolagsordning för Norrtåg AB
Organisationsnummer556758-3496

§ 1 Bolagets firma
Bolagets firma är Norrtåg AB.

§2 Bolagets säte
Bolaget har sitt säte i Umeå, Västerbottens län

§3 Ändamålet med bolagets verksamhet
Ändamålet med bolagets verksamhet är att för Kollektivtrafikmyndigheten i Norrbottens, Västerbottens, Jämtlands och Västernorrlands län bedriva persontrafik med tåg på dag i respektive län (regional) och mellan länen och mellan länen och angränsande län (interregional) enligt överenskommelse med staten.

§ 4 Föremålet för bolagets verksamhet
Föremålet för bolagets verksamhet är att, utan vinstsyfte, bedriva persontrafik med tåg inom och i anslutning till de fyra nordligaste länen, jämte därmed förenlig verksamhet.

Likvideras bolaget skall dess behållna tillgångar tillfalla aktieägarna i proportion till deras aktieinnehav.

§5 Kollektivtrafikmyndighetens rätt att ta ställning
Bolaget skall bereda de parter som ingår i konsortialavtalet för Norrtåg AB möjlighet att ta Ställning innan sådana beslut i verksamheten som är av principiell betydelse eller annars av större vikt fattas.

Parterna skall godkänna bolagsordningen.

Vad gäller ägardirektiv skall parterna besluta till den del som avser bolagets huvuduppgift och verksamhetsinriktning. Vidare skall parterna fastställa övergripande och principiellt viktiga policy och inriktningsbeslut, såsom:

- mål och riktlinjer för verksamheten och ekonomin
- beslut om borgen
- kapitaltillskott (nyemission, förlusttäckning, driftbidrag mm)
- ansvarsfrihet om ej revisor tillstyrkt sådan
- godkännande av förvärv av bolag, bildande av bolag eller förvärv av bolags rörelse
- frivillig likvidation, fusion eller fission av bolag, samt
- försäljning av bolag eller del av bolag eller sådant bolags rörelse
- beslut av större vikt avseende bolagets inköpsorganisation eller beslut avseende större eller principiellt viktiga upphandlingar
- beslut om samarbetsavtal med extern part
- beslut i annat ärende av principiell betydelse eller annars av större vikt

§ 6 Aktiekapital
Aktiekapitalet skall vara lägst 2 000 000 kronor och högst 8 000 000 kronor.

§ 7 Antalet aktier
Antalet aktier skall vara lägst 2 000 och högst 8 000.

§8 Styrelsens sammansättning

Styrelsen skall bestå av åtta ledamöter och fyra suppleanter.
Partema enligt konsortialavtalet skall inom varje län tillsammans utse två ledamöter och en suppleant.

Styrelsen utses för tiden från den ordinarie bolagsstämman som följer närmast efter det val till respektive fullmäktige förrättats intill slutet av den ordinarie bolagsstämman som följer närmast efter nästa val till fullmäktige.

Styrelsens ordförande utses på ordinarie bolagsstämma, intill slutet av nästa ordinarie bolagsstämma.

§9 Revisor
För granskning av bolagets årsredovisning jämte räkenskaperna samt styrelsens och verkställande direktörens förvaltning utses på ordinarie bolagsstämma en revisor med högst en suppleant eller ett revisionsbolag.

§10 Lekmannarevisorer
För samma period som gäller för bolagets styrelse skall en lekmannarevisor utses av parterna, i respektive län, enligt konsortialavtalet.

§11 Kallelse till bolagsstämma
Kallelse till bolagsstämman skall ske genom brev med posten till aktieägarna tidigast sex och senast två veckor före stämman.

§12 Ärende på årsstämma
På årsstämman skall följande ärenden förekomma:

1. Stämmans öppnande
2. Val av ordförande vid stämman
3. Upprättande och godkännande av röstlängd
4. Val av minst en justeringsman
5. Prövning av huruvida stämman blivit behörigen sammankallad.
6. Godkännande av dagordning
7. Framläggande av årsredovisning och revisionsberättelse och lekmannarevisorns granskningsrapport samt, i förekommande fall, koncernredovisning och koncernrevisionsberättelse
8. Beslut om:
   a) fastställande av resultat- och balansräkning samt, i förekommande fall, koncernbalansräkning och koncernresultaträkning,
   b) disposition av bolagets vinst eller förlust enligt den fastställda balansräkningen,
   c) ansvarsfrihet åt styrelseledamöter och verkställande direktör

9. Fastställande av arvoden till styrelse och auktoriserade revisorer samt lekmannarevisorer
10. I förekommande fall val av auktoriserad revisor samt eventuell revisorssuppleant
11. Arbetsordning för styrelsen och tidsplan för kommande års ägarråd.
12. Annat ärende, som ankommer på bolagsstämman enligt aktiebolagslagen eller bolagsordningen.

§ 13 Bolagsstämmans kompetens
Beslut i följande frågor ska alltid fattas av bolagsstämman

- årligt fastställande av handlingsprogram med strategiska mål för de närmaste tre räkenskapsåren
- ram för upptagande av krediter

- förändring av aktiekapitalets storlek
- bildande, förvärv eller försäljning av bolag
- förvärv eller försäljning av fast egendom
- borgensåtaganden
- ändring av bolagsordning
- beslut i annat ärende av principiell betydelse eller annars av större vikt.

§14 Räkenskapsår
Bolagets räkenskapsår skall vara kalenderår.

§ 15 Firmateckning
Styrelsen får ej bemyndiga annan än styrelseledamot eller VD att teckna bolagets firma. Sådant bemyndigande får endast avse två personer i förening.

§ 16 Hembud
Har aktie övergått till person, som inte förut är aktieägare i bolaget, skall aktien genast hembjudas aktieägarna till inlösen genom skriftlig anmälan hos bolagets styrelse. Åtkomsten av aktien skall därvid styrkas samt, där aktien övergått genom köp, uppgift lämnas om den betingade köpeskillingen.

När anmälan gjorts om akties övergång, skall styrelsen genast skriftligen meddela detta till varje lösningsberättigad, vars postadress är införd i aktieboken eller eljest känd för bolaget, med anmodan till den, som önskar begagna sig av lösningsrätten, att skriftligen framställa lösningsanspråk hos bolaget inom två månader, räknat från anmälan hos styrelsen om akties övergång.

Anmäler sig flera lösningsberättigade, skall företrädesrätten dem emellan bestämmas genom lottning, dock att, om samtidigt flera aktier hembjudits, aktierna först, så långt det kan ske, skall jämnt fördelas bland dem, som framställt lösningsanspråk, i proportion till tidigare innehav.

Lösenbeloppet skall utgöras av akties kvotvärde, som i brist av åsämjande, bestämmes i den ordning gällande lag om skiljeförfarande stadgar. Lösenbeloppet skall erläggas inom en månad från den tidpunkt, då lösenbeloppet blev bestämt.

Om inte inom stadgad tid någon lösningsberättigad framställer lösningsanspråk eller lösen inte erlägges inom föreskriven tid, äger den, som gjort hembudet, att bli registrerad för aktien.

§17 Inspektionsrätt
Delägarna och landstingsfullmäktige i Norrbottens,Västerbottens, Jämtlands och Västernorrlands län har rätt att ta del av bolagets handlingar och räkenskaper samt i övrigt inspektera bolaget och dess verksamhet. Detta gäller dock endast i den mån hinder inte möter på grund av författningsreglerad sekretess.

.

Ägardirektiv Norrtåg AB

Org. nr 556 758-3496

Mellan Länstrafiken i Jämtlands län, Länstrafiken i Västerbotten AB, Kommunalförbundet Norrbottens läns kollektivtrafikmyndighet och Kommunalförbundet Kollektivtrafikmyndigheten i Västernorrlands län - nedan benämnda ägarna -har följande direktiv för det gemensamt ägda NorrtågAB - nedan benämnt bolaget - överenskommits.

Ägardirektiv

Förutom lagar och författningar regleras bolagets verksamhet och bolagets förhållande till de parter som framgår av konsortialavtal, bolagsordning av avtal tecknat med Trafikverket (f.d. Rikstrafiken) om utvecklingsprojekt Norrtåg. Bolagets styrelse och verkställande direktör har att följa utfärdade direktiv, såvida dessa inte strider mot bolagsordningen, mot tvingande bestämmelser i lag eller annan författning, exempelvis aktiebolagslagen och offentlighets- och sekretesslagen, eller strider mot bolagets intresse.
Detta ägardirektiv är ett komplement till bolagsordningen.

Bolagets uppdrag

- Bolaget skall för ägarna bedriva persontrafik med tåg på dag i respektive län (regional) samt mellan länen och angränsande län enligt överenskommelse med staten/Trafikverket.
- Bolaget skall arbeta i enlighet med avtalet tecknat med Trafikverket (f.d. Rikstrafiken) om utvecklingsprojekt Norrtåg.
- Bolaget skall årligen fastställa en trafikförsörjningsplan. Trafikåret är ca 15 december- 15 december.
- Genom samverkan med ägarna planera, samordna och upphandla persontrafik med tåg med hög kundtillfredsställelse.
- Bolaget skall erbjuda en rationell och effektiv persontrafik med tåg.
- Bolaget skall svara för att regionens invånare erbjuds en attraktiv persontrafik med tåg med hög tillgänglighet och standard. Regelbundna resor för pendling mellan i trafikförsörjningsplanen utpekade orter är viktiga att tillgodose.
- Trafikutbudet skall, i dialog med ägarna, samordnas med den övriga interregionala trafiken.
- Bolaget skall utveckla ett väl fungerande samarbete med ägarna och trafikentreprenörerna varvid kompetensen hos dessa skall tillvaratas.
- Att årligen redovisa till ägarna resandeutvecklingen samt uppföljning i enlighet med avtalet tecknat med Trafikverket (f.d. Rikstrafiken) om utvecklingsprojektet i Norrtåg.
- Bolaget ska i möjligaste mån eftersträva upphandling med incitament/nettoavtal för trafikföretagen.

Ägarnas ställningstagande

Bolaget ansvarar för att ägarna får ta ställning innan sådana beslut i verksamheten som är av principiell beskaffenhet eller annars av större vikt fattas, bland annat

- förändring av aktiekapitalets storlek
- bildande, förvärv eller försäljning av bolag
- förvärv eller försäljning av fast egendom
- borgensåtaganden
- ändring av bolagsordning
- beslut av större vikt avseende bolagets inköpsorganisation eller beslut avseende större eller principiellt viktiga upphandlingar
- beslut om samarbetsavtal med extern part
- beslut i annat ärende av principiell betydelse eller annars av större vikt.

Av bolagsordningen framgår att vissa beslut i bolaget fattas av bolagsstämman. En fråga som faller utanför uppräkningen i bolagsordningen kan trots detta vara en sådan fråga som kräver ställningstagande enligt denna punkt. Uppstår tveksamhet huruvida ställningstagande krävs, ska bolaget samråda med ägarna.

Informationskrav

Bolaget ska, utifrån de tidplaner som upprättas av ägarna, utan dröjsmål överlämna följande information.

- **Årsredovisning**

  Utöver krav i aktiebolags- och bokföringslag gäller att bolagets årsredovisning/bokslut samordnas med delägarnas årsredovisning.

- **Delårsrapporter**

  Bolaget ska redovisa kvartalsrapporter till ägarna. Rapporterna ska innehålla prognos för helårsresultat

- **Övrigt**

  Delägarna och delfinansiär, de s.k. parterna har rätt att ta del av bolagets handlingar och räkenskaper samt i övrigt inspektera bolaget och dess verksamhet. Detta gäller dock endast i den mån hinder inte möter på grund av författningsreglerad sekretess. Partema har rätt att använda revisor eller annat biträde vid granskning enligt punkten 10 i konsortialavtalet.

  Bolaget skall årligen inbjuda parterna till informationsmöten.

Förvaltningsberättelsen

Bolagets styrelse ska årligen i förvaltningsberättelsen, utöver vad aktiebolagslagen stadgar, redovisa hur verksamheten bedrivits och utvecklats mot bakgrund av det i bolagsordningen och dessa direktiv angivna syftet och ramarna med densamma. Uttalandet ska vara så utformat att det kan läggas till grund för lekmannarevisorns granskning liksom för ägarnas uppsikt och beslut enligt 6 kap. 1 och 1 a §§ kommunallagen.

Granskningsrapporten

Det åligger bolagets lekmannarevisorer att årligen i sin granskningsrapport särskilt yttra sig om huruvida bolaget bedrivits på ett ändamålsenligt sätt utifrån det syfte som angivits i bolagsordningen och i detta ägardirektiv, liksom de befogenheter som utgör ram för verksamheten.
Lekmannarevisorerna ska snarast uppmärksamma ägarna på om bolaget brister i de avseenden som omnämns i första stycket.

Samråd mellan bolaget och parterna.
Partema enligt konsortialavtalet skall årligen till bolaget, före februari månads utgång lämna ett gemensamt underlag inför kommande trafikår ca den 15 december – 15 december.

Bolaget skall samverka med parterna inför varje trafikår.

Bolaget skall samverka med parterna i framtagandet av trafikförsörjningsprogrammen inom varje län.

Inflytande för parterna.
Parterna utövar, enligt konsortialavtalet, sitt inflytande genom ägarråd. Ägarrådet skall bestå av två representanter från varje part.

Ägarråd skall hållas minst två gånger per år. I god tid innan bolagsstämman skall ett ägarråd hållas där förslag om ägardirektiv till bolagsstämman skall läggas fast.
Vid ägarråden skall bolaget lämna information om verksamheten.

Ägarrådets och bolagsstämmans agenda förbereds av delägarnas verkställande chefer och den tjänsteman som delfinansiärerna utser minst 6 veckor före bolagsstämman.

Sekretess
Föreligger på grund av lagstadgad sekretess hinder mot att överlämna viss uppgift till ägaren får uppgiften uteslutas. Bolaget ska i så fall uppge att strykning/utelämnande skett.

Bolagets verksamhet
Föremålet för bolagets verksamhet anges i bolagsordningen för bolaget. Bolaget får inte bedriva verksamhet som inte är förenligt med bolagsordningen.

Samråd vid upphandling.
Upphandling av trafik skall ske i fullständig samverkan mellan bolaget och berörd(-a) delägare.
Detta innebär bl.a.

- att för varje upphandling utses en upphandlingsgrupp som skall innehålla personer från bolaget och delägarna.

- att förfrågningsunderlaget tas fram gemensamt.

- att upphandlingsgruppen skall godkänna förfrågningsundertaget

- att genomgång av inkomna anbud sker av bolaget och redovisas till delägarna. Beslut om entreprenör fattas efter samråd med delägarna.

- att om ägares budget överskrids av trafikavtalet ska delägarens(-nas) godkännande inhämtas före undertecknande.

- att berörda delägare ska godkänna tilläggskontrakt, uppsägningar av trafik, dispenser m.m. under gällande avtalsperiod som har ekonomisk betydelse för ägarna.

Direktivens giltighet
Dessa direktiv gäller tills ägarna gemensamt fattat beslut om nya direktiv på bolagets stämma.

.

Konsortialavtal Norrtåg AB

Org. nr 556 758-3496

1. Parter

Delägare
1.1 Kommunalförbundet Kollektivtrafikmyndigheten i Västernorrlands län
1.2 Länstrafiken i Jämtland AB
1.3 Länstrafiken i Västerbotten AB
1.4 Kommunalförbundet Norrbottens läns kollektivtrafikmyndighet

Delfinansiär
1.5 Landstinget Västernorrland
1.6 Jämtlands läns landsting
1.7 Västerbottens läns landsting
1.8 Norrbottens läns landsting

2. Bakgrund

På uppdrag av ägarna bildade Västernorrlands läns Trafik AB, Länstrafiken i Jämtland AB, Länstrafiken i Västerbotten AB samt Länstrafiken i Norrbotten AB, Norrtåg AB 2008-02–29. Beslut om konsortialavtal togs hos bildarna samt länstrafikansvariga med finansieringsansvar för Norrtåg AB, d.v.s. Landstinget Västernorrland, Jämtlands läns landsting, Västerbottens läns landsting och Norrbottens läns landsting.
De länstrafikansvariga med finansieringsansvar hade i ägardirektiven till respektive trafikhuvudman uppdragit att tillsammans med övriga trafikhuvudmän i de fyra nordligaste länen bilda ett gemensamt bolag för att hantera tågfrågorna.
Från och med den 1 januari 2012 gäller en ny lag, Lag (2010:1065) om kollektivtrafik. Landstinget och kommunerna inom ett län ansvarar gemensamt för den regionala kollektivtrafiken. I varje län skall det finnas en regional kollektivtrafikmyndighet. De fyra länen har valt att organisera kollektivtrafikmyndigheten på olika sätt.
Från och med den 1 januari 2013 infördes ändringar i kommunallagen (3 kap. 17 §) som innebär att bolagsordningar i kommunala aktiebolag ska innehålla uppgifter om bland annat det kommunala ändamålet med bolaget och vilka kommunalrättsliga principer som gäller för bolaget (ägardirektiv är inte längre tillräckligt). Detta avtal har med anledning av detta reviderats och skall vara förenligt med konsortialavtal/samarbetsavtal för kollektivtrafiken för respektive län och varje delägare skall följa de ägardirektiv/reglementen som finns inom varje län.

Partema kallas nedan gemensamt Delägarna och var för sig Delägare.

Norrtåg AB skall tillse att alla beslut som enligt kommunalrättsliga principer eller av andra skäl erfordrar godkännande av kollektivtrafikmyndigheten i varje län hänskjuts till partema för godkännande innan beslut fattas.

3. Bakgrund till bildandet av Norrtåg AB

I ett beslut i Riksdagen den 30 maj 2006 (2005/06:131 § 12) beslutades propositionen "Moderna transporter" att undersöka förutsättningarna för försöksverksamhet på delar av det norrländska järnvägsnätet. Försöket innebär att trafikhuvudmännen i de fyra nordligaste svenska länen (Västernorrland, Jämtland, Västerbotten och Norrbotten) erbjöds möjligheten att få trafikeringsrätten för all regional dagtågstrafik inom området, med något mindre undantag. Trafikverket (f.d. Rikstrafiken) utredde frågan och regeringen tog ett beslut om försöket under 2007.

Intresseföreningen Norrtåg hade under flera års tid drivit frågan om ett samlat trafiksystem för persontrafik på järnväg. Därigenom underlättas såväl arbets- som utbildningspendling inom större områden, samtidigt som de större orterna i regionen förbinds med snabba och frekventa förbindelser. Mot bakgrund av detta beslutade Delägarna att bedriva verksamhet i det av Delägarna gemensamt ägda aktiebolaget Norrtåg AB, org. nr.556758-3496 ("Bolaget").

Ett avtal om ett utvecklingsprojekt i Norrland tecknades mellan Trafikverket (f.d. Rikstrafiken) och Norrtåg AB i juni 2008. Den myndighet/organisation som har övertagit trafikhuvudmännens (bildarna av Norrtåg) ansvar står som garanter till detta avtal. Avtalet är giltigt till och med den 1 juli 2017.

4. Bolagsordning

4.1 Bolaget antog vid bolagsstämma 2013... bolagsordningen med lydelse som framgår av bilaga 1.

4.2 Skulle bestämmelse i detta avtal strida mot bolagsordningen, skall i förhållandet mellan Delägarna, detta avtal gälla före bolagsordningen.

5. Fördelning av aktier, kapitaltillskott och kapitaltickning

5.1 Delägarna skall vardera äga 1/4 av aktierna.

5.2 Aktiekapitalet skall vara lägst 2 000 000 kronor och högst 8 000 000 kronor.
För närvarande har delägarna tillskjutit 500 000 kronor vardera till Bolaget så aktiekapitalet uppgår för närvarande till 2 000 000 kronor.

5.3 Om Delägarna gemensamt beslutar att skjuta till kapital till Bolaget skall varje Delägare skjuta till en andel av det totala tillskottet som motsvarar Delägarens andel av aktierna.

5.4 Delägarna till Norrtåg AB förbinder sig härmed att svara för att det egna kapitalet i Norrtåg AB vid varje tillfälle uppgår till minst hälften av det registrerade aktiekapitalet. Parterna emellan svarar delägarna för sin andel av egna kapitalet.
Aktieägartillskott skall kunna lämnas och bestämmas vara villkorligt, innebärande att återbetalning skall kunna göras ur disponibla vinstmedel enligt fastställd balansräkning, under förutsättning att sådan betalning inte står i strid med god affärssed.

6. Bolagets ledning och förvaltning

6.1 Bolagets styrelse skall bestå av åtta ledamöter och fyra suppleanter. Partema i varje län utser vardera två ledamöter och en suppleant.

6.2 Inom styrelsen skall finnas en ordförande och vice ordförande. Dessa utses på ordinarie bolagsstämma för perioden intill slutet av nästa ordinarie bolagsstämma.

6.3 Styrelsen skall ha minst fyra styrelsesammanträden per år.

6.4 Styrelsen ska utse verkställande direktör för Bolaget.

6.5 Med reservation för vad nedan i punkt 6.6 sägs, fattas beslut vid styrelsesammanträde med enkel majoritet. Ordföranden äger utslagsröst vid omröstning i andra frågor än de i punkt 6.6 angivna.

6.6 styrelsebeslut med representation från samtliga delägare där styrelseledamöterna är eniga erfordras alltid i följande frågor:

A Ekonomi:

Förslag till bolagsstämma angående ändring av Bolagets aktiekapital eller utgivande av konvertibla skuldebrev, skuldebrev förenade med optionsrätt till nyteckning eller vinstandelsbevis, med undantag för ökning av aktiekapitalet i enlighet med 4.2 ovan.

Förslag till bolagsstämma angående bolagets vinst eller förlust (vinstutdelning).

Fastställande av Bolagets bokslut och budget för varje räkenskapsår.

Åtgärder av sådan art att Bolagets totala risknivå väsentligen förändras.

Bolagets upptagande av lån eller annan kredit samt ingående av borgensförbindelse eller ställande av garanti eller annan säkerhet avseende ett belopp överstigande tio basbelopp enligt lagen om allmän försäkring.

Beslut om att Bolaget skall träda i likvidation, i annat fall än som följer av lag.

Förvärv, avyttring eller bildande av dotterbolag samt beslut om att dotterbolag skall träda i likvidation, i annat fall än som följer av lag.

Förvärv eller överlåtelse av tillgång av väsentligt värde. Förvärv av tåg eller ingående av leasingavtal angående tåg.

B Bolagsadministrativa frågor:

Förslag till ändring av bolagsordningen utöver vad aktiebolagslagen därom stadgar.

Ingående av avtal med Delägare eller med närstående till Delägare Tillsättande av verkställande direktör.
Förordnande av ledamöter som firmatecknare.

C Trafiktekniska frågor:

Principer för taxesättning och trafikering som skall tillämpas av Bolaget

D Övriga frågor av väsentlig betydelse för Bolagets verksamhet.

Om beslut i fråga där enhällighet enligt ovan krävs, inte kan fattas beroende på att ledamot inte är närvarande vid sammanträdet eller om enighet annars inte uppnås, skall ärendet bordläggas och avgöras vid ett styrelsesammanträde, att hållas tidigast två och senast fyra veckor därefter på tid som ordföranden bestämmer, genom enhälligt beslut av de då närvarande ledamöterna. Uppnås inte vid detta senare styrelsesammanträde enighet, skall på yrkande av en styrelseledamot frågan hänskjutas till avgörande, genom enhälligt beslut av de då närvarande ägarna, på bolagsstämma, att hållas tidigast två och senast fyra veckor därefter på tid som ordföranden bestämmer.

7. Finansiering av trafik medmera

7.1 Kostnader och intäkter för trafiken skall fördelas mellan Delägarna på sätt som framgår av Bilaga 2.

7.2 Övriga gemensamma, icke trafikrelaterade, kostnader fördelas enligt följande principer:
Finansiering av bolagets administrativa verksamhet framgår av Bilaga 3.
Finansiering av verksamheten under bolagets uppbyggnad sker genom särskild uppgörelse som framgår av Bilaga 3
Delägare kan tillhandahålla administrativa tjänster till Bolaget för självkostnadspris Delägare står för egna kostnader och resor inom samarbetet.

7.3 Samma principer som anges i 7.1 ovan skall gälla i fall där Delägarna beslutar att skjuta till ytterligare driftsbidrag till Bolaget.

7.4 Delägare skall inte ha någon skyldighet att ställa borgengaranti eller annan säkerhet tör Bolaget eller dess förpliktelser.

7.5 Om Delägarna gemensamt beslutar att ställa borgen, garanti eller annan säkerhet for Bolaget eller dess förpliktelser skall varje Delägare ställa ut en andel av den totalt utställda säkerheten som motsvarar Delägarens andel av Bolagets totala trafikvolym, räknat i körda kilometer inom respektive Delägares trafikområde det trafikår säkerheten ingås. Med trafikområde avses det län inom vilket respektive Delägare har sitt säte.

7.6 Om Delägare som efter gemensamt beslut med övriga Delägare ställt borgen, garanti eller annan säkerhet för Bolaget eller dess förpliktelser nödgas infria den ställda säkerheten till högre belopp än vad som framgår enligt 7.5 ovan skall Delägarna emellan gälla att varje Delägare svarar for det totalt utgivna beloppet i förhållande till Delägarens andel av Bolagets totala trafikvolym, räknat i körda kilometer inom respektive Delägares trafikområde det trafikår säkerheten infriades. Med trafikområde avses det län inom vilket respektive Delägare har sitt säte.

8.Bolagsstämma

Ordförande på Bolagets bolagsstämma 2008 var styrelseledamot i Västernorrtands läns Trafik AB. Ordföranden på bolagsstämma 2009 var ordinarie styrelseledamot i Länstrafiken i Jämtland AB. Ordförande på bolagsstimman 2010 var ordinarie styrelseledamot i Länstrafiken i Västerbotten län AB och ordförande på bolagsstämma 20Il var ordinarie styrelseledamot i Länstrafiken i Norrbotten AB.

Därefter skall ordförandeskapet på Bolagets bolagsstämmor rotera mellan Delägarna på motsvarande sätt och i motsvarande ordningsföljd.

9. Utövande av rösträtt

Delägarna förbinder sig att utöva rösträtt för av dem vid varje tidpunkt innehavda aktier i Bolaget i enlighet med bestämmelserna i detta avtal. Delägarna förbinder sig jämväl att lämna av dem nominerade styrelseledamöter instruktioner att fullgöra sina uppdrag i enlighet med bestämmelserna i detta avtal samt att jämväl i övrigt verka for uppfyllande av avtalets syfte.

10. Insyn

Partema har rätt att ta del av bolagets handlingar och räkenskaper samt i övrigt inspektera bolaget och dess verksamhet. Detta gäller dock endast i den mån hinder inte möter på grund av författningsreglerad sekretess. Partema har rätt att använda revisor eller annat biträde vid granskningen.

11. Inflytande för partema

Partema utövar sitt inflytande genom ägarråd. Ägarrådet skall bestå av två representanter från varje part.

Ägarråd skall hållas minst två gånger per år. I god tid innan bolagsstämman skall ett ägarråd hållas där förslag om ägardirektiv till bolagsstämman skall läggas fast.
Vid ägarråden skall bolaget lämna information om verksamheten.
Ägarrådets och bolagsstämmans agenda förbereds av delägarnas verkställande chefer och den tjänsteman som delfinansiärerna utser minst 6 veckor före bolagsstämman.

Vid bolagsstämman skall arbetsordning och tidsplan för kommande års ägarråd läggas fast.

12. Firmateckning

Firman tecknas av styrelsen eller av två av styrelsens ledamöter i förening, i enlighet med styrelsens beslut.

Härutöver har verkställande direktören eller den styrelsen bemyndigar firmateckningsrätt för löpande förvaltningsåtgärder.

13. Överlåtelse av aktier

13.1 Delägare äger inte överlåta aktier i Bolaget så länge Bolagets avtal med staten avseende specialdestinerade medel giller, utom i fall som anges i punkt 13.2- 13.4.

13.2 Delägare äger överlåta sina aktier, nedan i denna bestämmelse kallade Aktier, i Bolaget, under förutsättning att nedan stadgade föreskrifter iakttas.

Delägarna åtar sig gentemot varandra att, därest Delägare skulle önska sälja eller på annat sätt avhända sig sina Aktier inte sluta bindande avtal därom förrän de andra Delägarna haft tillfälle att efter förhandling ta ställning till huruvida de önskar förvärva Aktierna ifråga för en köpeskilling per Aktie som motsvarar dess kvotvärde. Sådan förhandling skall anses avslutad inom två månader efter det att skriftligt erbjudande lämnats till övriga Delägare. Kan överenskommelse om köpeskilling ej uppnås skall köpeskillingen bestämmas av skiljemän enligt punkt 19.Aktiens lösenbelopp skall motsvara aktiens kvotvärde.

Önskar flera Delägare förvärva Aktierna, skall fördelning av Aktierna mellan Delägarna, så långt kan ske, verkställas i förhållande till Delägarnas förutvarande innehav av Aktier och återstoden f ö rdelas genom lottning.

13.3 Skulle inte någon Delägare förvärva Aktierna är den överlåtande Delägaren fri att inom tre månader från den dag köpeskillingen blev bestämd enligt punkt 12.2 andra stycket överlåta Aktierna till annan på likvärdiga villkor som erbjudits till de andra Delägarna, varvid hembudsklausulen i Bolagets bolagsordning skall äga tillämpning. Den överlåtande Delägaren är därvid skyldig att dels meddela förvärvaren, att Aktierna överlåts med skyldighet för förvärvaren att i vad de av honom förvärvade Aktierna ankommer biträda detta konsortialavtal och inträda som Delägare, dels tillse att förvärvaren på samtliga exemplar av detta konsortialavtal tecknar följande förbindelse:

"Sedan vi från _____ förvärvat _____ aktier i Bolaget biträder vi härmed detta avtal för såväl dessa aktier som de aktier vi ytterligare kan komma att erhålla i Bolaget och förbinder vi oss att fullgöra de förpliktelser som enligt avtalet åvilar säljaren för samma aktier".

13.4 Har överlåtelse skett och har de andra Delägarna inte skriftligen godkänt förvärvaren i den överlåtande Delägarens ställe, eller om sådant godkännande föreligger, förvärvaren inte tecknat förbindelse varigenom förvärvaren inträder som part i detta konsortialavtal,svarar den överlåtande Delägaren för att förvärvaren fullgör sina förpliktelser enligt detta avtal och att varken Delägarna eller Bolaget tillskyndas skada eller fö rlust av sådan överlåtelse. Detta den överlåtande Delägarens ansvar gäller så länge detta avtal är i kraft.

14. Sekretess

Delägare förbinder sig att inte för utomstående avslöja information och kunskap om Bolaget eller övriga Delägare, som Delägare fått del av på grund av detta avtal, och som dessförinnan inte var tillgänglig för Delägare eller är eller blir allmänt känd på annat sätt än genom brott mot detta avtal; allt iden utsträckning detta åtagande inte står i strid med gällande rätt.

15. Meddelanden

Meddelanden i anledning av detta avtal skall vara skriftliga och sändas till motparten med post, telefax eller bud.

Meddelande skall anses vara delgivet motparten senast fem dagar efter det att meddelandet avsänts med posten som rekommenderat brev.

16. Ändringar

Ändringar av och tillägg till detta avtal skall för att vara bindande vara skriftligen avfattade och undertecknade av samtliga parter.

17. Avtalstid med mera

Detta avtal skall gälla till och med den l juli 2017.

Sker inte skriftlig uppsägning senast arton månader dessförinnan gäller avtalet därefter tillsvidare med en ömsesidig uppsägningstid om arton månader.

Delägare som uppsäger avtalet till upphörande anses därigenom ha erbjudit övriga Delägare att förvärva hans aktier i Bolaget, varvid punkt 12 skall gälla i tillämpliga delar. Skulle inte övriga Delägare förvärva aktierna, skall avtalet upphöra att gälla per den dag till vilken avtalet uppsagts.

Utöver vad som sagts ovan äger Delägare rätt att omedelbart uppsäga detta avtal i förtid, om Delägare bryter mot bestämmelse i detta avtal och avtalsbrottet är av väsentlig betydelse för annan Delägare, samt den felande Delägaren inte inom 30 dagar efter skriftlig anmaning därom vidtagit rättelse.

Delägare mot vilken avtalsbrottet begåtts skall ha rätt att efter eget val kräva antingen att Delägare som begått avtalsbrottet genast förvärvar den uppsägande Delägarens aktier för en köpeskilling motsvarande aktiernas verkliga värde eller att Delägare som begått avtalsbrottet genast erbjuder övriga Delägare att förvärva hans aktier i Bolaget, varvid punkt 12 skall äga tillämpning.

18. Avtalets upphörande

Skulle detta avtal upphöra att gälla, skall extra bolagsstämma hållas i Bolaget så snart det är möjligt. På bolagsstämman skall beslut fattas om att Bolaget skall träda i likvidation, såvida ej Delägarna dessförinnan kan enas om annat.

Likvidator skall, efter ansökan från bolagets styrelse, utses av behörig tingsrätt.

19. Giltighet

Detta avtal förutsätter för sin giltighet att avtalet godkänns av respektive Delägares styrelse.

20. Tvister

Tvist i anledning av detta avtal skall avgöras av allmän domstol

Detta avtal har upprättats i fyra originalexemplar av vilka delägarna tagit var sitt. Avtalet är en revidering av avtalet tecknat den l juni 2007 och är giltigt till den l juli 2017.

Ort, datum	Ort, datum
Kommunalförbundet Kollektivtrafikmyndigheten I Västernorrlands län	Länstrafiken i Jämtland AB
Ort, datum	Ort, datum
Länstrafiken i Västerbotten AB	Kommunalförbundet Kollektivtrafikmyndigheten i Norrbottens län

Bilaga l Bolagsordning
Bilaga 2 Finansiering av trafik
Bilaga 3 Finansiering av bolagets administration

Bilaga 2
Konsortialavtal Norrtåg AB

Finansiering av trafik

Kostnaderna fördelas i förhållande till det trafikarbete • i detta fall den trafikproduktion uttryckt i kilometer •som utförs inom respektive lin.

Intäkterna – i detta fall biljettintäkterna – fördelas i förhållande till de intäkter som trafikproduktionen genererar inom respektive län.

Innebörden för innevarande trafikavtal

Norrtåg AB genomförde under perioden november 2009-april 2010 en operatörsupphandling avseende tågtrafik. Trafiken upphandlades som en tjänstekoncession . Detta innebär att operatören erhåller intäkterna. Efterslutförd upphandling kom parterna vid ägarråd den 7 juni 2010, överens om följande tolkning av ovanstående principer.

1. Utgångspunkten är totalkostnaden för produktionen som utgörs av operatörens kostnader från anbudet plus de kostnader som Norrtåg AB skall bära.
2. Nästa förutsättning tas från de totala intäkter operatören angivit i sitt anbud. Härigenom erhålls ett totalt underskott av hela produktionen.
3. Därefter beräknas ett underskott från respektive län fram. Kostnaderna fördelas till Respektive län i förhållande till tågkilometerproduktionen.
4. Intäkterna fördelas i förhållande till resandekilometer i respektive län. Härigenom erhålls ett beräknat underskott för respektive län.
5. Relationen mellan underskottet för respektive län och det totala underskottet används som fördelningsnyckel.

Exempel:

1. *Län A har ett visst år en produktion på 1 468 000 tågkilometer, d.v.s 37 % av totalt 3 950 000 tågkilometer. Detta motsvarar 542 mkr av den totala produktionskostnaden på 1466 mkr.*
2. *Vidare har man i detta exempel samma år en större andel personkilometer(exempelvis 39 %) detta innebär att 327 mkr av de totala intäkterna på 838 mkr kopplas till län A*
3. *Län A:s andel av det totala underskottet 628 mkr (1466-838=628) är 215 mkr (542-327 = 215) eller 34%. Län A:s andel av finansieringen blir 34% eller 21,9 av totalt 64,4 mkr. Att jämföra med 23,8 mkr (37%) om enbart produktionen spelade roll. Detta gör att Län A, som enligt konsortialavtalet får betala en vägd andel av både produktionen och resandet kompenseras för en större andel av resandet än av trafikproduktionen*

En reglering av den finansiella fördelningen bör efter varje avtalsår ske mot faktiskt resande.

Bilaga 3
Konsortialavtal Norrtåg AB

Finansiering av bolagets administration

Finansieringen av bolagets administration fördelas i proportion till den trafikproduktion – uttryckt i kilometer - som utförs inom respektive län.

Finansieringen av bolagets administration under bolagets uppbyggnad - fram tills den dag då Botniabanan tas i trafik – sker genomsärskild uppgörelse där kostnaderna fördelas lika mellan parterna.

Jan Molde 2012-04-24

Organisation av kollektivtrafikfrågor i Jämtlands län

- ett diskussionsunderlag

Förord

Regionförbundet Jämtlands län har uppdragit åt mig att ta fram ett underlag för diskussioner om framtida organisation av kollektivtrafikfrågorna i länet. Underlaget skulle ge en överblick av hur man i olika delar av landet valt att organisera verksamheten. Dessutom skulle för- och nackdelar med olika organisationsformer belysas.

Detta diskussionsunderlag grundar sig dels på ett antal skriftiga källor, dels på ett stort antal intervjuer med olika personer, såväl inom länet som i andra delar av landet. De källor jag använt mig av redovisas i källförteckningen längst bak i dokumentet.

För tolkning och slutsatser av dessa skriftiga och muntliga källor svarar jag själv.

Det är min förhoppning att denna min rapport kan fungera som underlag för diskussioner och beslut om en framtida organisation av verksamheten som ger förutsättningar för en positiv utveckling av kollektivtrafiken i länet till rimliga kostnader.

Östersund i april 2012

Jan Molde

Innehållsförteckning

Förord 2
Bakgrund 4
Länstrafiken i Jämtlands län AB, några fakta 5
Kollektivtrafiken i Jämtlands län - en sammanfattande bild 6
Organisation av kollektivtrafiken i Jämtlands län från och med år 2012 8
Olika organisationsformer i olika län 9
För och nackdelar med olika organisationsformer 12
Alternativa organisationsformer i Jämtlands län framöver, dess konsekvenser samt för- och nackdelar 13
Källförteckning 15

Bakgrund

Från och med år 2012 gäller en ny lag (Lag om kollektivtrafik, SFS 2010:1065) om ansvar och organisation av regional kollektivtrafik.

Lagen innebär i korthet att;

- Landstinget och kommunerna inom ett län ansvarar gemensamt för den regionala kollektivtrafiken i länet.

- I varje län ska det finnas en regional kollektivtrafikmyndighet. Myndigheten ska utövas i förvaltningsform.

- Den regionala kollektivtrafikmyndigheten (hädanefter benämnd RKM) ska upprätta ett trafikförsörjningsprogram som omfattar all regional trafik.

- RKM ska också besluta om så kallad ”allmän trafikplikt”[1],

.

- Kommunerna kan överlåta ansvaret för färdtjänsten till RKM.

- Kommersiella trafikföretag kan fritt etablera linjetrafik inom ett län.

I Jämtlands län har landstinget och länets åtta kommuner under år 2011 fattat beslut om att RKM ska inordnas i Regionförbundet Jämtlands län. Regionförbundet är till sin juridiska form ett kommunalförbund som bildats av Landstinget och länets åtta kommuner.

I Jämtlands län finns sedan tidigare Länstrafiken AB. Detta bolag bildades utifrån tidigare lag om trafikhuvudman från slutet av 1970-talet. Länstrafiken AB har således haft rollen som trafikhuvudman och har därmed både planerat och upphandlat kollektivtrafik i länet. Begreppet trafikhuvudman har försvunnit från och med år 2012. Ansvaret för både planering och upphandling av kollektivtrafik åligger numera kollektivtrafikmyndigheten. Denna kan välja att uppdra åt ett bolag att svara för upphandlingen av trafik och därmed tillhörande frågor eller att sköta dessa frågor inom myndigheten.

Detta diskussionsunderlag beskriver hur man valt att organisera denna typ av frågor i olika län och belyser några av för- och nackdelarna med de olika sätten att organisera verksamheten.

[1] Med ”allmän trafikplikt” avses kollektivtrafik av allmänt intresse som den fria marknaden inte kan erbjuda.

Länstrafiken i Jämtlands län AB, några fakta

Historia
Länstrafiken i Jämtlands län AB bildades i början av 1990-talet för att fylla funktionen av Länshuvudman genom att planera och upphandla kollektivtrafik enligt tidigare lagstiftning. Man hade då provat att först bedriva verksamheten som ett kommunalförbund och senare som en enhet inom landstingets förvaltning. Med det nybildade bolaget ville ägarna uppnå en smidigare organisation som hade lättare att göra affärer och som bättre kunde möta marknadens behov än tidigare.

Ägare
Länstrafiken, som tidigare ägdes av länets kommuner och landstinget, ägs numera av Regionförbundet som förvärvat aktierna till bokfört värde.

Bolagsordning
Enligt gällande bolagsordning ska bolaget ”bedriva kollektivtrafik, administration av kollektivtrafik och andra tjänster avseende kollektivtrafik. Även godshantering med linjetrafik i länet, till grannlänen samt öviga landet ska bedrivas – Bussgods.”

Vidare framgår att ”Bolaget skall bereda Regionstyrelsen i Jämtlands län möjlighet att ta ställning innan sådana beslut i verksamheten som är av principiell betydelse eller annars av större vikt fattas.”

Av bolagsordningen framgår också att Regionstyrelsen utser styrelse i bolaget samt ordförande och vice ordförande i styrelsen.

Uppdragsavtal
Ett särskilt uppdragsavtal mellan Regionförbundet Jämtlands län och Länstrafiken i Jämtlands län AB har träffats. I detta tydliggörs ägarens intentioner avseende inriktningen av bolagets verksamhet utöver vad som framgår av bolagsordningen.

Aktiekapital
Aktiekapitalet uppgick per 2011-12-31 till 8 miljoner. Balansomslutningen uppgick samtidigt till 45,4 miljoner.

Omsättning
Bolagets omsättning uppgick under år 2011 till ca 381 miljoner kronor.

Verksamhetens bedrivande
Länstrafiken bedriver ingen trafik i egen regi utan träffar avtal med olika operatörer som utför trafiken med buss eller bil.

Antal anställda
Antalet anställda i bolaget var vid utgången av år 2011 26 personer. Av dessa arbetade tio personer med Bussgods. Under år 2012 har antalet anställda minskats till 24. En tjänst överfördes från bolaget till RKM från 20120101 för strategiska planeringsfrågor.

Kollektivtrafiken i Jämtlands län - en sammanfattande bild

Allmän trafik

Kollektivtrafiken i Jämtlands län omfattar för närvarande 96 busslinjer som trafikeras med drygt 9,4 miljoner fordonskilometer per år. Därtill kommer 90 anropsstyrda linjer och ca 130 närtrafiklinjer omfattande drygt 2,3 miljoner fordonskilometer per år. Trafiken, som upphandlats av Länstrafiken, utförs av ett 20-tal entreprenörer. De tyngsta linjerna med stor betydelse för arbetspendling finns efter stråken Brunflo – Östersund, Krokom/Ås – Östersund och Lit – Östersund. Efter dessa stråk, och dess förlängningar, finns stor potential för utveckling av trafiken. I länets glesare befolkade områden är arbetspendlingen mycket begränsad. De flesta av länstrafikens linjer på landsbygden är uppbyggda efter behoven av skolskjutsar.

Resandet med kollektivtrafiken under år 2011 har minskat jämfört med tidigare år. Minskningen har framför allt skett bland elevresor. De minskande elevkullarna minskar resbehoven, men det glesare nätet av skolor ställer samtidigt ökade krav på transporter.

Också självfinansieringsgraden har minskat under senare år. År 2005 var den ca 55 % (det betyder att biljettintäkterna stod för 55 % av kostnaderna för trafiken). År 2011 var självfinansieringsgraden under 45 %. Dessa siffror är medelvärden. Självfinansieringsgraden är högre i tätortstrafiken och lägre i landsbygdstrafiken.

Den sjunkande självfinansieringsgraden är delvis en effekt av minskat resande i ett, i huvudsak, oförändrat trafikutbud. En annan orsak är att självfinansieringsgraden inom tätortstrafiken sjönk från drygt 65 % till drygt 50 % i samband med att en ny avtalsperiod inleddes i mitten av år 2007. En tredje orsak är att fler valt att köpa någon form av reskort i stället för att lösa enkelbiljetter. Problem med att ta emot betalning med det nya biljettmaskinsystemet är en ytterligare orsak till att intäkterna minskat under år 2011.

Särskild kollektivtrafik

Färdtjänst

Rätt till färdtjänst har den som på grund av funktionshinder, som inte endast är tillfälligt, har väsentliga svårigheter att förflytta sig på egen hand eller att resa med allmänna kommunikationsmedel[2]. Kommunen ansvarar för färdtjänst för sina invånare, men kan överlåta sina uppgifter till den regionala kollektivtrafikmyndigheten. Tillstånd till färdtjänst prövas i sådana fall av denna myndighet.

Sex av länets åtta kommuner (alla utom Krokoms- och Östersunds kommuner) har sedan tidigare överlåtit ansvaret för färdtjänst till Länstrafiken AB.

Lagen om kollektivtrafik ger inte myndigheten rätt att överlåta frågorna om tillstånd till annan. Av den anledningen har Regionförbundets personal från och med 2012 fattat beslut om färdtjänst efter beredning av Länstrafikens personal.

Vid årsskiftet 2011/2012 hade 2623 personer färdtjänsttillstånd i de sex kommunerna Länstrafiken ansvarar för. Antalet utförda färdtjänstresor uppgick under 2011 till ca 25 000.

[2] Lag om färdtjänst, SFS 1997:736

För närvarande arbetar fyra personer inom Länstrafiken med den särskilda kollektivtrafiken, (färdtjänst, riksfärdtjänst och sjukresor) en chef och tre handläggare. Två med färdtjänst/riksfärdtjänst och en med sjukresor. Arbetsfördelningen dem emellan anpassas dock till arbetsbelastningen från tid till annan.

Beställningscentral och transportörer är upphandlade i konkurrens. Beställningscentralen nyttjas gemensamt för såväl färdtjänst, sjukresor som anropsstyrd trafik

Riksfärdtjänst
Riksfärdtjänst är, liksom färdtjänst, till för de som på grund av funktionshinder inte till normala reskostnader kan resa med allmänna kommunikationer eller utan ledsagare. Riksfärdtjänst avser resor inom Sverige från en kommun till en annan. Rätten till riksfärdtjänst regleras i Lag (1997:735) om riksfärdtjänst.
Kommunen ansvarar för riksfärdtjänst för sina invånare. Den kan dock, precis som när det gäller färdtjänst, överlåta uppgifterna och tillståndsprövningen i enskilda fall till den regionala kollektivtrafikmyndigheten.

Sex av länets åtta kommuner (alla utom Krokoms- och Östersunds kommuner) har sedan tidigare överlåtit ansvaret för färdtjänst till Länstrafiken AB.

Lagen om kollektivtrafik ger inte myndigheten rätt att överlåta frågorna om tillstånd till annan. Av den anledningen har Regionförbundets personal från och med 2012 fattat beslut om riksfärdtjänst efter beredning av Länstrafikens personal.

Antalet riksfärdtjänstresor uppgick till 184 under år 2011 för de sex kommuner Länstrafiken haft samarbetsavtal med.

Sjukresor
Enligt lagen om resekostnadsersättning vid sjukresor[3] ansvarar landstingen för att, under vissa förutsättningar, lämna ersättning för resekostnader vid sjukvård.
Sjukresor är en ersättningsform och inte en transportlösning som allmän eller särskild kollektivtrafik. Landstinget har således inget formellt ansvar för att anordna sjukresor.

För att erbjuda patienterna bra lösningar och minska kostnaderna för landstingen har landstingen i de fyra nordliga länen utformat ett gemensamt regelverk för sjukresor. Länstrafiken i Jämtlands län samordnar och upphandlar beställningscentralsverksamhet för dessa resor i länet.

Antalet sjukresor beställda via den upphandlade beställningscentralen (BC Jämtland AB) uppgick under år 2011 till ca 56 000. Därtill har resebidrag lämnats för drygt 80 000 egna sjukresor.

Skolskjutsar utanför linjetrafik
Kommunerna är skyldiga att ordna kostnadsfri skolskjuts för barn i grundskolan om det behövs utifrån färdvägens längd, trafikförhållanden, funktionshinder etc. Varje kommun bestämmer de närmare regler som ska gälla. Kommunerna är däremot inte ansvariga för att ordna skolskjuts för gymnasieelever utan där ansvarar kommunen endast för resekostnaden.

[3] SFS 1991:419

Sex av länets åtta kommuner (alla utom Krokoms och Östersunds kommuner) har uppdragit åt Länstrafiken AB att, i samråd med respektive kommun, planera och upphandla skolskjutsar med buss och taxi.

Organisation av kollektivtrafiken i Jämtlands län från och med år 2012

Bakgrund

Sedan 2012-01-01 är Regionförbundet Jämtlands län regional kollektivtrafikmyndighet med ansvar för trafikförsörjningsprogram och beslut om ”allmän trafikplikt”. Regionförbundet är från och med samma datum ensam ägare av Länstrafiken i Jämtlands län AB.

Av underlagen inför besluten i kommunerna och landstinget under år 2011 framgår bland annat att den valda organisationsformen bedömdes som enklast att genomföra med minsta möjliga förändringar. Den valda organisationsformen bedömdes också underlätta och förenkla starten av den nya myndigheten.

Då samtliga aktier i Länstrafiken överlåtits till Regionförbundet gavs myndigheten möjlighet att själv välja en alternativ organisation i framtiden om myndigheten skulle finna en sådan mer ändamålsenlig.

Vilka uppgifter flyttades från Länstrafiken till Regionförbundet?

Ansvaret för upprättande och fastställande av trafikförsörjningsprogrammet ligger nu på Regionförbundet. Det innebär ett övergripande ansvar för planeringen och kostnadsberäkningen av kollektivtrafiken i länet. Motsvarande ansvar låg tidigare på bolaget.

Antal tjänster och anställda som flyttades från bolaget till Regionförbundet.

I och med att Regionförbundet blev regional kollektivtrafikmyndighet överfördes en tjänst för arbete med trafikförsörjningsprogram från Länstrafiken AB till förbundet.

Gränssnitt Regionförbund/Länstrafiken AB i olika frågor.

I upprättat uppdragsavtal mellan Regionförbundet och Länstrafiken i Jämtlands län AB anges att det av Regionförbundet fastställda trafikförsörjningsprogrammet ska ligga till grund för bolagets verksamhet. Vidare framgår att bolaget ska;

- Upphandla, samordna och ingå avtal om allmän trafik
- Samordna både landsbygds- och tätortstrafiken
- Utveckla och ta fram tidtabeller
- Utveckla och underhålla biljettmaskiner, hållplatser, IT-funktion och webbsida kopplad till kundernas behov
- Utveckla samarbetet med Östersunds kommun avseende busstationen vid Gustaf den lll torg.
- Marknadsföra trafiken
- Sammanställa och leverera statistik
- Ansvara för bussgods
- Samordna allmän och särskild kollektivtrafik
- Aktivt arbeta med utveckling av resmöjligheter för att minska behovet av särskild kollektivtrafik
- Biträda Regionförbundet med planeringsarbete

Olika organisationsformer i olika län

En överblick över samtliga län

I sex av landets 21 län har man inordnat RKM i befintligt Regionförbund. Så har skett i Västerbottens, Jämtlands, Dalarnas, Värmlands, Kronobergs- och Blekinge län.

I tre län, nämligen Norrbottens, Västernorrlands och Södermanlands län, har man bildat särskilda kommunalförbund för RKM.

I åtta län (Gävleborg, Uppsala, Västmanland, Stockholm, Örebro, Östergötland, Jönköping och Kalmar län) har man inordnat RKM i respektive landsting. I dessa fall har skatteväxling skett mellan kommunerna och landstinget.

De län som har regionala självstyrelseorgan, dvs Västra Götalands, Halland, Skåne och Gotlands län, har inordnat RKM i dessa.

I vilken utsträckning har de olika länen behållit sina tidigare länstrafikbolag?

I åtta län utförs de verkställande funktionerna i förvaltningsform inom ramen för RKM. Övriga 13 län har, åtminstone i dagsläget, kvar sina länstrafikbolag för de verkställande uppgifterna med upphandling av trafik med mera.

Av de sex län som har inordnat RKM i befintligt regionförbund använder fem sina bolag för de verkställande uppgifterna, medan ett län, nämligen Kronobergs län, utför de verksställande uppgifterna inom regionförbundet.

En djupdykning i några län med olika organisationsformer

Kronobergs län

I Kronobergs län har det aldrig funnits något länstrafikbolag utan trafikhuvudmannen har varit ett kommunalförbund. Från det att regionförbundet bildades 2007 har trafikhuvudmannen varit en avdelning inom regionförbundet.

Inga reella diskussioner har först i Kronobergs län om att bilda ett bolag för de verkställande uppgifterna då deras erfarenhet av att utöva trafikhuvudmannaskapet i förvaltningsform varit goda sedan tidigare[4].

Gävleborgs län

I Gävleborgs län har RKM inordnats i landstinget. Även de verkställande uppgifterna med upphandling av trafik med mera har överförts från tidigare länstrafikbolag till landstinget. Beslutet grundades på en utredning från konsultföretaget pwc[5]. Länstrafikbolaget finns dock formellt kvar ännu så länge som delägare i Transitio[6] och några andra bolag. Alla gällande trafikavtal är dock överförda till Landstinget och någon reell verksamhet bedrivs inte längre i bolaget. Orsaken till att överföra Länstrafikbolagets uppgifter till lanstinget var att man ville minimera risken för att RKM och bolaget skulle ha olika uppfattningar. Man ville inte heller företrädas av olika organisationer på nationell nivå (SKL respektive Svensk Kollektivtrafik). Landstinget upphandlar särskild kollektivtrafik åt samtliga kommuner i länet, dock har man bara tagit över myndighetsutövningen/tillståndprövningen i tre av länets tio kommuner. Man

[4] Samtal Björn Johansson, Regionförbundet Södra Småland

[5] Utredning inför ny kollektivtrafikmyndighet i Gävleborgs län, pwc november 2010

[6] AB Transitio är ett bolag för anskaffning, finansiering och förvaltning av spårfordon åt sina ägare, de svenska trafikhuvudmännen

ser i Gävleborgs län stora vinster med att ha en gemensam planering och upphandling av den särskilda kollektivtrafiken. Samordningen med den allmänna kollektivtrafiken ökar. För de enskilda innebär ett gemensamt regelverk och en gemensam taxa i hela länet fördelar. Dessa delar förutsätter dock inte en gemensam tillståndsprövning, även om man från landstinget ser fördelar också med sådan.

Västerbottens län
I Västerbottens län har RKM, liksom i Jämtlands län, inordnats i befintligt regionförbund. De löpande driftfrågorna inkluderande upphandling av trafik med mera sköts genom Länstrafiken i Västerbotten AB som finns kvar med i huvudsak samma uppgifter som tidigare. Skillnaden är att ansvaret för det långsiktiga trafikförsörjningsprogrammet förts över till RKM. Resurser för detta arbete motsvarande två årsarbetare har samtidigt flyttats från bolaget till Regionförbundet. Bakgrunden till den valda organisationsmodellen kan nog sammanfattas med att man valde att göra minsta möjliga organisatoriska ändringar utifrån den nya lagen. Anledningen till att bolaget behölls uppges framför allt har varit upphandlingsfrågorna. Om bolaget hade lagts ner skulle RKM antingen fått lov att upphandla upphandlingstjänsten eller bygga upp en enhet med egen upphandlingskompetens. Det faktum att Länstrafikbolaget har sitt säte i Lycksele och Regionförbundet har sitt säte i Umeå kan möjligen också ha påverkat beslutet att ha kvar bolaget för de verkställande funktionerna. Från länstrafiken framhålls att man ”inte bygger staket utan river murar” i ett konstruktivt trepartssamarbete, mellan KRM, bolaget och kommunerna/landstinget, kring kollektivtrafiken.

Från bolaget menar man att bolagsformen är smidigare än förvaltningsformen för verkställande uppgifter och affärsmässiga uppgörelser. Man ser dock fördelar inom många områden med en sammanslagning av de nordliga länstrafikbolagen. Detta är dock en process som, om den ens är möjlig, sannolikt kommer att ta lång tid.

Västernorrlands län
I Västernorrlands län har man, liksom i bland annat Norrbottens län, bildat ett särskilt kommunalförbund för den Regionala kollektivtrafikmyndigheten. Kommunalförbundet har en direktion med 22 ledamöter från landstinget och de sju kommunerna. Det finns också ett arbetsutskott med sju ledamöter, fyra från landstinget och tre från kommunerna.

Man har i Västernorrland lyft in bolagets verksamhet och personal i myndigheten. Bolaget finns dock kvar som formell avtalspart för redan ingångna avtal.

Man ser från Västernorrland en fördel med att driva hela verksamheten i förvaltningsform då myndigheten och dess politiker blir mer inblandade i verksamheten. Man ser det som positivt att de får inblick i både små och stora frågor; ett bättre helhetsgrepp.

Som nackdelar med denna organisationsform förs fram att bolaget enklare kunde hantera småärenden. Förvaltningslagen och Kommunallagen ställer större krav på formalia än Aktiebolagslagen.

Man ser dock inga skillnader när det gäller hantering av upphandlingsfrågor.

Samtliga kommuner har överfört den särskilda kollektivtrafiken i form av färdtjänst till myndigheten. Sundsvalls kommun har dock aviserat att de ämnar ta tillbaka verksamheten. Dock har samtliga kommuner kvar myndighetsutövningen i form av tillståndsprövning i enskilda ärenden.

När det gäller frågan om ett gemensamt flerlänsbolag så är det en fråga som inte lever för närvarande.

Norrbottens län
I Norrbottens län har man bildat ett särskilt kommunalförbund för den Regionala kollektivtrafikmyndigheten. Kommunalförbundet har en direktion med 28 ledamöter, 14 från landstinget och en från vardera av de 14 kommunerna. Landstinget har ordförandeposten. Man har också bildat ett arbetsutskott som träffas oftare. Detta AU består av nio ledamöter, fem från landstinget och fyra från kommunerna. Länstrafikbolaget finns kvar för de verkställande uppgifterna ungefär som i Jämtlands län. Länstrafikbolagets styrelse utgörs av samma personer som ovan nämnda arbetsutskott, och sammanträdena sker vid samma tillfällen.

Man har nu för avsikt att se över bolagets organisation och resurser och kommer eventuellt att överföra en tjänst för strategisk planering från bolaget till RKM. Bolaget kommer med all sannolikhet att bestå tills vidare.

Åtta av länets fjorton kommuner har fört över den särskilda kollektivtrafiken till RKM. Dock har samtliga kommuner kvar myndighetsutövningen i form av prövning av de enskilda färdtjänsttillstånden.

Frågan om bildande av ett gemensamt fyrlänsbolag avfärdades av politikerna i Norrbotten och bedöms inte som aktuell längre.

Västmanlands, Örebro och Södermanlands län
Västmanlands, Örebro och Södermanlands län är intressanta i detta sammanhang då man sedan mer än tio år haft ett gemensamt länstrafikbolag, ”Länstrafiken i Mälardalen AB”. Detta bolag har ägts av de tre länens egna länstrafikbolag som funnits kvar och som svarat för avtalen med operatörerna. Trelänssamarbetet har inneburit vissa administrativa besparingar och visst gemensamt utvecklingsarbete, men har inte lett till exempelvis taxesamarbete, bättre länsöverskridande trafik eller liknande.
Organisationen med ett gemensamt bolag och tre länsbolag har lett till otydligheter när gäller ansvar och befogenheter. Den nya lagstiftningen och inrättandet av regionala kollektivtrafikmyndigheter i olika organisatoriska former i de tre länen har inte ökat tydligheten. För närvarande förs diskussioner om det framtida trelänssamarbetet och mycket talar för att det gemensamma bolaget kommer att läggas ner och att samarbetet kommer att ske i andra former från och med år 2013.

I Västmanlands län har man fört över personalen i det egna länsbolaget till RKM som utgörs av Västmanlands läns landsting. Bolaget finns ännu kvar för hantering av ingångna avtal, men kommer troligen att avvecklas på sikt.

I Örebro län kommer verksamheten troligen att inordnas i förvaltningsform inom landstinget.

I Södermanlands län diskuteras för närvarande den framtida organisationen. Ett överförande av de verkställande uppgifterna från bolaget till förvaltningsform inom myndigheten är ett av alternativen som studeras.

För och nackdelar med olika organisationsformer

En fördel med att låta ett bolag ansvara för de verkställande funktionerna kan vara att gränsen mellan *vad* och *hur* i verksamheten blir tydligare. Därmed blir också gränsen för vad som kan betraktas som politiska uppgifter (vadfrågor) och vad som är affärsmässiga frågor (hurfrågor) tydligare. Somliga anser att det är enklare att skapa snabba beslutsvägar i affärsmässiga frågor i bolagsformen och att det bidrar till en högre effektivitet.

Andra anser att snabba beslutsvägar också kan skapas i förvaltningsform med hjälp av tydliga delegationsregler/arbetsordningar/handläggningsordningar.

Man kan konstatera att i både Länstrafiken i Jämtlands län AB och flera andra länstrafikbolag utses styrelseledamöterna i bolagen fortfarande på politiska grunder. Med en tydlig uppdelning av ”vad- och hurfrågor” där bolagen ska hantera ”hurfrågorna” på affärsmässiga grunder bör bevekelsegrunderna för utseende av styrelseledamöter ses över. Det borde vara naturligt att till styrelseledamöter utse de personer som anses bäst skickade att driva en affärsmässig verksamhet utifrån beställarens (kollektivtrafikmyndighetens) krav och minska det politiska inslaget i styrelserna. Den politiska styrningen bör utövas i RKMs arbete inom ramen för Regionförbundet.

En aspekt som ibland framförs är att ägarnas representanter i styrelsen för ett länstrafikbolag kan få svårt att hantera sin roll som företrädare för ägaren. Som styrelserepresentant ska man alltid ta till vara bolagets intressen. Genom en tydlig rollfördelning mellan RKM och bolaget minskar behoven av politisk styrning av bolaget.

Vissa menar att ett bolag har lättare att möta kundens behov och vara marknadsanpassad än en förvaltning. Ett kommunalförbund (som är den juridiska formen för Regionförbundet/Kollektivtrafikmyndigheten i Jämtlands län) lyder under kommunallagen. En bärande princip i kommunallagen är ”likställighetsprincipen”, innebärande att ingen invånare får särbehandlas på annat än sakliga grunder. Denna princip anses ibland komma i konflikt med önskemålet om att tillgodose marknadens/kundernas behov utifrån olika preferenser.

En komplikation som inträtt sedan 2012 är att möjligheten att överlåta beslutsfattande när det gäller tillstånd till färdtjänst och riksfärdtjänst till ett bolag har upphört. Dessa beslut måste således endera fattas av respektive kommun eller av Regionförbundet i egenskap av RKM.

En annan aspekt är kostnaderna för administrativa stödfunktioner i bolaget. Dessa är relativt sett högre i en liten organisation än i en större. Ett sätt att minska dessa och ändå behålla eller utveckla kompetensen kan vara att dela dessa tjänster med andra med samma behov. Ett gemensamt trafikolag för flera län, se alternativ 4 nedan, kan tillgodose dessa behov. Ett annat sätt kan vara lyfta in bolagets verksamhet i Regionförbundet och nyttja delar av deras befintliga administrativa stödfunktioner såsom ekonomi- och personalfunktioner. Vissa av dessa funktioner bör enkelt kunna anpassas till verksamhetens behov. Det finns dock behov av andra stöd- och specialistfunktioner inom verksamheten som inte finns inom Regionförbundet. Det handlar bland annat om fortsatt utveckling av biljettsystem, planeringssystem, marknadsföring och upphandlingsfrågor.

En annan eller ytterligare utvecklingsväg är att lägga större ansvar för den mer detaljerade planeringen och driftsfrågorna på de olika operatörerna. En utveckling mot större inslag av nettoavtal där operatörerna själva får del av hela eller delar av biljettintäkterna innebär ett

större incitament för operatörerna att utveckla trafiken. De måste då också få större möjligheter än i dag att anpassa trafiken efter kundernas behov. Det kan bland annat handla tidtabellsfrågor och hållplatslägen.

Alternativa organisationsformer i Jämtlands län framöver, dess konsekvenser samt för- och nackdelar

Följande fyra alternativ för framtida organisation av kollektivtrafiken i Jämtland län kan identifieras;

1) Behålla bolaget i sin nuvarande form och med nuvarande uppdrag

2) Behålla bolaget men justera gränssnittet ytterligare mellan regionförbund och bolag

3) Avveckla bolaget och lyft in uppgifterna i Regionförbundet

4) Avveckla bolaget och lyft in uppgifterna i annat bolag gemensamt med ett eller flera andra län

Vilken organisationsform ger bäst förutsättningar för en positiv utveckling av kollektivtrafiken i länet till rimliga kostnader? Svaret på den frågan bör vara avgörande för valet av organisationsform av kollektivtrafiken i Jämtlands län.

Oavsett vilken organisationsform som väljs är det både vikigt att beslutet fattas i närtid och att beslutet är långsiktigt. Dagens situation då frågan är under utredning skapar oro bland berörd personal. En oro som kan få effekter på bolagets förmåga att arbeta så effektivt som alla önskar.

<u>Behålla bolaget i sin nuvarande form och med nuvarande uppdrag</u>

För detta alternativ talar bland annat;
Bibehållandet av en fungerande organisation
Bibehållandet av ett väl inarbetat varumärke
Möjlighet till tydlig åtskillnad mellan ”vad” och ”hur” med politisk styrning av inriktning och finansiering och affärsmässig styrning av genomförandet i upphandlingar och marknadsföring.
Undvikande av allt för många driftsfrågor i Regionförbundet.

Mot detta alternativ talar bland annat;
Risk för högre administrativa kostnader med två separata organisationer.
Visst merarbete för hantering av tillståndsprövningarna för färdtjänst/riksfärdtjänst då dessa frågor inte får överlåtas till bolaget.

Om detta alternativ väljs bör formerna för hanteringen av tillståndsprövningarna för färdtjänst/riksfärdtjänst ses över för att minimera merarbetet samtidigt som kundernas behov av snabb hantering tillgodoses.

<u>Behålla bolaget men justera gränssnittet ytterligare mellan regionförbund och bolag</u>
Utifrån den hittills korta erfarenheten av nuvarande ansvarsfördelning har inga behov av ändringar i gränssnittet mellan Regionförbund/Bolag uppmärksammats.

De förändringar som kan diskuteras under denna punkt är den politiska styrningen av respektive organisation. Med en tydlig uppdelning av ”vad-” och ”hurfrågor” där bolaget ska hantera ”hurfrågorna” på affärsmässiga grunder bör bevekelsegrunderna för utseende av styrelseledamöter ses över. Det borde vara naturligt att till styrelseledamöter utse de personer som anses bäst skickade att driva en affärsmässig verksamhet utifrån beställarens (kollektivtrafikmyndighetens) krav och minska det politiska inslaget i styrelserna. Den politiska styrningen bör utövas i RKMs arbete inom ramen för Regionförbundet.

Om man istället väljer att även fortsättningsvis utse styrelseledamöter i bolaget på politiska grunder bör en ökad personallians och samordning mellan bolagets styrelse och Regionförbundets beredning för infrastruktur, tillgänglighet och kollektivtrafik eftersträvas.

Avveckla bolaget och lyft in uppgifterna i Regionförbundet

För detta alternativ talar bland annat;
Närmare koppling mellan finansiering, planering och upphandling.
Ökad insyn i verksamhetens alla delar.
Möjligheter till viss samordning och effektivisering av vissa administrativa rutiner och system.
Enklare hantering av tillståndsprövningarna för färdtjänst/riksfärdtjänst.

Mot detta alternativ talar bland annat;
Ett ökat inslag av driftsfrågor i Regionförbundet.
Risk för att tappa ett inarbetat varumärke.
De administrativa besparingarna är troligen små då verksamheten har höga krav på specialanpassade stödsystem. Av hittillsvarande korta erfarenheter av olika organisationsformer i olika län kan inga påtagliga rationaliseringsvinster redovisas med ett överförande av bolagets uppgifter till RKM.

Om de uppgifter som idag hanteras i bolagsform skulle föras in i Regionförbundets verksamhet bör formen för den politiska styrningen av, och delegationsordningen för, dessa frågor ses över.

Avveckla bolaget och lyft in uppgifterna i annat bolag gemensamt med ett eller flera andra län

För detta alternativ talar bland annat;
Ett gemensamt bolag blir en starkare förhandlingspart både mot trafikoperatörer och leverantörer av olika typer av stödsystem.
De administrativa kostnaderna för gemensamma stödsystem bör kunna sänkas.
Större möjlighet till gemensamma taxor.
Större möjlighet till planeringssamverkan och förbättrad länsöverskridande trafik.
Ett gemensamt bolag (Norrtåg AB) finns redan etablerat för gemensam tågtrafik i norrlandslänen.

Mot detta alternativ talar bland annat;
Ett gemensamt bolag leder inte per automatik till bättre samordning av taxor och länsöverskridande trafik. Samordning av dessa frågor kan uppnås också på andra sätt.
Förutsättningarna för ett bildande av ett gemensamt bolag förefaller mycket små i det korta perspektivet.

Källförteckning

Skriftliga källor

Lag (1997:735) om riksfärdtjänst

Lag (1997:736) om färdtjänst

Lag (1991:419) om resekostnadsersättningar vid sjukresor

Lag (2010:1065) om kollektivtrafik

Bolagsordning Länstrafiken i Jämtlands län AB
från och med 2012-01-01, daterad 2011-11-24

Årsredovisning för Länstrafiken i Jämtlands län AB 2011-01-01 - 2011-12-31

Uppdragsavtal regional kollektivtrafik – överlämnande av befogenheter i enlighet med SFS 2010:1065 mellan Regionförbundet Jämtlands län och Länstrafiken i Jämtlands län AB, förslag daterat 2011-11-24.

Affärsplan 2012 – 2015 för Länstrafiken i Jämtlands län AB, fastställd 2012-02-17

Trafik i Norr, Analys och förslag till ny organisation för Länstrafikbolagen i Norrbotten, Västerbotten, Västernorrland och Jämtland. Babylon Papers, Nils Harvard 2011-02-27.

Ny kollektivtrafikmyndighet, SKL 2011

Utredning inför ny kollektivtrafikmyndighet i Gävleborgs län, pwc, november 2010

Muntliga källor

Janne Rusk, SKL

Björn Johansson, Regionförbundet Södra Småland (Kollektivtrafikmyndigheten i Kronoberg)

Stefan Fredriksson, VD Länstrafiken i Jämtlands län AB

Matts Hildebrand, X-Trafik, Gävleborgs läns landsting

Maria Höglander, VD Länstrafiken i Västerbotten AB

Nils Harvard, Fd VD Länstrafiken i Jämtlands län

Heidi Törnberg, Myndighetschef RKM, Regionförbundet Västerbottens län

Håkan Jansson, Region Dalarna (Kollektivtrafikmyndighet i Dalarnas län)

Maria Linder, Landstinget Västmanland (Kollektivtrafikmyndigheten Västmanland)

Anita Lindfors, Kommunförbundet Norrbottens län

Per Eriksson, Myndighetschef Kommunalförbundet kollektivtrafikmyndigheten Västernorrlands län

Ruth Eriksson, Regionförbundet Jämtlands län (Kollektivtrafikmyndighet i Jämtlands län)

Fredrik Eliasson, Landstinget Örebro län (Kollektivtrafikmyndighet i Örebro län)

Helena Ekroth, Södermanlands läns kommunalförbund (Kollektivtrafikmyndighet i Södermanlands län)

Organisation Länstrafiken Hamngatan

Funktion/Arbetsuppgift:
VD
Avdelning Marknad
Marknadskordinator/Handläggare
Avdelning Ekonomi
Administratör
Ekonomiadministratör
Ekonomichef
Avdelning Planering & upphandling
Chef Planering & Upphandling
Trafikplanerare
Trafikplanerare
Trafikplanerare
Avdelning IT
Systemadministratör
Avdelning SÄK
Chef Särskild kollektivtrafik
Färdtjänsthandläggare
Handläggare av färdtjänst och sjukresebidrag
Handläggare av färdtjänst och sjukresebidrag

Organisation Länstrafiken Bussgods

Funktion/Arbetsuppgift:
Bussgods
Chef Bussgods
Marknad/Säljare
Terminal/Fakturering/Efterkrav
Terminal/Fakturering/Efterkrav
Budbilsförare
Terminalarbetare/Budbil
Terminalarbetare
Budbilsförare
Terminal/Fakturering/Efterkrav
Terminalarbetare (timanställd)
Budbilsförare (timanställd)
Bussterminalen Östersund
Receptionist (deltid)
Receptionist (deltid)

2015-03-17

ARBETSUPPGIFTER EKONOMIAVDELNINGEN 2014

Ekonomiavdelningen består idag av 3 personer. En ekonomiansvarig, en ekonom och en administratör/säljare.

* Löpande redovisning, såsom bokföring, registrering av kund- och leverantörsfakturor, inkl. trafikersättningar. In- och ut betalningar registreras. Innefattar även redovisning för Bussgods. Dagligen.
* Avstämning av förarredovisningar och försäljning från redovisningsställen. Dagligen/veckovis.
* Fakturering av elevkort, företagskort, Smartkort och Årskort Senior. Månadsvis.
* Statistik, både internt och externt. Internt kan vara resande och försäljning. Externt bla till SCB och Trafikanalys, KFS, AMF samt Stadsbussarna samt finansiärer. Veckovis/Månadsvis/Årsvis.
* Utredningar förarsaldon. Även utskick till entreprenörer avseende balanser. Dagligen/Veckovis/Månadsvis.
* Handlägger elev/ungdoms- samt företagskort, innefattar tillverkning och spärrar samt frågor från kunderna. Även frågor, tillverkning och utredningar avseende övriga korttyper. Frågor kommer både via telefon, vårt kundärendesystem samt över disk. Dagligen.
* Reception, kundmottagning. Dagligen.
* Avstämningar och analyser av konton inför bokslut. Månadsvis
* Diariehantering. Veckovis.
* Posthantering. Dagligen.
* Moms- och skatteredovisningar. Månadsvis.
* Månadsrapporter. Månadsvis.
* Årsredovisning. Årsvis.

2014-11-25

<u>Planeringsavd</u> Länstrafiken 2014-11-25
Planeringschef, två planerare och en administratör/kundstödsansvarig

Externa kontakter
Kommuner, Region Jämtland Härjedalen, Trafikverket, Avtaltalsparter (Trafikföretag) samt ingående trafikföretag, Samtrafiken, Norrtåg, andra Länstrafikbolag, leverantörer av tjänster (Cartesia, Forsler & Stjerna, Nordic Port, Consat, Visma, Z-signal, Fara), etc.

Aktiviteter

Trafikplanering

- Delta i Trafiksamråd
- Kontakter med trafikföretag
- Delta i utredningar
- Göra produktionsberäkningar
- Ta fram ekonomiska kalkyler
- Skapa tilläggsavtal
- Utföra förhandlingsarbete
- Delta i tillgänglighetsfrågor och miljöfrågor

Tidtabellsarbete

- Tidtabellproduktion
- Framtagande och specifikation av samlingstabeller och anslutningar
- Granskning av ovanstående
- ”Tryckning” (sköts from dec 2015 internt)
- Produktion av Hplanslag
- Leverans av data till Samtrafiken
- Kontakter Tider&Priser avseende ovanstående
- Filer till mobitime
- Station Management (Gater & monitorer avs. RTI)

Uppföljningsarbete

- Resande
- Redovisningar till Trafikverket,
- ”Avtalsuppföljning” – upprätthålla underlag till avtalsuppföljning
- Kontinuerlig analys förstärkningstrafik
- Kvalitetshöjande åtgärder
    - Kvartalsmöten med Trafikutövare avs. bl.a. förstärkningstrafik, fordonsstorlekar, omlopp
    - Responsåterkoppling – ex önskemål om turer, tider mm
- Hantering kundärenden – Respons (kundklagomål m.m.)
- Ekonomisk uppföljning förstärkningstrafik, gruppresor och Jamtliresor

Hantering Anropsstyrd linjetrafik och Närtrafik

- Tidtabeller
- Kundkontakter
- Kontakter med Trafikutövare och avtalsparter
- Kontakter med BC och kommunerna, statistik, uppföljning
- Avtals- och ekonomiska frågor

Skoltrafik (skolskjuts och linjelagd skoltrafik) – samtliga kommuner

(denna post tar f.ö. mer och mer tid och utrymme i anspråk)

- Kontakt skolskjutshandläggare (om sådan finns) och eller annan kontakt avseende kommunens trafik
- Kontakt skolpersonal (ex rektorer)
- Kontakt avtalspart och eller skolskjutsutförare
- Produktionsberäkningar

- Planering och möten
- Kalkylarbeten skolskjuts vs linjetrafik

Avtals- och ekonomiska frågor

- Skolskjuts - bussavtal och småbilsavtal
- Linjetrafik - bussavtal och småbilsavtal
- Anropsstyrd linjetrafik och Närtrafik - småbilsavtal
- Tider och Priser
- BC (avs anropsstyrd linjetrafik och Närtrafik)
- Övriga leverantörer tjänster

Upphandling och avtal

- Annonseringar
- Förstudiearbeten med ansvarig Region J/H
- Div. analysarbete
- SIU-medverkan
- Framtagande av FFU (allmänna villkor, trafik, fordon, tillgänglighet, miljö mm.)
- Hantering Frågor och Svar under anbudstid
- Anbudsöppning och utvärdering
- Deltagande i förhandling
- Ev. kontakt med jurist (överprövning)
- Förberedande inför avtalsskrivning
- Arbete inför trafikstart (Godkännande av fordon, detaljerad genomgång omlopp, inlägg i Frida mm)
- Deltagande i Upphandlingsnätverk
- Div. omvärldsbevakning

Hållplatser & resecentra

- Ansvar drift och underhåll skyltar och monitorer
- På-plats-analys vid ev. ny hpl, ex avseende trafiksäkerhet, snöröjning mm.
- Ansvar anslagsuppsättning
- Koordinatsättning och registervård/städning avseende hpl
- Kundsynpunkter samt kontakt kommuner, byföreningar, trafikutövare och Trafikverket

RTI (Realtidsinformation)

- Omloppsplanering för RTI
- Registervård
- Kundkontakter och avtalsskrivning avseende nymontering av monitorer
- Depåinventering (rätt fordon, på rätt omlopp, på rätt trafikavtal och på rätt depå).

Växeln

- Ansvar kontorsväxel
- Kontakt leverantör

Löpande arbete

- Styrelse (inte så ofta)
- Avdelningsadministration
- Hantering Gruppresor och Jamtliresor
- Driftfrågor vid exempelvis vägavstängningar
- Stöd till IT-avd (ex biljettmaskinfrågor)
- Utvecklingsfrågor – trafik
- Personalfrågor (internt)
- (Svar på div remisser - hinns inte med och tas förhoppningsvis av Regionförbundet)
- Utredningar om tillfällig trafik, exempelvis vid Yran men mest gentemot Migrationsverket (tillströmning av resenärer)
- Ständiga förbättringar, ex Rebus III, registervård, processer.
- Medverkan i samverkansgrupper, föredragningar, fokusgrupper, etc.

Udda saker

- Inköp kontorsmaterial och div förbrukningsartiklar

2013-07-19

Systemadministratör Länstrafiken

Tjänsten omfattar heltid från 1 september 2013

Placering: Ledning

Närmaste chef: VD och i andra hand Marknadskoordinatorn

Arbetsuppgifter:

Övergripande skall **Systemadministratör** arbeta med bolagets uppgifter, med speciellt ansvar för skötsel, analys och utveckling av biljettmaskinsystem samt övriga IT system. Vara bolagets kontakt person med Barret och övriga parters som hostar våra IT system I uppgiften ingår även stöd till/ samverkan med övriga avdelningar/verksamheter som Ekonomi och Bussgods och Samhällsbetalda resor. Detta för att uppnå en integration av Länstrafikens hela IT-verksamhet.

Uppgifter

- Drift/UH/Utvecklingsansvarig för aktuellt biljettmaskinssystem med samtliga ingående system och funktioner osv. Ansvar för att genomföra prisjusteringar när så anbefalls.
- Vara företagets kontaktperson mot operatörer som nyttjar biljettmaskinsystemet i samtliga frågor gällande funktioner, uppföljning av förarredovisningar, utredningar vid ev. problem med förares redovisningar. Vara hjälp för förare som har problem med alla typer av problem med biljettmaskinerna.

- Upphandling av och Drift/UH/Utvecklingsansvarig för RTI (Realtidsystemet) avs. alla ingående delar och funktioner.

- Utveckling av presentation av trafik, trafikekonomi och resande i **Qlikview.**
  Tex ta fram uppgifter ur våra databaser och sammanfoga dessa i pedagogisk form.

- Automatisering av rutiner.
  Dvs att via vårt intranät etablera ett smidigt flöde av information mellan Leverantörer, Kommuner, Kunder m.fl. mer. Även internt.

- Vidarutveckla, kvalitetssäkra och förfina data i **REBUS** (inkl överföring av data till **BISAM), SQL**. Samt implementera ny Kartmodul och sökfunktioner i denna (**GIS**).

- Vidareutveckling av viss programvara (inkl.skapa underlag för fakturering) för elevkort, förstärkningstrafik, viten etc

- Medverka i kontroll och utveckling av olika informations-, upplysningsmedia, som tex Hemsida, Trafikupplysning, **Mobitime**, Terminalinfo, GIII.

- Ansvar för **Frida** inkl att följa upp och ajourhålla databasen

- Handlägga tekniska frågor i **Respons** enl. överenskommelse med övriga handläggare.

- Medhjälp vid verksamhetsutveckling

Arbetet innebär även

- Kontakter och samverkan med bla Samtrafiken och tåg-/buss-/taxiföretagen.

- Kontakter och samverkan med Landstinget / Kommuner i länet samt andra Länstrafikbolag, Sv. Kollektivtrafik, X2 AB etc.

Hej Jan

Här kommer en beskrivning av avdelning Särskild kollektivtrafik, börjar med uppdraget som Länstrafiken fått (uppdragsavtal) rörande dessa frågor:

Länstrafikens uppdrag[1]

Länstrafiken har getts i uppdrag att verkställa landstingets och kommunernas uppgifter som ansvariga för särskild kollektivtrafik i nedanstående omfattning:

Länstrafikens uppdrag är att samordna de samhällsbetalda resorna oavsett om det är kommunerna, landstinget eller Länstrafiken som har ansvaret för dessa. Detta sker genom att Länstrafiken bedriver:
-beställnings- och samordningsfunktion (BC) för samhällsbetalda resor
-transporttjänster avseende särskild kollektivtrafik
Verksamheten skall bedrivas med hjälp av entreprenörer som upphandlas i konkurrens. Verksamheten skall bedrivas så att:
-samordning och planering av resor minimerar kostnaden för verksamheten och
-överenskommen kvalitet på resor och tjänster upprätthålls.
Länstrafiken skall vidare
-aktivt arbeta med utveckling av resmöjligheter för att minska behovet av särskild kollektivtrafik genom att fler skall kunna nyttja den allmänna kollektivtrafiken.
De kommuner som så väljer kan överlåta samtliga uppgifter för handläggningen av färdtjänst respektive riksfärdtjänst till Kollektivtrafikmyndigheten, dvs. även myndighetsutövningen[2],

Länstrafiken sköter utredningsarbetet och myndigheten fattar de formella besluten.

Organisation

Avdelningen för särskild kollektivtrafik (säk) består av en Chef samt tre stycken handläggare, varav en handläggartjänst avser sjukresehandläggning och två färdtjänsthandläggning. Därutöver köps 25 % av en tjänst internt av länstrafiken tom årsskiftet men i och med att Strömsunds kommun kliver av samarbetsavtalet upphör detta. Beställningscentral[3] och transportörer[4] är upphandlade i konkurrens och avtalen började gälla 2013-10-01 respektive 2013-06-15.

Vad gör vi

Om vi börjar med min roll/arbetsuppgifter som chef så kan väl i korthet sägas att jag driver ett ”företag i företaget”, egen ekonomi etc. etc. På följande bild ses

[1] Kollektivtrafikmyndigheten (Regionförbundet i Jämtlands län) är egentlig avtalspart, men formuleringen i uppdragsavtalet är följande: *Kollektivtrafikmyndigheten eller den de utser…*
[2] Uppdragsavtal om samordning av samhällsbetalda resor i Jämtlands län
[3] BC Jämtland AB: avtal from 2013-10-01
[4] Taxiservice i Bergs kommun AB, Norra jämtlands taxi AB, Taxi glesbygd AB, Taxi Östersund AB, V.A Trafikentrepenader AB, Taxi Ragunda AB, Taxi Västjämtland AB, Centrala Buss AB.

befattningsbeskrivningen från anställningsavtalet som ganska väl beskriver (rubricerar) det hela:

Arbetsuppgifter

I arbetsuppgifterna ingår översiktligt följande:
Chefen för särskild kollektivtrafik är chef för avdelningen för särskild kollektivtrafik oc ingår i företagets ledningsgrupp. Ansvar för personalledning av handläggarna av sjukres och färdtjänst ingår.

Huvuduppgifter är att direkt under VD ansvara för att leda och utveckla den särskilda k lektivtrafiken. Bla genom kvalitets- och effektivitetsutveckling, verksamhetsuppföljning och den ekonomiska delen med budget och resultatuppföljning. Administrativt ansvar i klusive besvärsfrågor.

Se även bifogad arbetsbeskrivning

Arbetsuppgifter för chefen för den särskilda kollektivtrafiken

(särskild kollektivtrafik består av Sjukresor och färdtjänst, samt anropsstyrd biltrafik)

- Föreslå budget och "förhandla" med berörda ägare angående enhetens ekonomi
- Upprätta en budget till Länstrafiken avseende området
- Uppföljning av budget
- Upprätta del- och helårsbokslut, både ekonomiskt och statistiskt
- Upprätta förslag till regelverk som ska behandlas i styrelsen
- Tolkning av regelverket
- Ta fram underlag för besvarande av motioner m m som rör sjukreseverksamheten
- Statistik till Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), Länstrafiken m fl.
- Upphandla Beställningscentral, Färdtjänst och Sjukresor med Taxi och Specialfordon i samverkan med övrig personal på Länstrafiken
- Upprätta avtal
- Uppföljning av avtal
- Informationsträffar (sjukvårdsinrättningar, kommuner, organisationer m fl)
- Sammankallande för samrådsgruppen för Särskild kollektivtrafik
- Telefonkontakter
- Kontakt med media angående frågor om sjukresor och färdtjänst i berörda kommuner
- Fakturahantering
- Framtagande av utbetalningsfil för utbetalning av sjukresor
- Framtagande av underlag till kundfakturor
- Kvartalsmöte med Beställningscentralen
- Länstrafikens representant i Anbaro-gruppen (Kvalitetsbarometer för anropsstyrd kollektivtrafik)
- Länstrafikens representant i Svensk Kollktivtrafiks MERIT-grupp (sjukresor o färdtjänst)
- Länstrafikens representant i Landstingens regionala nätverk för sjukresor
- Länstrafikens representant mot Sam 3000 (datasystemets leverantör)
- Omvärldsbevakning avseende lagstiftning, resemöjligheter, administrativa rutiner m m

Samt

- Ansvara och leda avdelningens personal

Går vi vidare med Handläggarna så har de att:

Handlägga färdtjänst och riksfärdtjänstansökningar:

-Utreda om rätt till färdtjänst föreligger enligt lagen om färdtjänst samt föreslå beslut (regionförbundet beslutar formellt)

- Utreda om rätt till riksfärdtjänst föreligger enligt lagen om riksfärdtjänst samt föreslå beslut (regionförbundet beslutar formellt)

-Hittills i år (tom 2014-11-21) har de handlagt 844 st. ansökningar

Handlägga sjukresebidragsansökningar:

-Administrera (pröva) inkomna sjukresebidragsansökningar enligt landstingets regelverk

-Hittills i år (tom 2014-11-21) har de handlagt och administrerat 43952 sjukrese-bidragsansökningar

Vidare bemannar/ svarar handläggarna på frågor om sjukresor via sjukresetelefonen som är bemannad vardag 10-12

Med vänliga hälsningar

Mathias Holmlund

Chef Särskild Kollektivtrafik
Länstrafiken i Jämtlands län AB
Hamngatan 14
831 34 Östersund
063-554 13 31
070-6643502
e-post: mathias@ltr.se

Jan Rönngren
Infrastruktur och kommunikationer
Tfn: 063-14 65 71
E-post: jan.o.ronngren@regionjamtland.se

2015-01-19
Dnr: RUN/166/2015

Förslag till beslut Regional utvecklingsnämnd

ÖVERFÖRING AV LÄNSTRAFIKEN AB TILL REGIONAL UTVECKLING INOM REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Ärendebeskrivning

2015-01-01 bildades Region Jämtland Härjedalen och Regionförbundet Jämtlands län avvecklades. Regionförbundets verksamhet ingår därefter i Regionen. Det innebär att Regionen nu är ensam ägare till Länstrafiken AB som sedan år 2012 ägts av Regionförbundet och dessförinnan av länets kommuner och landstinget i Jämtlands län. Regionkommunen har, genom överenskommelse mellan länets kommuner och landstinget, fått uppgiften som regional kollektivtrafikmyndighet. Verksamheten har skatteväxlats fr.o.m. år 2015. Regionen är således ensam ägare och finansiär av länstrafiken.

Våren 2012 tog Regionförbundet fram ett diskussionsunderlag för att belysa för- och nackdelar med att driva verksamheten i bolagsform samt att få en bild av hur andra regioner valt att organisera verksamheten. Detta visar att det, för den verksamhet som bedrivs i bolaget, inte kan påvisas entydigt att det är en viss organisationsform som ger en fungerande verksamhet. Det finns för- och nackdelar med såväl förvaltningsform som bolagsform. Man har också valt olika lösningar runt om i landet.

I anslutning till dialogen om placering av regionala kollektivtrafikmyndigheten fr.o.m år 2015 har även frågan om Länstrafiken AB skulle avvecklas diskuterats. I så fall ska bolagets uppgifter ingå i regionala utvecklingsförvaltningens arbetsuppgifter. De viktigaste motiven för detta är att eftersom bolaget numera har endast en ägare finns det inga skäl utifrån ägar-inflytande att bedriva verksamheten i bolagsform. Med verksamheten i förvaltningsform sker den politiska ägarstyrningen direkt via regionala utvecklingsnämnden. Risken för samman-blandning av regionala kollektivtrafikmyndigheten och bolagsstyrelsen försvinner. Styrningen behöver inte ske via ägardirektiv till bolagsstämma för vidare befordran till bolagets styrelse

vilket ger kortare beslutsvägar som följd. Samma sak uppstår i tjänstemannaorganisationen med förvaltningschefen som linjechef över även denna del. Myndighetsutövningen för särskilda kollektivtrafiken blir enklare i förvaltningsform då dessa uppgifter inte kan överlåtas till bolaget utan måste skötas av myndigheten.

Motiven som framförts för att bibehålla bolaget är att det ger en starkare inriktning på affärsmässighet och att inom ramen för tydliga ägardirektiv kan bolagets styrelse agera på ett marknadsanpassat sätt lättare än en politisk nämnd. Aktiebolagslagen ställer inte heller samma formaliakrav som kommunallagen och förvaltningslagen. På kort sikt kan en omorganisation i sig ge förlorad effektivitet. Något som på lång sikt dock kan vändas till en ökad effektivitet genom samordningsvinster i en större organisation. Riskerna att tappa ett inarbetat varumärke har också förts fram. Det är dock en mer generell fråga hur regionen väljer att hantera olika varumärken som finns i regionen. Konsekvenserna om en ändring ska göras därvidlag måste klargöras.

Bolagets uppdrag är att upphandla trafik enligt ägarens beställning, Det innebär, förutom den direkta upphandlingsprocessen, löpande arbete med trafikplanering, tidtabeller, skoltrafik, hantering av biljettintäkter, ansvar för biljettmaskiner, hållplatsfrågor, marknadsföring etc. Vidare verkställs landstingets och sex av länets kommuners ansvar för särskild kollektivtrafik. I Trafikuppdragen ligger även godsbefordran. Hantering av detta sker i en egen avdelning i bolaget. Bolaget har i uppdrag att snarast särskilt redovisa förslag till långsiktig hantering av bussgodsverksamheten.
I bolaget finns resurser för ekonomihantering, IT- stöd, marknadsföring samt kontorsstöd. Även bussterminalens bemanning på busstorget i Östersund sköts av bolaget. Bolaget leds av en verkställande direktör. Styrelsen består av 7 ledamöter och 2 ersättare.

Mer preciserade beskrivningar av organisationen samt diskussionsunderlag från år 2012 biläggs denna PM. Siffrorna från 2012 är ej uppdaterade.

Med hänvisning till tidigare utredningar, genomförd dialog inför regionbildningen rörande Regionala kollektivtrafikmyndighetens placering samt erfarenheter från andra regioner gör regionala utvecklingsförvaltningens bedömningen att fördelarna med att föra in Länstrafiken AB’s verksamhet i regionens förvaltning överväger i förhållande till att behålla verksamheten i bolagsform. Förslaget är således att bolaget avvecklas. Dock bör den fortsatta processen bedöma om bolaget tills vidare ska kvarstå som avtalspart för tecknade avtal för att därigenom slippa en överföring av dessa avtal till regionen. Om den föreslagna ändringen beslutas följer också behov att se över rollen för regionala nämndens utskott för infrastruktur och kommunikationer.

Inriktningen på det fortsatta arbetet bör vara att förändringen genomförs fr.o.m 2016-01-01.

Beslutsunderlag

Organisation av kollektivtrafikfrågor i Jämtlands län – ett diskussionsunderlag.
Organisation Länstrafiken/Bussgods.
Arbetsuppgifter Länstrafiken.

Förvaltningschefens förslag

Regionala utvecklingsnämnden förslår Regionfullmäktige

1. Länstrafiken ABs verksamhet inordnas i förvaltningen för regional utveckling från och med 2016-01-01.
2. Regionala utvecklingsnämnden får i uppdrag att organisera verksamheten.

Anders Byström
Förvaltningschef

Ruth Ericsson
Områdeschef Infrastruktur och kommunikationer

Berit Eriksson
Chef Verksamhetsstöd

.

Ruth Eriksson
Regional Utveckling
Infrastruktur och kommunikationer
Tfn: 063-146561
E-post: ruth.eriksson@regionjh.se

Datum: 2015-01-21
Dnr:RUN/219/2015

JUSTERING AV NORRLANDSRESANS TAXA

Bakgrund

Norrlandresan är en gemensam taxa för resor med buss över länsgräns mellan Västerbotten, Västernorrland, Norrbotten och Jämtlands län. Norrlandsresan infördes under 1980-talet.
Taxans periodkort används också som ersättningsgrund för resor inom respektive län på periodkort/pendlarkort vid resor med Norrtåg.
Taxan för Norrlandsresan är föremål för justering. Senaste förändring gjordes under sommaren 2011.
De regionala kollektivtrafikmyndigheterna i Jämtland, Västernorrland, Västerbotten och Norrbotten har tagit fram ett förslag till revidering av taxan.
Förslaget innebär en generell höjning med 3,5 %.

Bedömning

I början av 2014 presenterade konsultfirman WSP en rapport kring taxorna i kollektivtrafiken i de fyra nordligaste länen där man analyserat taxan utifrån bl a kostnaden för bil på motsvarande sträckor. I den rapporten kommer man fram till att:

- Generellt är enkelbiljettpriset för högt, speciellt på korta avstånd – upp till 15 km. I praktiken innebär det de två första km-intervallerna i taxan
- Rabattkortspriserna är för höga
- Periodkortspriserna är för låga – här finns alltså utrymme för att justera taxan uppåt utan att det teoretisk ska innebär att vi förlorar resenärer
- Att höja taxan med olika procentsatser beroende på biljettyp är möjligt.
- I bland annat Västerbotten har under de senast fem åren sett en tydlig övergång till periodkort, vilket styrker konsulternas slutsatser att periodkortet idag har för lågt pris. Periodkortet är idag och kommer också i framtiden vara en giltig biljett på tåg. Det innebär att periodkortet är en attraktiv produkt och bör prissättas utifrån det.

- Myndigheterna har vidare diskuterat att taxan bör knytas till någon typ av index så att en årlig justering görs. Justering nedåt ska inte göras.
-
- Förslaget är att taxan knyts till KPI med motiveringen att:

- Att ett index knutet till taxan ska spegla samhällsutvecklingen hellre än våra kostnader. Detta eftersom kollektivtrafiken är priskänslig och utsatt för konkurrens av bl a bilen och en allt för stor höjning av vår taxa kan få väldigt negativ effekt på resandet i området.
- KPI speglar på ett övergripande sätt den allmänna kostnadsutvecklingen i samhället – bättre än något av övriga index som används i våra trafikavtal för årlig justering av trafikkostnaderna.
- KPI är ett känt begrepp vilket gör det möjligt att kommunicera med våra resenärer
- KPI är ett officiellt index som publiceras av Statistiska Centralbyrån vilket innebär att det kommer fortsätta publiceras.

Tabellen visar den totala försäljningen av Norrlandsreseprodukter under 2014

Försäljning	**Län**				
Norrlandsresan	**Försäljning AC**	**Försäljning BD**	**Försäljning Y**	**Försäljning Z**	**Totalsumma**
Enkelbiljetter	13 681 436,00 kr	1 920 771,00 kr	2 083 878,00 kr	2 740 000,00 kr	20 426 085,00 kr
Periodkort	2 118 811,00 kr	8 838,00 kr	3 559 515,00 kr	52 000,00 kr	5 739 164,00 kr
Rabattkort	502 928,00 kr	9 978,00 kr	32 996,00 kr	17 000,00 kr	562 902,00 kr
Totalsumma	**16 303 175,00 kr**	**1 939 587,00 kr**	**5 676 389,00 kr**	**2 809 000,00 kr**	**26 728 151,00 kr**

En generell höjning med 3,5 % motsvarar alltså drygt 900 000 kr i årliga intäkter.
Enkelbiljetterna svarar för 76 % av den totala försäljningen och med utgångspunkt i tidigare resonemang är ambitionen är att hålla tillbaka ökningen av enkelbiljettpriset.
Detta skulle fullt ut innebära en väldigt dramatisk ökning av periodkortspriset. Förslaget är därför att under ett par års tid göra en justering av taxan som innebär att förhållande mellan enkelbiljettpriset, rabattkortpriset och periodkortspriset revideras.
Mot bakgrund av detta är *vårt förslag* att följande justeringar görs i taxan:

Biljettyp	**Förslag till justering**	**Teoretisk intäktsökning**
Enkelbiljetter	+ 2,8 %	571 930 kr
Rabattkort	+ 2,8 %	15 761 kr
Periodkort	+ 4,5 %	258 262 kr
Summa		**845 954 kr**

Ny prislista i detalj bifogas. Prislistan ska, innan den börjar gälla, justeras så att periodkorten, så långt det är möjligt har ett pris på jämna 10-tal kronor.

Förlag till beslut

att revidera norrlandsresetaxan med 2,8 % avseende enkelbiljetter och rabattkortsresor samt med 4,5 % avseende periodkort,

att knyta taxan till KPI för årlig justering. Justering neråt ska inte göras,

att beslutet verkställs från och med 1 juli 2015,

att beslutet verkställs under förutsättning att samtliga Kollektivtrafikmyndigheter i de fyra nordligaste länen fattar likalydande beslut.

OMRÄKNING PRISLISTA NORRLANDSRESAN

FÖRSLAG TAXA FR O M 2015-07-01

Priser i Kronor för vuxen, ungdom och barn

KM	**Enkelbiljett**			**6-resor**			**Periodkort**
Avstånd	Vuxen	Ung-dom	Barn	Vuxen	Ung-dom	Barn	30 dagar Vuxen
0-7	24 kr	18 kr	12 kr	110 kr	83 kr	55 kr	710 kr
8-15	30 kr	23 kr	15 kr	148 kr	111 kr	74 kr	790 kr
16-22	40 kr	30 kr	20 kr	190 kr	142 kr	95 kr	820 kr
23-30	46 kr	35 kr	23 kr	221 kr	166 kr	111 kr	890 kr
31-37	55 kr	41 kr	28 kr	264 kr	198 kr	132 kr	1 050 kr
38-45	64 kr	48 kr	32 kr	307 kr	230 kr	153 kr	1 150 kr
46-52	72 kr	54 kr	36 kr	349 kr	261 kr	174 kr	1 270 kr
53-60	78 kr	58 kr	39 kr	375 kr	281 kr	187 kr	1 360 kr
61-67	86 kr	65 kr	43 kr	410 kr	308 kr	205 kr	1 460 kr
68-75	96 kr	72 kr	48 kr	466 kr	350 kr	233 kr	1 540 kr
76-82	105 kr	79 kr	52 kr	502 kr	376 kr	251 kr	1 650 kr
83-90	113 kr	85 kr	57 kr	527 kr	395 kr	263 kr	1 670 kr
91-97	118 kr	88 kr	59 kr	565 kr	423 kr	282 kr	1 680 kr
98-105	125 kr	94 kr	63 kr	601 kr	451 kr	301 kr	1 690 kr
106-112	135 kr	101 kr	67 kr	650 kr	487 kr	325 kr	1 700 kr
113-120	140 kr	105 kr	70 kr	680 kr	510 kr	340 kr	1 720 kr
121-127	152 kr	114 kr	76 kr	730 kr	547 kr	365 kr	1 740 kr
128-135	159 kr	119 kr	79 kr	761 kr	571 kr	380 kr	1 810 kr
136-143	162 kr	121 kr	81 kr	810 kr	607 kr	405 kr	1 890 kr
144-151	177 kr	133 kr	89 kr	845 kr	634 kr	423 kr	1 970 kr
152-157	182 kr	137 kr	91 kr	878 kr	658 kr	439 kr	2 030 kr
158-167	195 kr	147 kr	98 kr	926 kr	695 kr	463 kr	2 110 kr
168-175	200 kr	150 kr	100 kr	968 kr	726 kr	484 kr	2 220 kr
176-181	209 kr	157 kr	105 kr	1 005 kr	754 kr	502 kr	2 300 kr
182-187	220 kr	165 kr	110 kr	1 055 kr	791 kr	527 kr	2 400 kr
188-195	228 kr	171 kr	114 kr	1 097 kr	823 kr	548 kr	2 540 kr
196-201	234 kr	176 kr	117 kr	1 123 kr	842 kr	561 kr	2 650 kr
202-229	259 kr	194 kr	130 kr	1 250 kr	937 kr	625 kr	2 790 kr
230-249	270 kr	202 kr	135 kr	1 307 kr	980 kr	654 kr	2 810 kr
250-267	291 kr	219 kr	146 kr	1 384 kr	1 038 kr	692 kr	2 930 kr
268-291	318 kr	239 kr	159 kr	1 541 kr	1 156 kr	771 kr	2 990 kr
292-307	334 kr	250 kr	167 kr	1 605 kr	1 204 kr	803 kr	
308-335	341 kr	256 kr	171 kr	1 634 kr	1 226 kr	817 kr	
336-359	348 kr	261 kr	174 kr	1 670 kr	1 252 kr	835 kr	
360-391	366 kr	274 kr	183 kr	1 751 kr	1 313 kr	875 kr	
392-415	381 kr	286 kr	191 kr	1 826 kr	1 370 kr	913 kr	
416-460	398 kr	299 kr	199 kr	1 908 kr	1 431 kr	954 kr	
461-520	452 kr	339 kr	226 kr	2 172 kr	1 629 kr	1 086 kr	
521-590	475 kr	356 kr	237 kr	2 283 kr	1 712 kr	1 141 kr	
591-1024	521 kr	391 kr	261 kr	2 504 kr	1 878 kr	1 252 kr	

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Utdrag sammanträdesprotokoll

2015-01-29

Utskottet för infrastruktur och kommunikationer

§ 8 Justering av Norrlandsresans taxa (RUN/219/2015)

Ärendebeskrivning

Norrlandresan är en gemensam taxa för resor med buss över länsgräns mellan Västerbotten, Västernorrland, Norrbotten och Jämtlands län. Taxans för periodkort används också som ersättningsgrund för resor inom respektive län på periodkort/pendlarkort vid resor med Norrtåg.
Taxan för Norrlandsresan är föremål för justering. Senaste förändring gjordes sommaren 2011.

Beslutsunderlag

Justering av Norrlandsresans taxa, PM.

Förvaltningschefens förslag

Utskottet för infrastruktur och kommunikationer föreslår Regionala utvecklingsnämnden att föreslå Regionfullmäktige besluta

1. norrlandsresetaxan revideras med 2,8 % avseende enkelbiljetter och rabattkortsresor samt med 4,5 % avseende periodkort,
2. taxan knyts till KPI för årlig justering. Justering neråt ska inte göras,
3. beslutet verkställs från och med 1 juli 2015,

beslutet verkställs under förutsättning att samtliga Kollektivtrafikmyndigheter i de fyra nordligaste länen fattar likalydande beslut.

UTSKOTTET FÖR INFRASTRUKTUR OCH KOMMUNIKATIONERS BESLUT

Utskottet för infrastruktur och kommunikationer föreslår Regionala utvecklingsnämnden att föreslå Regionfullmäktige besluta

1. norrlandsresetaxan revideras med 2,8 % avseende enkelbiljetter och rabattkortsresor samt med 4,5 % avseende periodkort,
2. taxan knyts till KPI för årlig justering. Justering neråt ska inte göras,
3. beslutet verkställs från och med 1 juli 2015,
4. beslutet verkställs under förutsättning att samtliga Kollektivtrafikmyndigheter i de fyra nordligaste länen fattar likalydande beslut.

Justerandes sign			Utdragsbestyrkande

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Utdrag sammanträdesprotokoll

2015-02-17

Regionala utvecklingsnämndens arbetsutskott

§ 16 Justering av Norrlandsresans taxa (RUN/219/2015)

Ärendebeskrivning

Norrlandresan är en gemensam taxa för resor med buss över länsgräns mellan Västerbotten, Västernorrland, Norrbotten och Jämtlands län. Taxans periodkort används också som ersättningsgrund för resor inom respektive län på periodkort/pendlarkort vid resor med Norrtåg.
Taxan för Norrlandsresan är föremål för justering. Senaste förändring gjordes under sommaren 2011.

Beslutsunderlag

Justering av Norrlandsresans taxa, PM.
Utskottet för infrastruktur och kommunikationer 29 januari 2015, § 8

Utskottet för infrastruktur och kommunikationers beslut

Utskottet för infrastruktur och kommunikationer föreslår Regionala utvecklingsnämnden att föreslå Regionfullmäktige

1. Taxan för Norrlandsresan revideras med 2,8 % avseende enkelbiljetter och rabattkortsresor samt med 4,5 % avseende periodkort,
2. Taxan knyts till KPI för årlig justering. Justering neråt ska inte göras,
3. Beslutet verkställs från och med 1 juli 2015,
4. Beslutet verkställs under förutsättning att samtliga Kollektivtrafikmyndigheter i de fyra nordligaste länen fattar likalydande beslut.

REGIONALA UTVECKLINGSNÄMNDENS ARBETSUTSKOTTS BESLUT

Regionala utvecklingsnämndens arbetsutskott föreslår regionala utvecklingsnämnden
Regionala utvecklingsnämnden föreslår regionfullmäktige

1. Taxan för Norrlandsresan revideras med 2,8 % avseende enkelbiljetter och rabattkortsresor samt med 4,5 % avseende periodkort,
2. Taxan knyts till KPI för årlig justering. Justering neråt ska inte göras,
3. Beslutet verkställs från och med 1 juli 2015,
4. Beslutet verkställs under förutsättning att samtliga Kollektivtrafikmyndigheter i de fyra nordligaste länen fattar likalydande beslut.

Justerandes sign			Utdragsbestyrkande

REGION
JÄMTLAND HÄRJEDALEN
2015 -01- 07

Medborgarförslag

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

Till:
Jämtlands läns landsting
Box 654
831 27 Östersund

Datum: 2015-01-04

Från:
Namn. [redacted]
Gatuadre
Postnum
Telefon-/
E-postad

Förslag

Att Jämtlandslandsting ska skriva på avtal om klimatvård

Motivering: Beskriv och motivera ditt förslag.

Jag lider av en mycket allvarlig systemsjukdom som heter "Diffus Systemisk skleros". Sedan ett år tillbaka lever jag som om jag hade fotboja. Har svårt att gå ut överhuvudtaget. Jag kan inte bli kall, inte ens lite småfrusen. I mitt fall handlar träning och rehabilitering om att överleva. Jag får själv betala min klimatvård utomlands.
För mig känns det som jag bor i landet Jämtland och inte i landet Sverige. Jämtland är nämligen ett av tre landsting som inte skrivit på avtal om"Klimatvård".
Känner mig besviken på landstinget som inte ser vilket behov som finns och hur få patienter som verkligen behöver detta för att kunna få en möjlighet till rehabilitering och värme.

[redacted]

Härmed godkänner jag att Jämtlands läns landsting lagrar och behandlar de personuppgifter jag lämnat. Förslaget kommer att diarieföras och blir därmed offentligt, förslaget kan även bli publicerat på landstingets webbplats.

Underskrift: _____

ÄRENDE 27

JÄMTLANDS LÄNS LANDSTING
460
2014 -04- 30
Dnr LS/ 707 /20 14

Motion

ang förändringar i beviljade assistanstimmar i länet

Under flera år har rätten till personlig assistans försämrats. Inte för att lagstiftningen i något avseende förändrats utan på grund av att Försäkringskassa och kommuner under många år drivit överklagningsärenden hårt och enträget. Det har resulterat i att domstolarnas praxis har förändrats.

Resultatet för den enskilde är att vid omprövningar har många fått sitt beviljade antal timmar sänkt. Utredningsproceduren har i allt större grad kommit att handla om att klocka, till sista halvminuten, tidsåtgången för stöd i mycket privata situationer. Det gäller intag av mat, av- och påklädning, personlig hygien och rätten till hjälp med kommunikation – att göra sig förstådd. Utredningarna kräver en beskrivning av livsvillkoren på en nivå som, inte sällan, upplevs som kränkande. Så kan man undvika att individen passerar den magiska gränsen om 20 timmars grundläggande behov i veckan.

Funktionshindrades situation har inte på något sätt blivit bättre under tiden med en borgerlig regering. Det har blivit färre möjligheter till skyddade anställningar, lika många har förtidspension – det som för åtta år sedan sades vara ett utanförskap som skulle prioriteras för insatser emot.
Funktionshindrades livsvillkor har på en rad områden faktiskt blivit snävare.

I länet genomförs under våren enkätundersökningen Hälsa på lika villkor. Där görs en fördjupad del för att få fram data om de funktionshindrades livssituation och hälsa. En motsvarande undersökning gjordes 2006. Det är bra att detta görs. Vi kommer på detta sätt att få jämförbara data och se om något förändrats, till det bättre eller till det sämre.
Men det kommer inte att framgå i den undersökningen hur assistanstimmarna förändrats över tid. I sammanhanget en viktig information.

Vi menar att det vore av stort värde att veta vilka förändringar som skett i beviljat antal timmar assistans och på vilka grunder ändringar gjorts både i Försäkringskassans beslut och i de kommunala besluten. Det bör göras över en historisk tidsperiod om till exempel tre år. Det bör också framgå i vilken utsträckning minskat antal assistanstimmar ersatts med SoL-insatser av olika slag.

Vänsterpartiet föreslår:
Att en utredning företas i länet som kartlägger i enlighet med ovanstående

För Vänsterpartiet genom Monalisa Norrman gruppledare

Monalisa Norrman

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Utdrag sammanträdesprotokoll

2015-02-16

Regionens samverkansråd

§ 10 Motion från Monalisa Norrman (V) om förändringar i beviljade assistanstimmar i länet (RS/76/2015)

Ärendebeskrivning

Monalisa Norrman (V) har lämnat en motion angående förändringar i beviljade assistans-timmar i länet. I motionen framförs synpunkter på att det vore av stort värde att veta vilka förändringar som skett under en treårsperiod i beviljat antal timmar assistans och på vilka grunder ändringar gjorts både i Försäkringskassans beslut och i de kommunala besluten. Motionärerna önskar också att analysen ska beskriva om minskat antal assistanstimmar ersatts med SoL-insatser av olika slag. Motionärerna föreslår att en utredning företas i länet som kartlägger detta.

Under våren 2015 kommer befolkningsenkäten Hälsa på lika villkor att analyseras bl.a. avseende livssituation och hälsa för kvinnor, män, flickor och pojkar med funktions-nedsättning. Motionärerna anser att det som ett komplement till den analysen är viktigt med information om förändringar av assistanstimmar över tid. Det skulle ge en bättre bild av deras situation i länet.

I det nyligen beslutade måldokumentet Gemensam hälso- och sjukvårdspolitik i Jämtlands län 2014-2025 anges personer med funktionsnedsättning som en viktig målgrupp för att förbättra både psykisk hälsa, trygghetsskapande och hälsofrämjande levnadsvillkor och samordnad och tillgänglig hälso- och sjukvård. Därför är det intressant om motionärens önskemål om utredning görs så att den finns tillgängligt tillsammans med resultat från analys av Hälsa på lika villkor 2014 för dessa.

Beviljande assistanstimmar i länet är dock i första hand ett primärkommunalt ansvar, men det skulle vara av intresse för regionen Jämtland Härjedalen att se den sammantagna bilden för hela Jämtlands län.

Innan regionstyrelsen går vidare i ärendet bör Regionens samverkansrådet yttra sig i ärendet.

Om motionärens förslag bifalles kommer Regionstyrelsen ge regiondirektören i uppdrag att göra en kartläggning av förändringar av beviljade assistanstimmar i länet 2012-2014 inkluderande också i vilken utsträckning antalet timmar ersatts med andra slag av SoL-insatser.

Beslutsunderlag

Motion från Monalisa Norrman (V) om förändringar i beviljade assistanstimmar i länet
Protokollsutdrag Regionstyrelsen 2015-01-20 –21, § 33.

Regionstyrelsens beslut

1. Regionstyrelsen ber regionens samverkansråd yttra sig i ärendet
2. Regionstyrelsen förslår regionfullmäktige

Regionstyrelsen får anstånd till juni 2015 att svara på motionen

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Utdrag sammanträdesprotokoll

2015-02-16

Regionens samverkansråd

REGIONALA SAMVERKANSRÅDETS BESLUT

Regionens samverkansråd ställer sig bakom förslaget att regionstyrelsen ger regiondirektören i uppdrag att göra en kartläggning av förändringar av beviljade assistanstimmar i länet 2012-2014 inkluderande också i vilken utsträckning antalet timmar ersatts med andra slag av SoL-insatser.

Detta under förutsättningen att det inte innebär merarbete eller extra kostnader för kommunerna. Uppdraget får inte heller innebära större merkostnader för Region Jämtland Härjedalen.

Justerandes sign			Utdragsbestyrkande

JÄMTLANDS LÄNS LANDSTING
2014 -09- 12
Dnr LS/ 1291 /20 14

Ett hållbart val
CENTERPARTIET

Fåker den 12 september 2014

Motion Till landstingsfullmäktige

Satsa på förnybar solenergi!

Landstinget som vid årsskiftet byter namn till region Jämtland Härjedalen förbrukar mycket elenergi i sina verksamheter. Det påverkar miljön om man inte väljer rätt slags energi. I dag köper man elen som kommer från vattenkraft.

För att bidra till utvecklingen av förnybar energi kan regionen vid om och nybyggnation i egna eller i landstingsbostäders lokaler tänka nytt! Detta kan också leda till minskade energikostnader på sikt.

Solenergi är ett mycket miljövänligt alternativ och om regionen satsar på detta kan det underlätta även för andra husägare att göra samma miljösmarta investering.

Jag föreslår därför att

Landstinget/region Jämtland Härjedalen vid om och nybyggnationer i egna och i landstingsbostäders lokaler satsar på solenergi

Thomas Andersson, Centerpartiet