

SAMMANTRÄDESHANDLINGAR
REGIONSTYRELSEN
23-24 FEBRUARI 2016



Uppföljning av Krisberedskaps- och säkerhetsfrågor 2015

Version: 1

Beslutsinstans: Regionstyrelsen



ÄNDRINGSFÖRTECKNING

Version	Datum	Ändring	Beslutat av
1.		Nyutgåva	



INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	KRISBEREDSKAP	4
1.1	Risk- och sårbarhetsanalyser (RSA)	4
1.1.1	Regionalt säkerhetsråd	4
1.2	Tjänsteman i beredskap (TiB)	5
1.2.1	Larm och inträffade händelser	5
1.3	Särskild sjukvårdsledning	5
1.4	Regionalt krisledningsråd	6
1.4.1	Analys utifrån förhöjd hotnivå	6
1.5	Krisledningsnämnd	7
1.6	Övning och utbildning	7
1.7	Krisberedskap hälsovalet	8
1.8	Säkerhetsskydd	8
1.9	Försvarsplanering	9
1.10	RAKEL	9
2	SAMVERKAN	10
3	GRUNDLÄGGANDE SÄKERHET	10
3.1	Hot och våld	11
3.2	Vakt	11
3.3	Systematiskt brandskyddsarbete (SBA)	11
4	PLANERING 2016	12

1 KRISBEREDSKAP

Krisberedskaps- och säkerhetsarbetet har i stort sett bedrivits enligt plan under 2015. I krisberedskapsarbetets natur ligger att även hantera oförutsedda händelser. Sett till olyckor och larm till Tjänsteman i beredskap (TiB) har det varit ett relativt normalt krisberedskaps år. Dock har inträffade händelser i omvärlden och det försämrade internationella och nationella säkerhetsläget bidragit till att kraven på krisberedskaps- och säkerhetsarbetet ökar. Från både Regeringen, Försvarsmakten och Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) kommer signaler till landsting och regioner om behovet av uppstart med försvarsplanering och uppdatering av säkerhetsskyddet. Region Jämtland Härjedalens krisberedskap är en del av den regionala och nationella krisberedskapen, samverkan krävs för att stärka den. Det blir alltmer tydligt att vi är beroende av andra men också att andra är beroende av att vår krisberedskap fungerar. Regelbunden revidering och översyn av planverk, instruktioner och rutiner krävs för att de ska vara anpassade till en föränderlig värld. Utbildning och övning är nödvändigt på alla nivåer i organisationen. Arbetet med grundläggande säkerhet i egen organisation är också en viktig del i det förebyggande krisberedskapsarbetet.

1.1 Risk- och sårbarhetsanalyser (RSA)

Enligt Lag om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap (LEH 2006:544) ska Region Jämtland Härjedalen genom risk och sårbarhetsanalyser minska sårbarheter i verksamheter och öka förmågan att hantera kriser i fredstid samt skapa grundläggande förmåga till civilt försvar.

Arbetet har pågått löpande sedan 2007. Det planeras och följs upp årligen samt i slutet av varje mandatperiod. Region Jämtland Härjedalen har redovisat och sammanställt RSA rapport till Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, Socialstyrelsen och Länsstyrelsen hösten 2015. Rapporten har föredragits för och fastställts av Regionstyrelsen (RS/1224/2015).

Resultatet av RSA är ett viktigt underlag för att planera och arbeta vidare med att stärka krisberedskapen i Region Jämtland Härjedalen och skapa robusthet i vår samhällsviktiga verksamhet.

1.1.1 Regionalt säkerhetsråd

Det regionala säkerhetsrådet är ett viktigt forum för att i ett brett perspektiv kunna hantera både riskhanterings och säkerhetsfrågor inom regionen. Rådet som startade 2012 är rådgivande till Regiondirektören och Regionstabschefen är ordförande. Fyra regionala säkerhetsråd har genomförts under året. Representeranter för alla områden i den s.k. riskcirkeln finns utsedda.

Det regionala säkerhetsrådet ska bl.a. bereda regionövergripande säkerhetsärenden till förslag för beslut, samordna säkerhetsarbetet, utgöra styrgrupp och/eller referensgrupp för lämpliga projekt,

följa upp och stödja säkerhetsarbetet i regionen samt upprätta en regional lägesbild av säkerhetsprocessen. Rådet är tillika gaskommitté.

Några uppdrag som har genomförts inom ramen för rådet under året är handlingsplan för värmebölja, mallar för riskanalys, behovsanalys och kravställning av system för snabb intern informationsspridning. Andra arbeten som fortfarande pågår är t ex Trygghetscentraler, risk- och konsekvensanalys avseende IP telefoni sjukhuset, Kontinuitetsshantering IT i akutområdet samt säkerhetsaspekter vid utformning av receptioner.

1.2 Tjänsteman i beredskap (TiB)

Tjänsteman i beredskap bemannas dygnets alla timmar och årets alla dagar. Beredskapen har under 2015 fördelats på åtta personer. Två nya personer har påbörjat sitt uppdrag som TiB under året. De flesta har sin grundtjänstgöring som chefer i akutområdet.

1.2.1 Larm och inträffade händelser

TiB har fått 62 sökningar under året, vilket är ungefär samma omfattning som föregående år. Av dessa sökningar är ca en tredjedel inom kategorin katastrofmedicin d.v.s. olyckor av olika slag där man initialt kan befara att flera skadade behöver sjukvård. Resterande sökningar handlar om driftsstörningar t ex inom IT, telefoni, RAKEL. Det finns också några sökningar om vädervarningar där länsstyrelsen kallar till förvarningskonferens.

Vid fem tillfällen har TiB tagit beslut om Allvarlig händelse och inrättat Särskild sjukvårdsledning.

- 4/2 IT-haveri – Förstärkningsläge regional nivå, Stabsläge sjukhuset
- 5/2 IT-haveri – Förstärkningsläge regional nivå, Stabsläge sjukhuset
- 16/6 Kanotolycka Änn – Förstärkningsläge regional nivå
- 17/10 Trafikolycka söder om Lillhärdal – Stabsläge regional nivå
- 10/11 Trafikolycka Rätan – Förstärkningsläge regional nivå, Förstärkningsläge sjukhuset

Sammantaget har det varit ett relativt normalt och hanterbart år inom TiB verksamheten.

1.3 Särskild sjukvårdsledning

Särskild sjukvårdsledning benämns i dagligt tal ofta som ”krisledning”. Då Region Jämtland Härjedalen endast har ett sjukhus har sedan två år tillbaka en sammanslagning genomförts av den lokala ledningen för sjukhuset och ledningen på regional nivå. Den gemensamma ledningen benämns ”Särskild sjukvårdsledning på regional nivå”. Sjukvårdsledningen har inrättats vid fem tillfällen under 2015 efter beslut av TiB. Deltagarna i ledningen är välutbildade och övade för sitt

uppdrag. Region Jämtland Härjedalen bedöms uppfylla såväl lagkrav inom området som att följa nationella ledningsprinciper och modeller. Den högsta beslutande befattningen i den särskilda sjukvårdsledningen benämns "Sjukvårdsledare". Den innehas fr.o.m. 2016-02-01 av Regiondirektör, Hälso- och sjukvårdsdirektör, områdeschef Akutvård samt områdeschefkirurgi.

Inom primärvården finns Särskild sjukvårdsledning på lokal nivå och den ska kunna upprättas i samarbete mellan Hälsocentraler i en kommun. Här finns ett utbildningsbehov, då många chefer och medicinskt ansvariga har bytts ut sedan den förra utbildningsinsatsen som genomfördes för mer än fem år sedan.

Särskild sjukvårdsledning sammankallades också på Regiondirektörens initiativ i mitten av oktober för att initialt skapa en lägesbild, samordna och hantera de akuta behov som uppstått med anledning av den ökade flyktingtillströmningen i länet. Sammansättningen i sjukvårdsledningen anpassades för behovet, veckovisa möten skedde under fyra veckor innan ledningen avvecklades. Därefter inrättades en central styrgrupp för flyktingssamordnings för att i ordinarie ledningsstrukturer och även långsiktigt kunna fortsätta arbeta med frågorna.

1.4 Regionalt krisledningsråd

Fyra regionala krisledningsråd med deltagare från Särskild sjukvårdsledning har genomförts som planerat under 2015. Frågor som diskuteras på rådet är t ex uppföljning av inträffade händelser, översyn av larmplaner och planverk, utbildning och övning. Med anledning av den förhöjda hotnivån avseende terrorism i Sverige i november sammankallades till ett extra möte med sjukvårdsledningen. Där beslutades att en arbetsgrupp skulle titta på olika tänkbara händelseutvecklingar och hur de kan drabba egen organisation samt vilka eventuella brister som kan konstateras vid dessa händelseutvecklingar, samt förslag på hur de kan åtgärdas.

Årlig revidering av den regionala kris- och katastrofmedicinska beredskapsplanen är genomförd och beslutades av styrelsen i november (RS/1562/2015). Fyra fristående dokument som kan ses som kompletterande planverk inom Särskild sjukvårdsledning, Prehospital Sjukvårdsledning, Farliga ämnen och Krisstöd är också under revidering och beräknas vara klara i februari 2016.

Sjukhusets kris- och katastrofmedicinska plan reviderades under våren 2015. Behov av förändringar i t ex larmkedja föranleder ny revidering våren 2016.

1.4.1 Analys utifrån förhöjd hotnivå

En arbetsgrupp har identifierat risker, förmåga och åtgärdsförslag utifrån följande händelseutvecklingar:

- Hot/attentat mot egen verksamhet
- Hot/attentat i närområdet
- Ge hjälp till annat drabbat län/landsting

- Vård av antagonist
- CBRNE (som specifik risk att hantera)

En översyn av larmkedjor och vissa rutiner gjordes i direkt anslutning till beskedet om den förhöjda hotnivån. Andra åtgärder inom t ex CBRNE (Farliga ämnen) handlar om utbildning, planverk, genomgång samt inköp av material. Dessa planeras genomföras kommande år.

1.5 Krisledningsnämnd

En ny krisledningsnämnd utsågs hösten 2014 i samband med den nya mandatperioden. Krisledningsnämndens reglemente reviderades också hösten 2014 bl.a. med hänsyn till Regionbildningen. En första introduktionsutbildning genomfördes under våren 2015, ytterligare ett möte genomfördes i oktober. Sammansättningen har därefter förändrats och några ledamöter har bytts ut. Två möten inklusive utbildning och eventuell övning planeras för 2016.

1.6 Övning och utbildning

Sju personer har gått utbildning för Särskild sjukvårdsledning vid Katastrofmedicinskt utbildningscentrum i Linköping (KMC) och inom TiB gruppen har två personer erhållit stabschefsutbildning vid KMC.

I Region Jämtland Härjedalen finns en Katastrofmedicinsk utbildningsgrupp som samordnas av krisberedskap. Under 2015 har utbildningar genomförts inom Prehospital sjukvårdsledning (PS utbildning) samt två sjukvårdsgruppsutbildningar. Kurserna har varit fullteknade och får mycket goda betyg vid utvärderingar från deltagarna. Det finns behov av att skapa en grundläggande kurs i katastrofmedicin som kan erbjudas t ex ST läkare.

I samverkan med länsstyrelsen, polisen och räddningsförbundet genomfördes en mycket uppskattad utbildningsdag i farliga ämnen och antagonistiska händelser under hösten med ca 70 deltagare.

I februari genomfördes en tabletop övning utifrån ett scenario med större driftstörning/IT haveri. Syftet var att genomföra en lärande övning för att klargöra larmvägar, ansvarsområden och samordning av olika ledningsfunktioners insatser. Inbjudna var representanter för särskild sjukvårdsledning, IT:s krisgrupp och helpdesks krisfunktion. Övningen uppnådde sitt syfte och hade många deltagare. Flera viktiga lärdomar drogs och ytterligare en övning planeras inför 2016.

Som en del i länets dammbrottsplanering för olika aktörer har länsstyrelsen bjudit in till en samverkansövning, övning Hubbe, för höga flöden och dammbrott. Första delen skulle ha startat i november men har skjutits fram till våren 2016 p.g.a. hög arbetsbelastning med hänvisning till flyktingsituationen. Som en förberedelse i planeringsarbetet avseende höga flöden och dammbrott har en tabletop övning genomförts med TiB gruppen. Fortfarande saknar enheten för

krisberedskap IT stöd för att kunna arbeta med digitalt kartmaterial och planeringsarbetet har där av ännu inte kommit igång fullt ut.

Sedan 2013 pågår ett utvecklingsarbete mellan Norge och Sverige med syfte att underlätta ledning och samverkan i Rakel (Sverige) och Nödnitt (Norge). Arbetet avslutas i november 2016 med en gemensam övning.

Generellt har senaste årens övningsverksamhet inriktats på ledningsövningar och det finns ett stort behov av att även öva s.k. fältövningar med operativ personal ute i våra verksamheter. Katastrofmedicinska övningar efterfrågas på sjukhuset men har bl.a. av resursskäl inte genomförts. Bedömningen är att Region Jämtlands Härjedalens övningsverksamhet behöver öka i omfattning.

1.7 Krisberedskap hälsovalet

Enligt den uppdragsspecifikation som gäller för Hälsoval i Jämtlands län framgår att årlig uppföljning av den katastrofmedicinska förmågan i dialog mellan vårdgivaren och Krisberedskap ska genomföras. I hälsovalet är alla hälsocentraler skyldiga att följa den regionala kris- och katastrofmedicinska beredskapsplanen.

En enkät har skickats ut till alla hälsocentraler som omfattas av hälsovalet med frågor som syftar till att ge en samlad bild av krisberedskapen i primärvården samt i vilken mån samverkan och samarbete sker mellan hälsocentralerna i era respektive kommuner. Åtta svar erhöles och det är därmed svårt att få en samlad bild av krisberedskapen i primärvården.

Svaren visar att ett fåtal har en aktuell och reviderad kris- och katastrofmedicinska beredskapsplan. Några har genomfört kriskommittéer under året. Ett flertal har utbildat sina medarbetare eller planerar att göra det kommande år. De senaste åren har arbetet med Kris- och katastrofmedicinsk beredskap i primärvården tappat fart inom hälsovalet – förhoppningsvis är nu flera på gång att återuppta arbetet. Hälsocentralerna i Östersund har avsatt en arbetsdag i början av 2016 för att arbeta med planverk och åtgärdsplan.

En ambition hos enheten för krisberedskap är att delta vid minst en kriskommitté per kommun under 2016. Kriskommittén ska inte endast omfatta katastrofmedicinska frågor, utan även risk- och sårbarhetsanalyser, säkerhetsfrågor samt brandskydd. Bedömning görs också att det finns behov av utbildning i Särskild sjukvårdsledning inom primärvården. Därav planerar Krisberedskap att erbjuda sådan utbildning under hösten 2016.

1.8 Säkerhetsskydd

Region Jämtland Härjedalen har att tillämpa Lag (1996:627) om säkerhetsskydd, Förordning (1996:633) om säkerhetsskydd och polismyndighetens föreskrift RPSFS 2010:3. Nuvarande säkerhetsskyddspan (LS/571/2012) behöver revideras. Arbetet innefattar också att en ny

säkerhetsskyddsanalys också behöver göras. Arbetet är påbörjat och planeras slutföras under våren 2016. Det är en viktig grund i det arbete med försvarsplanering som ska påbörjas.

1.9 Försvarsplanering

Med anledning av det förändrade omvärlds- och säkerhetsläget bedömer regeringen i den nya försvarspolitiska inriktningen, Sveriges försvar 2016-2020 (proposition 2014/15:109), att planeringen för det civila försvaret bör återupptas enligt planeringsanvisningar som regeringen beslutar. Arbetet med Risk- och sårbarhetsanalyser bör beakta både krissituationer i fredstid och situationer med höjd beredskap. Regeringens förslag är att målet för det civila försvaret från och med 2016 ska vara att:

- Värna civilbefolkningen
- Säkerställa de viktigaste samhällsfunktionerna och
- Bidra till Försvarsmaktens förmåga vid ett väpnat angrepp eller krig i vår omvärld.

Sjukvård är ett prioriterat område inom civila försvarsplanering och en del av totalförsvaret. Region Jämtland Härjedalen planerar därför att inom ramen för arbetet med risk- och sårbarhetsanalyser att återuppta arbetet med försvarsplanering.

Arbetet påbörjades i mindre skala redan 2015, men kommer att intensifieras under 2016. Ett flertal möten är inplanerade med militärregion nord (MRN). I Region Jämtland Härjedalen finns idag ingen aktuell försvarsplanering och arbetet behöver göras från grunden.

1.10 RAKEL

Utvecklingen av användandet av RAKEL i regionen har avstannat. Avsaknad av inomhustäckning på sjukhuset är i dag ett hinder för utveckling och utbyggnad av systemet, det är också ett problem för vakter samt räddningstjänst och polis vid insatser på sjukhuset. Under 2014 gjordes en förbättring av täckning på akutmottagningen med hjälp av statliga medel vilket är en stor förbättring för Särskild sjukvårdsledning, akutmottagning och ambulanssjukvården.

Även i primärvården finns behov av att kunna införa RAKEL, framförallt ute i länet där det är relativt vanligt med störningar i telefonin. Det finns idag behov av reservsystem där RAKEL kan vara ett alternativ. Dock finns ingen budget avsatt.

Under 2016 påbörjas ett utbyte av Rakelmobiler. Detta sker främst på grund av att de äldre apparaterna inte klarar de tekniska krav som krävs för samverkan med Norge i deras motsvarighet till RAKEL (Nödnet), men också för att många av de RAKEL enheter i ambulanssjukvården som köptes in 2011 börjar bli utslitna.

2 SAMVERKAN

Region Jämtland Härjedalen har varit delaktiga i att arbeta fram den överenskommelse som nu finns om samverkan före, under och efter en kris för Jämtlands län. En styrgrupp för länets krisberedskap har inrättats. Landshövdingen är ordförande och styrgruppen har haft sitt första sammanträde under hösten 2015. Region Jämtland Härjedalen representeras där av Regiondirektör alternativt Hälso- och sjukvårdsdirektör. Övriga aktörer som ingår i styrgruppen är Försvarmakten, Räddningsförbundet, Polismyndigheten, Kommuner.

Enheten för krisberedskap deltar i ett flertal samverkans forum i länet både avseende krisberedskap och säkerhet. Det finns bra rutiner för regional samverkan med länets krisberedskapsaktörer under en kris. Samverkan sker också med norrlandstingens företrädare för krisberedskap.

Två samverkansmöten har genomförts med norska kollegor för att följa upp och arbeta vidare med det gränsräddningsavtal som 2011 skrevs mellan Jämtlands läns landsting och Helse-Midt Norge RHF. Utvecklingen av avtalet har dock avstannat p.g.a. de problem inom svensk lagstiftning som inte möjliggör att norsk ambulanspersonal lagligt kan utföra arbete på svensk sida. Samverkan sker dock i praktiken varje vecka i gränstrakterna mot Norge. Norge har vid flera tillfällen under året bistått Jämtland med viktiga ambulans och helikopter resurser vid olyckor.

Region Jämtland Härjedalen har under 2015 framfört synpunkter till Socialstyrelsen angående denna problematik i samband med två olika nationella utredningar; traumautredningen samt utredningen om att ge utländsk hälso- och sjukvårdspersonal möjlighet att verka i Sverige vid allvarlig händelse eller kris. Det är angeläget att frågan kan lösas på nationell nivå.

3 GRUNDLÄGGANDE SÄKERHET

Vanliga frågor som hanteras inom säkerhetsarbetet är att stödja chefer ute i verksamheten avseende t ex i frågor om hot och våld, inbrott och skadegörelse, polisanmälningar, bistå med att utföra riskanalyser samt att bedriva systematiskt brandskyddsarbete. Det är dock viktigt att säkerhetsarbetet inte bara blir ”operativt” utan att det också bedrivs strategiskt säkerhetsarbete och där är som tidigare nämnts det regionala säkerhetsrådet ett viktigt forum.

Ute i våra verksamheter finns ett antal utsedda riskombud, ca 80 st. Dock saknas forum och struktur ute i förvaltningarna för att kunna arbeta strategiskt med frågorna på nivån mellan säkerhetsrådet och riskombuden.

Under 2015 gjordes försök med att lyfta krisberedskaps- och säkerhetsfrågor som en stående punkt vid de verksamhetschefsmöten som infördes. Det föll väl ut inom specialistvården. Störst är behovet av att hitta struktur för samordning inom primärvården. Det finns ett antal frågor som inte kommer framåt därför att det inte finns effektiva processer och mötes forum. Behovet ute i

verksamheterna av att få stöd i frågorna är dock stort enligt vår bedömning, ett exempel är t ex överfallslarm och andra trygghetsskapande åtgärder för medarbetarna.

Systemet för inpassering med kortläsare (M5) ägs idag av fastighetsdriften, där hanteras också övrig nyckelhantering. Däremot utförs systemförvaltningen av M5 samt utdelning av behörigheter hos krisberedskap/samordningskansliet. En tänkbar förändring och kvalitetshöjning inför framtiden är att hela ansvaret för passersystemet och övrig nyckelhantering ligger hos fastighetsdriften. Krisberedskap och säkerhet bör istället vara kravställare på systemet. Det skulle också troligt innebära en tydligare process för chefer som är beställare.

3.1 Hot och våld

Antalet avvikelser för 2015 ligger på samma nivå som för föregående år. Fortfarande finns kvalitetssäkringsproblem i avvikelssystemet, åtgärder är planerade men ännu inte genomförda. 80 stycken avvikelser är klassificerade som hot och våld, fem av dessa händelser är polisanmälda. De flesta rapporterade hot och våld incidenter inträffar fortfarande inom psykiatrin, men en tendens är att det ökar i annan vårdverksamhet både på sjukhuset och i primärvården.

Under hösten har en ökning skett av inbrott och stöld samt skadegörelser t ex har ett flertal inbrott skett på Torvalla HC.

3.2 Vakt

Region Jämtland Härjedalen har egna anställda ordningsvakter med ett utökat ordningsvaktsförordnande för kvarteret lasarettet. Vardagar finns en vakt i tjänst 17 timmar under dygnet och resterande tid har vakten beredskap i hemmet (mellan kl. 05.00 och kl. 11.00). Under 2015 har en ökning i arbetsbelastning märkts. Efterfrågan har ökat från både sjukhusets- och primärvårdens verksamheter angående extra vakt av olika anledningar. Det förekommer också att verksamheter använder privata vaktbolag. Om denna ökning av efterfrågan håller i sig behöver en översyn göras avseende verksamhetens behov och antalet vakter. Frågan om dygnet runt tjänstgöring behöver också diskuteras.

Vaktens arbetsuppgifter kan också vara i behov av översyn. Exempelvis kan vakten bättre nyttjas för generellt säkerhetshöjande åtgärder inom området grundläggande säkerhet. Tänkbara arbetsuppgifter kan vara att med hjälp av checklistor se över brandskydd, tillträdesskydd, yttre områden (belysning och andra påverkande faktorer avseende inbrott och skadegörelse).

3.3 Systematiskt brandskyddsarbete (SBA)

Interna brandutbildningar genomförs kontinuerligt. Ett flertal enheter har också fått stöd för att genomföra sitt SBA, detta gäller också de nytilkomna verksamheterna inom regionala

utvecklingsförvaltningen t ex folkhögskolor och kulturen. Brandutbildning köps också in externt från Jämtlands räddningstjänstförbund.

4 PLANERING 2016

Några prioriterade åtgärder inför 2016 är:

- Risk- och sårbarhetsanalyser – påbörja risk inventering avseende klimatförändringar
- Revidering av säkerhetsskyddsplan samt utförande av säkerhetsskyddsanalys
- Försvarsplanering i samverkan med Försvarsmakten
- Deltagande i övning Hubbe (höga flöden) som sker i länsstyrelsens regi
- Dammbrottsplanering för Region Jämtland Härjedalen
- Stärka förmågan att samverka med Norge. Deltagande i övning ROSIG i november i Ånn. Avser främst kommunikation mellan norska och svenska blåslysmyndigheter via RAKEL och NÖDNET. Övningen kräver utbildningsinsatser både för ambulanspersonal samt för funktioner i särskilda sjukvårdsledningen.
- Slutföra pågående uppdrag t ex Trygghetscentraler, kontinuitetshantering IT akutområdet, utformning av receptioner avseende säkerhet och sekretess
- Arbeta vidare med hot och våld frågor i primärvården
- Revidering av riktlinjer för hot och våld
- Införande av system för snabb intern information
- Revidering av specialistvårdens kris- och katastrofmedicinska plan
- Utbildning i Särskild sjukvårdsledning för specialistvård samt primärvård
- Stärka förmågan avseende farliga ämnen (CBRNE) i Region Jämtland Härjedalen t ex utbildning i ambulanssjukvården, översyn av rutiner och genomgång av materiel.
- Utveckla utbildnings- och övningsverksamheten inom katastrofmedicin

Kristin Gahnström Jonsson
Områdeschef Folktandvården
Region Jämtland Härjedalen
Mobil 070/345 48 67
Email: kristin.gahnstrom.jonsson@regionjh.se

1(4)

Rapport - Uppföljning Folktandvården

Folktandvårdens Framtida Struktur

Den 15 april beslutade regionfullmäktige att folktandvården kommer att finnas på färre orter, i större kliniker och med utökade öppettider. Beslutet innebar att folktandvårdens verksamhet vid klinikerna i Myrviken, Kälarne, Föllinge, Hammerdal och Gällö flyttats till närliggande kliniker. Kliniken i Hammerdal och kliniken i Gällö har tagits över av privat verksamhet. Till båda dessa privata etableringar har en del av medarbetarna valt att följa med.

I samband med avvecklingen av klinikerna började arbetet med att öka tillgängligheten och att utveckla våra kliniker mot den framtida standard som tagits fram.

Att utveckla teamarbetet är en viktig del för att öka tillgängligheten. Samtliga kliniker har under 2015 tagit fram en plan för att vidareutveckla teamarbetet. Arbetet fortsätter under 2016 med att skapa ett gemensamt stöd för teamtandvård i form av manualer och metodstöd. Fyra tandläkare deltar i Norrtings-gemensam teamledarutbildning under 2016.

Vid en jämförelse mellan 2014 och 2015 inom allmäntandvården, så syns det att den bokade tiden för patienterna inte har minskat i någon omfattning alls, trots avveckling av fem kliniker! Flera kliniker har dessutom ökat den bokade tiden.

Våra medarbetare har gjort ett fantastiskt arbete med att avveckla kliniker och samtidigt öka tillgängligheten till hela Folktandvården!

Personalsituationen

Liksom tidigare år finns fortfarande problem att bemanna vissa kliniker, främst utanför Östersundsområdet. Vakanser finns avseende tandläkare i Sveg, Berg, Hammarstrand och Gäddede. Rekrytering pågår även avseende tandhygienister och tandsköterskor. Ca hälften av tandsköterskorna kommer att gå i pension inom en 10-års period. Inom specialisttandvården saknas flera specialister. Visst stöd vid vakanser finns på tandläkarsidan genom ambulerande tandläkare. From april finns två heltidsambulerande tandläkare samt två på deltid (varav en pensionär).

Uppdragsutbildningar av specialisttandläkare pågår och en generationsväxling sker inom gruppen övertandläkare.

Kristin Gahnström Jonsson
Områdeschef Folk tandvården
Region Jämtland Härjedalen
Mobil 070/345 48 67
Email: kristin.gahnstrom.jonsson@regionjh.se

2(4)

Befattning	Mycket svårt att rekrytera	Svårt att rekrytera	Balans	Lätt att rekrytera
Övertandläkare	X			
Tandläkare		X		
Tandsköterska		X		
Tandhygienist		X		
Ortodontiasistent	X			

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

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

Tandsköterskeutbildningen i Östersund

Beslut har tagits avseende tandsköterskeutbildning. Påbörjas hösten 2016 i Östersund.

Tandvård till flyktingar



För närvarande finns 4000 personer i asylboenden i länet. Genomsnitt 7,5 % av dessa besöker Folk tandvården en eller flera gånger 2015 har 2186 timmar asyltandvård för vuxna utförts. Till detta tillkommer barntandvården samt vård för nya svenska medborgare.

Kristin Gahnström Jonsson
Områdeschef Folk tandvården
Region Jämtland Härjedalen
Mobil 070/345 48 67
Email: kristin.gahnstrom.jonsson@regionjh.se

3(4)

Prioritering ska ske enligt Tandvårdslagen, SFS 1985: 125, §7.

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 (§8 Tandvårdslagen). Tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift till sjuka och funktionshindrade (SOSFS 2012:17). De med särskilt tandvårdsstöd (SOSFS 2012:16).
5. Övrig tandvård för vuxna i den omfattning som landstinget bedömer lämplig.
6. Frisk tandvård är prioriterat i gruppen vuxentandvård enligt politiskt beslut i Jämtlands läns landsting 2004.

Folk tandvården klarar för närvarande uppdraget enligt tandvårdslagen med de prioriterade patientgrupperna (akuta, barn och patienter med särskilda behov) men har svårt att klara av oprioriterade patientgrupper som "vanliga" vuxna patienter.

Bortprioritering av patienter med låg prioritet ("vanliga" vuxna med lågt och måttligt vårdbehov), har börjat ske på några kliniker.
Mäter väntade 1 ggr/ mån för att följa utvecklingen.

Mål och målvärde 2016	Utfall 2016-01-31
Andel barn med mindre väntan än 3 mån. Mål 100 %	100 %
Andel vuxna med mindre väntan än 6 mån. Mål 95 %	90 %

Finns rutin för att återsöka de ersättningar ni är berättigade när det gäller kostnad för tolkar och tandvård för asylsökande?

Fakturerings sker från klinikerna löpande avseende utförd vård och tolktjänster för asylsökande. Betalning erhålls från det specialdestinerade statsbidraget. Frågan ovan avser den ersättning som Regionen kan erhålla utöver det specialdestinerade statsbidraget för särskilt kostnadskrävande patienter. Detta är något som hanteras i Regionen centralt varför vi inte har någon kännedom om rutinen.

Ekonomiskt utfall 2015

Det ekonomiska resultatet för 2015 blev - 1260 tkr.

Intäkterna har minskat och en del av minskning beror på lägre specialistbemanning 2015. En annan del av minskningen kan hänföras till tandvård för asylsökande (se kap produktion). För 2015 beräknas ca 1125 tkr lägre intäkter jämfört med om vården utförts för svenska medborgare. Motsvarande intäktsförlust 2014 var ca 750 tkr.

Kristin Gahnström Jonsson
Områdeschef Folk tandvården
Region Jämtland Härjedalen
Mobil 070/345 48 67
Email: kristin.gahnstrom.jonsson@regionjh.se

4(4)

Målet för 2015 var att leverera ett överskott på 2,5 miljoner. Detta beräknades utifrån att beslut fattats så att fem kliniker skulle vara avvecklade vid halvårsskiftet. Beslutet dröjde dock och klinikerna var inte avvecklade förrän 1 september. Rimligt krav borde därför vara ett överskott på 1,7 miljoner.

2015s resultat på minus 1260 tkr innehåller kostnader på minst 1400 tkr för att lägga ner kliniker. Denna kostnad skulle enligt överenskommelse med region- och ekonomidirektör inte belasta folktandvården.

Resultatet för 2015 ska därför anges som +140 tkr. Överskottskravet är inte uppnått men verksamheten har inte gått med underskott.

Folktandvården ska minska kostnaderna med 5 mkr år 2016.

Vad behövs för att lyckas?

Minskning av direkta kostnader, hyra, transport mm 1200 tkr. Minskning med 12 behandlingsrum innebär lägre investerings och underhållskostnader mm.

För att nå 5 miljoner krävs:

- Öka tillgängligheten
- Stort fokus på effektiva flöden
- Höja lägstanivån på allmäntandvårdsklinikerna
- Specialisttandvård i balans
- Rekrytera och behålla personal

Kristin Gahnström Jonsson, Områdeschef Folk tandvården
Region Jämtland Härjedalen



Informationssäkerhetsberättelse 2015

Version: 1

Beslutsinstans: Regionstyrelsen



ÄNDRINGSFÖRTECKNING

Version	Datum	Ändring	Beslutat av
1.		Nyutgåva	



INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	INFORMATIONSSÄKERHETSARBETE 2015	4
1.1	Ledningssystem för informationssäkerhet (LIS)	4
1.2	Handlingsplan informationssäkerhet	4
2	RISKANALYSER OCH EGENKONTROLL.....	5
2.1	Övergripande risk- och behovsanalys behörigheter COSMIC	5
2.2	Övriga riskanalyser och egenkontroll	5
2.3	SITHS kort revision.....	6
2.4	Loggkontroller vårdadministrativa system	6
2.5	Avvikelser och incidenter	7
2.5.1	IT säkerhetsincidenter	7
3	GENOMFÖRDA FÖRBÄTTRINGAR.....	7
3.1	Regelverk informationssäkerhet.....	7
3.2	IT säkerhet	8
3.3	Informationsklassning/BITS	8
3.4	Kontinuitetshantering	9
3.5	Övning krisberedskap/IT	9
4	PLANERADE OCH PRIORITERADE ÅTGÄRDER 2016.....	10

1 INFORMATIONSSÄKERHETSARBETE 2015

Enligt SOSFS 2008:14 ska vårdgivaren utse en eller flera personer som ska ansvara för informationssäkerhetsarbetet. Den eller de som har fått denna uppgift ska minst en gång om året till vårdgivaren rapportera vilka

1. granskningar och skyddsåtgärder av större betydelse som har gjorts i enlighet med informationssäkerhetspolicyn,
2. riskanalyser som har utförts avseende informationssäkerheten, och
3. förbättringsåtgärder som har vidtagits.

Under de senaste åren har stora ansträngningar gjorts för att stärka informationssäkerhetsarbetet inom Region Jämtland Härjedalen. Personalresurser har omfördelats internt inom Samordningskansliet och arbetet sker i allt högre grad i samarbete med IT. Handlingsplan för informationssäkerhet har funnits sedan 2014 och ett ledningssystem med regelverk för informationssäkerhet enligt standarden ISO 27001 har byggts upp och integrerats i Region Jämtland Härjedalens ledningssystem för kvalitet. Avdelade resurser har dock inte motsvarat behovet och alla mål har inte uppnåtts, det finns fortfarande ingen avsatt budget för informationssäkerhet. Utvecklingen inom IT området går snabbt och de tekniska möjligheterna ökar samtidigt som Regionens verksamheter har ett högt IT beroende och därmed ökar riskerna och sårbarheterna. Informationssäkerhetsarbetet har tagit ytterligare ett steg framåt men relativt mycket arbete återstår. Fördelning av och gränsdragning för IT- och informationssäkerhetsfrågor behöver ses över framför allt inom områden som E-hälsa, COSMIC förvaltning samt molntjänster.

Landstingsfullmäktige fastställde under 2013 en ny informationssäkerhetspolicy. Policyn ska revideras under 2016, med målet att den ska fastställas på fullmäktige i juni.

1.1 Ledningssystem för informationssäkerhet (LIS)

Beslut är taget att informationssäkerhet skall vara en integrerad del av Region Jämtland Härjedalens ledningssystem och att informationssäkerhetsarbetet så långt det är möjligt ska följa standarden i ISO 27001.

Arbete påbörjades redan 2013 med framtagande av styrande dokument för att uppfylla kraven för informationssäkerhet enligt ISO 27001:2006. Kontinuerligt arbete krävs för att utveckla och hålla ledningssystemet aktuellt. Fortfarande finns områden där det saknas fullvärdiga regelverk och rutiner t ex inom behörighetshantering och användande av s.k. molntjänster som ökar allt mer. Det finns också behov av ökad kunskap i alla verksamheter om informationssäkerhet, avsaknad av utbildning inom informationssäkerhet är en svaghet i Region Jämtland Härjedalen.

1.2 Handlingsplan informationssäkerhet

Handlingsplan för informationssäkerhet 2014-2015 (LS/1398/2014) är avslutad. Många, men inte alla aktiviteter och mål har genomförts enligt planen. Bedömningen är att en regionövergripande

handlingsplan inom området fortfarande fyller ett viktigt syfte som styrdokument inom ett eftersatt och svårstyrt område. Regiondirektören har därför fastställt en ny handlingsplan för åren 2016-2017 (RS/1444/2015).

2 RISKANALYSER OCH EGENKONTROLL

2.1 Övergripande risk- och behovsanalys behörigheter COSMIC

Datainspektionen gjorde en tillsyn 2013 avseende bl.a. om Region Jämtland Härjedalen hade en dokumenterad behovs- och riskanalys för behörigheter i huvudjournalssystemet. Regionstyrelsen tilldelades ett föreläggande under våren 2015 för att sådan inte fanns och gav ett uppdrag till Beredskapschefen att prioritera analysen under 2015. En analysgrupp med deltagande från vårdverksamhet, chefläkare, IT och COSMIC förvaltning har arbetat med risk- och behovsanalys för behörigheter i COSMIC under hösten 2015.

Resultatet av analysen är ännu inte helt slutförd men visar bl.a. på det finns ett antal generella risker i dagens behörighetshantering, främst kopplat till att alltför vida behörigheter tillämpas. Exempel på konsekvenser utifrån detta är t ex onödig exponering av potentiellt känslig information, extra känsliga patientuppgifter kan idag inte skyddas genom begränsningar i behörigheter eller att användare tillämpar extra åtkomstval. Riskerna som inventerats och värderats har bedömts utifrån konsekvenser inom patientintegritet, lagefterlevnad, patientsäkerhet, goodwill och arbetsmiljö. Analysen kommer att innehålla åtgärdsförslag på kort och lång sikt utifrån förväntad nytta och effekt. Analysen kommer förhoppningsvis att kunna utgöra underlag för prioritering av åtgärder, men åtgärdsförslagen behöver kompletteras med kostnadsberäkningar.

2.2 Övriga riskanalyser och egenkontroll

Den riskanalys som genomfördes under 2013 avseende systemförvaltning har redovisats i regiondirektörens ledningsgrupp i december 2015. IT chefen har tilldelats ett uppdrag att se över systemförvaltningsmodell för Region Jämtland Härjedalen under 2016 samt att i det arbetet beakta de risker, brister samt förbättringsförslag som framkom i analysen.

Checklistan i ledningssystemet för egenkontroll av det systematiska kvalitetsarbetet har kompletterats med delar om informationssäkerhet. I de internrevisioner som har genomförts under 2015 har också frågor ställts angående informationssäkerhet. Resultatet av internrevisioner visar bl.a. att det finns brister i verksamheten avseende hanteringen av SITHS kort t ex lämnas korten i datorn vilket innebär risk för obehörig åtkomst till information. Vidare finns behov av förbättringar inom behörighetshantering. Önskemål finns om en samlad, övergripande funktion eller system för hantering av behörigheter. Det gäller både vid beställning av nya behörigheter och vid borttag av gamla. Det är vanligt att behörigheter inte tas bort när en medarbetare slutar

eller byter arbetsplats. Chefer har idag inte heller möjlighet att på ett enkelt sätt kontrollera eller återgodkänna behörigheter inom sina enheter. När det gäller loggning i vårdadministrativa system visar internrevisionen stora brister för 2015. Loggverktyget för COSMIC är försenat och många chefer har inte uppfattat att loggar ska fortsätta köras för VAS. Kunskapen om regelverk för loggning är dock god.

Ledningens genomgång är högsta tjänstemannaledningens möjlighet att utvärdera ledningssystemet avseende kvalitet (patientsäkerhet), arbetsmiljö, miljö och informationssäkerhet. Informationssäkerhet har inte tidigare varit en del som redovisats vid ledningens genomgång men kommer att vara det fr.o.m. 2016.

2.3 SITHS kort revision

Under året har intern revision men ingen extern revision genomförts för SITHS förvaltning (utgivning och hantering av SITHS-etjänstekort och certifikat). Stort fokus för SITHS förvaltning har under året riktats mot ett breddutbytesprogram där SITHS-kort vars giltighetstid går ut under 2015-16 bytts ut till nya kort. Rutinerna för beställning och utgivning av s.k. SITHS funktionscertifikat (används för att säkra IT-system) har uppdaterats och förtydligats ytterligare. För kortutgivningen har kontroll skett av i vilken utsträckning utbildning (för personal som ingår i SITHS förvaltning) har kunna erbjudas och genomföras. Resultat bedöms bra och lägger innebär att en grund kan läggas till bra kvalitet i hanteringen av SITHS-kort lokalt i verksamheterna. Fortfarande förekommer enheter/avdelningar inom Östersunds sjukhus där en låg volym av SITHS reservkort ges ut till den egna enhetens/avdelningens personal. Detta bedöms inte vara försvarbart att fortsätta med eftersom kvalitet på utgivningen/hanteringen riskerar att sjunka betydligt. Orsaken till detta är att den kompetens som uppkommer genom frekvent hantering av kort inte kan upprätthållas i tillräcklig grad på grund av låg volym av kortutgivningen. Istället bör avdelningar med låg volym av kortutgivning avveckla sina lokala SITHS-administratörer och ersätta dessa med central utgivning för sjukhuset, vilket skulle vara i linje med intentionerna i regionens LEAN-arbete.

2.4 Loggkontroller vårdadministrativa system

Region Jämtland Härjedalen bytte journalsystem i mars 2015. I det nya systemet COSMIC finns loggar men de är svårtolkade och beslut är taget att ett loggverktyg ska införas. Syftet är att automatisera och förenkla de rutinmässiga loggkontroller som ska genomföras utifrån lagkraven i patientdatalagen. Arbetet har av olika anledningar försenats och slumpmässiga regelbundna loggkontroller har inte utförts i Cosmic under 2015. Ambitionen är att bredd införa loggverktyget under våren 2016. Arbetet är prioriterat. Parallellt ska loggkontroller även utföras i det gamla systemet VAS, även om ingen ny journaldokumentation skapas där. Internrevision visar att sådana troligt inte utförts.

2.5 Avvikelse och incidenter

Sammanlagt finns 92 avvikelser registrerade varav 47 berör IT system och IT säkerhet. 25 stycken avvikelser härrör till COSMIC. 18 avvikelser är klassificerade inom sekretess. Flera av dessa handlar om att dokumentation t ex patientliggare lämnats kvar i skrivare eller ute i vårdverksamhet, att fel skrivare använts och att därmed patientinformation hamnat inom fel enhet. Några avvikelser är kopplat till felaktiga SMS påminnelser gått ut. Vid två tillfällen har inte rutinen följts för fakturering till patienter med skyddad identitet, men felet har avhjälpats i tid. Tre stycken polisanmälningar har gjorts avseende dataintrång/sekretessbrott. Fortfarande finns kvalitetsbrister i rapportering och klassificering av avvikelser inom informationssäkerhet. Ett arbete har gjorts för att förändra och förenkla avvikelseformuläret, men det har ännu inte tagits i drift.

Under februari inträffade två dagar i rad omfattande IT driftstörningar på sjukhuset under 1,5-2 timmar. Tjänsteman i beredskap tog beslut om allvarlig händelse och krisledning inrättades. Även i mars månad inträffade ett ca 1,5 timmes driftstopp i citrix på sjukhuset. Ett tydligt problem vid denna typen av händelser är svårigheterna att kommunicera till och från vårdens verksamheter, då även intranätet påverkades. Händelserna visar också på vikten av reservrutiner. Ingen patient kom till skada under dessa händelser.

2.5.1 IT säkerhetsincidenter

En incidenttyp som blivit alltmer vanlig under året är angrepp av skadlig kod med s.k. ”ransomware”, vilket innebär att kod som laddas ner (utan att användaren upptäcker det) och låser filer som därmed blir oläsliga (förstörda). En lösensumma begärs för att göra filerna läsbara igen. Flera angrepp av denna typ har inträffat i regionens IT-miljö, med olika omfattning på antalet låsta filer. Angreppen har skapat merarbete i form av återskapande av filer från säkerhetskopior och det kan inte uteslutas att förlust av information/filer också har skett i vissa av fallen. Under året har också driftstörningar inträffat för åtkomsten till regionens IT-miljö från extern plats (via VPN-fjärranslutning) samt en kortare driftstörning för COSMIC vårdadministrativt system.

3 GENOMFÖRDA FÖRBÄTTRINGAR

3.1 Regelverk informationssäkerhet

Under året har ett flertal nya regler och rutiner utarbetats. Ett viktigt område är hantering av skyddade personuppgifter, där regler och rutiner har fastställts både för anställda och patienter. Regler avseende informationssäkerhet för anställda har också utarbetats samt regler för hur patientuppgifter för kvalitetssäkring inom vård- och behandling ska hanteras. Metod och rutiner för informationsklassning har tagits fram.

Utbildning har också genomförts för verksamhetschefer inom juridik t ex offentlighet- och sekretesslagen samt patientdatalagen.

3.2 IT säkerhet

Bland de förbättringar som genomförts inom funktionsområdet IT-säkerhet finns:

- Förbättrade rutiner för säker lösenordshantering har införts med krav på säker identifiering av användare innan lösenord får lämnas ut.
- En ny version av auktorisation (godkännande) av IT-system som även täcker in molntjänster har utformats och införts.
- En ny portal för hantering av behörighets- och resursbeställningar samt kontoautomation har kravställts och utvecklats i testmiljö, ny logik tillförs löpande. Lösningen kan vidareutvecklas till pilotdrift när ekonomin så tillåter.
- Regelverk för säkerhet i IT-infrastrukturen har godkänts och publicerats.
- Ett centralt loggverktyg (LogPoint) för hantering av åtkomstloggning i vårdsystem har kravställts, anskaffats, utvecklats och testats för införande. Loggverktyget ska börja användas för COSMIC-systemet under 2016.
- Utökad säkerhet för PC-klient (skydd mot skadlig kod samt behörighetsbegränsningar) har införts.
- Regelverk för behörighetshantering IT-system har tagits fram.

3.3 Informationsklassning/BITS

Informationsklassning är en viktig grund inom informationssäkerhetsarbetet. Begreppet innebär att informationens värde fastställs utifrån de fyra perspektiven konfidentialitet, riktighet, tillgänglighet och spårbarhet. Syftet med att klassa information är att identifiera rätt säkerhets- och skyddsnivå för information som hanteras i samhällsviktiga och verksamhetskritiska processer. Informationens värde bedöms utifrån den funktion, känslighet och betydelse den har i verksamheten samt vilka konsekvenser det medför om det hanteras felaktigt, försvinner eller kommer i orätta händer.

Ett relativt omfattande arbete har gjorts under ett par års tid för att utarbeta en modell och metod för informationsklassning. Modellen har under 2015 prövats vid ett flertal tillfällen under året inför behov av införande av nya IT tjänster eller system, vilket är en framgångsfaktor för att kunna ställa rätt krav redan vid en upphandling.

Parallellt har enligt handlingsplanen gjorts försök att arbeta vidare med BITS som är ett verktyg för att arbeta med systemsäkerhet och fastställa basnivå för informationssäkerhet i IT system. BITS är sedan 2009 det verktyg som IT avdelningen har fastställt ska användas inom regionen, men börjar nu bli relativt gammalt och omodernt. Dock har inget bättre verktyg funnits till hands. Ett av handlingsplanens mål var att stödja systemägare med att genomföra BITS analyser

och att 50% av de verksamhetskritiska systemen skulle vara analyserade 2015. Målet har inte uppnåtts, dels beroende på resursbrist i centrala stödfunktioner men också beroende på systemförvaltningsmodellen där hela ansvaret läggs på systemägaren. Många systemägare är chefer i vårdverksamheter som varken har kompetens eller resurser för att utföra BITS analys eller annat systemsäkerhetsarbete. Under året har ytterligare tre verksamhetskritiska system BITS analyserats och ca hälften av våra verksamhetskritiska system är ännu inte BITS analyserade.

Att BITS analysera ett IT system innebär i praktiken att göra en informationsklassning samt riskanalys och att ta fram åtgärdsförslag att skapa och upprätthålla systemsäkerhet. Under 2015 har Sveriges kommuner och landsting lanserat ett nytt verktyg som heter KLASSA som både kan användas för att klassa en informationsmängd och för att bedöma säkerheten i ett IT system. Kommande år bör ett arbete göras för att utvärdera och jämföra KLASSA med BITS samt den modell vi själva utarbetat för informationsklassning. Med nuvarande situation finns det risk att det görs dubbel jobb eller att inget jobb alls utförs för säkerheten i många befintliga system. För att komma vidare med arbetet måste ett beslut fattas under 2016 angående vilken modell och metod som ska användas.

3.4 Kontinuitetshantering

Enheten för krisberedskap, säkerhet och miljö har haft i uppdrag att starta upp arbetet inom kontinuitetshantering i samhällsviktig verksamhet. Arbetet syftar till att säkerställa att det finns reservrutiner för att upprätthålla samhällsviktig verksamhet när viktiga stödfunktioner av olika anledningar faller bort. Parallellt har också inom informationssäkerhet funnits ett uppdrag att upprätta kontinuitetsplaner i vården avseende informationssäkerhet d.v.s. planer för hur verksamheten ska bedrivas vid avsaknad av kritiska IT system samt hur återgång till normalläge ska ske.

De båda arbetena har resulterat i att akutområdet under 2015 har arbetat med att identifiera vilka IT system som verksamheten är beroende av samt att fastställa en maximal tolerabel avbrottstid och bedöma konsekvenser av IT störningar ur ett patientsäkerhetsperspektiv. Befintliga reservrutiner har inventerats och behov har kartlagts av vad som återstår att utarbeta. Målbilden är att akutområdet under 2016 ska ha en färdig kontinuitetsplan för IT. Förhoppningsvis kan arbetet sedan spridas vidare till andra verksamheter inom regionen.

3.5 Övning krisberedskap / IT

I februari genomfördes en tabletop övning utifrån ett scenario med större driftstörning/IT haveri. Syftet var att genomföra en lärande övning för att klargöra larmvägar, ansvarsområden och samordning av olika ledningsfunktioners insatser. Inbjudna var representanter för särskild sjukvårdsledning, IT:s krisgrupp och helpdesks krisfunktion. Övningen uppnådde sitt syfte och hade många deltagare. Flera viktiga lärdomar drogs och ytterligare en övning planeras inför 2016.

4 PLANERADE OCH PRIORITERADE ÅTGÄRDER 2016

Handlingsplan informationssäkerhet finns utarbetad för 2016-2017 (dnr RS/1444/2015). För att organisera arbete har informationssäkerhetsgruppen en stabsarbetsplan där arbetet styrs mer i detalj för 2016.

Prioriterade områden och uppgifter är:

- Roller och ansvar. Ansvarsfördelning ska tydliggöras för informations- och IT säkerhetsfrågor inom Cosmic förvaltning samt e-hälsotjänster.
- Roller och ansvar. En översyn ska göras avseende ansvarsfördelning och organisation avseende personuppgiftsbehandling bl.a. med hänsyn till det nya EU direktivet/dataskyddsförordningen som beräknas vara formellt översatt och antaget i maj 2016 för att sedan 2018 ersätta nuvarande personuppgiftslagen (PUL).
- Logghantering COSMIC. Frågan har hög prioritet både avseende att komma igång med ett pilot test samt sedan breddinföra det nya loggverktyget Loggpont.
- Behörighetshantering. Här krävs ett utvecklingsarbete både för att automatisera behörighetsbeställning i högre utsträckning men också för att säkerställa styrning av behörigheter och ge chefer möjlighet att kontrollera behörigheter.
- Kontinuitetshantering. Det påbörjade arbetet inom plan 4 akutområdet prioriteras att slutföras. Efter det får avgöras hur resultatet kan användas och spridas till andra verksamheter. En ledningsövning för IT störning är också prioriterad.
- Molntjänster. Mycket arbete återstår kring att utarbeta regelverk för anskaffning av molntjänster. En risk- och behovs analys avseende användning av molntjänster bör också utföras.
- Informationsklassning. Med utgångspunkt från den modell som utarbetats i regionen och de verktyg som finns för att arbeta med informationssäkerhet i IT system, BITS och KLASSA, behöver en utvärdering och jämförelse göras. Sedan behöver beslut fattas kring vilken modell som ska användas. Arbetet behöver stämmas av med översynen av systemförvaltningsmodellen samt de styrdokument som styr förvaltningsarbetet.
- Utbildning. Utbildningsmaterial till nyckelgrupper behöver utarbetas och arbetet samt finansieringsdiskussioner för en e-utbildning i informationssäkerhet behöver fortsätta.
- Informationssäkerhetspolicyn ska revideras. Målsättningen är att en ny policy fastställs på regionfullmäktig i juni.
- Den gruppering som arbetar övergripande med informationssäkerhetsfrågor i Regionsstaben har benämnts informationssäkerhetsgruppen. I samband med översyn av arenor och grupper för ledning och styrning i den nya organisationen byter grupperingen namn till informationssäkerhetsrådet. Ordförande är beredskapschef och sammankallande är informationssäkerhetssamordnaren.

Patientsäkerhetsberättelse Region Jämtland Härjedalen

Område Patientsäkerhet

Område Patientsäkerhet

1	Sammanfattning	5
2	Övergripande mål och strategier	6
3	Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	6
4	Struktur för uppföljning/utvärdering	7
5	Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	8
6	Vårdgivarens utredningsskyldigheter	8
6.1	Skador och vårdskador	8
6.2	Hantering av klagomål och synpunkter	9
6.2.1	Klagomål som kommer via patientnämnden	9
6.2.2	Enskilda klagomål via IVO	9
6.2.3	Handläggning av klagomål och synpunkter	9
7	Åtgärder för ökad patientsäkerhet	9
7.1	Utbildning	9
7.2	Nya arbetssätt	10
7.3	Standardiserade vårdförlopp (SVF)	11
7.4	Cosmic	11
7.5	Risikanalys	11
7.6	Egenkontroll	12
7.7	Samverkan för att förebygga vårdskador	13
7.8	Samverkan med patient och närstående	13
8	Resultat	14
8.1	Avvikelser	14
8.1.1	Avvikelser inom Region Jämtland Härjedalen	14
8.1.2	Avvikelser läkemedel	14

Område Patientsäkerhet

8.1.3	Avvikelser mellan Region Jämtland Härjedalen och länets kommuner	15
8.1.4	Avvikelser mellan Region Jämtland Härjedalen och Norrlands universitetssjukhus (NUS)	15
8.2	Lex Maria	15
8.3	Enskildas klagomål från IVO	16
8.4	Patientnämndsärenden	17
8.5	Patientförsäkringen LÖF	17
8.6	Markörbaserad journalgranskning	17
8.7	Vårdrelaterade infektioner	18
8.7.1	Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (BHK)	18
8.7.2	Hygienronder	18
8.8	Vårdprevention	18
8.8.1	Trycksårskartläggning	19
8.8.2	God munhälsa	19
8.1	Övrigt	19
8.1.1	Läkemedel	19
8.1.2	Bättre liv för sjuka äldre	19
8.1.3	Brytpunktsamtal	20
8.1.4	Antibiotikaförskrivning	20
8.1.5	Flyktingmottagande	20
8.1.6	Patientsäkerhetskultur	20
9	Analys	21
10	Åtgärder nästkommande år	23
10.1	Övergripande åtgärder	23
10.2	Åtgärder i verksamheten	23
10.3	Förslag från Område Patientsäkerhet	25

Område Patientsäkerhet

Område Patientsäkerhet

Patientsäkerhetsberättelse Region Jämtland Härjedalen

Patientsäkerhetsberättelsen beskriver patientsäkerhetsarbete under 2015. Från 1/1 2016 har Region Jämtland Härjedalen en ny organisation. Struktur och organisation som skildras nedan återger rådande förhållanden under 2015.

1 Sammanfattning

Byte från VAS till det vårdadministrativa systemet COSMIC har haft stor påverkan på vården under året. Övergången var inte komplikationsfri och har bland annat resulterat i patientsäkerhetsrisker som försämrad tillgänglighet och fördröjning av journalskrivning.

Region Jämtland Härjedalen tog under 2015 emot ca 4000 asylsökande och 230 kvotflyktingar. Detta ökade kraven på hälso- och sjukvården i länet. Inte minst för primärvården innebar flyktigmottagandet stora påfrestningar.

Nya arbetsmetoder har införts under året, bland annat startades möjlighet till behandling med PCI (Percutan Coronar Intervention) vilket har bidragit till att patienter snabbare får behandling. NEWS, en skala för bedömning av vuxna patienter baserat på vitalparametrar för att identifiera riskpatienter och sätta in åtgärder så tidigt som möjligt har implementerats. Bedside rapportering har startas upp på vårdavdelningar inom flera områden.

Egen kontroll bedrivs på flera nivåer, bland annat genom punktrevallensmätningar, avvikelserapportering, händelseanalyser, patientenkäter, kontroll över antibiotikaförskrivning, registrering i "Senior alert" och hygienronder

För att identifiera risker i verksamheten har ett trettiotal riskanalyser med bäring på patientsäkerhet genomförts. Risker rapporteras i avvikelssystemet och kartläggs med interna händelseanalyser. Patienter och närståendes synpunkter och klagomål som rör patientsäkerhet tas tillvara i risk- och händelseanalyser. De erbjuds att, om möjligt, delta i patientsäkerhetsarbete genom att delta vid klagomålshantering och lex Maria utredningar.

Avvikelseberättelsen inom Region Jämtland Härjedalen har ökat. Ett väl fungerande utbyte av avvikelser mellan länets kommuner och Region Jämtland Härjedalen har stärkts med gemensamma genomgångar.

Antalet lex Maria-ärenden 2015 ligger i nivå med genomsnittet för regionen över en tioårsperiod.

Andelen vårdskador upptäckta via Markörbaserad Journalgranskning (MJG) i Region Jämtland Härjedalen ligger högt vid jämförelse med i övriga landet. Den vanligast

Område Patientsäkerhet

förekommande skadan är VRI, som utgör 43 % vilket ligger klart högre än medelvärdet för riket.

Resultaten från den nationella trycksårskartläggningen visade att Region Jämtland Härjedalen hade ökad förekomst av trycksår grad 2 – 4 och minskat antal förebyggande åtgärder.

I sina patientsäkerhetsberättelser anger de olika verksamheterna en rad förbättringsområden som de avser att fokusera under 2016. Det är bland annat mest sjuka äldre, standardiserade vårdförlopp (SVF), personcentrerad vård patientsäkerhetskultur, flyktingmottagande, psykisk hälsa, teknik och läkemedel.

2 Övergripande mål och strategier

Regionplanen 2015 - 2017 anger under målet "trygga patienter" att Region Jämtland Härjedalens verksamhet ska kännetecknas av ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete och att patientsäkerhet ska vara i fokus.

Regiondirektören har i sin verksamhetsplan fyra fokusområden

- Tillgänglighet till vård
- Mest sjuka äldre
- Attraktiv arbetsgivare
- Effektivitet = kvalitet och produktivitet

Patientsäkerhet är grund inom samtliga fokusområden för en god och säker vård.

I november 2014 godkände Landstingsstyrelsen *Patientsäkerhetsstrategi för Region Jämtlands Härjedalen*. Strategins vision är att inga människor skadas inom hälso- och sjukvården eller tandvården.

Övergripande handlingsplan för patientsäkerhet 2016 – 2018 antogs under 2015s senare del. Planen baseras på patientsäkerhetsstrategin. Syftet med handlingsplanen är att beskriva mål och aktiviteter för den långsiktiga inriktningen för patientsäkerhetsarbetet inom regionen.

3 Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Hos vårdgivaren Region Jämtland Härjedalen har regiondirektören det övergripande ansvaret för patientsäkerhetsarbetet vilket innebär att vara ansvarig för utformningen av organisationen så att en hög patientsäkerhet upprätthålls och att det finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Centrumchef ansvarar för övergripande patientsäkerhetsarbete inom respektive centrum avseende hur arbetet organiseras, genomförs, följs upp och dokumenteras enligt regionens ledningssystem.

Område Patientsäkerhet

Områdeschef tillika verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen respektive tandvårdslagen har det samlade administrativa och medicinska/odontologiska ledningsansvaret. Det kan inte överlåtas till en annan befattningshavare undantaget medicinska/odontologiska ledningsuppgifter som kan överlåtas. Verksamhetschefen ansvarar för att hög patientsäkerhet tillgodoses inom området genom att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete som innefattar riskanalys, egenkontroll, utredning av rapporter, klagomål och synpunkter, förbättrande åtgärder och förbättring av processer och rutiner.

Regionövergripande finns inom hälso- och sjukvårdsstaben en patientsäkerhetsenhet som har i uppdrag att utgöra ett stöd för verksamheterna i patientsäkerhetsfrågor, verka för en hög patientsäkerhetskultur med en nollvision för vårdskador, på övergripande nivå följa upp vårdgivarens ansvar för patientsäkerhet samt att upprätta övergripande regler, riktlinjer och rutiner inom patientsäkerhetsområdet. Kompetensmässigt finns inom enheten chefläkare, vårdutvecklare, smittskyddsläkare och sjuksköterska, vårdhygienisk specialistkompetens, läkemedelsstrateg, apotekare samt läkare med ansvar för läkemedelskommitté och STRAMA (Strategiska gruppen för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens).

Inom respektive centrum finns olika grupperingar som stöd till patientsäkerhetsarbetet lokalt. En vanlig gruppering är patientsäkerhetsforum där vanligtvis verksamhetschef, enhetschef, läkare, sjuksköterska, vårdutvecklare ingår.

Patientnämnden utreder frågor, och är kontaktyta till både patienter, närstående och vårdprofessioner.

Regiondirektören beslutade i oktober om en ny organisation från 1 januari 2016. Omorganisationen kommer att innebära strukturförändringar vilket lät sig märkas även under slutet av 2015.

4 Struktur för uppföljning/utvärdering

Regionsövergripande uppföljning och internkontroll sker mot de fyra fokusmålen i regiondirektörens verksamhetsplan med handlingsplaner, där handlingsplan för patientsäkerhet är en av dessa. Genomgång av måluppfyllelse gentemot verksamhetsplanen sker vid varje ledningsgrupp och handlingsplanerna vid två tillfällen per verksamhetsår. Särskild uppföljning med fokus patientsäkerhet sker en gång per år.

- Ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete 2011:9 följs upp vid tre tillfällen per verksamhetsår. I uppföljningen ingår rapporterade avvikelser.
- Uppföljning av mål och aktiviteter sker också genom månadsrapporter, delårsboks slut samt årsboks slut

Område Patientsäkerhet

- Negativa händelser och tillbud rapporteras i avvikelssystemet, återkopplas till berörda och handläggs enligt gällande rutin. Återkoppling sker bland annat på arbetsplatsträffar för att händelserna ska leda till ett lärande
- Allvarliga vårdskador anmäls enligt Lex Maria
- Klagomål och synpunkter hanteras fortlöpande enligt gällande regionövergripande rutin och följs upp med årlig analys
- Regelbunden återföring från Patientnämnden
- Patientsäkerhetsdialoger genomförs en gång per år på områdes- eller centrumnivå under ledning av Patientsäkerhetsenheten. Inom några centrum finns patientsäkerhetsforum. Patientsäkerhetsronder genomförs vid samtliga hälsocentraler
- Läkemedelsfrågor samordnas och följs upp av Styrgrupp läkemedel. Uppföljning av handlingsplan sker tre gånger per år.

5 Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Alla medarbetare har skyldighet att rapportera risker för vårdskador och händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Detta ska enligt rutin ske i avvikelssystemet Centuri, där negativa händelser, tillbud och risker rapporteras. Alla avvikelser går med automatik till närmaste chef som handlägger och utreder ärendet. Vid behov kan ärendet också remitteras till annan utsedd utredare. Funktionsansvariga kvalitetsgranskar alla avvikelser för godkännande och avslutar ärendet. Berörd chef ansvarar för att avvikelserna återrapporteras på arbetsplatsträffar.

I de fall ytterligare utredning krävs vidarebefordras rapporten till verksamhetschef för fortsatt handläggning.

6 Vårdgivarens utredningsskyldigheter

6.1 Skador och vårdskador

I de fall ytterligare utredning krävs utifrån rapporterade avvikelser ska verksamhetschef, läkare med medicinskt ledningsuppdrag samt chefläkare och beslut fattas om att göra en risk- eller händelseanalys.

Finns det risk för och inträffade allvarliga vårdskador ska dessa utredas och anmälas till IVO enligt lex Maria. Chefläkare ansvarar för vårdgivarens anmälningsskyldighet, beslutar om utredning/anmälan och ger uppdrag till verksamhetschef att genomföra utredningen. Patient/närstående och medarbetare informeras så snart som möjligt.

Område Patientsäkerhet

Vid bokslut görs en sammanställning av chefläkare och en övergripande analys som återförs till verksamheterna fortsatt analys av den egna verksamhetens del.

6.2 Hantering av klagomål och synpunkter

Alla medarbetare är skyldiga att lyssna och ta emot synpunkter och klagomål från patient/närstående och rapportera dessa om de bedöms vara en avvikelse. Ärenden rörande omvårdnad och behandling ska dokumenteras i patientjournal. Klagomål som kommer direkt till enheterna åtgärdas omgående av mottagande personal eller dennes chef. Enhetschef eller verksamhetschef handlägger avvikelser/ärendet, vidtar lämpliga åtgärder och ger återkoppling till patient/närstående och berörd personal i lämpliga fora, t ex på arbetsplatsträff.

6.2.1 Klagomål som kommer via patientnämnden

Klagomål via patientnämnden rapporteras till verksamhetschef eller enhetschef som ansvarar för handläggning. Oftast sker rapporteringen genom muntlig kommunikation men kan också ske genom avvikelserapportering från patientnämnden eller en begäran om utredning. Handläggningen varierar, ärendet kan redas ut direkt via samtal med patientnämnden. I andra fall kan det vara nödvändigt med ett samtal mellan aktuell chef och patient eller mellan patient och berörd hälso- och sjukvårdspersonal. Vissa fall går vidare som enskilda klagomål till IVO och i något fall har en Lex Maria- anmälan initierats.

6.2.2 Enskilda klagomål via IVO

Enskilda klagomål inkommer till chefläkare som överlämnar dem till berörd verksamhetschef för handläggning enligt regiongemensam rutin

6.2.3 Handläggning av klagomål och synpunkter

Inkomna klagomål och synpunkter sammanställs årligen och återkopplas i lämpliga forum, t ex på arbetsplatsträffar eller i ledningsgrupper. Beroende på vad klagomålen handlat om kan mer övergripande åtgärder bli aktuella. Patient/närstående får ofta återkoppling i samband med hantering av ärendet antingen via patientnämnden eller via enhetschef, verksamhetschef eller läkare med medicinskt ledningsuppdrag.

7 Åtgärder för ökad patientsäkerhet

7.1 Utbildning

Under året har ett antal utbildningstillfällen med fokus patientsäkerhet genomförts, exempelvis vid Information till nyanställda, AT-introduktion, chefsaspirant-utbildning, Ny som chef och till sommarvikarier.

Område Patientsäkerhet

I november genomfördes Patientsäkerhetsveckan. Där hade våra medborgare och medarbetare under två dagar möjlighet att träffa olika aktörer inom vården. Patientnämnden, Regionens Patientlagskunniga, och 1177 fanns på plats för frågor och information. Smittskyddsläkaren deltog för att svara på frågor om influensavaccination. För medarbetare inom Region Jämtland Härjedalen och länets kommuner fanns också två dagar som innehöll många olika föreläsningar inom olika delar av patientsäkerhetsområdet. En särskild utbildningsdag riktade sig till chefer och MLU. Inriktningen var patientsäkerhetskultur och vårdskador samt hantering i samband med sådana.

7.2 Nya arbetssätt

Ett av fokusområdena för Region Jämtland Härjedalen är "De mest sjuka äldre". För att förbättra vården kring denna patientgrupp arbetar flera vårdavdelningarna för att förbättra vårdpreventionen (fall, nutrition, trycksår och munhälsa). Detta genom att utarbeta hållbara rutiner och att kontinuerligt informera omdessa. Vid avdelningarnas dagliga styrning tas detta upp samt resultat från palliativa registret. Även på akutmottagningen pågår arbete kring rutiner för att förbättra omhändertagandet av de mest sjuka äldre.

Inom ortopedin har ett ortogeriatriska teambildats. Detta leds av en allmänspecialist som tillsammans med andra professioner ständigt utvecklar vården för de mest sjuka äldre.

På akutmottagningen har under våren ett stort arbete startat för att förbättra flödet på triageplatserna. Det har resulterat i nytt arbetssätt som innebär att vissa patienter som bedömts av läkare flyttas direkt in till mottagningen med övervakning. Ett annat påbörjat försök är ett snabbspår för patienter med bröstsmärta vilka ska kunna gå direkt från triageplatser till OBS-platser.

Under året startades möjlighet till behandling med PCI (Percutan Coronar Intervention) vilket har bidragit till att patienter snabbare får behandling.

I samband med Cosmics införande bildades en arbetsgrupp för att samordna superanvändarnas arbete och utveckla dokumentationen.

För fler diagnosgrupper (ex. osteoporos- och arytmipatienter) har bättre flöden genomförts.

NEWS, en skala för bedömning av vuxna patienter baserat på vitalparametrar för att identifiera riskpatienter och sätta in åtgärder så tidigt som möjligt har implementerats.

Bedside rapportering har startas upp på vårdavdelningar inom flera områden. Det innebär att överrapportering vid skiftbyte sker inne på rummet tillsammans med patient.

Område Patientsäkerhet

7.3 Standardiserade vårdförlopp (SVF)

SKL och staten har träffat en överenskommelse om att under 2015 – 2018 genomföra en nationella satsning för kortare väntetider och minskade regionala skillnader i cancervården. Arbetet med att förbättra tillgängligheten sker genom fortsätta införandet av det gemensamma nationella systemet med standardiserade vårdförlopp (SVF).

Region Jämtland Härjedalen startade arbetet med att införa SVF under hösten 2015. Arbetet kommer att fortsätta under 2016 och ska leda till genomlysning samt förbättrat arbetssätt vad gäller patientflöden. SVF innebär att regionen behöver ha större tillgänglighet med kort varsel än tidigare till bl.a. röntgen. Undersökningar som redan idag görs kommer framöver att göras i tidigare skede.

7.4 Cosmic

Införandet av COSMIC vårddokumentationssystem krävde under årets första månader mycket arbete och resurser från de flesta verksamheter inom regionen.

Utbildningsinsatser och framtagande av rutiner för att stärka/säkra patientsäkerheten innebar många timmars arbete. Resursomfördelningen för att klara av COSMICS införande har bland annat resulterat i försämrad tillgänglighet och att viktiga åtgärder för patientsäkerheten som kvalitetsgranskningar, läkemedelsgenomgångar och informationsinsatser prioriterats ner.

Vid halvårsskiftet bildades COSMIC förvaltningsgrupp med undergrupper, medarbetare från olika delar av verksamheterna ingår. Ett förslag till modell för förvaltningsorganisation var framtaget. COSMIC styrgrupp beslutade om 6 månaders provotid för modellen och att utvärdering planerades ske innan provotidens utgång. Från flera håll signaleras om att resursåtgång betydligt överstiger det som anges i planen. Ingen utvärdering är gjord.

7.5 Riskanalys

Verksamheternas patientsäkerhetsberättelser beskriver ett trettiotal riskanalyser. Flera av dessa är relaterade till COSMICS införande och här finns även påpekande om identifierade brister som inte är åtgärdade i systemet. Några riskanalyser är gjorda i samband med planering inför sommaresemester. Andra exempel är,

- Byte av innetak på kirurg och ortopedavdelningar
- Start av Asylhälsan
- Reducering av vårdplatser inom psykiatri
- Inför operationsverksamhet som flyttas från centraloperation till Öron-Näsa-Hals mottagningen
- Flytt av tillverkningsapotek från plan 5 till nybyggda lokaler på plan 12.

Område Patientsäkerhet

7.6 Egenkontroll

Inom regionen deltar respektive verksamhet i aktuella nationella kvalitetsregister. Data från olika kvalitetsregister finns tillgängliga med olika tidsintervall, vilket medger att resultat för jämförelser får göras på olika sätt beroende på vilket register det handlar om. Användningen av registerdata påverkas av tillgängligheten av data.

Verksamheternas egna resultat följs under året. Resultatuppföljning med måltavlor gör det möjligt att utvärdera eventuella insatta åtgärder vilket sker vid månadsuppföljningar, delårs- och årsbokslut. Daglig styrning utifrån Lean-filosofi användas på några områden.

En del i egenkontrollen har, som under tidigare år, varit att ta del av de jämförelser som finns med andra regioner/landsting i landet. Dessa uppgifter återfinns bl.a. i Öppna jämförelser, nationella kvalitetsregister, NySam samt i olika granskningar från Socialstyrelsen och SKL.

På patientsäkerhets-/hälsovalsronder inom primärvården har under 2015 bl.a. kläd- och hygienregler, ej diagnossatta läkarbesök, väntetid för journalskrivning, antibiotikaförskrivning och avvikelserapporter tagits upp. Antibiotikaförskrivning i Primärvård följs även upp av STRAMA-gruppen.

Vårdrelaterade infektioner följs med punktprevalensmätning varje månad inom somatisk slutenvård samt två gånger årligen inom psykiatrisk vård. Patientsäkerhetsenheten återkopplar resultaten med analys och åtgärdsförslag. Uppföljning görs i månadsrapport samt internt inom respektive verksamhet.

Riskområdena fall, trycksår och undernäring följs och åtgärdas via Senior Alert.

Följsamhet till basala hygien- och klädregler mäts, nationellt och på lokal nivå. Resultaten återkopplas med åtgärdsförslag övergripande respektive på lokal nivå.

Markörbaserad journalgranskning sker inom slutenvård. Återrapportering sker regionsövergripande och områdesindelad. Metoden används också för ämnesvisa granskningar.

Andra modeller av journalgranskning används inom flera verksamheter utifrån lokala behov.

Avvikelserapportering sker kontinuerligt. Resultaten återkopplas på övergripande och lokal nivå.

Utifrån resultat av Patientsäkerhetskulturmätningen 2014 sker fortsatt uppföljning.

Hygienronder genomförs vart tredje år och däremellan görs kontroll årligen av enheterna själva.

Område Patientsäkerhet

7.7 Samverkan för att förebygga vårdskador

Samordnad vårdplanering mellan länets kommuner och Region Jämtland Härjedalen följs upp regelbundet.

Region Jämtland Härjedalen och länets kommuner har en gemensam rutin för utbyte av avvikelser. Uppföljning sker två gånger per år.

Pilotprojekt pågår inför framtagande av gemensam avvikelserutin mellan Region Jämtland Härjedalen och Norrlands Universitets sjukhus (NUS) Umeå.

Tjänstemannagrupperingar på olika nivåer finns för samverkan mellan hälso- och sjukvård och kommunerna. Fredagsgruppen har representation av centrumchefer, hälso- och sjukvårdschef, vårdstrateg samt chefer för vård och omsorg inom kommuner för övergripande samverkan mellan huvudmännen. Torsdagsgruppen är en samverkansgrupp med Medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS), Patientsäkerhetsenheten och Vårdstrateg. Gruppens uppdrag är samverkan i patientsäkerhetsfrågor, bidra med systematiskt förbättringsarbete och att utarbeta förslag för god och säker vård till Fredagsgruppen.

Primärvården har lokala samverkansgrupper med företrädare för respektive kommun. Det har utarbetats flera gemensamma rutiner "Zamsyn" mellan primärvård och den specialiserade vården för ett flertal sjukdomstillstånd som kan ha betydelse för patientsäkerheten.

Flera hälsocentraler deltar i LOKSAM, där möts representanter från kommun, Region Jämtland Härjedalen, försäkringskassa och arbetsförmedling.

Avtal finns mellan kommuner och Region Jämtland Härjedalen för att säkerställa kommunernas behov av vårdhygienisk expertis.

Patientsäkerhetsenheten och enhetschefer inom specialiserade vården träffas två gånger per termin för information. Varje månad har centrumchefer, områdeschefer, vårdutvecklare och Patientsäkerhetsenheten gemensamt möte.

Den arbetsgruppen från föregående år, som bildades med anledning av sommarplanering, har fortsatt sitt arbete.

7.8 Samverkan med patient och närstående

Patienter och närstående erbjuds att medverka i patientsäkerhetsarbetet vid klagomål, händelseanalyser och lex Maria ärenden. Inom olika vårdverksamheter ser delaktighet för samverkan med patienter och närstående olika ut. Där barn vårdas är medverkan av närstående rutin.

Flera verksamheter har samarbete med olika patientorganisationer. Inom Område kirurgi/ögon/öron har varje avdelning och de flesta mottagningar brevlådor där anhöriga och patienter uppmanas att lämna synpunkter på vården samt förslag på

Område Patientsäkerhet

förbättringsåtgärder. Inom Centrum för medicinska specialiteter är det vanligt att patienter blir tillfrågade att delta med sina synpunkter och erfarenheter. Det sker bland annat genom enkäter till patienter där synpunkter och tips efterfrågas och genom träffar med patientföreningar.

När det gäller att involvera patienter har akutmottagningen tagit fram information till de patienter som ingår i ett snabbspårsförsök samt översatt väntrumsinformation till vanligtast förekommande språken. I ambulanssjukvården har ett skriftligt informationsmaterial tagits fram som ska lämnas till de patienter som inte tas med till sjukvårdsinrättning.

8 Resultat

8.1 Avvikelser

8.1.1 Avvikelser inom Region Jämtland Härjedalen

Under 2015 har antalet avvikelse rapporter ökat till 4420 st jämfört med 4136 st föregående år. Antal avvikelser inom de olika centrumen uppvisar inte så stora variationer de fyra senaste åren. Jämfört med 2014 har Centrum barn, kvinna, psykiatri ett minskat antal avvikelser medan Centrumen för medicinska- och opererande specialiteter samt folktandvården ökade sin rapportering.

Av de 201 rapporterade COSMIC avvikelserna handlade många om läkemedelsfrågor, diktering, remisshantering, överföring av uppgifter från VAS eller andra system, anteckningar som försvunnit, systemfel t ex att läskopia eller sms-avisering inte fungerat. En del är handhavandefel pga. att man inte lärt sig systemet ännu.

Arbete med att förenkla handläggningen av avvikelseformuläret har gjorts under 2015 och målsättningen är att denna ska träda i kraft under våren 2016.

8.1.2 Avvikelser läkemedel

Under 2015 har antalet avvikelser med sammanhanget läkemedelsadministrering ökat. Det har handlat om felgivna doser, utebliven administrering av ordinerat läkemedel, gett fel läkemedel.

Två tillfällen med sprutor som kunnat medföra patientrisk hanterats. Det rörd sig om insulinsprutor med felaktig gradering, 10 ml-sprutor innehållande svarta odefinierade partiklar.

Område Patientsäkerhet

8.1.3 Avvikelser mellan Region Jämtland Härjedalen och länets kommuner

Det är ungefär lika många avvikelser som totalt skickats från Region Jämtland Härjedalen 2014 och 2015. Alla Centrum har skickat någon avvikelse under 2015, flest från primärvården. Fallhändelser står för stor del av de avvikelserna.

Antalet avvikelser som skickats till Region Jämtland Härjedalen från kommunerna har ökat från 160 st 2014 till 238 under 2015. Alla kommuner har skickat avvikelser men flest kommer från Östersunds kommun. Vanligast är avvikelser som handlat om informationsöverföring och läkemedelshantering. Andelen läkemedelsavvikelser har ökat med 10 % jämfört med 2014.

8.1.4 Avvikelser mellan Region Jämtland Härjedalen och Norrlands universitetssjukhus (NUS)

Under 2015 utarbetades ett arbetssätt mellan patientsäkerhetsenheterna inom respektive region vilket innebär att avvikelser som gäller den andra huvudmannen där ska kopia skickas till regionens patientsäkerhetsenhet. Dessa träffas via videomöte två gånger per år där dessa avvikelser tas upp. Tyvärr får inte patientsäkerhetsenheterna vetskap om alla avvikelser som skickas. Ny rutin för detta är under utarbetning.

8.2 Lex Maria

Under 2015 anmäldes från Region Jämtland Härjedalen sammanlagt 32 lex Maria-ärenden till Inspektionen för vård och omsorg, IVO. I fyra av dessa ärenden togs beslut om anmälan och utredning initierades redan under 2014. Chefläkare tog beslut i 33 ärenden under 2015 varav 28 lämnades in under året och fem ärenden var under pågående utredning vid årsskiftet 2015/2016. Antalet ärenden har ökat jämfört med 2014 då 15 ärenden anmäldes till IVO. Antalet ärenden 2015 ligger i nivå med genomsnittet för regionen över en tioårsperiod.

Av inlämnade ärenden 2015 har beslut från IVO kommit i 17 fall under året.

När resultatet för 2015 adderas till sammanställningen för perioden 2012 - 2015 så ses en förskjutning så att det nu är en mindre del av fallen där ärendena har sitt ursprung i primärvården jämfört med tidigare då hälften av ärendena berörde primärvården. I flera fall är primärvården tillsammans med andra verksamheter involverade i händelserna. Fördelningen mellan män och kvinnor har tidigare varit lika över den senaste treårsperioden. Under 2015 ser vi ett förändrat utfall, av de 33 beslutade ärendena så gäller 23 män och 10 kvinnor. Det bör uppmärksammas och fortsatt följas över tid.

Under 2015 var 16 av de beslutade lex Maria-anmälningar händelser med dödlig utgång, varav 12 fall var självmord.

Område Patientsäkerhet

År 2015 gällde 12 anmälda ärenden suicid med vårdkontakt inom fyra veckor varav 11 är utredda inom psykiatri och ett inom primärvården. Detta ska jämföras med att det anmäldes 6 fall 2012, 10 fall 2013 och 8 fall 2014.

I de händelseanalyser gällande självmord som genomförts framkommer bl. a att det är bristande följsamhet till vårdprogram för suicidprevention inkluderande bristfällig suicidriskbedömning och/eller bristande dokumentation av suicidriskbedömning men också brister i tillämpning av rutiner inom den psykiatriska slutenvården.

Av resterande 20 ärenden som anmälts 2015 som risk för eller allvarlig vårdskada avser 8 ärenden fördröjd diagnos av elakartad tumörsjukdom, ett ärende omvårdnad och 11 ärenden försenad diagnostik och behandling. Den vanligaste grunden för allvarlig vårdskada var att de vårdåtgärder som vidtogs var bristande, dvs. inte helt korrekta eller otillräckliga. I två fall under 2015 har lex Maria-anmälan initierats till följd av enskilt klagomål från IVO.

I syfte att få konkreta och genomförbara förbättringsförslag på såväl mikro- som meso- och makronivå har utredningsmetodiken utvecklats och förbättrats på olika sätt. Det läggs stor vikt på att ha tvärprofessionella analysteam och att utredningsprocessen sker skyndsamt med hög grad av systematik. Det läggs också stor vikt vid att aktivt involverande berörd patient och närstående. Inom psykiatri har det funnits ett fast lex Maria-team som varit analysteam i samtliga utredningar rörande suicid under året. Förslag som lyfts upp på meso- och makronivå rör bl. a säkerhet inom psykiatrisk slutenvård och utredning och diagnostik av cancersjukdomar.

8.3 Enskildas klagomål från IVO

Under 2015 mottog regionen 27 klagomålsanmälningar från IVO med begäran om redovisning av vårdgivarens utredningsskyldighet och yttranden. Därutöver har IVO begärt kopior på journalhandlingar i 4 ärenden där annan vårdgivare har varit anmäld. Antalet ärenden under 2014 var 23.

Regionen har fått beslut i sammanlagt 37 ärenden under året och att kritik riktats mot vårdgivaren i totalt 11 ärenden varav kritik mot vårdgivaren i 8 fall och kritik mot enskild hälso- och sjukvårdspersonal i 3 fall. 22 ärenden är för närvarande under handläggning vid IVO varav 2 ärenden kvarstår från 2012 och 2013.

Vid analys av orsak till klagomålsanmälningar 2015 så kategoriserades samtliga inkomna ärenden inom området vård och behandling. För 2014 sågs motsvarande resultat. Däremot ses till skillnad från tidigare en skillnad mellan könen med en större andel kvinnor inom båda grupperna diagnos och behandling.

Område Patientsäkerhet

8.4 Patientnämndsärenden

Under 2015 har 522 ärenden från patientnämnden inkommit. Detta är en minskning med 54 ärenden jmf med 2014 men ligger högre än mellan åren 2009 - 2013 då patientnämnden hade i snitt 493 ärenden. Största andelen ärenden handlar om vård och behandling och kommunikation.

Ytterligare information återfinns i patientnämndens årsberättelse.

8.5 Patientförsäkringen LÖF

Ingen statistik har hittills inkommit från LÖF gällande 2015.

8.6 Markörbaserad journalgranskning

Patientsäkerhetsenheten övertog ansvaret för de slumpmässiga journalgranskningarna under andra halvan av 2015. Detta innebar att samma team granskat alla verksamhetsområden som ingått i granskningen (förutom barnkliniken).

För 2015 ska 276 slumpmässiga journaler granskas. Av dessa har hittills 249 genomförts. De kliniker som ingått under hela perioden är ortopedi, kirurgi, medicin, rehabilitering, infektion och kvinnosjukvård. Barn startade sin slumpmässiga journalgranskning under senare delen av hösten.

Av de patienter som skadades i vården hade varje patient i snitt 1,3 skador vilket ligger på samma nivå som övriga riket.

Vid jämförelse med tidigare år (hela åren 2013-2014) så har vårdskadorna sjunkit inom de flesta områdena. Kirurgens siffror går tyvärr inte att jämföra då det enbart fanns statistik för halva året 2014. Den största minskningen står område medicin för. Där har skadorna hittills minskat med 13 % jmf med 2014.

Variationen är stor mellan klinikerna för de olika skadegrupperna. Men vårdrelaterade infektioner har för Region Jämtland Härjedalen minskat något jämfört med 2014 men ligger fortfarande högre än riket i övrigt. Andelen blåsöverflynnad ligger också klart över rikets siffror.

Kvinnor står för den dominerade andelen vårdskador. För specifika områden skiljer sig fördelningen något.

Vissa områden har under året genomfört specifika journalgranskningar. Exempel på detta är ledprotesinfektioner, vårdrelaterade infektioner samt utifrån händelser som rapporterats via avvikelserapporter.

I granskade journaler 2015 har hittills inga skador orsakat permanent skada eller patientens död.

Område Patientsäkerhet

Under hösten 2015 startade barnkliniken upp sina slumpmässiga journalgranskningar. De granskar sina journaler själva och 16 granskningar genomfördes.

Av de 16 granskade journalerna gällde sju flickor och nio pojkar. Tre barn klassificerades med skador.

8.7 Vårdrelaterade infektioner

En gång i månaden genomfördes punktprevalensmätning (PPM) av förekomst av vårdrelaterade infektioner (VRI) inom slutenvård. Resultaten presenterades efter varje mätning med analys och kommentar med förslag på förbättringsområden. Andelen patienter inom slutenvård med vårdrelaterade infektion varierade under året mellan 5,5 % - 9,5 %. Av de patienter som ingick i årets tolv mätningar hade 8,1 % VRI, 9,5 % av männen och 6,8 % av kvinnorna.

Förekomsten av vårdrelaterade infektioner fortsätter att vara hög trots de insatser som gjordes inom områdena. Post operativa infektioner identifierades som den enskilt största gruppen av infektioner. Denna typ av infektioner återkom på flera av de enheter som är sist i vårdkedjan, så som Infektion, Hjärtenheten och rehabiliteringsavdelningen.

8.7.1 Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (BHK)

Nationell mätning via SKL genomfördes vid ett tillfälle under året. Mätresultat för Region Jämtland Härjedalen visar endast 73 % följsamhet till BHK. Inom vissa områden kontrolleras följsamheten regelbundet via självskattning. Följsamheten vid självskattningen låg mellan 50 % - 100 %. Klädregler följdes i stor utsträckning medan följsamhet till hygienrutinerna låg något lägre. Det som oftast fallerade var användandet av handsprit innan handskar sätts på och att använda handskar och plastförkläden.

8.7.2 Hygienronder

46 st vårdhygieniska konsultronder genomfördes. Dessa fördelades mellan sjukhuset, hälsocentraler, tandvård och särskilda boenden (SÄBO) i kommunerna.

8.8 Vårdprevention

Preventivt arbetssätt pågår inom både kommuner och Region Jämtland Härjedalen. Det som redovisas är riskbedömningar av inskrivna patienter 70 år och äldre.

Antalet riskbedömda patienter 2015 var 3967. Antalet inskrivna patienter i åldersgruppen var 5950, vilket innebär att drygt 66 % av patienterna fick en riskbedömning. Andelen kvinnor respektive män som fått en riskbedömning är samma. Fler kvinnor än män i åldersgruppen har haft vårdtillfällen.

Område Patientsäkerhet

Riskbedömningar görs sedan start avseende fall, trycksår och undernäring. De patienter som visar sig ha risk inom ett eller flera områden rekommenderas förebyggande åtgärder. Om förebyggande åtgärd/er inte sätts in riskerar patienten att drabbas av vårdskada.

Drygt 95 % av förebyggande åtgärder hade enligt statistik från Senior Alert följts upp.

8.8.1 Trycksårskartläggning

Resultaten våren 2014 respektive 2015 är på totalnivå ganska lika. Däremot skiljer sig resultaten vid granskning av andel trycksår grad 2-4, som 2015 ökat och Region Jämtland Härjedalen har näst sämsta resultatet i landet. Övervägande delen av patienterna som hade trycksår grad 2-4 hade vårdats på sjukhuset längre tid än ett dygn.

Även vidtagande av förebyggande åtgärder har minskat jämfört 2014. För samtliga förebyggande åtgärder (lägesändring i säng, tryckavlastande madrass, tryckavlastande dyna, lägesändring i stol samt tryckavlastning för häl) visade Region Jämtland Härjedalen svagare resultat 2015 jämfört 2014.

8.8.2 God munhälsa

Munhälsobedömning med Revised Oral Assessment (ROAG) ingår i Senior Alert. Riskbedömningen innebär screening och åtgärder då munhälsan är bristfällig. Antalet patienter som får en munhälsobedömning ökade något 2015. 701 patienter fick en munhälsobedömning jämfört 649 respektive 190 (2014, 2013).

8.1 Övrigt

Under 2015 fortsatte arbetet inom några centrum för att alla patienter skulle få ett utskrivningsmeddelande. De kommer att arbeta vidare under 2016 för att i större utsträckning kunna erbjuda detta även på helgerna.

8.1.1 Läkemedel

2015 var ett tufft år att försörja inom vaccinområdet, där leverantörerna uppvisade mycket lång restnotering. Under slutet av året skrevs rapporten "LUP (långsiktig ekonomisk utvecklingsplan) för läkemedelshanteringen". Det blev starten för strategiska diskussioner inför kommande upphandlingar inom läkemedelsförsörjningen och inför anställning av kliniska apotekare i regionen."

8.1.2 Bättre liv för sjuka äldre

Det ortogeriatriska teamet inom område ortopedi har under året utvecklat vården för de mest sjuka äldre. Medarbetare på vårdavdelningen deltog i teamutbildning i regi av Regionförbundet, detta som en fortsättning på projektet "Bättre liv för sjuka äldre"

Område Patientsäkerhet

Inom område kirurgi arbetade vårdavdelningarna med en grupp som fortsatte att förbättra vårdpreventionen (fall, nutrition, trycksår och munhälsa) genom hållbara rutiner och med att kontinuerligt informera om rutiner.

På akutmottagningen startade arbetet med rutiner för att förbättra omhändertagandet av äldre.

8.1.3 Brytpunktsamtal

Följsamhet till registrering i Palliativa registret har som tidigare år varit lågt. Många av de aktuella patienterna exkluderades då de inte kunde kommunicera när de kom till vårdavdelningarna. Detta sågs över under 2015 och andra urvalskriterier gällande vakenhetsgrad togs fram så att det bättre stämde överens med de patienter som finns på avdelningarna. Under året granskades ett webbaserat utbildningsverktyg vilket planeras att införas på enheterna. För primärvårdens del togs också ett Zamsynsdokument fram gemensamt av geriatriker, medicinsk samordnare för primärvården samt läkare vid Storsjögläntan.

8.1.4 Antibiotikaförskrivning

Det långsiktiga målet för antibiotikaförskrivning inom primärvården sattes till 250 recept/1000 invånare. Under 2014 kom man ner till 274,2 recept/1000 invånare och resultatet för 2015 landade på 273,8 recept/1000 invånare.

Även för slutenvården blev resultatet ungefär detsamma som föregående år. Arbetet fortsatte för att hålla en låg förskrivning bland annat genom introduktion och regelbunden undervisning av nya underläkare, hänvisning till rekommendationer enligt STRAMA framförallt vid urinvägsinfektioner och luftvägsinfektioner, nära samarbete med infektionskliniken för bedömning av behandling i samband med komplicerade infektioner samt vid bedömning av odlingssvar. Detta för att patienten ska få behandling med rätt antibiotika i optimal tid.

8.1.5 Flyktingmottagande

Region Jämtland Härjedalen tog under 2015 emot ca 4000 asylsökande och 230 kvotflyktingar, vilket 2015 innebar ökade krav och hör belastning på hälso- och sjukvården i länet. För primärvårdens del innebar flyktingmottagandet stora påfrestningar.

8.1.6 Patientsäkerhetskultur

Patientsäkerhetskulturmätningen som genomfördes 2014 visade bl.a. på låga värden gällande högsta ledningens stöd. Det har följts bland annat genom att flera områdesledningar tagit aktiv del i verksamheternas patientsäkerhetsdiskussioner för att fånga upp personalens syn på vad som är viktigt ur ett patientsäkerhetsperspektiv. Inom flera områden formades patientsäkerhetsforum. Tio av tolv aktiviteter i *Patientsäkerhetsberättelse Region Jämtland Härjedalen* är genomförda eller under genomförande. De två som återstår är ökad användning av

Område Patientsäkerhet

SBAR och att Patientsäkerhet ingår som en punkt i Region Jämtland Härjedalens mall för APT-protokoll.

9 Analys

Resultaten för 2015 visar att det inom regionen pågår ett ständigt förbättringsarbete avseende patientsäkerhet. Nya arbetsmetoder som bedside-rapportering, införande av NEWS och uppstart av PCI är konkreta exempel på förbättringar som inneburit ökad patientsäkerhet.

AVVIKELSERAPPORTERING

Avvikelserrapporteringen ökade under 2015 jmf med 2014. Under året startade arbetet med att revidera formuläret. Det nya formuläret kommer att börja användas under våren 2016. Att rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada är en skyldighet för hälso- och sjukvårdspersonal (PSL 2010:659). Att uppmuntra rapportering och återkoppla det som rapporterats är en viktig uppgift för chefer inom alla nivåer. Handläggningen av avvikelserna behöver förbättras genom snabbare hantering och mer analys. Detta bl.a. för att rapportör ska få snabbare feedback.

MARKÖRBASERAD JOURNALGRANSKNING

Inte så sällan betraktas skador som förväntade komplikationer snarare än som undvikbara skador. Detta bidrar till en underrapportering av skador och vårdskador via avvikelserapporter. Med hjälp av strukturerad journalgranskning kan skador som inte upptäckts under vårdtiden identifieras.

Som tidigare år återfanns den största skadegruppen inom vårdrelaterade infektioner (VRI). Trots något förbättrat resultat under 2015 jmf med 2014 (hela granskningen 2015 inte genomförd ännu) så låg Region Jämtland Härjedalen högre än riket i övrigt. Vid en jämförelse med riket för tiden 1 januari 2014 – 30 oktober 2015 visade att andelen skador var 11 % för riket och för Region Jämtland Härjedalen 21 % (29 % 2014). Vad denna höga andel skador beror på är svårt att veta. Att göra en övergripande analys för Region Jämtland Härjedalen kring dessa siffror är svårt då respektive centrum/områdes resultat inte är analyserade. Det som kan konstateras är att Region Jämtland Härjedalen måste arbeta mer aktivt kring att förebygga VRI.

PPM VRI

Resultaten varierade över året mellan 5,5 % - 9,5 % med ett medelvärde på 8,1 %. Årets resultat är i stort överensstämmande med de senaste årens resultat. De åtgärder som genomfördes tycks haft liten framgång. Ökad information om förekomst för att förbättra analys och åtgärder behövs. Under 2016 kommer implementering av Infektionsvertyget, ett nationellt IT-stöd för att dokumentera,

Område Patientsäkerhet

lagra och återkoppla information om vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning, att genomföras. Detta är en viktig del av förbättringsarbete för att minska VRI förekomsten. Fortsatt arbete för ökad följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler är en annan viktig del. Chefernas delaktighet i förbättringsarbete är grundläggande för goda resultat

VÅRDPREVENTION

Att riskbedöma patienter i ett tidigt skede är avgörande för att sätta in förebyggande åtgärder i tid. Den nationella granskningen 2015 visade att beträffande andel trycksår grad 2-4 hade Region Jämtland Härjedalen näst sämsta resultatet i landet. Även vidtagande av förebyggande åtgärder har minskat jämfört 2014. För samtliga förebyggande åtgärder (lägesändring i säng, tryckavlastande madrass, tryckavlastande dyna, lägesändring i stol samt tryckavlastning för häl) visade Region Jämtland Härjedalen svagare resultat 2015 jämfört 2014. I det förebyggande arbetet är det av stor vikt att identifiera och analysera alla sjukhusförvärvade trycksår för att ta reda på vad som är orsaken.

LEX MARIA

Under 2015 anmäldes från Region Jämtland Härjedalen sammanlagt 32 lex Maria-ärenden till Inspektionen för vård och omsorg, IVO. Antalet ärendet 2015 ligger i nivå med genomsnittet för regionen över en tioårsperiod. 12 anmälningar gällde suicid (inom område psykiatri) vilket är en ökning jämfört med de senaste åren. Resultatet av utredningarna har påvisat brister i säkerhet inom psykiatrisk slutenvård och brister i det suicidpreventiva arbetet. Det medför att åtgärder kommer att vidtas på områdesnivå, inom regionen och i länet. I flera anmälningar ses att bristen på läkarkontinuitet inom primärvården har varit en bidragande orsak till fördröjd cancerdiagnos. Detta har lyfts till arbetet med standardiserade vårdförlopp vid cancersjukdomar.

Vikten av att involvera patient och närstående är ett annat förbättringsområde.

Förlängd handläggningstid noteras jmf med tidigare år. Det beror på att delar av Region Jämtland Härjedalens verksamhet inte klarar att leverera underlag till lex Maria-anmälan inom rimlig tid. Underliggande faktorer är i vissa fall att det saknas MLU inom aktuell specialitet, subspecialitet eller verksamhet. Ett åtgärdsförslag och framgångsfaktor är att liksom Område Psykiatri jobba med tvärprofessionella analysteam från verksamheten, lex Maria-team, som successivt bygger upp en vana och kompetens att på ett effektivt sätt hantera även andra vårdskadeutredningar såsom klagomålsärenden

COSMIC

Byte från VAS till det vårdadministrativa systemet COSMIC var efterlängtad från verksamheterna. Övergången har dock inte varit komplikationsfri och ett ständigt förbättringsarbete pågår. Många verksamheter vittnar om att resursåtgången har

Område Patientsäkerhet

varit betydligt större än vad som ingick i planeringsunderlagen, vilket bland annat resulterat i sämre tillgänglighet och fördröjning i journalskrivning. Inför kommande uppgradering är det av största vikt att de kunskaper vi fått från införandet tas till vara så att tillräckligt med resurser finns, att alla riskområden identifierats och förebyggts så långt som möjligt och att medborgarna informeras inför uppgradering.

10 Åtgärder nästkommande år

10.1 Övergripande åtgärder

Patientsäkerhetsarbete utgör det viktigaste kvalitetsområdet i regionen. Den Patientsäkerhetsstrategi som Landstingsstyrelsen antog 2014 har visionen att inga människor ska skadas inom hälso- och sjukvården eller tandvården. Till visionen har fem långsiktiga och patientfokuserade målområden knutits:

- God patientsäkerhetskultur ska genomsyra all verksamhet
- Frekventa eller allvarliga vårdskador ska identifieras och förebyggas
- Patientsäkerhetsarbetet ska utgå från evidensbaserade metoder
- Patienten ska vara delaktig i sin egen vård och behandling
- Vård ska ske inom den kompetensnivå som situationen kräver

Under senare delen av 2015 togs också en handlingsplankopplad till strategin fram. Planen gäller från 2016 och innehåller en rad aktiviteter för förbättrad patientsäkerhet.

10.2 Åtgärder i verksamheten

För att förbättra patientsäkerheten och med de fem ovanstående punkterna som grund beskriver de olika verksamheterna i sina Patientsäkerhetsberättelser att de under 2016 planerar att arbeta med:

Mest sjuka äldre

- Fortsatt arbete för att öka andel registrerade i palliativa registret
- Fortsatt arbete för att öka andel screenade och registrerade i registret Senior Alert
- Sprida ramdokumentet äldre tandvård i organisationen

Standardiserade vårdförlopp (SVF)

- Implementering av SVF för de diagnosgrupper som SKL bestämt samt införa SVF-koordinatorer

Personcentrerad vård

- Information till medarbetare på alla nivåer vad detta innebär

Område Patientsäkerhet

- Påbörja införandet av arbetssättet på plan 8
- Förbättrad information till patienterna
- Minska oplanerade återinskrivningar

Patientsäkerhetskultur

- Öka stödet från högsta ledningen– Besöka enheterna och belysa patientsäkerhetsfrågor, tydliggöra ledningsansvar
- Öka samarbetet mellan enheterna– Tydliggöra vårdens övergångar, arbeta med flöden, arbeta med tydlig kommunikation
- Att införa arbetssätt enligt Gröna korset eller liknande modell
- Förbättra resultat i enkät om Patientsäkerhetskultur avseende "lärande organisation"
- Arbeta med resultatet från patientsäkerhetskulturmätningen i varje tandvårdsområdes verksamhetsplan inför 2016

Flyktingmottagande

- BVC, MVC broschyrer ska översättas till andra språk
- Skapa kontakt/ utbildning för godemän för ensamkommande barn
- Tillgodose samtliga nyanländas vårdbehov utan begränsning av nuvarande utbud

Psykisk hälsa

- Öka psykisk hälsa hos barn och ungdomar.
- Öka antalet som går i gruppbehandlingar
- Start av egen barnpsykiatrisk slutenvård samt start av mellanvård i form av socialpsykiatriskt team kommer förbättra patientsäkerheten för de patienter som har de svåraste psykiatriska diagnoserna samt det största vårdbehovet

Teknik

- Distansoberoende teknik i hemmet
- Inom Klinisk Fysiologi Nuklearmedicin kommer en driftsättning av ny SPECT/CT innebära att regionen möjliggör undersökning av hjärnan
Denna metod tas hem från NUS

Tandvård

- Fortsätta utveckla teamtandvård
- Kompetenskartläggning för tandhygienister
- Kommer att fortsätta med återkommande årliga granskningar så som journalgranskning/röntgengranskning
- Ev anpassning till ny ålder på fri barntandvård upp till 21 år 2017 och 23 år 2018
- Hygiengruppen ska besöka alla kliniker för att utbilda om hygienrutinen samt göra en hygienrond

Område Patientsäkerhet

Administration

- Produktion- och kapacitetsplanering utifrån schema och arbetstidsförläggningen
- Fortsatt förbättringsarbete i Cosmic
- Inför COSMIC arbete 2016 och införande av COSMIC 8.1 krävs analys av storlek på kommande utbildningsinsatser, riskanalys och åtgärdsförslag. En realistisk resursanalys måste till.
- Säkerställa riktlinjer för bakjournskompetens
- Se över kompetensförskjutning "Vem gör vad i vården"?
- Fortsatt arbete med rekrytering och översyn av pensionsavgångar av läkare
- Rekrytering av läkare, sjuksköterskor och biomedicinska analytiker

Läkemedel

- Viktiga delar av läkemedelsarbete som under 2015 nedprioriterats måste tas om hand annars finns risk för försämrade patientsäkerhet
-

10.3 Förslag från Område Patientsäkerhet

Område patientsäkerhet ser i sitt regionövergripande uppdrag som stöd för ledning och verksamheter och i sin controllerfunktion behov av åtgärder enligt nedan

- Andelen vårdskador upptäckta via Markörbaserad Journalgranskning (MJG) i Region Jämtland Härjedalen ligger högt vid jämförelse med i övriga landet. Förklaringarna till de höga resultaten är inte kända. För att utesluta att metodfel bidragit har förändringar av granskningens utförande genomförts från halvårsskiftet 2015. Förslag, Område patientsäkerhet utvärderar metodförändringen under 2016. För att hitta verksamhetskopplade grunder till MJG resultaten föreslår Område Patientsäkerhet att det inom varje aktuell klinik görs fördjupade analyser.

Den vanligast förekommande skadan funnen i MJG är VRI, som utgör 43 % av de funna skadorna. Resultatet ligger klart högre än medelvärdet för riket. Djupare granskning krävs på regionövergripande nivå såväl som på verksamhetsnivå för att hitta grundorsakerna. Till verksamheternas analys bör resultat från PPM VRI, BHK och infektionsverktyget kopplas.

- Ökade vårdpreventiva insatser måste till för att förbättra resultaten för riskbedömningar och åtgärder avseende fall, trycksår och undernäring. För ökat fokus på vårdprevention rekommenderar Område patientsäkerhet att daglig styrning eller andra metoder med syfte att visualisera problemområdet införs inom alla verksamheter med heldygnsvård.

Område Patientsäkerhet

- För ett förbättrat systematiskt patientsäkerhetsarbete måste fler vårdskador utredas. Kvalitén i den interna processen kring hantering av vårdskador behöver generellt öka och roll/ansvar för MLA/MLU måste tydliggöras. Inom varje område måste det finnas team med vana och kompetens att göra vårdskadeutredningar och hantera klagomål från enskilda och IVO.
- För att Region Jämtland Härjedalen ska kunna bedriva ett aktivt arbete kring patientsäkerhet så föreslår Område Patientsäkerhet att Region Jämtland Härjedalen genomför en obligatorisk utbildning i patientsäkerhet för chefer och medarbetare.

Håkan Gadd
Område psykiatri
Tfn: 063-15 35 21
E-post: hakan.gadd@regionjh.se

2016-02-01

Dnr RS/1948/2015
S2015/07492/SF

Socialdepartementet
Socialförsäkringsenheten
s.registrator@regeringskansliet.se
s.sf@regeringskansliet.se

Svar på remiss Reformerade stöd till barn och vuxna med funktionsnedsättning (Ds 2015:58)

Socialdepartementet har inbjudit Region Jämtland Härjedalen att avlämna synpunkter på förslagen i ovan rubricerade promemoria.

Målen med det funktionshinderpolitiska arbetet som beslutades av riksdagen år 2000 är att identifiera och undanröja hinder för full delaktighet i samhället för människor med funktionsnedsättning, att förebygga och bekämpa diskriminering mot personer med funktionsnedsättning och att ge barn, ungdomar och vuxna med funktionsnedsättning förutsättningar för självständighet och självbestämmande. Funktionshinderpolitik är sektorsövergripande och kräver samordning.

Det är en välkommen förändring till ny lag då den lyfter fram barnrättsperspektivet och ger anhöriga ett större inflytande. Förslaget innebär två nya socialförsäkringsförmåner, en **merkostnadsersättning** vid funktionsnedsättning och ett **omvårdnadsbidrag** till föräldrar vid funktionsnedsättning för barn. Dessa ersätter de gamla stöden handikappersättning och vårdbidrag.

Region Jämtland Härjedalens uppfattning är att de förslag som presenteras knutna till de nya stöden är väl avvägda. En utvärdering av de förändringar som föreslås bör redan nu planeras, exempelvis år 2020, för att säkerställa att de syften förändringarna ska uppfylla verkligen gör det.

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Ann-Marie Johansson
Regionstyrelsen ordförande

Björn Eriksson
Regiondirektör



REGERINGSKANSLIET

Remiss

2015-11-23

S2015/07492/SF

Socialdepartementet

Socialförsäkringsenheten

Esbjörn Åkesson

Telefon 08-405 51 39

esbjorn.akesson@regeringskansliet.se

REGION
JÄMTLAND HÄRJEDALEN

2015 -11- 26

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

**Reformerade stöd till barn och vuxna med funktionsnedsättning
(Ds 2015:58)**

Remissinstanser:

1. Riksdagens ombudsmän (JO)
2. Riksrevisionen
3. Kammarrätten i Göteborg
4. Förvaltningsrätten i Falun
5. Förvaltningsrätten i Linköping
6. Justitiekanslern
7. Domstolsverket
8. Försäkringskassan
9. Socialstyrelsen
10. Inspektionen för vård och omsorg
11. Myndigheten för delaktighet
12. Inspektionen för socialförsäkringen
13. Skatteverket
14. Arbetsgivarverket
15. Statskontoret
16. Konsumentverket
17. Tillväxtverket
18. Diskrimineringsombudsmannen (DO)
19. Arbetsförmedlingen

20. Dals-Ed kommun
21. Ekerö kommun
22. Enköping kommun
23. Falköping kommun
24. Finspång kommun
25. Gnesta kommun
26. Gotlands kommun

28. Habo kommun
29. Hultsfred kommun
30. Jokkmokk kommun
31. Kramfors kommun
32. Kristianstad kommun
33. Lessebo kommun
34. Luleå kommun
35. Malmö kommun
36. Malå kommun
37. Mora kommun
38. Nacka kommun
39. Nora kommun
40. Nordanstig kommun
41. Norrköpings kommun
42. Olofström kommun
43. Sollefteå kommun
44. Sunne kommun
45. Surahammar kommun
46. Varbergs kommun
47. Åre kommun

48. Blekinge läns landsting
49. Dalarnas läns landsting
50. Gävleborgs läns landsting
51. Hallands läns landsting
52. Jämtlands läns landsting
53. Jönköpings läns landsting
54. Kalmar läns landsting
55. Kronobergs läns landsting
56. Norrbottens läns landsting
57. Skåne läns landsting
58. Stockholms läns landsting
59. Södermanlands läns landsting
60. Uppsala läns landsting
61. Värmlands läns landsting
62. Västerbottens läns landsting
63. Västernorrlands läns landsting
64. Västmanlands läns landsting
65. Västra Götalands läns landsting
66. Örebro läns landsting
67. Östergötlands läns landsting

68. Autism- och aspergerförbundet
69. Cancer- och Trafikskadades Riksförbund

70. DHR
71. Fysioterapeuterna
72. Förbundet Sveriges arbetsterapeuter
73. Företagarna
74. Handikappförbunden
75. Hörselskadades Riksförbund
76. Landsorganisationen i Sverige
77. Lika Unika
78. Läkarförbundet
79. Mag- och tarmförbundet
80. Nationell samverkan för psykisk hälsa (NSPH)
81. Neuroförbundet
82. Näringslivets Regelnämnd
83. Nätverket Unga för Tillgänglighet
84. Personskadeförbundet (RTP)
85. Riksförbundet FUB
86. Riksförbundet för rörelsehindrade barn och ungdomar (RBU)
87. Riksförbundet för social och mental hälsa (RSMH)
88. Svenska Läkaresällskapet
89. Svenskt Näringsliv
90. Sveriges Akademikers Centralorganisation
91. Sveriges Dövas Riksförbund
92. Sveriges Kommuner och Landsting
93. Synskadades Riksförbund
94. Tjänstemännens Centralorganisation

Remissvaren ska vara inkomna till Socialdepartementet senast **den 29 februari 2016**.

Svaren ska endast skickas i elektronisk form, både i word- och pdf-format. Vänligen ange diarienumret S2015/07492/SF och remissinstansens namn i rubriken på e-postmeddelandet.

Remissvaren skickas till följande e-postadresser:

s.registrator@regeringskansliet.se och s.sf@regeringskansliet.se.

Bifogat finner ni promemorian i stencilform. En likalydande promemoria som är tryckt i departementsserien kommer att distribueras så snart som möjligt.

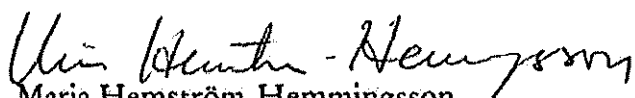
I remissen ligger att regeringen vill ha synpunkter på promemorian.

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

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

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

Med vänlig hälsning



Maria Hemström-Hemmingsson

Departementsråd

Kopia till

Fritzes kundservice, 106 47 Stockholm

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

2016-02-01

RS/1948/2015

Sammanfattning av remiss

[Remiss: Reformerade stöd till barn och vuxna med funktionsnedsättning \(Ds 2015:58\)](#)

Promemorians huvudsakliga innehåll

1.1 Uppdraget

En arbetsgrupp inom Regeringskansliet har gjort en översyn av regler och tillämpning av socialförsäkringsförmånerna handikappersättning och vårdbidrag. Målet för översynen har varit att åstadkomma ett mer sammanhållet system för ersättning till personer med funktionsnedsättning. Förslagen ska göra att förmånerna blir mer förutsägbara för både medborgare och ansvarig myndighet, tidsenliga, hållbara över tid och rättssäkra. Målsättningen är ett stöd som kompenserar för merkostnader som en person har med anledning av sin eller sitt barns funktionsnedsättning, och som underlättar för dessa personer att delta i arbetslivet och i det övriga samhällslivet. Förslagets långsiktiga ekonomiska konsekvenser analyseras och långsiktig finansiell hållbarhet värnas.

Arbetet har utförts i nära dialog med olika berörda parter, såsom funktionshindersorganisationer och berörda myndigheter. Under arbetets gång har arbetsgruppen haft löpande kontakt med Försäkringskassan. Bland annat har myndigheten, på uppdrag av regeringen, utfört en analys av tänkbara konsekvenser av ett system där ersättning för merkostnader inte regleras i samma stödform som ersättning för hjälpbehov respektive för behov av tillsyn och vård. Samråd har också skett med Inspektionen för socialförsäkringen och Konsumentverket. Arbetsgruppen har även haft kontakter med Sveriges kommuner och landsting. Arbetsgruppen har också inhämtat information om funktionshindersstöd i andra länder, t.ex. Norge.

1.2 Problembeskrivning och analys

1.2.1 Brister i tydlighet och tidsenlighet

Både handikappersättningen och vårdbidraget har uppenbara brister i fråga om förutsägbarhet och transparens. Det går att urskilja ett par grundläggande förhållanden som starkt bidrar till detta. Reglerna är anmärkningsvärt otydliga i flera delar. För handikappersättningen gäller exempelvis att det saknas en tydlig beskrivning av innebörden av begreppet merkostnad, som får anses vara centralt för förmånen. Inte heller finns regler som tydliggör vilka kategorier av merkostnader som det är tänkt att förmånen ska ersätta eller bestämmelser om vilka förutsättningar som ska gälla för att ersättningen ska lämnas på de olika nivåerna. Vårdbidraget kan med nuvarande regelverk, i princip, lämnas på fyra nivåer (som hel, tre fjärdedels, halv eller en fjärdedels förmån). Inte heller här finns regler i lagstiftningen som anger förutsättningarna för bidrag på de olika nivåerna. För vårdbidraget gäller dessutom att det nuvarande regelverket är komplext och svårförståeligt.

Vidare, för både handikappersättningen och vårdbidraget gäller att vid prövningen av rätten till förmånerna ska en sammanvägning ske av såväl merkostnader som hjälpbehov respektive vård- och tillsynsbehov. Inte någonstans i nuvarande regelverk ges tydlig vägledning hur denna sammanvägning ska göras. Denna ordning med prövningar som innefattar både mer-

kostnader och hjälpbehov bedöms starkt bidra till problemen med bristande förutsägbarhet och transparens.

De nuvarande förmånerna brister när det gäller tidsenlighet. De bestämmelser som i dag gäller för handikappersättningen har i princip varit oförändrade sedan 1975. Därefter har någon mer samlad översyn av regelverket inte gjorts. Reglerna för vårdbidraget har i sina huvuddrag varit desamma sedan 1981.

Regelverken för de båda förmånerna har således varit i princip oförändrade, trots att det under de senaste årtiondena skett betydande förändringar i synen på funktionshinderspolitiken och i utformningen av olika samhällsstöd inom området, t.ex. genom LSS-reformen och införandet av en rätt till personlig assistans¹ samt ändringar i reglerna för tillfällig föräldrapenning. Det har mot den bakgrunden funnits ett behov av att se över förmånernas inriktning och syften, så att de bättre överensstämmer med dagens funktionshinderspolitik och de behov som finns i dag. Ytterligare ett par bristområden har identifierats, där behovet av förändringar har varit uppenbart.

Att vara förälder till ett barn med funktionsnedsättning innebär ofta att avsevärd tid och kraft får läggas på både omvårdnad och tillsyn av barnet. Från funktionshindersorganisationerna har mot denna bakgrund rests kravet på att föräldrar som uppbär vårdbidrag ska ges möjlighet till förkortning av normalarbetstid. Det skulle ge dessa föräldrar bättre förutsättningar att kunna kombinera omvårdnaden och tillsynen av barnet med förvärvsarbete. En annan viktig fråga gäller nuvarande problematik kring att dela ett vårdbidrag mellan föräldrar som t.ex. båda ansvarar för omvårdnaden och tillsynen av ett barn, men som inte är eniga om fördelningen av bidraget. Detta är en viktig fråga både ur barnets perspektiv och ur ett jämställdhetsperspektiv.

1.3 Överväganden och förslag

I promemorian föreslås ett regelverk som syftar till förutsägbarhet för både medborgare och myndighet, tidsenlighet, hållbarhet över tid och rättssäkerhet. Särskilt fokus har lagts vid att föreslå regler som ska vara tydliga samt enkla att både tillämpa och förstå. En målsättning har också varit att åstadkomma ett gemensamt regelverk som ger ersättning för merkostnader för både barn och vuxna. Förslaget till omvårdnadsbidrag har barnets behov och perspektiv i fokus.

1.3.1 Två nya socialförsäkringsförmåner införs

I promemorian föreslås att två nya socialförsäkringsförmåner ska införas – en merkostnadsersättning vid funktionsnedsättning hos barn och vuxna samt ett omvårdnadsbidrag till föräldrar vid funktionsnedsättning hos barn. Förmånerna handikappersättning och vårdbidrag ska upphöra. Bestämmelser avseende de nya förmånerna ska införas i socialförsäkringsbalken och administreras av Försäkringskassan.

Genom att införa en renodlad merkostnadsersättning och ett renodlat omvårdnadsbidrag kommer respektive del av de nuvarande ersättningarna att bedömas var för sig, utan sammanvägning. Enligt arbetsgruppen bör bedömningarna därigenom bli tydligare och utfallet av prövningen mer förutsägbart. Det bedöms bidra till att förutsättningarna förbättras för att utveckla en tydlig och enhetlig praxis för respektive ersättning. En renodling bidrar på så sätt till att rättssäkerheten ökar.

Ytterligare en fördel med den föreslagna renodlingen är att uppföljningen av hur förmånerna utvecklas över tid förenklas. Den bidrar därför till att det effektivare och enklare kan bevakas att systemen är långsiktigt finansiellt stabila.

¹ Lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade och lagen (1999:389) om assistansersättning

1.3.2 Omvårdnadsbidrag med fyra förmånsnivåer

Arbetsgruppen föreslår att omvårdnadsbidrag ska kunna lämnas för ett barn om barnet med anledning av en funktionsnedsättning har behov av omvårdnad och tillsyn. Bidraget ska kunna lämnas på fyra nivåer. I bestämmelsen tillsammans med förarbeten beskrivs vad som krävs för att kunna få bidrag på respektive nivå. Merparten av de särskilda bestämmelser som i dag gäller för vårdbidraget - t.ex. reglerna om förmånstiden, avbrott i vården och vad som gäller om barnet avlider - föreslås också gälla för omvårdnadsbidraget.

1.3.3 Båda föräldrarna ska kunna beviljas omvårdnadsbidrag och merkostnadsersättning

Arbetsgruppen föreslår att omvårdnadsbidrag och merkostnadsersättning ska kunna beviljas barnets båda föräldrar. Enligt huvudregeln ska förmånen beviljas med hälften till vardera föräldern i de fall båda föräldrarna har ansökt om och rätt till förmånen bedöms föreligga. Med stöd av nuvarande regler om vårdbidrag kan inte båda föräldrarna ges rätt till bidraget. De kan endast dela utbetalningen, om de är överens.

1.3.4 Ett uppdrag till Försäkringskassan

Arbetsgruppen föreslår att Försäkringskassan ska få i uppdrag att utveckla en ny ordning för hanteringen av ärenden om omvårdnadsbidrag för att förbättra förutsättningarna för ökad förutsägbarhet och rättssäkerhet i myndighetens handläggning av dessa ärenden. Denna ordning är tänkt att baseras på WHO:s klassifikation för funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa för barn och ungdom (ICF-CY).

1.3.5 Förkortning av normalarbetstid

En rätt till förkortning av normalarbetstid i föräldraledighetslagen föreslås i syfte att underlätta för en förälder som har barn med funktionsnedsättning att kombinera omvårdnaden av barnet med en anställning. Rätt till förkortning av normalarbetstid ska knytas till omvårdnadsbidraget genom att en förälder har rätt till förkortning av normalarbetstid i de fall omvårdnadsbidrag lämnas för barnet. Rätten till arbetstidsförkortning ska omfatta barnets föräldrar och de personer som enligt föräldraledighetslagen jämställs med föräldrar.

1.3.6 Merkostnadsersättning lämnas för skäliga kostnader

Arbetsgruppen föreslår att merkostnadsersättning ska lämnas för merkostnader till en försäkrad person till följd av att han eller hon före 65-års ålder har fått sin funktionsförmåga nedsatt, om det kan antas att nedsättningen kommer att bestå under minst ett år.

Merkostnadsersättning för ett försäkrat barn ska lämnas till en försäkrad förälder för merkostnader till följd av att barnet har en nedsatt funktionsförmåga, om det kan antas att nedsättningen kommer att bestå under minst sex månader. Merkostnadsersättningen kan lämnas till föräldern så länge han eller hon är underhållsskyldig för barnet.

Merkostnader definieras som sådana skäliga kostnader som uppkommer på grund av en persons funktionsnedsättning och som går utöver de kostnader som är normala för personer utan funktionsnedsättning i motsvarande ålder.

1.3.7 Normalkostnader och merkostnadsslag

För merkostnadsersättningen föreslås att det ska anges vilka kategorier av merkostnader som kan ge rätt till ersättning, t.ex. merkostnader för hälsa, vård, kost, resor och hjälp i den dagliga livsföringen.

Konsumentverket ska ges i uppdrag att utarbeta ett vägledande material om vad som inom olika områden är att betrakta som normala kostnader. Materialet ska vara ett stöd för Försäkringskassan i handläggningen av ärenden om merkostnadsersättning. Försäkringskassan ska ges i uppdrag att utarbeta ett nationellt stöd för bedömningen av vad som utgör en skälig kostnad.

1.3.8 Merkostnadsersättning lämnas på fem nivåer

Arbetsgruppen föreslår att fem ersättningsnivåer ska införas för den nya merkostnads-ersättningen. Fem nivåer är en rimlig avvägning mellan exakthet och effektivitet. Det innebär också att de nuvarande tröskeleffekterna i ersättningen minskar. Merkostnads-ersättningen bör som lägst lämnas med ett belopp som för år räknat motsvarar 30 procent av prisbasbeloppet (13 350 kr) om merkostnaderna uppgår till minst 25 procent av prisbasbeloppet. Som högst bör ersättningen lämnas med 70 procent av prisbasbeloppet (31 150 kr).

1.3.9 En mer centraliserad handläggning i Försäkringskassan

Arbetsgruppen bedömer att det kan finnas skäl för Försäkringskassan att pröva förutsättningarna för att ytterligare koncentrera myndighetens hantering av ärenden om omvårdnadsbidrag och merkostnadsersättning. Enligt arbetsgruppen kan det vara svårare att upprätthålla en hög och jämn kunskapsnivå i komplexa frågor i en decentraliserad organisation i jämförelse med en mer centraliserad.

1.3.10 Uppföljning och utvärdering av reformen

Det är viktigt att de nya förmånerna följs upp och utvärderas ett par år efter reformens ikraftträdande. Försäkringskassan bör ges uppdraget att ansvara för utvärderingen.

Utvärderingen bör bl.a. omfatta en analys av hur målgrupperna för de nya förmånerna utvecklas, i förhållande till vad som i nuläget gäller för vårdbidrag och handikappersättning. Utvärderingen bör också innefatta en analys av hur likvärdigheten i beslutsfattande över landet och förutsägbarheten påverkats av de reformerade förmånerna.

En viktig del av utvärderingsuppdraget är också, särskilt mot bakgrund av den könsmissiga snedfördelning som föreligger för vårdbidraget, att kartlägga och analysera vilka könsmissiga mönster som kan urskiljas i det nya förmånssystemet. Uppdraget bör innefatta att kartlägga och analysera könsfördelningen i fråga om de barn för vilka omvårdnadsbidrag lämnas. Vidare bör ingå att belysa hur det nya omvårdnadsbidraget – inklusive rätten att kunna få förkortad arbetstid – har inverkat på kvinnors respektive mäns delaktighet i och ansvar för omvårdnad och tillsyn. Uppdraget i denna del bör också innefatta eventuella förslag till åtgärder Försäkringskassan kan behöva vidta.

1.3.11 Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

Författningsändringarna föreslås träda i kraft den 1 januari 2017. Redan fattade beslut om handikappersättning och vårdbidrag ska fortsätta att gälla i enlighet med vad som föreskrivs i beslutet. Besluten ska dock gälla längst till dess de skulle ha upphört eller omprövats enligt de äldre bestämmelserna om handikappersättning och vårdbidrag. Äldre bestämmelser om handikappersättning ska dock fortfarande gälla för beslut om handikappersättning som har meddelats före ikraftträdandet och upphör eller omprövas före den 1 juli 2019. I sådana fall får ett nytt beslut om handikappersättning meddelas för en tidsperiod om högst 36 månader.

1.4 Konsekvenser av förslagen

1.4.1 Konsekvenser för barn och vuxna

Förslagen om renodlade förmåner innebär förbättringar genom ett enklare och tydligare regelverk för barn och vuxna med funktionsnedsättningar. Prövningen bedöms bli mer förutsägbar och det blir lättare för enskilda att ta till vara sin rätt. Prövningen blir därmed mer rättssäker.

Samtidigt innebär förslagen vissa förändringar i förutsättningarna att erhålla ersättning. De föreslagna övergångsreglerna bidrar till att de allra flesta som har handikappersättning i dag kommer att få behålla sin ersättning på i princip oförändrad nivå. För en mindre andel av de personer som i dag uppbär handikappersättning kan förändringen leda till sänkt ersättning, eller i vissa fall, att rätten till ersättning upphör.

De föreslagna fem ersättningsnivåerna inom merkostnadsersättningen leder till minskade tröskeeffekter i förhållande till nuvarande tre nivåer för den hittillsvarande handikappersättningen, och därmed en ersättning som bättre motsvarar enskildas faktiska merkostnader.

Förslaget om att sänka nuvarande instegsnivå för rätt till ersättning kompenserar till viss del för att ersättningen för hjälpbehov upphör. Dessutom kan kostnader för hjälpbehov i vissa fall ersättas i merkostnadsersättningen. Den lägre nivån för att få rätt till merkostnadsersättning innebär dessutom att vissa personer som med dagens regelverk inte kunnat få handikappersättning, nu kan få rätt till den nya merkostnadsersättningen.

Ersättningsmässigt bedöms förändringarna för dem som nu uppbär vårdbidrag – och som kan erhålla både omvårdnadsbidrag och merkostnadsersättning vara mindre än för den grupp som tidigare erhållit handikappersättning.

Förslaget om att båda föräldrarna i framtiden ska kunna erhålla rätt till omvårdnadsbidrag och merkostnadsersättning bedöms leda till förbättrade förutsättningar för att barn med funktionsnedsättningar ska få sina behov tillgodosedda. Det ökar också förutsättningarna för ett jämställt ansvarstagande för omvårdnaden och tillsynen av ett barn med funktionsnedsättning.

Förslaget om att föräldrar som uppbär omvårdnadsbidrag ska få rätt till förkortning av normal arbetstid ökar förutsättningarna för att barn med funktionsnedsättning ska få sina behov tillgodosedda. Det ger också bättre möjligheter för föräldrarna att kombinera förvärvsarbete med omvårdnad och tillsyn.

1.4.2 Konsekvenser för jämställdheten

Förslagen om att föräldrar kan dela rätten till omvårdnadsbidrag och att båda föräldrarna får rätt till förkortning av normal arbetstid om omvårdnadsbidrag lämnas för ett barn bedöms öka förutsättningarna för kvinnor och män att ta samma ansvar för omvårdnaden om barn med funktionsnedsättning. Förutsättningarna ökar även för kvinnor och män att få samma möjligheter i fråga om tillgång till arbete och utvecklingsmöjligheter i arbetet.

1.4.3 Ekonomiska konsekvenser för staten

Förslagen leder 2019 till minskade kostnader för staten om drygt 60 miljoner kronor. Effekten ska sättas i relation till att Försäkringskassans prognos för kostnaderna för vårdbidrag och handikappersättning år 2019 är 5 600 miljoner kronor.

1.4.4 Konsekvenser för statliga myndigheter

Försäkringskassans handläggning kommer att förenklas till följd av ett enklare och tydligare regelverk. Vissa förslag kan dock innebära att antalet ansökningar kommer att öka något. Försäkringskassan kommer också att få fler regeringsuppdrag. Sammantaget bedöms förslagen inte innebära ökade kostnader för myndigheten.

Uppdraget till Konsumentverket att utarbeta ett nationellt stödande material kring vad som är att betrakta som normal kostnad, bedöms innebära en kostnad på 1,5 miljoner kronor. Förslaget om fortlöpande uppdatering uppskattas innebära en kostnad om 300 000 kr per år. Utöver ovan redovisade konsekvenser av förslagen finns ytterligare konsekvenser beskrivna i avsnitt 16.5.

Samordningskansliet
Mikael Ferm
Tfn: 063147612
E-post: mikael.ferm@regionjh.se

2016-01-05

RS/2019/2015

Revisorerna i Region Jämtland Härjedalen

Svar på revisorernas granskning av styrelsens verksamhetsuppföljning RS/2019/2015

Revisionskontoret har genomfört en granskning av regionstyrelsens arbete med verksamhetsuppföljning. Granskningen har syftat till att undersöka om regionstyrelsen har en tillfredsställande verksamhetsuppföljning. Granskningen har avgränsats till uppföljning av mål för kvalitet och patientsäkerhet.

Regionstyrelsen konstaterar inledningsvis att arbetet med att implementera en ny styrmodell har pågått under flera år och att modellen till stora delar är på plats under 2016. Styrmodellen bygger på en tydlig princip för att kunna bryta ner övergripande mål för att få en sammanhållen planering på alla nivåer. Det blir då också lättare att kunna genomföra en systematisk uppföljning.

Granskningen har visat på områden där förbättringsarbete bör ske:

Granskningen visar att det i styrmodellen saknas en tydlig beskrivning av vilka mål som skall utgöra underlag för återrapporteringen av fullmäktiges övergripande uppdrag.

Styrmodellen har nyligen reviderats i samband med ny organisation. Härvid har det också kompletteras med en tydligare beskrivning vad gäller uppföljning av fullmäktiges övergripande mål. Regionen ska också komplettera med än större tydlighet i delårsbokslut samt bokslut vad gäller nedbrytning av mål på olika nivåer och inte minst hur de hänger ihop.

Revisionen har också pekat på en problematik att regiondirektörens verksamhetsplan inte fastställs av regionstyrelsen. Detta då för att mål om kvalitet och patientsäkerhet inte kan delegeras till en förvaltning.

Regiondirektörens verksamhetsplan är en nedbrytning och uttolkning av styrelsens mål för det kommande verksamhetsåret. Det viktiga är att det finns en tydlig koppling mellan mål och nedbrytning. Regionstyrelsen ska inte fastställa regiondirektörens plan eftersom det då blir styrelsens plan. Utöver det sker det vid ett flertal tillfällen förändringar i direktörens plan eftersom ingångsvärden såsom exempelvis nationella styrningar inkommer senare under året. Det skulle då vara föremål för styrelseärenden vid varje mindre justering och det ökar den administrativa belastningen.

Revisionen rekommenderar styrelsen att ta fram dokumenterade rutiner för kvalitetssäkring av resultat då dessa saknas. Här finns en risk om inte stickprovskontroller görs att felaktiga beslut tas och därmed brister i kvalitetsutvecklingen.

Det kan konstateras att det saknas rutiner för att kunna kvalitetssäkra resultat och ska ses över. Det är också en del i COSMIC-införandet som har gjort att det har varit svårt att kunna jämföra tidigare resultat i vissa avseenden. Tidigast 2017 går det då att kvalitetssäkrat jämföra helårsresultat eftersom COSMIC då har varit på plats under hela året 2016.

Det sker idag en rimlighetsbedömning av resultaten ur datasystemen på flera olika nivåer, men någon systematiserad kvalitetssäkring finns inte dokumenterad och sker således inte heller. Detta ska åtgärdas under 2016.

När det gäller resultat och uppföljning av nationella källor såsom exempelvis ”vården i siffror”, SKL-statistik, väntetidsdatabasen så följer vi avseende inrapportering de nationella rutiner och riktlinjer som finns.

Granskningen visar på vissa brister när det gäller dokumentation och då särskilt gällande uppföljning.

Det finns regler för dokumenthantering samt för verksamheten ändamålsenliga dokumenthanteringssystem. Det ska dock tydliggöras att de ska användas på olika nivåer samt om behov föreligger få erforderligt stöd för att kunna använda dessa. Det revisionen påpekar som avser centrumen är nu inte applicerbart utifrån en ny organisation. Synpunkterna kommer dock att tas tillvara när utformning av nya riktlinjer för förvaltningarna sker.

Regionen kommer i den nya organisationen att ställa krav på ledningsnivåerna att möten ska dokumenteras i Centuri och eventuella beslut tydligt ska framgå. Detta gäller också eventuella verksamhetsdialoger/uppföljningsmöten. Det ska också framhållas att Centuri används allt mer i verksamheterna och i december 2015 var det högsta noteringen sedan införandet.

När det gäller avvikelser utifrån måluppfyllnad redovisas de kontinuerligt till styrelsen, både vad gäller regiondirektörens verksamhetsplan och styrelsens egna ettåriga verksamhetsplan.

Eventuella förslag till åtgärder utifrån avvikelser och eventuella beslut kopplat till dom protokollförs de via särskilt beslutsprotokoll alternativt i berörda protokoll från sammanträdet eller ledningsmötet. Det finns dokumenterade exempel på det i styrelsens protokoll och också i det särskilda beslutsprotokollet. Uppföljning av de fattade besluten i styrelsen återkopplas också kontinuerligt.

Rutinen är att information om beslut med tillhörande underlag sprids i hela organisationen via ledningsmejl en gång i veckan. Det är bättre att det finns tydliga rutiner för hur spridning av beslut ska ske än att beslut och åtgärder är väl dokumenterade, men ej kända.

Regiondirektören har dock i enlighet med leans principer så kallade pulsmöten varje vecka där mål, avvikelser och åtgärder diskuteras. Dessa finns inte dokumenterade mer än på tavlan (whiteboard) och följs då upp veckovis. I den nya organisationen kommer Hälso- och sjukvårdsförvaltningen ha pulsmöten varje vecka och där de sedan kommer att följas upp månadsvis på den ordinarie ledningsgruppen. Därmed kommer också det finnas dokumenterat genom protokoll.

Uppföljningsrutin saknas under styrelse och regiondirektör

Regionstyrelsen och regiondirektören har en dokumenterad rutin för att följa upp om beslut genomförts. En sådan rutin finns inte för organisationen under dessa ledningsnivåer varvid det kan se lite olika ut.

Det är viktigt att kunna följa upp fattade beslut samt åtgärder för att se om de har haft önskad effekt och vad som blev resultatet.

Här behöver regionen bli bättre på alla nivåer att kontinuerligt och systematiskt följa upp beslut/åtgärder för att se om de haft genomslag och önskad effekt. Det har dock inrättats en särskild analysgrupp som ska följa om beslutade åtgärder har fått önskad ekonomisk effekt.

Ett sätt är att mer nyttja befintlig modell (Projektil och Uppdragil) att ge skriftliga uppdrag med tydliga ramar och krav på återredovisning. Ett annat är att vid sammanträden/ledningsmöten ha en stående punkt med återkoppling till fattade beslut och som förbereds innan av ansvariga. Det görs idag i varierande omfattning.

Det är också viktigt att komma ihåg att styrmodellen och dess planeringsmetod ger vid handen att verksamhetsplanerna är det som styr vad verksamheten ska göra under innevarande år och då kopplat till övergripande mål. Den planen då den godkänns av högre linjechef utgör tillika uppdraget och ska då också följas upp systematiskt, exempelvis vid varje ledningsmöte. Här kan det uppstå avvikelser vilket kan kräva särskilda åtgärder som i sin tur dokumenteras på olika sätt.

Efter att verksamhetsplanen har godkänns ska fokus vara på uppföljning och eventuella avvikelser samt åtgärder med anledning av det. Strävan ska vara att uppfylla målsättningen i planen.

Revisionsdirektör Majvor Enström
Tfn: 063-14 75 28

Regionstyrelsen

Granskning av styrelsens verksamhetsuppföljning

Regionens revisionskontor har på vårt uppdrag genomfört en granskning av om regionstyrelsen har en tillfredsställande verksamhetsuppföljning. Granskningen har avgränsats till uppföljning av mål för kvalitet och patientsäkerhet.

Resultatet av granskningen redovisas i bifogad granskningsrapport.

Inledningsvis kan vi konstatera att den styrmodell som används för verksamhetsuppföljning är relativt ny. Modellen har implementerats i sin helhet först i år 2015. Fortfarande pågår ett arbete med att utveckla modellen och vissa justeringar planeras inför 2016. En utvärdering av modellen kommer att ske hösten 2016.

Nedan redovisar vi några av granskningens iakttagelser och bedömningar:

- Granskningen visar att det i styrmodellen saknas en tydlig beskrivning av vilka mål som skall utgöra underlag för återrapporteringen av fullmäktiges övergripande uppdrag. Vidare visar granskningen att nuvarande ansvarsförhållande mellan styrelsen och regiondirektören, när det gäller fastställandet av verksamhetens mål för kvalitet och patientsäkerhet, behöver ses över. Enligt regionens styrmodell är det i regiondirektörens verksamhetsplan som det finns mätbara mål för kvalitet och patientsäkerhet, men direktörens verksamhetsplan har inte varit föremål för politiskt fastställande. Enligt kommunallagen kan inte frågor om kvalitet och verksamhetens mål delegeras till förvaltningen.
- Vi rekommenderar styrelsen att ta fram dokumenterade rutiner för kvalitetssäkring av resultatet av uppföljningen av mål för kvalitet och patientsäkerhet. Om inte redovisat resultat är kvalitetssäkrat riskerar det att fel åtgärder vidtas. Vi anser att den rimlighetsbedömningen som sker bör kompletteras med systematiska stickprovskontroller i uppföljningens olika delar.
- Granskningen visar på vissa brister när det gäller dokumentation. Vi rekommenderar att det görs en översyn av att uppföljningen sker i enlighet med Socialstyrelsens föreskrift och regionens regler för dokumenthantering. En tydlig struktur för dokumenthantering ger också ökade förutsättningar för effektiviseringar genom att det blir enklare att ta del av varandras förbättringsarbeten.
- Enligt Socialstyrelsens föreskrift för ett systematiskt kvalitetsarbete bör de åtgärder som vidtagits med anledning av resultatet av mål för kvalitet och patientsäkerhet, följas upp och utvärderas. Vi har noterat att regionstyrelsen och

regiondirektören har en dokumenterad rutin för att följa upp om besluten genomförts. Någon liknande rutin inom centrumen har vi dock inte kunnat ta del av. Vi föreslår därför regionledning att en uppföljningsrutin även införs för centrumen.

Vi emotser senast den 1:a mars 2016 en redovisning av vilka åtgärder som Regionstyrelsen vidtar eller avser vidta med anledning av granskningsresultatet såsom det framkommer både i vår skrivelse men främst i bifogad rapport.

För revisorerna i Region Jämtland Härjedalen



Annelie Bengtsson
Ordförande



Bernt Söderman
Vice ordförande

Bilaga

Rapporten Granskning av regionstyrelsens verksamhetsplanering

Kopia till

Fullmäktiges presidium
Regiondirektören
Hälso- och sjukvårdsdirektören
Planeringschefen
Chefen för samordningskansliet
Ekonomidirektören
Centrum för Medicinska specialiteter
Centrum för Teknik, Diagnostik och Service



REVISIONSRAPPORT

**GRANSKNING AV
Regionstyrelsens verksamhetsupp-
följning**

Jan-Olov Undvall

Innehållsförteckning

1	SAMMANFATTNING.....	3
2	INLEDNING/BAKGRUND.....	4
3	SYFTE, REVISIONSFRÅGA OCH AVGRÄNSNING.....	4
4	REVISIONSKRITERIER	5
5	METOD	5
6	RESULTAT	6
6.1	Sker en egenkontroll av följsamheten till regionens styrmodell för verksamhetsuppföljning?	6
6.2	Har det skett någon uppföljning/utvärdering av modellens ändamålsenlighet?	8
6.3	Organisation och ansvarsfördelning i verksamhetsuppföljning	10
6.4	Sker en kvalitetssäkring av redovisat resultat?	10
6.5	Inkluderar verksamhetsuppföljningen en tillfredställande dokumentation, beskrivning och analys?	11
6.6	Redovisas åtgärdsförslag vid väsentliga avvikelser?	13
6.7	Fattas beslut om åtgärder vid väsentliga avvikelser?	14
6.8	Uppföljning av beslutade åtgärder	15
7	LITTERATURFÖRTECKNING	17
8	ANSVARIGA FÖR GRANSKNINGENS GENOMFÖRANDE	18

1 SAMMANFATTNING

Regionens revisorer har genomfört en granskning av om regionstyrelsen har en tillfredsställande verksamhetsuppföljning. Granskningen har avgränsats till uppföljning av mål för kvalitet och patientsäkerhet.

Inledningsvis kan vi konstatera att den styrmodell som används för verksamhetsuppföljning är relativt ny. Det är först i år 2015 som modellen har implementerats i sin helhet. Fortfarande pågår ett arbete med att utveckla modellen och vissa justeringar planeras inför 2016. En utvärdering av modellen kommer att ske hösten 2016.

Nedan redovisar vi några av granskningens iakttagelser och bedömningar:

- Regionens styrmodell uppges vara en garant för att uppföljningen korresponderar mot fullmäktiges övergripande mål. Dock saknas det i styrmodellen en tydlig beskrivning hur fullmäktiges mål skall återredovisas. Vi anser därför att det i styrmodellen bör bättre tydliggöras vilka mål som bildar underlag för uppföljning av fullmäktiges mål.
- Vi rekommenderar styrelsen att se över rådande ansvarsförhållande mellan styrelsen och regiondirektören när det gäller fastställandet av verksamhetens mål för kvalitet och patientsäkerhet. Enligt rådande modell är det först i regiondirektörens verksamhetsplan som det finns mätbara mål för kvalitet och patientsäkerhet, men direktörens verksamhetsplan har inte varit föremål för politiskt fastställande. Enligt kommunallagen kan inte frågor om kvalitet och verksamhetens mål delegeras till förvaltningen.
- Vi rekommenderar styrelsen att ta fram dokumenterade rutiner för kvalitetssäkring av resultatet av mål för kvalitet och patientsäkerhet. Om inte redovisat resultat är kvalitetssäkrat riskerar det att fel åtgärder vidtas. Vi anser att den rådande rimlighetsbedömningen som sker bör kompletteras med systematiska stickprovskontroller i uppföljningens olika delar.
- Granskningen visar på vissa brister när det gäller dokumentation av olika delar av verksamhetsuppföljning. Vi anser därför att det görs en översyn av att uppföljningen sker i enlighet med Socialstyrelsens föreskrift och regionens regler för dokumenthantering. En tydlig struktur för dokumenthantering ger också ökade förutsättningar för effektiviseringar genom att det blir lättare att ta del av varandras förbättringsarbeten.
- Enligt Socialstyrelsens föreskrift för ett systematiskt kvalitetsarbete bör de åtgärder som vidtagits följas upp och utvärderas. Vi har noterat att regionstyrelsen och regiondirektören har en dokumenterad rutin för att följa upp om besluten genomförts. Någon liknande rutin inom centrumen har vi dock inte kunnat ta del av. Vi föreslår därför regionledning att en uppföljningsrutin även införs för centrumen.

2 INLEDNING/BAKGRUND

Enligt kommunallagen har nämnden ansvar att se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt. Nämndens skall också se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett effektivt och säkert sätt och inom ramen för regelverket.

Enligt Patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren¹ (regionstyrelsen) planera, leda och kontrollera verksamheten med fokus på att upprätthålla en säker vård. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen skall vårdgivaren (regionstyrelsen) utveckla metoder för att noga följa och analysera utvecklingen vad gäller kvalitet och säkerhet.

Tidigare granskningar har visat på vissa brister i styrelsens verksamhetsuppföljning, bl.a. "Granskningen av ledning och styrning" (Dnr: LS/470/2010) och "Granskning av landstingets arbete, ansvar och uppföljning" (Rev/9/2014). I revisionsrapporten för 2014 (Rev/8/2015) noterade revisorerna att styrelsen behöver förbättra sin verksamhetsuppföljning. I styrelsens protokoll framgick inte vilka åtgärder som vidtagits m.a.a. redovisade avvikelser till verksamhetsmål.

Brister i verksamhetsuppföljningen riskerar medföra sämre förutsättningar för styrelsen att leda förvaltningen så att fullmäktiges mål och riktlinjer uppnås.

Regionens revisorer har mot bakgrund av ovanstående bedömt det angeläget att genomföra en granskning av om regionstyrelsen har en tillfredsställande verksamhetsuppföljning.

3 SYFTE, REVISIONSFRÅGA OCH AVGRÄNSNING

Granskningens övergripande syfte är att ta reda på om styrelsen för Region Jämtland/Härjedalen har en tillfredsställande verksamhetsuppföljning.

Granskningen har följande revisionsfrågor:

- Sker en egenkontroll av följsamheten till regionens styrmodell för verksamhetsuppföljning?
- Har det skett någon uppföljning av modellens ändamålsenlighet?
- Finns en tydlig organisation och ansvarsfördelning när det gäller genomförandet av verksamhetsuppföljning?
- Sker en kvalitetssäkring av redovisat resultat?
- Inkluderar verksamhetsuppföljningen en tillfredsställande dokumentation, beskrivning och analys?
- Redovisas åtgärdsförslag vid väsentliga avvikelser?
- Fattas beslut om åtgärder vid väsentliga avvikelser?

¹ Vårdgivaren är den nämnd som ansvarar för hälso- och sjukvården. Regionstyrelsen är hälso- och sjukvårdsnämnd och är således vårdgivare inom Region Jämtland Härjedalen.

- Sker en uppföljning av om beslutade åtgärder genomförs- och om åtgärderna medför önskad effekt?

Granskningen är avgränsad till den del av regionstyrelsens verksamhetsuppföljning som avser av mål för kvalitet och patientsäkerhet inom hälso- och sjukvårdsverksamheten.

4 REVISIONSKRITERIER

- Kommunallagen 6 kap. 7 §
- Hälso- och sjukvårdslagen 2a § och 31 §
- Patientsäkerhetslagen 2010:659
- Kommunal redovisningslag
- Socialstyrelsens föreskrift om ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (2011:9)
- Landstingsplan/regionplan 2015-2017
- Regler för planering och uppföljning enligt Region Jämtland Härjedalens styrmodell (Dnr: RS(101/2015))
- Internkontrollreglemente (LS/1477/2014)
- Reglementet för regionstyrelsen i Region Jämtland Härjedalen LS/185/2014

5 METOD

Granskningen har genomförts genom dokumentstudier och intervjuer. Substansgranskning har utförts för att i erforderlig omfattning verifiera gjorda utsagor samt att system och rutiner fungerar på avsett sätt.

Granskningen har avgränsats till landstingsledningen och stabernas ansvar och roll i verksamhetsuppföljning, samt en översiktlig granskning inom Centrum för Medicinska specialiteter och Centrum för diagnostik, teknik och service.

Granskningen har genomförts genom djupintervjuer och dokumentanalys. Totalt har åtta djupintervjuer genomförts.

6 RESULTAT

6.1 Sker en egenkontroll² av följsamheten till regionens styrmodell för verksamhetsuppföljning?

(Siffra inom parantes är en hänvisning till källförteckningen)

Återredovisningen är avhängig av att fullmäktiges mål konkretiseras

Enligt regionens styrmodell bildar fullmäktiges 19 strategiska mål utgångspunkt för styrning och uppföljning. Enligt årsredovisningslagen skall styrelsen återredovisa till fullmäktige graden av måluppfyllelse (5). Fullmäktiges strategiska mål i regionplanen är emellertid allt för allmänt hållna för att kunna följas upp och återredovisas. Dessutom sträcker sig fullmäktiges mål över en period på tre år. Enligt styrmodellen skall därför en "uttolkning"³ av fullmäktiges mål göras av styrelsen och nämnderna i deras årliga verksamhetsplaner som bildar underlag för återredovisningen till fullmäktige.

I styrmodellen framgår dock inte vilka mål som skall bilda underlag för återredovisning till fullmäktige (6). Sedan modellen infördes har det varit direktörens mål som återredovisats i årsbokslutet, så även för delårsboksluten under innevarande år. 2015 infördes verksamhetsplan för regionstyrelsen, men vi noterar att i planen saknas mätbara mål för kvalitet och patientsäkerhet (8). Enligt ordförande för regionstyrelsen kommer dock styrelsens mål att återredovisas till årets bokslut⁴.

Regiondirektören och övriga förvaltningschefer skall utgå från styrelsens och nämndernas verksamhetsplaner för utarbetande av sina verksamhetsplaner. Vi noterar att det är först i regiondirektörens verksamhetsplan som det finns några mätbara mål.

Det skall enligt modellen finnas en röd tråd från fullmäktiges mål till enhetens mål. Detta innebär en målkedja som avser sex hierarkiska nivåer. Vad som mäts och följs upp inom samtliga nivåer är således avhängigt av hur fullmäktiges mål har tolkats och brutits ner i olika led. Till varje verksamhetsplan finns en uppföljningsplan med anvisningar om hur uppföljning skall ske (6).

Styrmodellen ändrad - fastställandet av verksamhetsplaner borttaget

I revideringen av modellen som gjordes inför 2015 ändrades styrmodellen från det att fullmäktige skulle ha fastställt styrelsens verksamhetsplan till att styrelsen själv fastställde den, samt att även direktören fastställer sin verksamhetsplan (7). Anledningen till förändringen

² Egenkontroll i detta sammanhang innebär att regionstyrelsen skall ha kontrollrutiner för att försäkra sig om att verksamheten bedrivs i enlighet med Fullmäktiges mål och uppdrag, samt följer regelverket i övrigt. Regionens styrmodell är en del av fullmäktiges uppdrag till regionstyrelsen. Egenkontroll regleras framförallt utifrån kommunallag, Hälso- och sjukvårdslag och Patientsäkerhetslag.

³ Regionstyrelsen och nämnderna ska ange utvecklingsområden som ska markera vad de ska göra för att uppfylla övergripande nivå. Den principen gäller också för nivån under.

⁴ Regionstyrelsens verksamhetsplan har följts upp två gånger per år, dock ej i samband med delårsbokslut och utan att ärendet gått vidare till fullmäktige.

är, enligt chefen för samordningskansliet, den att kansliet ansåg fastställandet som onödigt därför att man hade fått ett informellt fastställande genom de möten som sker med politiker i samband med att planerna tas fram. En ytterligare anledning som lyfts fram till förändringen är att man ville ge regionstyrelsen möjlighet att göra revideringar i planen utan att behöva gå till fullmäktige.

Måltavlor en del av styrning och uppföljning

Enligt regiondirektören är styrmodellen kopplad till LEAN- arbetet. Därför har styrning och uppföljning till stor del fokuserats på måltavlor som följs upp varje vecka. Detta sker inom samtliga nivåer från regionledning till enheterna vid s.k. "Pulsmöten". En annan viktig del i LEAN- arbetet som lyfts fram är daglig styrning på enhetsnivå.

Ledningsgruppen genomför s.k. "Ut och se" träffar, som också är en del i LEAN- filosofin, då regionledningen åker ut en gång i månaden till en enhet för att dels lära sig om verksamheten, och dels kontrollera att det finns mål framtagna och att det sker en daglig styrning inom enheten.

Fokus för regiondirektörens kontroll på enhetsnivå är, enligt honom, att det finns mål framtagna med koppling till fullmäktiges mål. Enligt regiondirektören ligger det i överordnad chefs ansvar att kontrollera att sådan koppling finns.

Samordningskansliet – kontrollerar målkedjan

Enligt uppgift har samordningskansliet en nyckelroll för att det i regionstyrelsens verksamhetsplan sker en korrekt konkretisering av fullmäktiges mål, då kansliet är sammanhållande ansvarig för styrmodellen. Samordningskansliet är med vid framtagandet av både regionstyrelsens och regiondirektörens verksamhetsplaner. Samordningskansliet uppger sig ha kontakt med politiker (majoritetens presidier) vid framtagandet av styrelsens verksamhetsplaner och att det vid dessa möten finns ett utkast av direktörens verksamhetsplan med. Samordningskansliet är också med vid de planeringsdagar då direktörens verksamhetsplan utarbetas och har då med sig ett utkast av styrelsens plan. Utarbetande av verksamhetsplanerna sker parallellt, vilket de intervjuade menar innebär en egenkontroll av målkedjan.

Samordningskansliet har utarbetat en "karta" som arbetsmaterial för att tydliggöra den röda tråden från fullmäktiges mål till direktörens verksamhetsplan inför 2016 års planer, samt att i planeringsprocessen säkerställa att alla strategiska mål fångas upp.

Ordförande för regionstyrelsen och regiondirektören m.fl. anser att själva styr- och uppföljningsmodellen i sig är en garant för att det skall finnas en röd tråd i målkedjan från fullmäktiges mål och i nedåt i organisationen och att fullmäktiges mål och uppdrag följs upp och återredovisas på ett korrekt sätt.

Ekonomienheten har en kontrollfunktion när det gäller uppföljning

Förutom att ekonomienheten uppger sig ha en kontrollerande funktion när det gäller uppföljning av finansiella mål, har enheten även en kontrollerande funktion vid uppföljning av verksamhetsmål. I kontrollen ingår framförallt att se till att uppgifter lämnas in i tid så att de kan sammanställas i månadsrapport, delårs- och årsbokslut.

I internkontrollplanen ingår en uppföljning av följsamheten till planeringsprocessen.

Enligt Regionens internkontrollreglemente ska interna styr- och kontrollsystem övervakas, följas upp och utvärderas (2). I Internkontrollplanen finns planeringsprocessen medtagen

som en kontrollpunkt (3), och följdes upp av styrelsen i november. Fokus för kontrollen var att tidplanen för planeringen har kunnat hållas (4).

Respektive chef inom linjen skall utöva kontroll

Enligt uppgift har Centrumchefen ett för centrumet övergripande ansvar för att det finns en följsamhet till styr- och uppföljningsmodellen inom centrumet. På samma sätt ansvarar områdeschefen för sitt område. Kontrollen uppges utövas vid ledningsmöten och vid enskilda uppföljningsmöten.

Bedömning

- För att uppföljningen ska kunna korrespondera med de mål som fullmäktige beslutat om förutsätts en tydlig koppling mellan fullmäktiges övergripandemål och målen i de verkställande organens verksamhetsplaner. Då styrmodellen ändrats från att styrelsen och regiondirektören fastställer sina verksamhetsplaner själva, ställer det större krav på övriga kontrollåtgärder. Vi noterar i sammanhanget att i den styrmodell som landstinget i Östergötland använder sig av, och som enligt uppgift utgjort mall för region J/H styrmodell, fastställdes styrelsens verksamhetsplan för 2015 av fullmäktige (8).
- Samordningskansliet kontrollerar att det finns en koppling mellan målen. Denna dokumentation bör inte enbart vara arbetsmaterial för samordningskansliet utan tillhöra ärendet och diarieföras. Vi anser också att urvalet av mål i verksamhetsplaner tydligare bör motiveras utifrån ändamålsenlighet och väsentlighet.
- Regionens styrmodell uppges vara en garant för att uppföljningen korresponderar mot fullmäktiges övergripande mål. Dock saknas det i styrmodellen en tydlig beskrivning av hur fullmäktiges mål skall återredovisas. Vi anser därför att det i styrmodellen bör bättre tydliggöras vilka mål som bildar underlag för uppföljning av fullmäktiges mål.

6.2 Har det skett någon uppföljning/utvärdering av modellens ändamålsenlighet?

Från och med 2015 är styrmodellens alla delar på plats. Dock kvarstår, enligt styrelsens ordförande, några smärre detaljer däribland utskottens funktion i uppföljningsarbetet. En utvärdering av modellen är planerad till hösten 2016.

En tydlig skillnad mot tidigare styrmodell är att det nu finns tre olika regionöverskridande planer⁵ för verksamhetsstyrning som fastställs på olika nivåer. Tidigare återfanns dessa delar samlade i den tidigare landstingsplanen. En konsekvens av detta är att uppföljningarna ökat. Det har blivit fler olika former av uppföljningar. En faktor som enligt litteraturen bör vägas in i en styrmodell är att kontrollnyttan överstiga kontrollkostnaden (9).

Som vi tidigare nämnt finns det inga mätbara mål för kvalitet och patientsäkerhet i regionstyrelsens verksamhetsplan. Dessa mål finns i regiondirektörens verksamhetsplan som dock

⁵ På regionövergripande nivå finns regionplanen, regionstyrelsens verksamhetsplan och regiondirektörens verksamhetsplan.

inte beslutats politiskt. Enligt Kommunallagen får emellertid inte en nämnd delegera beslutarätten av verksamhetens mål, inriktning, omfattning eller kvalitet (11).

Vissa förändringar planeras inför 2016

Vissa förändringar i modellen är dock planerade till år 2016. Ordförande för regionstyrelsen och regiondirektören upplever att styrelsens verksamhetsplan bör omarbetas och bli mer konkret och tydlig. Den innehåller allt för många mål (ej mätbara) och uppdrag och blir därför svår att följa upp.

Uppföljning per område

I den nya organisationen kommer centrumen att försvinna vilket innebär att uppföljningarna blir områdesvisa. Detta upplever ordförande för styrelsen kommer att förbättra styrelsens uppföljning, då ett centrum blev allt för stort och ibland allt för heterogent. Regionstyrelsens ordförande tror att den nya ordningen kommer att medföra färre uppdrag till direktören, som följd av att det förväntas bli lättare för styrelsen att följa upp att beslutade åtgärder genomförs.

Enligt regiondirektören kommer det bli ett ökat fokus på uppföljning av chefskapet inför 2016 och därmed ett ökat ansvarsutkrävande. Enligt honom måste cheferna bli bättre på att återföra fullmäktiges strategier och resultat tillbaka till personalen så att de ser sin del i sammanhanget. Regiondirektören framhåller vidare svårigheter med att återföra information om övergripande analys och resultat tillbaka till enhetsnivå.

Saknar en riskanalys kopplad till fullmäktiges mål

Enligt uppgift är det ett flertal uppgifter som vägts in när styrelsens uppföljningsplan tagits fram, som fokusområden, strategiska mål, krav enligt uppsiktsplikten och regionstyrelsens ansvar för uppföljning. Någon risk och konsekvensanalys utifrån fullmäktiges mål har dock inte legat till grund för verksamhetsplanen.

Bedömning

- Vi rekommenderar att styrelsen vid den planerade uppföljningen hösten 2016 beaktar om kontrollnyttan överstiger kontrollkostnaden. Antalet planer har markant ökat och som följd av detta olika former av uppföljningar. En annan aspekt för uppföljningen bör vara att styrelsens uppföljningsplan har koppling till risk och konsekvensanalys till fullmäktiges mål för att få effektiva uppföljningar så att fokus för uppföljningar riktas mot de största riskområdena.
- Det finns en risk, enligt vissa bedömare (8), att information inte kan flöda fritt uppåt och nedåt inom organisationen om det finns fler än tre olika nivåer, inom regionen finns det sex olika nivåer, inför 2016 fem nivåer. Regiondirektören konstaterar svårigheter med att nå ut med information till medarbetarna på enhetsnivå. Antalet nivåer i styrmodellen är därför något som också bör beaktas vid den planerade uppföljningen.
- Vi bedömer att det finns en risk att rådande ansvarsfördelning mellan regionstyrelsen och regiondirektören, när det gäller fastställande av verksamhetens mål för kvalitet och patientsäkerhet, inte är i enlighet med kommunallagen. Styrelsen bör därför i sin uppföljning undersöka om ansvarsfördelning avseende detta, är i enlighet med kommunallagen.

6.3 Organisation och ansvarsfördelning i verksamhetsuppföljning

Staberna har en controllerfunktion

Inom regionstaben har ansvaret för verksamhetsuppföljning delats mellan ekonomienheten och samordningskansliet.

Ekonomienheten ansvarar för att sammanställa, analysera och kvalitetsgranska uppgifterna i delårsbokslut och bokslut, samt månadsrapporter. Ekonomienheten uppges också ha en controllerfunktion när det gäller uppföljning av mål. Enligt regiondirektören kommer ekonomienheten och personalenheten att slås ihop till en gemensam enhet och samverka i verksamhetsuppföljning. Stabernas mandat kommer också att öka när det gäller att kräva in uppgifter från "linjen".

Samordningskansliet ansvarar för att tillhandahålla adekvata riktlinjer för uppföljning och att tillhandahålla olika mallar. När det gäller mallar för månadsuppföljning och delårsbokslut och bokslut ansvarar dock ekonomienheten att sådana finns.

Ansvar för verksamhetsuppföljning ligger i huvudsak inom linjen

Organiserandet av verksamhetsuppföljning sker i huvudsak genom att "linjen" tar fram uppgifter och levererar dessa vidare till ekonomienheten att sammanställa dessa. De intervjuade betonar att ansvaret för verksamhetsuppföljning ligger i chefsuppgiften.

Uppfattningen bland samtliga intervjuade är att ansvarsfördelningen mellan stab och linje är tydlig.

Bedömning

- Det finns inget som framkommit i granskningen som visar på någon otydlighet avseende arbetsfördelning när det gäller verksamhetsuppföljning.

6.4 Sker en kvalitetssäkring av redovisat resultat?

Kvalitetssäkring av resultatet är en viktig del i det systematiska kvalitetsarbetet. I tidigare granskningar har vi noterat att det ibland förekommit felaktiga uppgifter i verksamhetsuppföljning som framförallt berott på brister i registreringen⁶. Detta riskerar att analysen blir fel och att fel åtgärder vidtas (10).

Enligt de intervjuade ligger ansvaret för att det sker en kvalitetssäkring både hos staben och inom linjen.

⁶ (Vi har sett att ibland blir det finns brister i kvalitén uppgifterna, t.ex. HbA1C medicinmottagningen, telefontillgängligheten inom primärvården, folkhälsa, VRI.) (Uppgifter om folkhälsoarbete går inte att använda pga. allt för dålig inregistrering)

Kvalitetssäkring inom "linjen"

Enligt uppgift är centrumchefen övergripande ansvarig för att den uppföljning som sker inom centrumet är kvalitetssäkrad. Respektive chefsled under centrumchefen ansvarar på motsvarande sätt för kvalitetssäkring av uppföljningen inom området/enheten.

I de två granskade centrumen har vi inte kunnat ta del av några dokumenterade rutiner för kvalitetssäkring av uppföljning av mål för kvalitet och patientsäkerhet. Den rutin som uppges finnas är att det sker en rimlighetsbedömning av resultatet. Denna rimlighetsbedömning görs i huvudsak av vårdutvecklaren och chefen.

Många uppgifter tas ur olika IT- system och enligt de intervjuade ligger där ett ansvar på IT-enheten och systemleverantören att systemen är kvalitetssäkrade. Det har dock inte ingått i denna granskning att närmare undersöka vilka kontroller IT-enheten gör.

Kvalitetssäkring inom staben

Inom ekonomienheten uppges det också ske en kvalitetssäkring av det sammanställda resultatet av målen för kvalitet och patientsäkerhet. Enligt ekonomidirektören har ekonomienheten kontaktpersoner inom olika specialområden att tillgå för att göra denna kvalitetssäkring. Vi har inte heller på stabsnivå kunnat ta del av några dokumenterade rutiner för kvalitetssäkring av mål för kvalitet och patientsäkerhet.

Bedömning

- Om inte redovisat resultat är kvalitetssäkrat riskerar detta att felaktiga beslut tas och därmed brister i kvalitetsutvecklingen. Därför anser vi att det bör finnas dokumenterade rutiner för kvalitetssäkring av verksamhetsuppföljning. Det finns många delar i uppföljningen där fel kan uppkomma, från inregistrering av uppgifter till att resultatet ska sammanställas på övergripande nivå. Vi anser därför att den rimlighetsbedömning som sker borde kunna kompletteras med systematiska stickprov av kvalitet i de olika momenten som ingår i uppföljningen.

6.5 Inkluderar verksamhetsuppföljningen en tillfredställande dokumentation, beskrivning och analys?

Enligt Socialstyrelsens föreskrift om ett systematiskt kvalitetsarbete skall arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet dokumenteras. Kravet omfattar alla delar av det systematiska kvalitetsarbetet, vilket innebär bl.a. att planeringsarbetet, kontroller, uppföljningar och analyser skall dokumenteras (8).

I Regionens bevarande och gallringsplan framgår regler för hur olika dokument skall hantearas. Enligt planen skall verksamhetsplaner och verksamhetsredovisningar diarieföras och sparas. Detta avser samtliga nivåer ner till enhetsnivå. Verksamhetsplaner och verksamhetsredovisningar inom ett centrum skall diarieföras på ett för centrumet gemensamt ärendenummer (11).

Bristande följsamhet till regionens dokumenthanteringsregler

Styrelsens och regiondirektörens verksamhetsplaner finns diarieförda. Däremot saknas diarieföring av verksamhetsplaner och verksamhetsredovisningar från centrumnivå och nedåt i organisationen. Centrumens verksamhetsplaner, månadsrapporter, delårs- och årsbokslut finns däremot dokumenterade och sökbara i Centuri⁷ som är regionens dokumenthanteringssystem. Men områdenas och enheternas verksamhetsplaner och verksamhetsberättelser finns, inom de granskade centrumen, varken diarieförda eller inlagda i Centuri. Denna dokumentation finns däremot inlagda i G:⁸.

En anledning till att inte Centuri används i större omfattning är, enligt centrumchefen för Diagnostik, Teknik och Service, att systemet inte är tillräckligt användarvänligt. Centuri införskaffades emellertid i syftet att bl.a. få ett dokumenthanteringssystem som skulle vara användarvänlig och skulle göra dokumenten sökbara och ge en enhetlig struktur för dokumenthantering. Centuri införskaffades också som ett led i arbetet med att utarbeta ett ledningssystem. Platina, som sedan tidigare funnits och också inrymde en funktion som dokumenthanteringssystem, ansågs då inte tillräckligt användarvänlig.

Enligt regionens dokumenthanteringsregler ska minnesanteckningar från olika interna forum sparas i 5 år (11). Centrumchefen för Medicinska specialiteter har dock valt att inte dokumenterar sina ledningsmöten, vilket därmed inte är i enlighet med regionens regler för dokumenthantering. Centrumchefen framhåller dock att när ett beslut fattas dokumenteras det i ett annat sammanhang, t.ex. i samverkans kommitté eller delårsbokslut.

En uppföljning av kvalitetsarbetet uppges också ske när direktören har sina dialogmöten med centrumen. Dessa möten dokumenteras inte. Enligt regiondirektören är det brist på resurser som är skälet till att det inte sker någon dokumentation av dialogmöten. Samrådsmöten innehåller inga formella beslutspunkter, enligt regiondirektören.

Analys

Överlag anser sig de intervjuade ha de kompetenser som behövs för att analysera resultatet. Dock framhålls det att Regionen är så pass liten organisation och därför sårbar för att nyckelkompetens slutar.

Staberna uppges ha en stödjande analysfunktion på övergripande nivå där vårdstrategen uppges ha viktig roll för regionövergripande analyser inom hälso- och sjukvård. Även landstingsöverläkaren nämns som en sådan resurs att tillgå.

Inom staben finns också en analysenhet. Analysenheten har, enligt enhetschefen, dock inte haft någon egentlig definierat analysuppdrag och därvid kopplad resurs, utöver att den skall stödja arbetet med produktion och kapacitetsplanering. Enheten kommer att upphöra i den nya organisationen som införs fr.o.m. 2016.

Enligt regiondirektören kommer medicinskt ledningsansvarig (MLA) att få en tydligare funktion i kvalitetsarbetet i den nya organisationen.

⁷ Centuri är regionens dokumenthanteringssystem. Dokument som är inlagda in Centuri är sökbara....

⁸ G: är en gemensam lagringsplats för enheten och dokumenten är sökbara för enhetens personal. Däremot är dokumenten inte sökbara för övriga ...

Vissa ej tillgodosedda analysbehov pga. det ekonomiska läget

Vissa ej tillgodosedda analysbehov, pga. det svåra ekonomiska läget, framkommer dock i intervjuer. Enligt en intervjuad har det framförts ett önskemål om en trepartsammansatt analysgrupp, med kompetenser inom ekonomi, personal och vård, för analys av externa rapporter. Ytterligare ett ej tillgodosett analysbehov som uppkommit under 2015 är analys av patientenkäten.

Enligt regiondirektören har det varit på tal att anställa en hälsoekonom, men utifrån det kända ekonomiska läget har detta inte prioriterats. Regiondirektören kommer i stället att köpa in hälsoekonomisk kompetens för vissa särskilda analyser.

Bedömning

- Enligt Socialstyrelsens föreskrift om ett systematiskt kvalitetsarbete skall alla delar av det systematiska kvalitetsarbetet dokumenteras. Dokumentationskravet omfattar alla delar av verksamheten. Vi kan konstatera att så inte alltid sker. Vi rekommenderar att de delar som är en del av kvalitetsarbete i direktörens dialogmöten med verksamheten bör dokumenteras, detta gäller även för ledningsmöten från centrumledningen.
- Områdena och enheterna lagrar sina verksamhetsplaner och verksamhetsuppföljningar på G: pga. att Centuri inte upplevs vara tillräckligt användarvänligt. Vi anser det otillfredsställande att regionens regler för dokumenthantering inte upplevs kunna följas och därmed saknas en enhetlig dokumenthanteringsstruktur för verksamhetsuppföljning. Vi rekommenderar således regionstyrelsen att närmare undersöka vad som är hindren för att åstadkomma detta. En enhetlig och tydlig struktur för dokumenthantering ger förutsättningar för en effektiv verksamhetsutveckling, då det t.ex. blir enklare att ta del av varandras förbättringsarbeten.
- Det har framförts behov av analytisk kompetens som i dagsläget inte verkar kunna tillgodoses pga. det ekonomiska läget. Analyser är en viktig del i kvalitetsarbetet. Om inte uppföljning åtföljs av en analys riskerar det medföra sämre förutsättningar för att utveckla verksamhetens kvalitet och patientsäkerhet.

6.6 Redovisas åtgärdsförslag vid väsentliga avvikelser?

Enligt Socialstyrelsen föreskrift syftar ett kvalitetsarbete till att utifrån uppföljningar och analyser vidta åtgärder för att utveckla verksamhetens kvalitet (8). Enligt Patientsäkerhetslagen skall detta ske för att förebygga att patienten drabbas av en vårdskada (12).

Åtgärdsförslag finns vid väsentliga avvikelser men redovisas sällan i styrelsen

På frågan om det finns en rutin, att vid väsentliga avvikelser av måluppfyllelse redovisa åtgärdsförslag, svarar de intervjuade att en sådan rutin finns. Centrumcheferna svarar att direktörens ställer krav på åtgärdsförslag vid väsentliga avvikelser och direktören uppger att styrelsen ställer sådana krav.

Utifrån intervjuer framkommer att om ett sådant åtgärdsförslag blir ett styrelseärende, men inte är en del av styrelsens uppföljningsplan, redovisas förslaget i styrelsens protokoll under månadsrapporten eller direktörens rapport.

Utifrån en genomgång av styrelsens protokoll för 2015 framkommer emellertid att åtgärdsförslag vid väsentliga avvikelser sällan redovisas i samband med månadsrapport. Ofta finns en kortfattad beskrivning av vilka åtgärder som redan har vidtagits.

I en genomgång av protokoll från direktörens ledningsgrupp framkommer även där att åtgärdsförslag och beslut om åtgärder m.a.a. avvikelser till måluppfyllelse sällan finns redovisade.

Bristande dokumentation

Som vi tidigare nämnt finns inte alltid dokumentation från centrumens ledningsmöten att tillgå, vilket innebär en svårighet att se vilka åtgärdsförslag som föregat besluten.

Som vi också nämnde i föregående avsnitt dokumenteras inte direktörens dialogmöten med centrumcheferna. Samrådsmöten sker varje månad, varannan gång är direktören med och då är dessa mer övergripande och varannan gång är fokus på ekonomi. Inga beslut fattas vid dessa möten. Dock uppges att diskussioner förs kring åtgärdsförslag m.a.a. målavvikelser.

Bedömning

- Vi kan konstatera att åtgärdsförslag vid avvikelser sällan redovisas inför styrelsen. Detta kan ha sin förklaring i tillämpningen av styrmodellen som innebär att regiondirektören fastställer sin verksamhetsplan själv och att åtgärder för att målet uppnås inryms i verkställigheten. Styrelsen saknar emellertid mätbara mål i sin verksamhetsplan och fullmäktiges mål är alltför allmänt hållna för att kunna följas upp. Styrelsen är ansvarig för kvalitet och mål för verksamhetens och detta ansvar går inte att delegera. Detta förhållande innebär en otydlighet när det gäller vilka avvikelser som är föremål för styrelsebeslut. Detta förhållande bör klaras ut i den kommande uppföljningen av styrmodellen.

6.7 Fattas beslut om åtgärder vid väsentliga avvikelser?

Som vi nämnde i föregående avsnitt är det sällan åtgärdsförslag presenteras inför styrelsen. Vi kan därmed också konstatera att det inte är ofta som styrelsen fattar beslut om åtgärder vid avvikelser till målen för kvalitet och patientsäkerhet. Däremot kan vi notera att styrelsen ibland uppdragit till direktören att göra en extra uppföljning och analys vid avvikelser för att ta reda på orsaken till varför det inte blir bättre och för att sedan återkomma och redovisa till styrelsen.

Det förekommer dock ibland att styrelsen fattar beslut om åtgärder utifrån redovisningar utifrån sin uppföljningsplan.

I direktörens protokoll saknas uppgifter om vilka åtgärder som vidtagits

Av intervjuer framkommer att om beslut fattas angående avvikelser till mål på central nivå, sker detta vid direktörens ledningsmöten.

Enligt regiondirektörens uppföljningsplan ska en resultatuppföljning gentemot verksamhetsplanens mål ske vid alla ledningsmöten (13). En granskning av protokollen från direktörens ledningsmöten visar att en sådan uppföljningspunkt saknas. Vilka beslut som fattas med koppling till direktörens verksamhetsplan är därför svårt av protokollen att utläsa.

En förbättrad dokumentation ökar transparens och spårbarhet

Som vi tidigare konstaterat finns inte alltid anteckningar från centrumens ledningsgruppsmöten dokumenterade. Detta innebär minskade möjlighet att se vilka beslut som fattas på centrumnivå när väsentliga avvikelser konstaterats. En förbättrad information om vilka åtgärder som pågår inom centrumen skulle öka transparens och spårbarhet.

Enligt de intervjuade finns de väsentliga åtgärderna redovisade i månadsrapporten och i delårs- och årsbokslut. Mallen till månadsrapport är formulerad så att kommentarer ska lämnas vid avvikelser. De beslut som redovisas i månadsrapporterna är dock till sin form ett koncentrat. Ofta saknas en hänvisning i månadsrapporten, och även i delårsbokslutet, till beslutet som hör ihop med den åtgärd som vidtagits.

Bedömning

- Då direktören själv fastställt sin verksamhetsplan blir direktörens mål därmed ren verkställighet och besluten verkställighetsbeslut. Styrelsen följer sin uppföljningsplan och fattar beslut utifrån denna uppföljning. Dock innehåller styrelsens verksamhetsplan inga mätbara mål för kvalitet och patientsäkerhet och beslut om åtgärder utifrån målavvikelser i styrelsens verksamhetsplan blir därmed inte aktuellt. Styrelsen ansvar för att vidta åtgärder utifrån målavvikelser kvalitet och patientsäkerhet blir därför inte helt tydligt.
- Enligt regiondirektörens uppföljningsplan skall en uppföljning mot regiondirektörens verksamhetsplan ske vid varje ledningsmöte. Vid genomgång av protokollen saknas dock en sådan uppföljning.
- Inom Centrum för Medicinska specialiteter är det svårt att kunna härleda de beslut om åtgärder som fattats på grund av avvikelse till kvalitet och patientsäkerhet vid centrumets ledningsmöten då dessa möten inte dokumenteras. Enligt Socialstyrelsens föreskrift om ett systematiskt kvalitetsarbete skall det finnas en spårbarhet i beslutsgången, det skall vara möjligt att se vilken uppföljning och analys som ligger bakom besluten.
- Enligt mallen till månadsrapporter skall kommentarer lämnas vid avvikelser till uppsatta mål. Månadsrapporten är till sin utformning en uppföljning i koncentrat och visar därför inte beslutet eller tillhörande projekt. Därför rekommenderar vi styrelsen att månadsrapporterna och delårsrapporter kompletteras med hänvisningar där ytterligare information går att finna om de åtgärder som vidtagits. Det kan t.ex. vara hänvisningar till beslutsprotokoll eller pågående projekt.

6.8 Uppföljning av beslutade åtgärder

Enligt Socialstyrelsens föreskrift om ett systematiskt kvalitetsarbete är en del av verksamhetens egenkontroll att kontrollera om beslutade åtgärder genomförts (8). Liknande krav finns i även Patientsäkerhetslagen (12).

Enligt Regionens internkontrollreglemente skall det finnas rutiner som säkerställer att fattade beslut verkställs och följs upp i förhållande till fastställda mål (2).

Vi noterar att det finns en rutin för uppföljning av beslut som styrelsen och regiondirektören fattat. I rutinen framgår följande: beslutet, ansvarig, uppföljning och hänvisning. Dock saknas det för många beslut ett datum för när uppföljning skall ske (13).

Något motsvarande rutin för centrumen har vi inte kunnat ta del av. Däremot uppges att en uppföljning av fattade beslut sker vid centrumens ledningsmöten.

Uppföljning av åtgärders effekter

Enligt Socialstyrelsens föreskrift om ett systematiskt kvalitetsarbete och Patientsäkerhetslagen skall det även ske en uppföljning om beslutade åtgärder medfört avsedd effekt i syfte att säkra och förbättra verksamhetens kvalitet och minskad risk för en vårdskada.

När det gäller uppföljning av beslut som styrelsen och regiondirektören fattat, framhåller den tidigare hälso- och sjukvårdsdirektören och chefen för samordningskansliet, att även detta ligger i den tidigare nämnda uppföljningsrutinen. Enligt chefen för samordningskansliet sker uppföljning två ggr per år inför styrelsen där det ingår att redovisa vilka effekter åtgärderna medfört. Denna redovisning uppges ske under direktörens rapport. Dock framhåller chefen för samordningskansliet att det skulle bli tydligare om uppföljningen var ett eget ärende.

Inom centrumen uppges en uppföljning av om åtgärder haft avsedd effekt ske i månadsrapporter och delårs- och bokslut. Det sker även uppföljningar utifrån en måltavla veckovis. Resultatet av veckovisa uppföljningar sparas emellertid inte.

Bedömning

- Enligt Socialstyrelsens föreskrift för systematiskt kvalitetsarbete skall det finnas rutiner för att säkerställa att verksamheten bedrivs i enlighet med fastställda beslut. När det gäller styrelsen och direktörens uppföljningar finns det en sådan utarbetad rutin. Dock noterar vi att det ofta saknas uppgift om tidpunkt för när uppföljning skall ske.
- Enligt Socialstyrelsens föreskrift om ett systematiskt kvalitetsarbete är det av stor betydelse att åtgärdernas effekter följs upp och utgör underlag för planering för att öka kvalitén i verksamheten och förebygga vårdskada. Då styrelsen inte antagit några egentliga kvalitetsmål sker uppföljningen av det systematiska kvalitetsarbetet utifrån uppsatta mål företrädesvis inom förvaltningen. Dock är styrelsen ytterst ansvarig för verksamhetens kvalitet. Av den anledningen anser vi att styrelsen borde överväga att formulera mätbara mål i sin verksamhetsplan.
- När det gäller centrumens uppföljning finns ingen liknande uppföljningsrutin som för styrelsen och direktören, utan besluten följs upp vid centrumens ledningsmöten. I likhet med vad vi tidigare nämnt finns inte alltid centrumens ledningsmöten dokumenterade, vilket innebär svårigheter att se vilken uppföljning som sker. Vi rekommenderar därför regionledningen att införa en uppföljningsrutin även för centrumen.
- Som vi tidigare nämnt ställer Socialstyrelsens föreskrift ett dokumentationskrav för samtliga delar i det systematiska kvalitetsarbetet. För att kunna bedöma om åtgärder har haft önskad effekt förutsätts att den finns en spårbarhet i vilka åtgärd som vidtagits, för att kunna gå tillbaka och koppla ihop åtgärderna med utfallet. Huvuddelen av den uppföljning som sker dokumenteras inte i Centuri, vilket innebär en brist i spårbarheten. Centuri bör användas för redovisande dokument lika väl som för styrande dokument.

Jan-Olov Undvall

2015-09-07

Dnr: REV/21/2015

7 LITTERATURFÖRTECKNING

1. **Björn Brorström, Ola Eriksson, Ander Haglund.** *Kommunal redovisningslag - beskrivning och tolkning.* Lund : Studentlitteratur AB, Lund, 2014. ISBN 978-91-44-19269-6.
2. **Region Jämtland Härjedalen.** *Regler för planering och uppföljning enligt Region Jämtland Härjedalens styrmodell ver: 4.* 2015. Dnr: RS/101/2015.
3. —. *Regionstyrelsens verksamhetsplan och uppföljningsplan 2015.* 2015. DNR: RS/74/2015.
4. **Jämtlands läns landsting.** *Landstingsplan/Regionplan 2015-2017 ver.1.* 2014. Dnr:LS/1811/2013.
5. —. *Internkontrollreglemente 2015.* 2014. Dnr: LS/1477/2014.
6. —. *Regionstyrelsens internkontrollplan 2015.* 2014. Dnr: LS/1481/2014.
7. **Region Jämtland Härjedalen.** *Bilaga - uppföljning av internkontroll november.* 2015. RS/805/2015.
8. **Landstinget i Östergötland.** *Strategisk plan med treårsbudget 2015-2017 - vision, strategiska mål och ekonomiska ramar.* . 2014.
9. **Wikland, Torbjörn.** *Intern styrning och kontroll - både lönsamt och säkert.* Stockholm : FAR Akademi AB, 2014. ISBN: 978-91-87387-33-3.
10. **Lena Dalman, Helana Linde, Magnus Ljun, mfl.** *Kommunallag med kommentarer och praxis femte upplagan 2011.* Stockholm : SKL Kommentrus Media, 2011. ISBN: 978-91-7345-224-3.
11. **Socialstyrelsen.** *Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete - Handbok för tillämpning av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.* 2012. ISBN: 978-91-87169-50-2.
12. **Jämtlands läns landsting.** *Bevarande och gallringsplan Allmän administration ver: 1.* 2013. Dnr:LS/398/2013.
13. **Fröberg, Ulf H.** *Patientsäkerhetslagen - En lag till skydd mot vårdskada- Författningstexter med kommentarer. u.o. :* Institutet för Medicinsk Rätt AB, 2011. ISBN 978-91-7864-216-8.
14. **Jämtlands läns landsting.** *Regiondirektörens verksamhetsplan 2015-2017. u.o. :* Jämtlands läns landsting, 2014. Dnr: LS/727/2014.
15. **Region Jämtland Härjedalen.** *Beslutsprotokoll 2015.* 2015. Dnr: RS/195/2015.
16. **Jämtlands läns landsting.** *Reglemente för regionstyrelsen i Region Jämtland Härjedalen 2015-2018 ver: 4.* 2014. Dnr: LS/185/2014.

Jan-Olov Undvall

2015-09-07

Dnr: REV/21/2015

17. **Region Jämtland Härjedalen. Regler för dokumenthantering ver:2. 2015.**
RS/487/2015.

8 ANSVARIGA FÖR GRANSKNINGENS GENOMFÖRANDE

Projektledare⁹:

Jan-Olov Undvall

Förnamn Efternamn
Befattning

Kvalitetssäkring¹⁰:

Majvor Enström

Majvor Enström
Revisionsdirektör
Certifierad kommunal revisor

⁹ Projektledare svarar för kvalitetssäkring gentemot uppgiftslämnare och av de insamlade uppgifter som används i analysen. Projektledaren har det primära ansvaret för att den analys och de bedömningar och förslag som förs fram är tillräckligt underbyggda.

¹⁰ Ansvarig för kvalitetssäkring har det övergripande ansvaret för att kontrollera om granskningen har en tillräcklig yrkesmässig och metodisk kvalitet samt att det finns en överensstämmelse mellan revisionsfrågorna/kontrollmålen, metoder, fakta, slutsatser/bedömningar och framförda förslag.

Jan-Olov Undvall

2015-09-07

Dnr: REV/21/2015

REVISIONSARBETET ÄR AVSLUTAT. REVISIONEN HAR GIVIT SIN BEGRÄNSADE OCH FÖRUTSÄTTA ENLIGT GIVNA FÖRUTSÄTTNINGAR. REVISIONEN HAR GIVIT SIN BEGRÄNSADE OCH FÖRUTSÄTTA ENLIGT GIVNA FÖRUTSÄTTNINGAR. REVISIONEN HAR GIVIT SIN BEGRÄNSADE OCH FÖRUTSÄTTA ENLIGT GIVNA FÖRUTSÄTTNINGAR.

Initiativärende

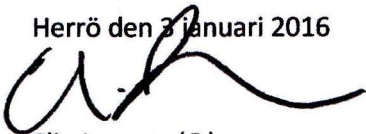
Det pågår just nu ett arbete för att forma Sverige inför framtiden och i detta föreslås att kartan ritas om. Vi kan få ändringar i de gamla länen/regionerna/landstingen redan år 2023.

Region Jämtland Härjedalen har haft besök av de statliga utredarna, indelningskommittén, under hösten och ett omfattande arbete har påbörjats och flera dialoger pågår med en tidsplan som är mycket snäv. Region Jämtland Härjedalen har därför ett tungt, viktigt och brådskande uppdrag i att informera våra medborgare om den pågående processen.

Därav föreslår jag:

-att Region Jämtland Härjedalen aktivt ska skapa arenor för information och samtal med regionens innevånare med anledning av indelningskommitténs arbete och Region Jämtland Härjedalens framtid.

Herrö den 3 januari 2016



Elin Lemon (C)

2:e vice ordförande i Regionstyrelsen

Indelningskommittén
103 33 Stockholm

Svar gällande begäran om underlag för diskussioner inom ramen för Indelningskommitténs arbete

Indelningskommittén har lokaliserat ett antal områden där de bedömer att det vore värdefullt för den fortsatta processen om landsting och region tar fram material. Detta är en sammanställning av uppgifter från Region Jämtland Härjedalen. Samverkan med Landstinget Västernorrland, Västerbottens läns landsting och Norrbottens läns landsting har skett så att underlagen som ges om möjligt ska ha likartat innehåll.

Innehåll

1.	ÖVERGRIPANDE	3
1.1	Pendlingsmönster till, från och inom de fyra länen, dels en kartläggning av dagens mönster och om möjligt en redogörelse för hur utvecklingen har sett ut och kan tänkas se ut framöver.....	3
1.2	Beskrivning av eventuella skillnader i gränssnitten gentemot kommunkollektivet i respektive län beträffande	4
1.2.1	Kollektivtrafik	4
1.2.2	Hemsjukvård i ordinärt boende	4
1.2.3	Andra aktuella områden.	5
1.3	Ekonomiskt läge utifrån relevanta finansiella nyckeltal för respektive landsting och eventuella långsiktiga åtaganden.	6
1.3.1	Resultaträkning och Finansiella nyckeltal – 2014	6
1.3.2	Sammanfattning	10
2.	HÄLSO- OCH SJUKVÅRD	12
2.1	Vilka övergripande effekter har en förändrad regionindelning på hälso- och sjukvården i stort?	12
2.2	Vilket underlag som behövs för Norrlands universitetssjukhus för att upprätthålla en god kvalitet avseende t.ex. forskning, kunskapsuppbyggnad, kunskapsspridning och regionsjukvård.	14
3.	REGIONAL UTVECKLING	15
3.1	Kartläggning näringslivsstrukturer.....	15
3.2	Omfattningen av offentliga medel och hur hanteringen av dessa har organiserats.....	18
3.3	Hur skulle möjligheterna till regional utveckling påverkas av en framtida större region?.....	18
3.4	Hur påverkas befintligt och framtida gränsöverskridande samarbete?.....	19
3.5	Hur påverkas förutsättningarna för en god kollektivtrafik?.....	19
3.6	Infrastrukturplaneringen i regionen. Hur ser den ut i dag och hur skulle den påverkas av en större geografi?	20
3.6.1	Infrastrukturplanering	20
3.6.2	Tillgänglighet till digitala kommunikationer.....	22
4.	DEMOKRATIN	24
4.1	En ändrad indelning kan påverka demokratins förutsättningar på regional nivå. Hur påverkas de demokratiska institutionerna och självstyret och hur kan eventuella negativa effekter hanteras?	24
5.	SAMARBETEN	25
5.1	Beskrivning av vilka samarbeten som finns idag mellan länen på olika områden,	25
5.1.1	Ovanstående områden.....	25
5.1.2	Kulturområdet.....	26

5.1.3 Detta kan även spegla samarbeten utanför den offentliga sektorn, särskilt avseende civilsamhällets organisationer	28
---	----

1. ÖVERGRIPANDE

1.1 Pendlingsmönster till, från och inom de fyra länen, dels en kartläggning av dagens mönster och om möjligt en redogörelse för hur utvecklingen har sett ut och kan tänkas se ut framöver.

Arbetsmarknadsområden är intressant men inte så lätta att hantera genom förändringar av regionens gränser. I Region Jämtland Härjedalen är det Östersund som är det betydelsefullaste arbetsmarknadsområdet, och Jämtlandsstråket (Östersund till Åre) bör räknas som ett arbetsmarknadsområde. Den växande besöksnäringen kan innebära att även Härjedalen har ”hot spots” som kommer att ha möjligheter att växa. Dessa är dock redan idag inom region Jämtland Härjedalens nuvarande gränser.

Över länsgränsen finns en pendling mot Sundsvall och även mellan Ragunda och Sollefteå samt Strömsund och Dorotea, samt pendling till Umeå. Denna pendling är dock inte lika stor som pendling till Stockholm. Det arbetsmarknadsområde över länsgränsen som har störst betydelse är Stockholm. Det är inte ovanligt med några dagars arbete i Stockholm och arbete på hemmaplan. Kommunikationsmöjligheterna från Östersund till Sundsvall och Östersund till Stockholm är relativt goda, medan kommunikationsmöjligheterna till övriga Norrland är betydligt mer tidskrävande. Dock ser regionen en bekymmersam utveckling med nedlagda nattåg och dagtåg som går via Sundsvall, dvs utvecklingen går inte mot kortare restider.

Den pendling som sker över länsgränser har två delar. Dels ”tjänstemannapendling (inkl. utbildnings-/forskningssektorn) mellan residensstäderna som inte sällan är veckobaserad och dels daglig kortpendling över länsgräns från närliggande orter på var sin sida länsgräns. Den inomregionala pendlingen i Jämtlands län är nästan uteslutande dagbaserad.

Statistik från SCB 2013 visar:

9800 personer arbetspendlar inom Jämtlandsstråket (17% av länets arbetskraft).

Pendlingen mellan kommunerna är i övrigt mycket begränsad

Östersund har ett nettoöverskott på inpendling från länet på 3300 personer

	1000 personer pendlar till Stockholm
Grannlänen:	865 personer pendlar till Västernorrland
	277 personer pendlar till Västerbotten
	158 personer pendlar till Dalarna

Regionen har också arbetspendling och verksamhets-samarbeten över gränsen mot Norge. Östersund har närmare (26 mil eller 3,5 tim) till Trondheim än till Umeå (36 mil eller 4,5 tim)

Att förutspå pendlingsmönster framåt är vanskligt och beroende av ett flertal skeenden. Regionförstoring är tydligt kopplad mot funktionell infrastruktur. Kortare och enklare resvägar ger större arbetsmarknadsregioner.

1.2 Beskrivning av eventuella skillnader i gränssnitten gentemot kommunkollektivet i respektive län beträffande

1.2.1 Kollektivtrafik

Regional kollektivtrafikmyndighet, RKM

Sedan 2012 när en ny lag om hur kollektivtrafiken ska organiseras började gälla, ser organisationen för kollektivtrafiken olika ut över landet. Det lagen föreskriver är att det ska finnas en regional kollektivtrafikmyndighet i varje län/region. Myndigheten har ansvar för all allmän kollektivtrafik i länet/regionen.

I Jämtland Härjedalen är RKM en del av Region Jämtland Härjedalen. Regionen har det politiska och ekonomiska ansvaret för verksamheten sedan 2015, länstrafikbolaget finns kvar för den mer operativa verksamheten. RKM är organiserad på ett motsvarande sätt i Region Gävleborg men där bedrivs den operativa verksamheten i förvaltningsform. I Dalarna och Västerbotten är regionförbundet RKM. Den operativa verksamheten ligger i ett självständigt Länstrafikbolag, både kommuner och landstinget har ekonomiskt ansvar. Norrbotten och Västernorrland har organiserat RKM i ett kommunalförbund i båda länen har kommunerna och landstinget det ekonomiska ansvaret. I Norrbotten bedrivs den operativa verksamheten i ett länstrafikbolag medan man i Västernorrland har den operativa verksamheten i förvaltningsform i kommunalförbundet.

I samband med att Region Jämtland Härjedalen bildades beslutades också om en skatteväxling så fr o m 2015 har Regionen hela ansvaret för den regionala kollektivtrafiken.

1.2.2 Hemsjukvård i ordinärt boende

Hemsjukvårdsområdet är vid ett bildande av storregion behov av djupgående analyser för att se vad som skiljer och vad som är lika. Gränssnittet mot kommunerna kring hemsjukvård har åtminstone tre aspekter

- Skatteväxling
- Vårdval
- Mellankommunalt stöd/samverkan

I Jämtland Härjedalen gjordes *skatteväxling* av hemsjukvården redan 1992 dvs i anslutning till Ädelreformen, medan de flesta andra län i Sverige inte gjort skatteväxling av hemsjukvården förrän efter 2010.

I Jämtland Härjedalen innebär detta att vi under hela perioden sedan 1992 haft flera olika avtal mellan dåvarande landstinget och kommunerna om hemsjukvård, både i särskilt boende och ordinärt boende. Just nu 2015-2016 pågår en större revidering av hemsjukvårdsavtalen för att förtydliga ansvarsgränser, förenkla och sammanföra till ett sammanhållet hemsjukvårdsavtal. I detta sammanhang försöker vi också att tydliggöra såväl primärvårdens roll mot kommunerna som specialiserade vårdens roll mot kommunerna t ex när det gäller avancerad sjukvård i hemmet.

När det gäller gränssnittet mot kommunerna påverkas det av hur de olika *vårdvalen* är utformade. I Region Jämtland Härjedalen finns tre vårdval, Hälsovalet för primärvård, medicinsk fotvård och barntandvård. Vid ett bildande av storregion behöver skillnader i vårdvalen analyseras djupare.

Ytterligare ett område som behöver analyseras djupare är omsorgsverksamheten. I Jämtland Härjedalen kommunaliserades omsorgen redan 1991, så här har kommunerna ansvar för råd o stöd samt bashabilitering för vuxna. I andra län är det landstinget som har det ansvaret.

Kommunerna har behov av samverkan med varandra inom hälso- och sjukvårdsområdet. Det handlar dels om kunskapsstyrning, omvärldsbevakning och verksamhetsutveckling som de behöver hjälpas åt med, och dels samordna sina ställningstaganden i förhandling mot/med regionens verksamheter kring ansvar, ekonomi etc. Detta skedde fram till 2010 genom att kommunerna hade ett Kommunförbund. Fr o m 2011-2014 låg detta uppdrag i Regionförbundet Jämtlands län och fr o m 2015 är det Region Jämtland Härjedalen som i sin förvaltning för regional utveckling sköter detta på uppdrag av länets kommuner.

I andra län har denna samverkan lösts på andra sätt varför Jämtland Härjedalens kommuner inför en förändrad regionindelning behöver analysera hur det påverkar deras behov av kommunal samverkan.

1.2.3 Andra aktuella områden.

I Region Jämtland Härjedalen finns en gemensam nämnd med Region Jämtland Härjedalen och samtliga åtta kommuner för upphandling, lagerhållning och distribution av sjukvårdsprodukter. I denna nämnd hanteras också en del frågor rörande hjälpmedel.

Region Jämtland Härjedalen har en gemensam nämnd tillsammans med Strömsunds kommun för gemensam hantering av primärvård och kommunal vård och omsorg i ett geografiskt område med speciellt stort avstånd till vård, dvs Frostviken.

I Jämtland Härjedalen finns ett finansiellt samordningsförbund enligt Lag (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser. Samordningsförbundet i Jämtlands län bildades januari 2011 och har en styrelse med representanter från länets åtta kommuner, Region Jämtland Härjedalen, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen.

Inför bildande av en storregion behöver dessa tre samverkansområden analyseras djupare, för att se hur de goda erfarenheter som finnas på dessa områden kan fortsätta.

1.3 Ekonomiskt läge utifrån relevanta finansiella nyckeltal för respektive landsting och eventuella långsiktiga åtaganden.

Detta avsnitt har de fyra norrlandstingen samarbetat för att ta fram likartad beskrivning.

1.3.1 Resultaträkning och Finansiella nyckeltal – 2014

Norrlandstingens resultaträkning för 2014 framgår av nedanstående tabell.

Resultaträkning i sammandrag – utfall 2014						
Miljoner kronor						
Landsting, blandmodellen	Verksam- hetens netto- kostnader	Skatte- intäkter	Generella stats- bidrag och utjämnings	Finans- netto	Resultat före extraord. poster	Årets resultat
Västernorrland	-6 470	4 941	1 315	-8	-223	-223
Jämtland	-3 526	2 427	933	4	-162	-162
Västerbotten	-6 845	5 259	1 679	83	176	176
Norrbotten	-6 973	5 000	1 790	146	-37	-37
TOTALT	-23 814	17 627	5 717	225	-246	-246

Totalt redovisade landstingen ett negativt resultat med **-246 mkr** för år 2014, varav dåvarande Jämtlands läns landstings resultat var -162 mkr.

Finansiella nyckeltal

Sveriges landsting har enats om ett antal finansiella nyckeltal för att på ett enhetligt sätt kunna jämföra ekonomin ur olika perspektiv för landets landsting och regioner. De 8 finansiella nyckeltalen beskriver landstingens långsiktiga kapacitet och kortfristiga beredskap. Materialet har tagits fram av Sveriges Kommuner och Landsting – SKL.

Långsiktig kapacitet

Den långsiktiga kapaciteten beskrivs utifrån nyckeltalen:

- Justerad skattesats
- Soliditet
- Skattefinansieringsgrad av investeringar
- Relativ nettokostnadsutveckling

Justerad skattesats

Skattesatsen justerad för olikheter i verksamhetsansvar (t ex kollektivtrafik/hemsjukvård/färdtjänst mm).

Justerad skattesats är ett nyckeltal som beskriver kortsiktig handlingsberedskap och långsiktig kapacitet. Låg skatt innebär en potential att stärka intäktssidan genom ökat skatteuttag. Samtidigt kan klargöras att storleken i mångt och mycket är en ideologisk fråga.

	Justerad skattesats	<i>Verklig skattesats</i>
Riket	11,26	<i>11,20</i>
Västernorrland	11,20	<i>10,69</i>
Jämtland	11,42	<i>10,85</i>
Västerbotten	11,39	<i>10,80</i>
Norrbotten	10,86	<i>10,18</i>
Högst – Örebro	11,73	<i>11,52</i>
Lägst – Östergötland	10,66	<i>10,67</i>

För att stärka finansieringen, höjde dåvarande Jämtlands läns landsting år 2013 skatten med 0,25 kr. År 2015 skedde en skatteväxling med kommunerna, då Region Jämtland Härjedalen tog över hela kollektivtrafiken. Det innebar att skatten höjdes med ytterligare 0,35 kr. Det kan tilläggas att, vid en sammanräkning av landstingsskatten i regionen med respektive kommuns kommunalskattesats, hamnar Bräcke och Ragunda kommuner i den absoluta toppen i riket.

Soliditet

Eget kapital – ansvarsförbindelsen för pensioner dividerat med totala tillgångar

Soliditet är ett mått på finansiellt handlingsutrymme på lång sikt.

Värdet bör vara så högt som möjligt, alternativt bör det inte minska.

Riket	-40 %
Västernorrland	-83 %
Jämtland	-102 %
Västerbotten	-60 %
Norrbotten	-45 %
Sämsö – Dalarna	-149 %
Bäst – Östergötland	0 %

Region Jämtland Härjedalen har, efter ett decennium av allt större underskott i verksamheten, snart förbrukat hela det egna kapitalet.

Skattefinansieringsgrad av investeringar

Resultat före extraordinära poster + avskrivningar dividerat med investeringar

När den löpande verksamheten finansierats, bör en lagom stor andel av skatteintäkter återstå för att kunna finansiera årets investeringar. Allt över 100 % kan användas till att amortera på skulderna och/eller stärka likviditeten.

Riket	53 %	
Västernorrland	-15 %	
Jämtland	-37 %	
Västerbotten	+134 %	
Norrbotten	+70 %	
Sämst – Jämtland	-37 %	
Bäst – Uppsala	+ 274 %	sålt mark med realisationsvinst

Relativ nettokostnadsutveckling

Nettokostnadsutveckling i relation till real utveckling av Rikets skatteunderlag t och t-5. 5 års perspektiv

Detta är ett mått på finansiell kontroll och långsiktig kapacitet. Relativ nettokostnadsutveckling ska besvara frågan om kostnaderna på längre sikt ryms inom intäktsutvecklingen.

Ett positivt värde innebär att landstingets nettokostnadsutveckling är lägre än rikets skatteunderlag justerat för landstingets befolkningsutveckling.

Riket	-1,3 %
Västernorrland	-0,3 %
Jämtland	-1,0 %
Västerbotten	+0,1 %
Norrbotten	-0,4 %
Bäst – Västerbotten	+0,1 %
Sämst – Uppsala	-2,5 %

Kortfristig beredskap

Den kortfristiga beredskapen beskrivs utifrån nyckeltalen:

- Justerad skattesats
- Kassalikviditet
- Resultat före extraordinära poster
- Nettokostnadsutveckling per invånare

Justerad skattesats

Skattesatsen justerad för olikheter i verksamhetsansvar (t ex kollektivtrafik/hemsjukvård/färdtjänst m.m.)

Ett nyckeltal som beskriver kortsiktig handlingsberedskap och långsiktig kapacitet. Se tidigare beskrivning under *långsiktig kapacitet*.

Kassalikviditet

Summan av kortfristiga fordringar och placeringar samt kassa och bank dividerat med kortfristiga skulder.

Kassalikviditet är ett mått på kortsiktig betalningsberedskap. En oförändrad eller stärkt kassalikviditet i kombination med en oförändrad eller förbättrad soliditet är ett tecken på att det finansiella handlingsutrymmet har stärkts.

Riket	115 %
Västernorrland	180 %
Jämtland	159 %
Västerbotten	216 %
Norrbotten	243 %
Sämst – Stockholm	30 %
Bäst – Östergötland	303 %

I kassalikviditeten för Region Jämtland Härjedalen ingår även långsiktiga bundna placeringar för framtida pensioner. Om dessa räknas bort från kassalikviditeten hamnade den på 115 procent år 2014 och endast 87 procent år 2015, vilket innebär att Region Jämtland Härjedalen kommer att behöva ta upp lån 2016 för att kunna genomföra planerade investeringar.

Resultat före extraordinära poster/nettokostnader

Det är ett mått på balansen mellan de löpande intäkterna och kostnaderna före extraordinära intäkter. Måttet ska vara så högt som möjligt.

Riket	1,1 %	
Västernorrland	-3,4 %	
Jämtland	-4,6 %	
Västerbotten	+2,6 %	
Norrbotten	-0,5 %	
Sämst – Jämtland	-4,6 %	
Bäst – Uppsala	+17 %	sålt mark med realisationsvinst

Nettokostnadsutveckling per invånare

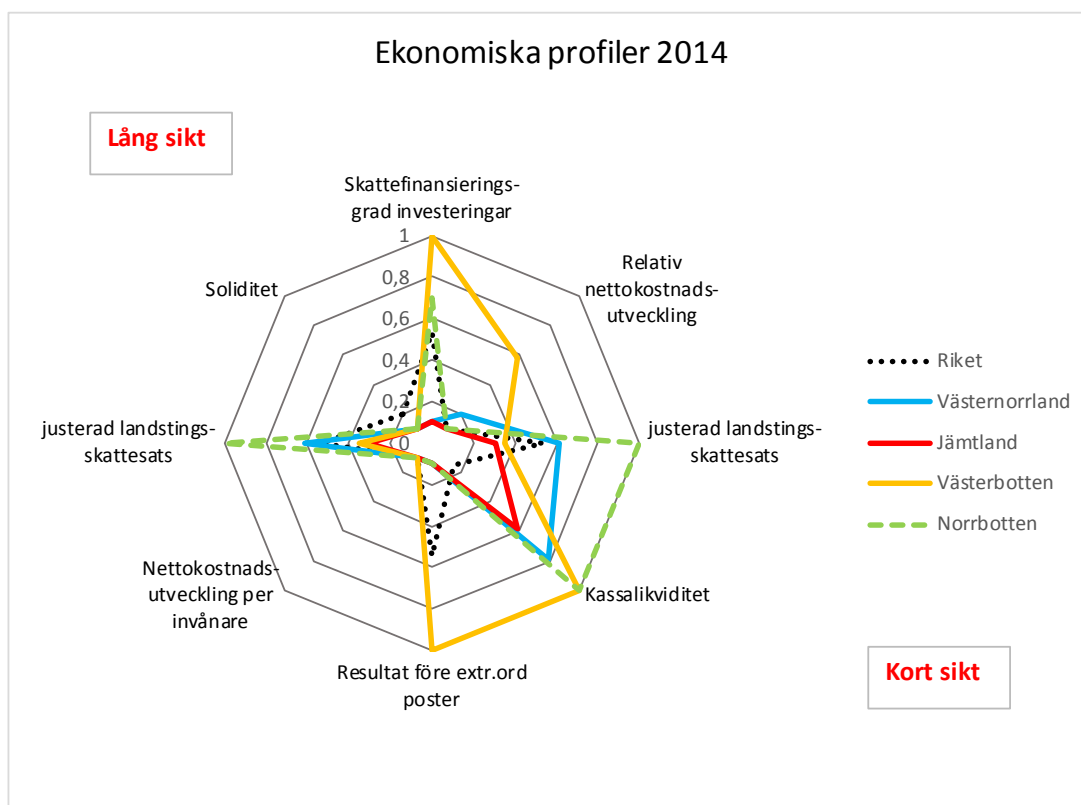
Nettokostnad år t dividerat med nettokostnad år t -1.

Justerad för befolkningsutveckling totalt, skatteväxling etc. Det är ett mått som beskriver finansiell kontroll. Måttet bör ligga så lågt som möjligt.

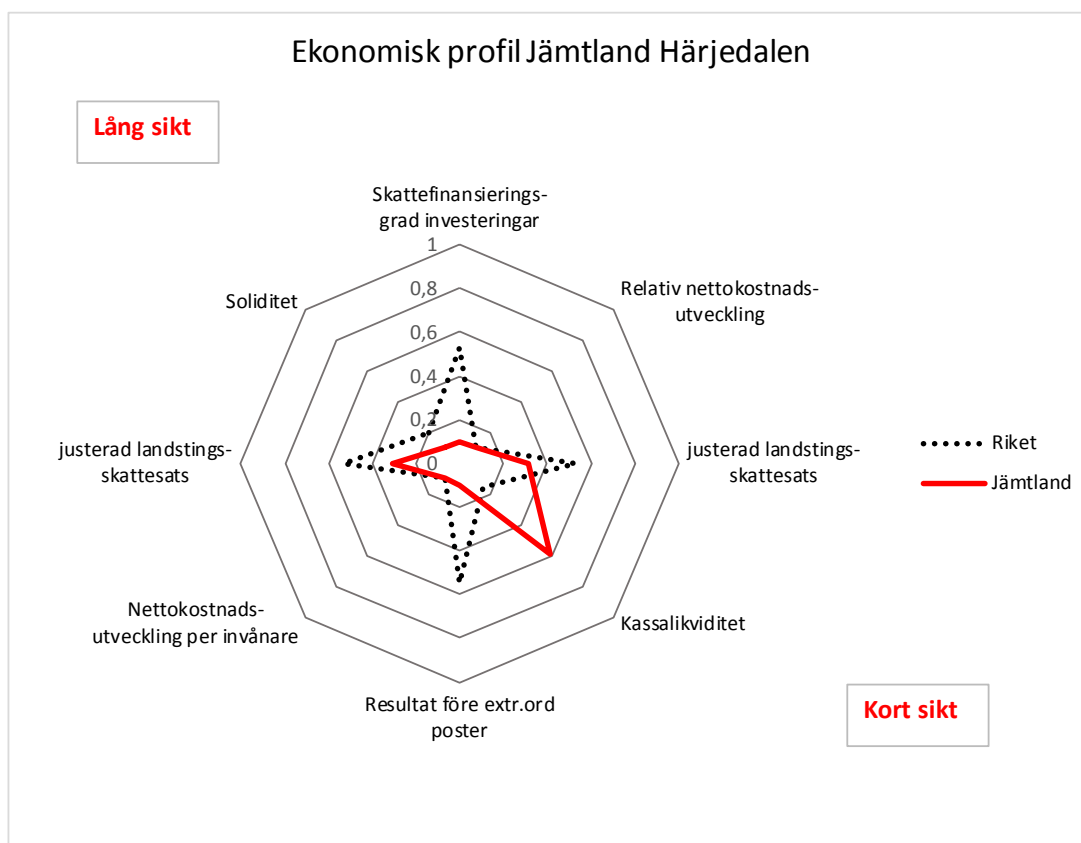
Riket	3,9 %
Västernorrland	4,4 %
Jämtland	4,5 %
Västerbotten	3,0 %
Norrbotten	4,1 %
Sämsst – Gotland	8,3 %
Bäst – Halland	1,8 %

1.3.2 Sammanfattning

De 2 finansiella perspektiven och 8 nyckeltalen ger en sammanfattning av respektive landstings ekonomiska situation jämfört med övriga landsting. Detta visas kortfattat i följande spindeldiagram, där ytan för respektive landsting ska vara så stor som möjligt.



Diagrammet visar att Norrbotten och Västerbotten både har en bättre långsiktig kapacitet och kortsiktig beredskap än Västernorrland och Jämtland Härjedalen. Framför allt ligger Norrbotten och Västerbotten bättre till när det gäller den kortsiktiga beredskapen.



Kommentarer:

Region Jämtland Härjedalen har låga värden för både de nyckeltal som mäter långsiktig och kortsiktig ekonomisk förmåga. Även kassalikviditeten hamnar på en lägre nivå om man exkluderar bundna långsiktiga placeringar för framtida pensioner. Den ytterligare försämringen av det ekonomiska resultatet 2015, har lett till att regionen inom kort kommer att ta upp lån för investeringarna.

Värdet för den justerade landstingsskattesatsen är något högre än regionens övriga värden i spindeldiagrammet. Jämfört med övriga norrlandstings motsvarande värden, är de dock sämre. För Region Jämtland Härjedalen skulle ytterligare höjningar av landstingsskattesatsen leda till att flera av länets kommuner hamnar i toppen av listan över kommuner med högst total kommunalskattesats.

Den långsiktiga kapaciteten ligger på en mycket låg nivå. Regionen har tagit fram en långsiktig utvecklingsplan med förslag på strukturåtgärder för att nå en god ekonomisk hushållning år 2019. Den omfattar åtgärder för att sänka kostnader och öka intäkter. Hittills har kostnadsminskningar och intäktsökningar motsvarande 55 miljoner kronor beslutats och i planen finns förslag på fler strukturåtgärder som beräknas leda till resultatförbättringar på ytterligare 63 miljoner kronor. Dessutom pågår ett arbete med att ta fram andra åtgärder som syftar till att minska kostnaderna och öka intäkterna på kort sikt.

2. HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

2.1 Vilka övergripande effekter har en förändrad regionindelning på hälso- och sjukvården i stort?

En större geografisk indelning för hälso- och sjukvården måste diskuteras utifrån hälso- och sjukvårds-verksamheternas olika förutsättningar och uppdrag.

Primärvården kommer inte att påverkas av en förändrad regionindelning mer än indirekt. Detta eftersom primärvårdens uppdrag är att finnas lokalt spridda och i samverkan med kommunerna ge förebyggande insatser och vård i hemmet eller så nära invånarna som möjligt. Därför kommer primärvården vid en förändrad regionindelning bara att påverkas genom att vårdvalen kan komma att behöva likriktas, och att ledning och styrning av primärvårdens enheter kan förändras. Region Jämtland Härjedalen har nyligen fattat ett beslut om struktur för primärvården som innebär att primärvården ska utvecklas till styrande i sjukvårdssystemet. Hur den omställningen påverkas av en förändrad regionindelning är svårt att förutse. Möjligen är det enklare att göra förändringar i ett litet sjukvårdssystem som Region Jämtland Härjedalen är, samtidigt som dessa förändringar kanske underlättas om andra strukturförändringar sker samtidigt och att mer resurser för förändringsarbetet kan prioriteras.

Folktandvården har samma struktur som primärvården och kommer vid en förändrad regionindelning inte heller att påverkas på lokal tandvårdskliniknivå. Även inom detta område har Region Jämtland Härjedalen nyligen beslutat om ny struktur som inneburit att folktandvårdverksamhet i Jämtland Härjedalen nu har en långsiktigt hållbar struktur. Men liksom för primärvården påverkas ledning och styrning av folktandvårdens enheter.

Specialisttandvården kan komma att påverkas vid en förändrad regionindelning. Inom detta område liksom inom folktandvården i stort finns ett välfungerande samarbete mellan länen både i Norrland och i landet som helhet. Det gör att samarbeten inom specialisttandvården redan finns och kan genom ändrad regionindelning få en snabbare förändring.

Specialiserade vården som i Jämtland Härjedalen är koncentrerad till **Östersunds sjukhus** kommer att påverkas av diskussioner som pågår angående nivåstrukturer och centralisering av viss vård/åtgärder. Detta är dock frågeställningar som chefssamråden inom ramen för uppdraget i Norrlandstingens Regionförbund diskuterar varje år utifrån vad som hänt inom varje specialitet. De diskuterar då både centralisering och decentralisering. Troligen kommer dock en förändrad regionindelning att förstärka dessa diskussioner.

Dessa diskussioner kommer att påverka medarbetarna vid Östersunds sjukhus, särskilt nyckelpersoner. I SOU 2015:98, Träning ger färdighet, beskrivs behovet av en utredning om akutsjukvården. Eftersom Östersund sjukhus är det enda sjukhuset inom en radie av 15-35 mil så är kraven på att vara ett fullvärdigt akutsjukhus stort.

Vid en förändrad regionindelning behöver därför diskussionerna om nivåstrukturer och koncentration kompletteras med analyser av vad ett fullvärdigt akutsjukhus behöver innehålla.

En av vårdens största utmaningar är **kompetensförsörjningen** både nu och i framtiden. En förändrad regionindelning skulle förhoppningsvis kunna innebära enklare strukturer för att hjälpa åt med rekrytering av nyckelkompetenser och att stimulera till kompetensförskjutningar.

En region med de nuvarande fyra norrlandstingen ger nya möjligheter och utmaningar inom **IT och eHälsa-området**. Varje landsting/region är idag en vårdgivare. Därmed ställer patientdatalagen vissa krav som i vardagen kan upplevas som flaskhals och hinder för utbyte av information för att hålla ihop vårdprocesser som rör sig mellan sjukhus, och utveckling av distansoberoende tekniska lösningar.

Landstingen/regionen i Norrland har idag ett stort antal system och IT-lösningar både inom den egna organisationen och i förhållande till övriga. Det handlar om verksamhets- och administrativa system samt medicinsk teknisk utrustning. En konsolidering av system, lösningar och ev. databaser kommer att bli nödvändig, ett omfattande och tidskrävande arbete.

Regionen kommer att bli en vårdgivare enligt patientdatalagen, vilket underlättar en sammanhållen vårddokumentation i processer som sträcker sig mellan primärvård, specialiserad vård och högspecialiserad vård. Det skapar nya förutsättningar för samverkan, kvalitet, patientsäkerhet och effektiviseringar. Nationella e-hälsotjänster ger möjligheter till att olika vårdssystem kan arbeta tillsammans och utbyta informations, men för en optimal informationsförsörjning och processtöd är ett gemensamt vårdinformationssystem en förutsättning. Kliniskt beslutsstöd och distansoberoende teknik, behöver nyttjas för att säkerställa kvalitet och likvärdig vård i ett mycket stort geografiskt område.

En utmaning är att bygga ihop infrastruktur från olika huvudmän, med olika tekniska plattformar och strategier för drift och förvaltning. Ett enhetligt teknikval innebär förmodligen stora investeringar och därmed en långsiktig strategi, utmaningen blir att lösa behoven kortsiktigt. Datakommunikation och telefoniplattformar bör kunna sammanlänkas något enklare.

Om länsgränser försvinner så påverkar det rimligtvis **det nationella systemet för krisberedskap** i hög grad. T ex har länsstyrelsen idag ett geografiskt områdesansvar inom sitt län som bl.a. innebär att samordna samverkan i Jämtlands län före, under och efter en kris. Region Jämtland Härjedalen och alla andra krisberedskapsaktörer i länet har upparbetade rutiner och kontaktvägar för hur denna samverkan ska ske.

För landsting och regioner finns idag också författningskrav på att alla landsting/regioner ska ha en Tjänsteman i beredskap (TiB) samt att alla ska kunna upprätta en särskild sjukvårdsledning som ska kunna verka på regional (med betydelse landstingövergripande) nivå samt lokal nivå (sjukvårdsenheter eller skadeplats) och det

ska finnas utsedd Sjukvårdsledare och Medicinskt ansvarig. Alla landsting ska också ha en krisledningsnämnd vilket avser den politiska nivån.

Vid en storregion skapas naturligtvis nya geografiska ansvarsområden, som dock blir mycket stort. Ansvar och former för krishantering, ledningsprinciper och samverkansformer kommer att behöva förändras och ses över. Ett flertal lagar och förordningar avseende krisberedskap i fredstid samt vid höjd beredskap samt ledningsprinciper vid allvarliga händelser är anpassade efter nuvarande läns- och landstingsindelning. Det blir mycket viktigt att detta beaktas vid sammanslagning av landsting och län.

Slutligen kan en förändrad regionindelning ge vissa minskade **övergripande lednings- och styrningskostnader**, tex kunskapsstyrning, upphandlingar, omvärldsbevakning, nationell samverkan och administration. Dock kan andra kostnader uppstå istället när en stor, geografiskt spridd organisation ska skapa förankring i verksamheternas vardag.

2.2 Vilket underlag som behövs för Norrlands universitetssjukhus för att upprätthålla en god kvalitet avseende t.ex. forskning, kunskapsuppbyggnad, kunskapsspridning och regionsjukvård.

Från Östersund till Umeå är det 36 mil medan det är 26 mil till Trondheim och St Olavs Universitetssjukhus. Trots avståndet prioriterar Region Jämtland Härjedalen Norrlands Universitetssjukhus. Det är ett ställningstagande som gjordes när Norrlandstingens Regionförbund skapades 2005. Inom Norrlandstingens Regionförbund tar de fyra norrlandstingen idag ansvar för att teckna regionvårdsavtal med Norrlands Universitetssjukhus, NUS.

Dagens underlag ger dock inte NUS möjlighet att leverera all den vård som de fyra landstingen/regionen behöver. Därför tecknar Norrlandstingens Regionförbund idag också avtal med Akademiska Universitetssjukhuset, Karolinska Universitetssjukhuset och Sahlgrenska Universitetssjukhus.

När regionindelningen görs bör det undersökas om det är möjligt att göra en regionindelning som tillför NUS ytterligare befolkningsunderlag så att volymerna vid NUS ger ökade möjligheter att behålla och utveckla högspecialiserad kompetens.

Inom ramen för Norrlandstingens Regionförbund sker också samarbete inom forskning, kunskapsuppbyggnad och kunskapsspridning. Även dessa frågor påverkas av hur NUS kan behålla och utveckla sin kompetens.

3. REGIONAL UTVECKLING

3.1 Kartläggning näringslivsstrukturer

Näringsgren	Antal		Andel	
	Jämtlands län	Riket	Jämtlands län	Riket
Areella	10 037	250 502	40,1	20,0
Tillverkning, gruvor, energi	1 319	61 752	5,3	4,9
Byggindustri	1 853	101 133	7,4	8,1
Handel	1 905	143 455	7,6	11,5
Hotell och restaurang	738	33 155	2,9	2,7
Transport och kommunikation	522	31 180	2,1	2,5
Fastighet, försäkring, kreditinstitut	4 388	331 870	17,5	26,6
Myndigheter, utbildning, hälso- och sjukvård	1 551	97 196	6,2	7,8
Andra samhälleliga och personliga tjänster	2 747	199 585	11,0	16,0
Samtliga exkl okänd näringsgren	25 060	1 249 828	100	100
Näringsgren okänd	103	7 927		
Totalt	25 163	1 257 755		

Källa: Statistiska centralbyrån, Företagsregistret, Uppdaterad: 2015-12-08

Antal sysselsatta per branschgrupp 2014 (SNI 2007)

Region	Antal				
	Areella	Tillverkning	Service	Ej specificerat	Totalt
Jämtlands län	3 671	9 990	46 660	927	61 248
Riket	100 564	935 465	3 557 557	53 728	4 647 314
Region	Procent				
	Areella	Tillverkning	Service	Ej specificerat	Totalt
Jämtlands län	6,0	16,3	76,2	1,5	100
Riket	2,2	20,1	76,6	1,2	100

Källa: Statistiska centralbyrån, Uppdaterad: 2015-12-08

Förvärvsarbetande kvinnor och män efter bransch 2014 (SNI 2007)

Näringsgren	Antal Jämtlands län			Andel kvinnor Jämtlands län (%)	Andel kvinnor riket (%)
	kvinnor	män	totalt		
Jordbruk, skogsbruk, jakt, fiske	775	2 896	3 671	21,1	24,1
Tillverkning och utvinning	937	3 771	4 708	19,9	23,8
Energiförsörjning; miljöverksamhet	116	698	814	14,3	23,7
Byggverksamhet	294	4 174	4 468	6,6	8,6
Handel	2 626	3 300	5 926	44,3	44,9
Transport och magasinering	450	2 350	2 800	16,1	21,7
Hotell- och restaurangverksamhet	1 469	1 311	2 780	52,8	52,4
Information och kommunikation	362	957	1 319	27,4	29,6
Finans- och försäkringsverksamhet	396	338	734	54,0	51,4
Fastighetsverksamhet	276	572	848	32,5	38,1
Företagstjänster	2 616	3 356	5 972	43,8	43,4
Offentlig förvaltning och försvar	2 676	1 799	4 475	59,8	56,6
Utbildning	4 881	1 770	6 651	73,4	74,1
Vård och omsorg; sociala tjänster	9 701	2 490	12 191	79,6	81,3
Kulturella och personliga tjänster	1 515	1 449	2 964	51,1	57,7
Näringsgren okänd	460	467	927	49,6	58,6
Totalt	29 550	31 698	61 248	48,2	48,0

Näringslivsstrukturen är betydelsefull när det gäller det regionala utvecklingsansvaret. Det regionala utvecklingsuppdraget innebär att utifrån de regionala styrkeförutsättningarna verka för ett växande näringsliv och bredda strukturerna för att möta de förändrade förhållandena som regionförstoring och globalisering innebär.

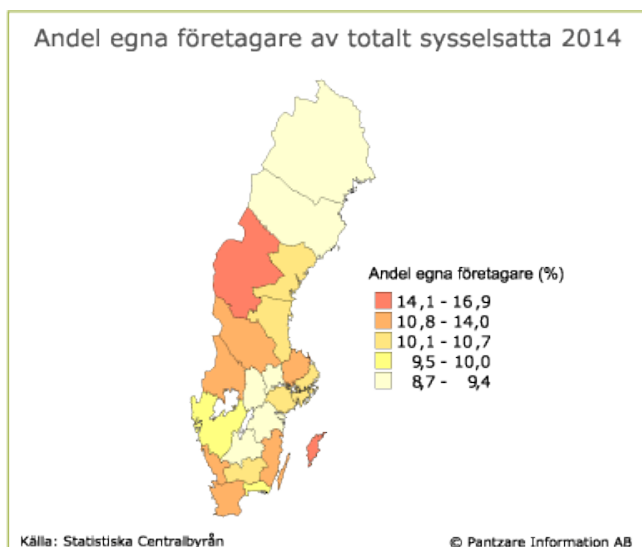
Det finns skillnader mellan de övriga norrlandslänen och region Jämtland Härjedalens näringslivsstruktur. Jämtland Härjedalen präglas av en inlandsstruktur som inte finns i motsvarande grad i övriga Norrland. Jämtland Härjedalen präglas av besöksnäring och saknar riktigt stora arbetsgivare som Norrbottens LKAB och SSAB, Västerbottens Volvo lastvagnar och Boliden Minerals och Västernorrlands pappersindustri. De största arbetsgivarna i Jämtland Härjedalen är offentlig verksamhet.

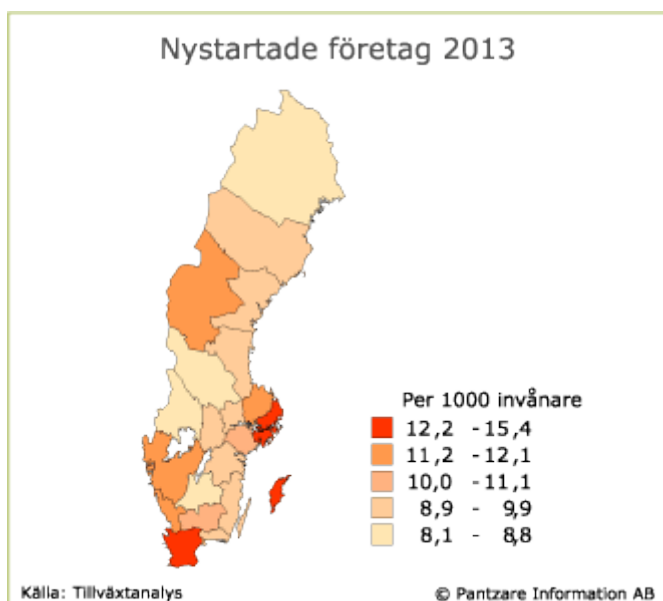
Statistiken bygger på sk SNI-koder och där saknas besöksnäringen, som avläsbar grupp varför dess samlade stora betydelse lätt döljs av en tät småföretagarstruktur som levererar till besöksnäringen. Besöksnäringen genererar 6600 arbetstillfällen i Jämtland Härjedalen, vilket är dubbelt så mycket som LKAB i Norrbotten. Se nedanstående tabell

Sysselsatta kvinnor och män						
Kommun / Region	Turismbransch				Totalt antal syssel-satta alla branscher	Andel syssel-satta i turism-beroende branscher
	Detalj-handel	Hotell och restaurang	Museer, kulturminnen, naturreservat, botaniska trädgårdar, djurparker	Totalt i turism-beroende branscher		
Berg	161	152	1	339	3 031	11,2
Bräcke	94	48	3	145	2 398	6
Härjedalen	305	330	4	926	5 028	18,4
Krokom	199	72	0	273	5 066	5,4
Ragunda	104	41	0	147	2 357	6,2
Strömsund	314	95	0	416	5 229	8
Åre	427	1 016	1	1 449	5 206	27,8
Östersund	1 831	998	117	2 988	32 933	9,1
Jämtlands län	3 435	2 752	126	6 683	61 248	10,9
Riket	271 569	153 923	7 791	439 990	4 647 314	9,5
Källa: Statistiska centralbyrån, Sysselsättningsregistret						

Länet är ett entreprenöriellt län. I nedanstående tabell visas antal nystartade företag per 1000 invånare i några län

Dalarnas län	1 449	8,6
Gävleborgs län	1 549	9,2
Västernorrlands län	1 340	9,2
Jämtlands län	860	11,2
Västerbottens län	1 463	8,9
Norrbottnens län	1 257	8,2
Riket	69 242	11,5





1/3 av länets företag inom tillverkningsindustrin säljer idag mot den norska marknaden, 1/3 vill börja göra det och 1/3 ser inte Norge som en potentiell marknad. Idag finns gränshinder i form av norska införselregler som vill skydda den inhemska marknaden samt att gränsen också är en EU-gräns kan i vissa sammanhang försvåra handeln.

3.2 Omfattningen av offentliga medel och hur hanteringen av dessa har organiserats.

Region Jämtland Härjedalen tilldelades under år 2015 113 905 tkr i regionalpolitiskt stöd. Av dessa nyttjades 70 185 tkr till företagsstöd, 41 220 tkr användes som medfinansiering till såväl regionala projekt som medfinansiering av EU-strukturfonder. 2 500 tkr nyttjades till förvaltningsändamål.

Hanteringen sköts av Region Jämtland Härjedalens Regionala utvecklingsförvaltning. Politiskt organ är Regionala utvecklingsnämnden. Samverkan med kommunerna sker i det för detta ändamål särskilt inrättade politiska organet Regionens samverkansråd, där alla åtta kommunernas kommunalråd finns med.

3.3 Hur skulle möjligheterna till regional utveckling påverkas av en framtida större region?

En större region med ett utvecklat samarbete bör leda till att Jämtland Härjedalens möjligheter till utveckling/tillväxt förstärks, under förutsättning att den nya regionens resurser fördelas "likvärdigt". Hur fördelningen ska ske, dvs med vilka kriterier och principer för att uppnå en accepterad definition av likvärdig fördelning blir en stor utmaning.

Dock kan konstateras att i det utredningsarbete som skett från centralt håll, som underlag för samtalen kring en större region, nämns inte något om den betydelse som besöksnäringen har för Region Jämtland Härjedalen. I en större region med traditionell industri utefter kusten så finns det stor risk att besöksnäringens betydelse för Jämtland Härjedalen negligeras vad gäller dess betydelse för utvecklingsmöjligheter och tillväxt.

När det gäller om företagens möjligheter förändras i sin egen affärsverksamhet vid en förändrad regionindelning finns risk för att Jämtland och Härjedalens betydelse minskar i storregionen och därigenom kan vissa företag som t ex har sin verksamhet knuten/inriktad mot det offentliga förlora affärsmöjligheter. De företag som gör affärer med andra företag eller säljer en slutprodukt eller tjänst till icke offentlig verksamhet borde inte påverkas negativt. Stöttning av offentliga medel såsom företagsstöd kräver förståelse för företagens och samhällets behov och lokala förutsättningar. Om hanteringen av dessa frågor ska skötas centraliserat för en stor geografi kan det få en klar negativ inverkan på tillväxtpotentialerna för såväl företagen som samhället.

3.4 Hur påverkas befintligt och framtida gränsöverskridande samarbete?

Denna fråga är svår att besvara i generella termer. Se beskrivningar för respektive sakområde

3.5 Hur påverkas förutsättningarna för en god kollektivtrafik?

Det finns redan i dag ett trafikutbud till de större orterna i angränsande län. Om orterna ingår i samma region kommer resbehovet att öka, även om resfria möten utvecklas och används i allt större utsträckning.

Luleå – Östersund

Tidigare fanns flyg Östersund-Luleå med mellanlandning i Umeå. Idag måste flyg till Luleå bokas via Arlanda. Tåg/buss är möjligt men tidskrävande. Norrbottniabanan är en förutsättning för en snabbare tågtrafik.

Umeå – Östersund

Idag finns flyg (statligt upphandlat), regional tågtrafik via Sundsvall och buss via Örnsköldsvik eller via Dorotea. Genom en upprustning av banan mellan Långsele och Nyland och ett nytt triangelspår i Bräcke skulle det vara möjligt att etablera en tågförbindelse Östersund - Umeå via Bräcke, Långsele, Nyland och vidare på Botniabanan till Umeå. Det skulle kunna erbjuda restider som gör en tågresor Umeå-Östersund till ett reellt alternativ.

Härnösand/Sundsvall – Östersund

Regional tågtrafik finns. Restiden ca 2 timmar 30 min är inte konkurrenskraftig mot bilen, det gäller även för sträckan Sundsvall-Härnösand ca 3 timmar 20 min. En rejäl upprustning/ny spårdragning av Mittbanan på sträckan Sundsvall-Stöde är en förutsättning för en snabbare och mer konkurrenskraftig tågtrafik. På delen Härnösand-Sundsvall är tågtrafiken mycket långsammare än motsvarande bilresa på väg E4. Inom ramen för projektet Botniskakorridoren pågår ett arbete som syftar till en upprustning

av Ostkustbanan Gävle - Härnösand. Den upprustningen är en förutsättning för en snabbare tågtrafik Östersund – Härnösand.

Gävle – Östersund

Bra förbindelser finns från Östersund till Gävle (5.45-9.12) och i andra riktningen Gävle 18.26 – Östersund 21.55. Förbindelse Gävle – Östersund är inte lika bra för en vistelse över dagen. Stambanan är snabbtågsanpassad. Dessvärre har SJ, som utför den kommersiella trafiken, avisat att trafiken ska dras via Sundsvall i framtiden. Det innebär förlängd restid och att det brister som redovisats ovan Härnösand/Sundsvall-Östersund Mittbanan kommer att gälla även denna förbindelse.

Falun - Östersund

De ca 370 km mellan Östersund och Falun saknar en direktförbindelse. Med bil tar resa ca 5 timmar 30 min. Med tåg tar resorna ca 6 timmar och kräver flera byten, det är inte realistiskt med resa över dagen.

Länen har tydliga avgränsningar mellan varandra. En regional utveckling över nuvarande länsgränser förutsätter förbättrad infrastruktur i form av vägar, järnvägar och trafik, för att en regional utveckling över nuvarande länsgränser ska ske.

3.6 Infrastrukturplaneringen i regionen. Hur ser den ut i dag och hur skulle den påverkas av en större geografi?

3.6.1 Infrastrukturplanering

Inledningsvis kan konstateras att geografin inte blir större för att de administrativa gränserna förändras. Däremot kan det geografiska område som en infrastrukturplan ska omfatta förändras vid en förändrad länsindelning. När det gäller infrastrukturplaneringen så upprättar idag det regionala organ som har det regionala utvecklingsansvaret, på regeringens uppdrag, så kallade länstransportplaner. Vilket organ som har det regionala utvecklingsansvaret varierar som bekant. I Jämtlands län är det Region Jämtland Härjedalen som har detta ansvar. I Västernorrlands- och Norrbottens län har Länsstyrelserna detta ansvar. I Västerbottens län har det kommunala samverkansorganet ”Region Västerbotten” det regionala utvecklingsansvaret. Det upprättas således en plan per län.

I de så kallade Länstransportplanerna prioriteras statliga resurser för investeringar i transportinfrastruktur utifrån av regeringen anvisade ramar och direktiv. I direktiven anges regelmässigt att ”Det förutsätts att länsplaneupprättarna i sina prioriteringar också utgår från ett länsöverskridande och nationellt perspektiv”¹ I arbetet med att ta fram nya länstransportplaner sker dialog med grannlänen för att synkronisera satsningar på gemensamma vägar och stråk. Denna dialog sker både informellt via de tjänstemän som arbetar med planerna och mer formellt i form av remisser på förslagen till planer.

¹ Regeringsbeslut 2012-12-20 bilaga 4, N2012/6395/TE m.fl, sid 4

Inför planperioden 2010 – 2020 tog de fyra nordligaste länen fram en så kallad ”Regional systemanalys”² som en gemensam grund för det fortsatta planeringsarbetet. En av tankarna med denna systemanalys var att den skulle ligga till grund för den nationella planering som Trafikverket bedriver. I denna systemanalys, som kom att omfatta mer än hälften av Sveriges yta, gjordes en gedigen beskrivning av Norra Sveriges roll och funktion i ett både nationellt och europeiskt perspektiv. Det varierande näringslivets utveckling och behov beskrevs, liksom transportsystemets funktion, brister och behov. I systemanalysen formulerades också funktionsmål avseende transportsystemet liksom åtgärds paket utifrån fyrstegsprincipen för att nå målen. Den systemanalys som gjordes på detta sätt och presenterades i september 2008 är till största delen fortfarande aktuell.

De regionalt utvecklingsansvariga organen arbetar också på andra sätt för att utveckla transportinfrastrukturen. Dels för man löpande dialoger med Trafikverket, både vad gäller genomförandet av de i länstransportplanerna angivna objekten och vad gäller åtgärder som ska finansieras inom ramen för den nationella planen. Dels bedriver man olika former av samarbeten och projekt för att också på andra sätt utveckla infrastrukturen och trafiken på denna.

De funktionella sambanden, hur människor reser och gods transporteras, påverkas inte av administrativa indelningar. Planer för transportinfrastruktur måste utgå från de faktiska behoven att resa eller transportera gods. I vår del av landet är Mittstråket, med väg E 14 och Mittbanan/Meråkerbanan, mellan Sundsvall och Trondheim av stor betydelse. Ett nära samarbete sker därför regelbundet med Västernorrlands län när det gäller infrastrukturplanering. Ett aktuellt exempel är det stora projekt benämnt ”Funktionella Mittstråket” som nyligen beviljats stöd från EU:s regionalfond för investeringar i Mittbanan och väg E 14 mellan Sundsvall och Storlien.

Ett samarbete sker också med såväl Nord- som Sörtröndelag i Norge i dessa frågor. Region Jämtland Härjedalen ingår också i projektet ”Botniska Korridoren” för att tillsammans med företrädare för flera andra län³ utveckla det nord-sydliga transportstråket.

Ett annat viktigt stråk för vårt län är stråket från Gävle, via Bollnäs och Ljusdal, till Jämtland. Norra Stambanan efter detta stråk är den kortaste järnvägsförbindelsen mellan Jämtland och Stockholm. Ett nära samarbete mellan berörda regioner och kommuner efter detta stråk har därför bedrivits i flera decennier för utveckling av både banan och trafiken på den.

Kopplingarna norrut, mot Västerbotten och Norrbotten, är svagare men inte oviktiga. Norrlands universitetssjukhus i Umeå och dess roll som regionsjukhus för Jämtlands län ställer krav på goda kommunikationer mellan Jämtland och Umeå. Idag bedrivs upphandlad flygtrafik mellan Östersund och Umeå. Flygtrafiken fortsatte tidigare på kommersiella villkor från Umeå till Luleå, men inte nu längre.

² Regional systemanalys 2010 – 2020 De fyra nordligaste länen, Slutrapport 30 september 2008

³ Region Örebro, Region Gävleborg, Region Jämtland Härjedalen, Länsstyrelsen Västernorrland, Region Västerbotten; länsstyrelsen Norrbotten.

Det finns ett behov av snabba kollektiva transporter från Jämtland till Umeå och Luleå. Det finns idag också möjlighet att resa med tåg mellan Östersund och Umeå genom Norrtågs trafik. En sådan resa tar, med byte i Sundsvall, enligt nu gällande turlista mellan 5 timmar och 20 minuter och 6 timmar. Dessa restider med tåg är för många inga reella alternativ till flyget. Genom en upprustning av banan mellan Långsele och Nyland och anläggande av ett nytt triangelspår i Bräcke skulle det vara möjligt att etablera en tågförbindelse mellan Östersund och Umeå via Bräcke, Långsele, Nyland och vidare på Botniabanan till Umeå. Restiden för en sådan tänkt förbindelse skulle kunna göra den till ett reellt alternativ till flyget. Huruvida de investeringar som behövs för att möjliggöra en sådan förbindelse är samhällsekonomiskt lönsamma borde undersökas.

Det finns en stor potential till överföring av mer gods från väg till järnväg om dess kapacitet förbättrades. Det finns också möjligheter att på sikt länka ut mer gods mot de isfria hamnarna i Trondheimsregionen som en avlastning av hårt belastade trafikstråk söderut. När det gäller godstrafiken österut, mot Finland och på sikt ännu längre österut, har olika förbindelser diskuterats och prövats. Denna fråga finns belyst i rapporten ”Den breda korridoren”⁴ som konsultföretaget Kontigo tagit fram på uppdrag av Mittnordenkommittén. I rapporten förs tanken på en överfart över Kvarken fram som ett alternativ att använda på sikt även för gods från mellersta Norrland och Norge. För att detta ska fungera bra även för gods på järnväg bör bandelen mellan Långsele och Botniabanan rustas upp och ett nytt triangelspår byggas i Bräcke. De investeringar som behövs för godset på dessa bandelar är således desamma som behövs för att etablera en snabb persontrafik mellan Jämtland via Bräcke och Långsele till Umeå. Den samhällsekonomiska analys som behöver göras avseende denna investering måste således värdera nyttorna för såväl person- som godstrafiken. Om det finns ambitioner att knyta näringsliv och människor i de nordligaste länen närmare till Jämtlands län måste förutsättningar för detta skapas genom kraftigt förbättrad infrastruktur och trafik.

När det gäller att genom de så kallade länstransportplanerna prioritera statens medel för investeringar i det statliga vägnätet krävs god lokalkännedom och goda kunskaper om behoven och bristerna i länet. Arbetet bedrivs i nära samverkan med länets kommuner och företrädare för olika delar av näringslivet. För att upprätthålla dessa kunskaper och denna samverkan är det viktigt att det geografiska område som planerna ska omfatta inte blir alltför stort.

3.6.2 Tillgänglighet till digitala kommunikationer

Sedan våren 2013 finns en regional bredbandsstrategi för Jämtlands län. Under år 2015 har också en Digital Agenda för regionen tagits fram och antagits.

I bredbandsstrategin anges att minst 90 procent av hushållen och företagen ska ha tillgång till bredband om 100 Mbit/s år 2020 och att minst 40 procent av hushållen och företagen ska ha tillgång till bredband med den hastigheten år 2015. Det sistnämnda

⁴ Den breda korridoren, Förutsättningar och utmaningar för en samlad öst-västlig transportkorridor i mellersta Norden, Kontigo maj 2015.

målet har uppfyllts. Enligt den mätning i oktober 2014 som PTS redovisade våren 2015 hade 44,8 procent av hushållen och 38,3 procent av företagen tillgång till bredband om 100 Mbit/s. Motsvarande siffror för oktober 2015 publiceras av PTS först i mars 2016. Utifrån kunskap om den utbyggnad som skett i länet under år 2015 kan Region Jämtland Härjedalen ändå konstatera att målen avseende år 2015 har uppnåtts med råge. Det bör dock noteras att det fortfarande finns stora inomregionala skillnader när det gäller tillgången till bredband.

Utbyggnaden av fiber går fort, men om 90 procent av hushållen och företagen kommer att ha tillgång till fiber år 2020 är ännu för tidigt att säga.

Utbyggnaden av de mobila bredbandsnäten går också mycket fort. Dessa utgör ett bra komplement till de trådbundna näten. Med dagens teknik kan de dock inte erbjuda samma överföringshastigheter och kapacitet som fibernäten.

Den Digitala Agenda som Region Jämtland Härjedalen tagit fram under år 2015 fokuserar på fyra prioriterade områden; Infrastruktur, Digital kompetens, Expertis och Samverkan. Dessa ger horisontella genomslag på den regionala utvecklingsstrategins alla utvecklingsområden. Digitalisering är inget mål i sig. Det är ett numera oundgängligt medel för att nå upp till mål när det gäller vitt skilda områden som sysselsättning och näringslivsutveckling, utbildning, lärande och forskning, energiförsörjning, klimatmål och klimatanpassning, besöksnäring och attraktivitet, infrastruktur och samhällsservice samt demografiska möjligheter. Det sistnämnda området kan ge vår region ett försprång. Vår gleshet och våra långa avstånd gör de digitala möjligheterna särskilt viktiga. Genom väl utvecklade digitala tjänster kan glesheten få en förnyad attraktion.

4. DEMOKRATIN

4.1 En ändrad indelning kan påverka demokratis förutsättningar på regional nivå. Hur påverkas de demokratiska institutionerna och självstyret och hur kan eventuella negativa effekter hanteras?

En av de största utmaningarna när det gäller en ändrad regionindelning är just demokratiaspekten. Hur ska regionala förtroendevalda kunna ha kunskap om vad som behövs utifrån lokala förutsättningar i en så stor geografi som hela Norrland är? Att riksdagsledamöter kan hantera detta för hela Sverige är en helt annan fråga eftersom riksdagen inte fattar beslut i verksamhetsfrågor med operativ påverkan på människors vardag.

Det är viktigt att hitta en balans mellan struktur och styrförmåga samtidigt som närdemokrati värnas. De största regionerna har 149 fullmäktigeledamöter. Jämtland och Härjedalens invånare motsvarar 1/7-del av de fyra norrlandstingens invånare. Det betyder att om den nya storregionen har 149 fullmäktigeledamöter får Jämtland och Härjedalen 21 ledamöter, dvs mindre än hälften av dagen 55 fullmäktigeledamöter.

De nuvarande fyra länen har olika verksamheter och förutsättningar vilket gör att en organisering av politiken behöver kunna hantera dessa olikheter – dvs kanske måste det se olika ut i olika delar av en så stor region. De som röstar måste kunna känna att deras röst var värt nåt för att respekten för demokratin ska värnas. Detta är en särskilt stor utmaning för den regionala demokratin. Den kommunala nivån och riksdagsnivån är tydligare för medborgarna redan idag, vilket gör att frågan om att medborgarna ska känna förtroende för att de regionala politikerna är extra viktig.

Hur närdemokratin ska organiseras kommer att bli en viktig men svår fråga. Någon form av lokalt självstyre kommer att behövas, samtidigt som det krävs en organisering som främjar helhetssyn och helhetsansvar. Det kommer att krävas transparens och öppenhet kring de politiska besluten i en betydligt större region eftersom antalet förtroendevalda blir färre i förhållande till invånarna.

En annan viktig aspekt att beakta för att medborgarna ska känna sig representerade i en större region är förnyelse av arbets- och mötesformer. En politisk vilja att utveckla demokratin kommer att bli mycket viktig.

Det är viktigt att redan nu börja prata om vision och värdegrund för en eventuell ny region. Liksom att definiera hur inomregional balans kan skapas för både politiskt inflytande, administrativa centra och verksamheters lokaliseringar.

Om den nya regionen ska lyckas i uppdraget som regionalt utvecklingsansvarig i ett så stort område måste regionen i egna verksamheter som en bärande del i regionens värdegrund tillämpa det vi kräver av staten – dvs decentralisering av offentliga arbeten.

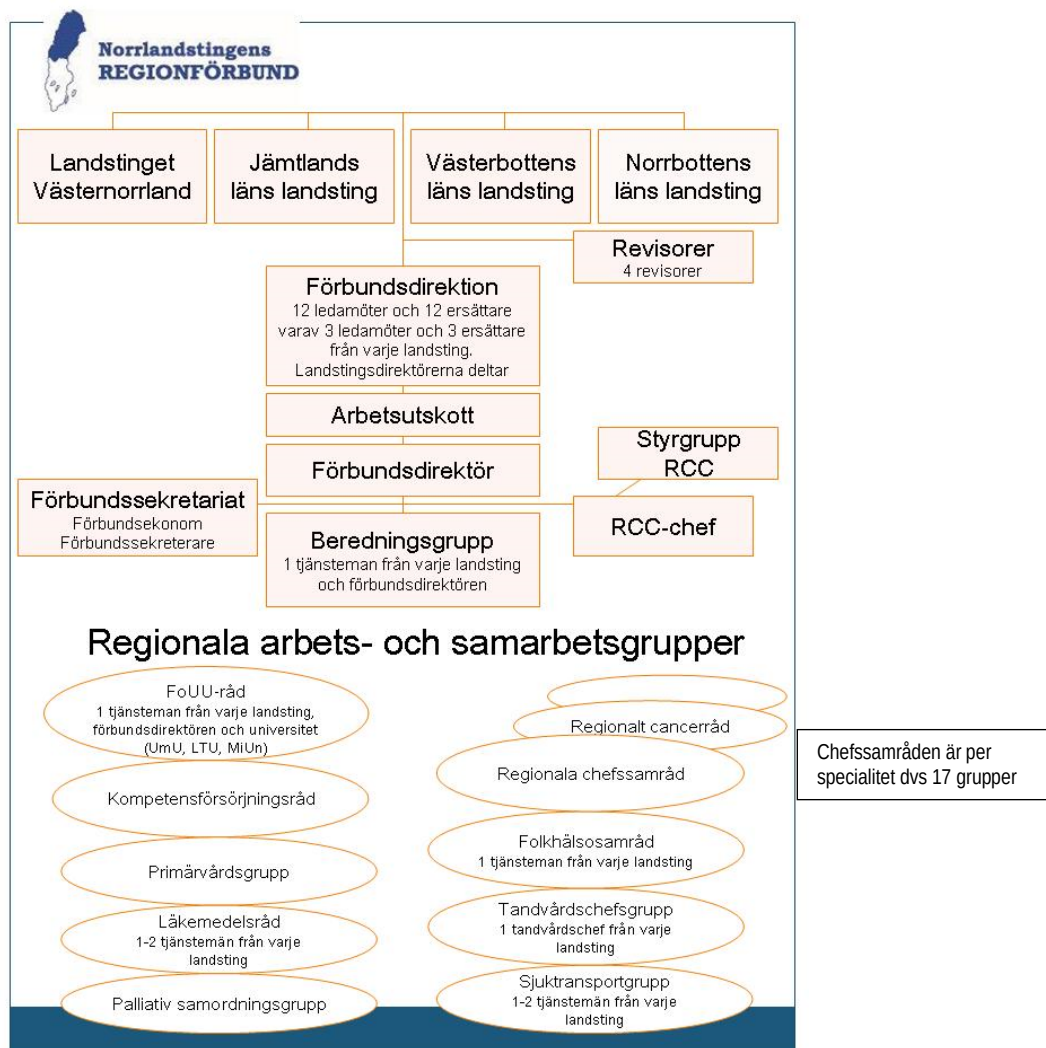
5. SAMARBETEN

5.1 Beskrivning av vilka samarbeten som finns idag mellan länen på olika områden,

5.1.1 Ovanstående områden

Se också ovan under resp sakområde.

Inom hälso- och sjukvårdsverksamheten organiseras mycket av samverkan mellan de fyra norrlandstingen genom Norrlandstingens Regionförbund. I det samarbetet finns många olika grupperingar som samarbetar. Denna organisationsbild sammanfattar detta.



Inom regional utveckling finns bl a :

Europaforum Norr är en mötesplats och kunskapsarena där EU:s politik analyseras och diskuteras i de avseenden där den berör norra Sverige. Vid de tillfällen då EFNS arrangeras antas ett antal positioner för att de fyra nordligaste länen ska enas om gemensamma målsättningar och linjer i EU-politiken

Region Jämtland Härjedalen och Landstinget Västernorrland har ett gemensamt EU-kontor i Bryssel, **MidSweden Office**.

ALMI Mitt är ett gemensamt regionalt bolag för Jämtlands län och Västernorrlands län, de har kontor i både Östersund och Sundsvall.

Strukturfondspartnerskapet i Mellersta Norrland är gemensamt för Jämtlands län och Västernorrlands län.

5.1.2 Kulturområdet.

Fast verksamhet

Kommunalförbundet NMD

Norrlands Nätverk för Musikteater och Dans (NMD) är ett kommunalförbund med landstingen i Norrbotten, Västerbotten, Västernorrland och Region Jämtland Härjedalen som medlemmar. Kommunalförbundet NMD:s uppgift är att:

- Medverka till att musikteater och dans blir tillgänglig för alla i norra Sverige
- Etablera NMD regionalt, nationellt och internationellt
- Svara för övergripande koordinering av de i förbundet ingående ensemblerna.
- En annan viktig uppgift för förbundet är att fördela ett statligt verksamhetsbidrag för att skapa förutsättningar för ensemblernas turnéer i norra Sverige. De ensembler som ingår i nätverket är; NorrlandsOperan i Umeå, Norrdans i Härnösand, Barn- och ungdomsoperan inom Estrad Norr i Östersund samt Piteå Kammaropera.

NMD har ett förbundsfullmäktige som utses av landstingen/regionen. Fullmäktige utser i sin tur en styrelse som består av fem ordinarie ledamöter och fem ersättare.

Länsbibliotek i Norrland

Sedan många år finns ett kontinuerligt samarbete och möten mellan läns-/regionbiblioteken i Norrland. Detta samarbete gäller kompetensutveckling, gemensamma projektsatsningar, samordning kring IT-frågor mm.

Ett aktuellt spår gäller samlad medverkan med en "Norrlandsmonter" på Bok och biblioteksmässan i Göteborg.

Konstkonsulenter och hemslöjdskonsulenter i Norrland

Sedan många år finns ett kontinuerligt samarbete och möten mellan konstkonsulenterna respektive hemslöjdskonsulenterna i Norrland. Detta samarbete gäller främst kompetensutveckling och gemensamma projektsatsningar. Sedan något år samarrangerar man bredda sk branschdagar för konstområdet.

Konsttidningen Volym

Ägs och drivs av Landstinget Västernorrland, men övriga län i norr ersätter skribenter för att skriva och fylla tidskriften med innehåll som speglar konstregionen Norrland.

Kulturting – årliga – mellan Jämtland Härjedalen och Västernorrland

Sedan flera år tillbaka alternerar regionerna vad gäller att arrangera de årliga stora kulturtingen.

Kulturchefsmöten

De regionala kulturcheferna i Norrland möts ett par tre gånger per år för samordning av de verksamheter som beskrivs här, samt för dialog kring NMD. Vissa möten har förlagts till kulturrådet – för att få input och kopplingar till den nationella nivån ur ett norrländskt perspektiv.

KLYS-dialoger

Kultursamverkansmodellen föreskriver en rad dialoger. Vad gäller dialogen med KLYS så koordinerar Västernorrland och Jämtland Härjedalen dessa sedan ett antal år tillbaka. En arbetsform som väckt gillande inom KLYS nationellt. KLYS – Konstnärliga och litterära yrkesutövares samarbetsnämnd.

Pågående, tillfälliga/begränsade kulturprojekt

Just nu pågår projekten *Musik i Norr* och *Mer till fler* – som är samverkan mellan länsteatrarna och länsmusiken i Norrland. Båda projekten har eller har haft såväl regional som statlig finansiering genom kulturrådet. Övergripande långsiktiga syften i båda projekten är att hitta samverkan enligt NMD-modellen (ovan). Ett tänkbart spår är ett vidgat uppdrag för NMD.

Projekt HBTQ och normkritisk kompetens

Drivs av region Västerbotten och Region Jämtland Härjedalen samt Landstinget Västernorrland och Umeå universitet i syfte att öka den normkritiska kompetensen inom kulturområdet.

Inom annan kulturverksamhet

Mellan *läns museerna i Norrland* finns ett mångårigt lösligt samverkansavtal gällande olika verksamhets-/profilområden där varje museum tar ett extra ansvar för ett par utvecklingsområden.

Mellan *Riksteaterns organisationer i Norrland* finns ett pågående samarbete, speciellt kring utbudsdagar. Riksteatern ingår i kultursamverkansmodellen och har statliga stöd genom detta, samt anslag från respektive region.

Vissa regionala kulturverksamheter har anslag från flera eller alla län i Norrland – exempelvis Teatercentrum Norra. Kring samfinansierad verksamhet finns naturligtvis en dialog mellan landstingen.

Inom folkbildningen finns sedan mitten av 1990-talet **Bildningsförbundet**

Mittnorrland – vilket delfinansieras av landstingen i Västernorrland och Jämtland

Härjedalen. Syftet med BFM är samarbete, erfarenhetsutbyte och utvecklingsarbete för att stärka folkbildningen.

5.1.3 Detta kan även spegla samarbeten utanför den offentliga sektorn, särskilt avseende civilsamhällets organisationer.

Här följer ett axplock av organisationer som vi som region då och då har kontakt med:

Studieförbund

ABF, Studieförbundet Vuxenskolan, Studieförbundet har en regional distriktsorganisation som omfattar enbart Jämtland Härjedalen

Medborgarskolan har en regional indelning som omfattar Jämtlands län och Västernorrlands län

Folkuniversitetet har kontor i Umeå med ansvar också för Jämtlands län

Sensus Uppsala-Härnösand omfattar följande kommuner:

Berg, Bollnäs, Bräcke, Enköping, Gävle, Heby, Hofors, Hudiksvall, Håbo, Härjedalen, Härnösand, Knivsta, Kramfors, Krokom, Ljusdal, Nordanstig, Norrtälje, Ockelbo, Ovanåker, Ragunda, Sandviken, Sigtuna, Sollefteå, Strömsund, Sundsvall, Söderhamn, Tierp, Timrå, Upplands-Bro, Uppsala, Ånge, Åre, Älvkarleby, Örnsköldsvik, Östersund, Östhammar

Fackliga organisationer

Vårdförbundet - Vårdförbundets 21 lokala avdelningar följer i princip länsgränserna och landstingens indelning

Vision har sitt center i Sundsvall som omfattar Gävleborg, Dalarna , Jämtland Härjedalen och Västernorrland

Kommunal – organiseras på regional nivå i sektioner där Mellersta Norrland omfattar Jämtland Härjedalen och Västernorrland

SEKO Mellannorrland omfattar Västernorrland och Jämtland Härjedalen

Sveriges Läkarförening har en regional organisation som omfattar enbart Jämtland Härjedalen

Näringslivsorganisationer

Svenskt Näringsliv har regionkontor som omfattar Jämtland Härjedalen

Handelskammaren Mittsverige omfattar Västernorrlands län och Jämtland Härjedalen



Indelningskommittén

Fi 2015:09

**Underlag för diskussioner inom ramen för
Indelningskommitténs arbete**

Vid ett möte den 16 december 2015, som Indelningskommittén bjudit in till, träffades representanter från Norrbottens, Västerbottens, Västernorrlands och Jämtlands län. Vid mötet diskuterades behov av att ta fram underlagsmaterial för att kunna föra en fortsatt diskussion om tänkbara alternativ till ny indelning av län och landsting.

Indelningskommittén har lokaliserat ett antal områden där vi bedömer att det vore värdefullt för den fortsatta processen om landsting och region tar fram material.

Det gäller till att börja med pendlingsmönster till, från och inom de fyra länen. Dels en kartläggning av dagens mönster och om möjligt en redogörelse för hur utvecklingen har sett ut och kan tänkas se ut framöver.

Kommittén skulle också behöva en beskrivning av eventuella skillnader i gränssnitten gentemot kommunkollektivet i respektive län beträffande kollektivtrafik, hemsjukvård i ordinärt boende och eventuellt andra aktuella områden.

Det ekonomiska läget bör kartläggas utifrån relevanta finansiella nyckeltal för respektive landsting och eventuella långsiktiga åtaganden.

Vilka övergripande effekter har en förändrad regionindelning på hälso- och sjukvården i stort? Vidare vore det värdefullt med en redogörelse för vilket underlag som behövs för Norrlands universitetssjukhus för att upprätthålla en god kvalitet avseende t.ex. forskning, kunskapsuppbyggnad, kunskapsspridning och regionsjukvård.

När det gäller möjligheterna till regionalt utvecklingsarbete ser vi behov av en kartläggning av näringslivsstrukturer, omfattningen av

offentliga medel och hur hanteringen av dessa har organiserats. Hur skulle möjligheterna till regional utveckling påverkas av en framtida större region? Hur påverkas befintligt och framtida gränsöverskridande samarbete? Hur påverkas förutsättningarna för en god kollektivtrafik?

En annan viktig aspekt är infrastrukturplaneringen i regionen. Hur ser den ut i dag och hur skulle den påverkas av en större geografi?

En ändrad indelning kan påverka demokratins förutsättningar på regional nivå. Hur påverkas de demokratiska institutionerna och självstyret och hur kan eventuella negativa effekter hanteras?

Det vore även mycket intressant med en beskrivning av vilka samarbeten som finns idag mellan länen på olika områden, dels ovanstående områden men även andra såsom exempelvis kulturområdet. Detta kan även spegla samarbeten utanför den offentliga sektorn, särskilt avseende civilsamhällets organisationer.

Om det finns annat material som bedöms vara relevant för den fortsatta diskussionen tar kommittén naturligtvis gärna emot detta.

Kommittén har beställt befolkningsprognoser för samtliga län och kommuner från 2015 fram till 2050 baserade på 2015 års riksprognos. Detta behöver alltså inte tas fram. Prognoser avseende de framtida arbetsmarknadsregionerna är också något som kommittén tar fram.

Kommittén kommer även att ta fram beräkningar kring skatteunderlag och harmonisering av skattesatser, såväl den egna utdebiteringen som inkomstutjämnings länsvisa skattesatser. Därutöver kommer sekretariatet ta fram underlag för beskriva hur kostnadsutjämnings och strukturbidraget påverkas vid en sammanslagning.

Vi ser gärna att underlaget om möjligt är framtaget till den 15 februari 2016.

Med vänlig hälsning

Indelningskommittén

Ingela Jönsson
Samordningskansliet
Tfn: 063-14 77 62, 070-6900527
E-post: ingela.jonsson@regionjh.se

2016-02-11

Dnr RS/1765/2015

Indelningskommittén
103 33 STOCKHOLM

Anstånd om att lämna underlag för diskussioner inom ramen för Indelningskommitténs arbete

2015-12-18 begärde Indelningskommittén underlag kring ett antal områden där ni bedömer att det vore värdefullt för den fortsatta processen om landsting och region tar fram material. Ni begär att detta underlag lämnas till er 15 februari 2016.

Arbete med detta pågår, men Region Jämtland Härjedalen önskar få anstånd med att lämna det slutgiltigt formulerade svaret till 3 mars 2015.

Anledningen är

- Behov av att förankra svaret i Regionstyrelsen som har sitt möte 22-23 februari
- Behov av att invänta de diskussioner som kommer att vara vid Norrlandstingens Regionförbunds direktionsmöte 1-2 mars där Indelningskommittén ska delta och regionfrågan präglar hela första dagen.

Det underlag som lämnas till Regionstyrelsen delges Indelningskommittén den 15 februari, men slutlig version önskar vi få lämna in 3 mars.

Östersund 2016-02-11



Ann-Marie Johansson
Regionstyrelsens ordförande

2015-11-19

Vårdsnämnden

§ 60 Fördelning av det extra statsbidraget, regeringens proposition 2015/16:47 (VVN/42/2015)

Ärendebeskrivning

Marianne Larm-Svensson (C) väcker frågan om fördelning av det extra statsbidraget med anledning av regeringens proposition 2015/16:47, extra ändringsbudget för 2015, som överlämnade till riksdagen 2015-11-12.

Yrkande

Marianne Larm-Svensson (C) yrkar att vårdsnämnden hemställer till regionstyrelsen att i fördelning av det extra statsbidraget för flyktingmottagandet beaktar kostnadsökningarna i primärvården.

Proposition

Ordförande ställer proposition på Marianne Larm-Svenssons (C) yrkande och finner det antaget.

VÅRDVALSNÄMNDENS BESLUT

Vårdsnämnden hemställer till regionstyrelsen att i fördelning av det extra statsbidraget för flyktingmottagandet beaktar kostnadsökningarna i primärvården.

Utdrag till

Regionstyrelsen

Justerandes sign			Utdragsbestyrkande

Samordningskansliet
Daniel Nilsson
Tfn: 063-147571
E-post: daniel.l.nilsson@regionjh.se

2016-01-07

RS/1772/2015

Regionstyrelsens internkontrollplan 2016

Risk	Konsekvens	Åtgärd	Riskbedömning (kopplat till riskkarta)	Ansvarig	Rapportering
Felaktiga delegationsbeslut	Beslut strider mot delegationsbestämmelser.	Upprätta rutin för kontroll av delegationsbeslut. Rätta felaktiga beslut.	12	Chef regionstab	Maj, november 2016
Ärendeprocess följs inte	Ärenden kommer inte upp för beslut i tid, undermåliga beslutsunderlag. Beslut fattas på dåliga underlag.	Genomför utbildning i ärendeprocess för handläggare. Gör översyn av regler för ärendeberedning.	12	Chef regionstab	Maj, november 2016

Risk	Konsekvens	Åtgärd	Riskbedömning (kopplat till riskkarta)	Ansvarig	Rapportering
Skadlig kod/virus tar sig i Region Jämtland Härjedalens IT-system	Totalt driftstopp. Förlust av data. Ekonomisk förlust. Inställd sjukvårdsproduktion.	Påbörja arbete med nätsegmentering.	12	IT-chef	Maj, november 2016
Intrång i infrastruktur/IT-	Sekretessbrott. Data stjäls. Utpressningssituationer.	Skärpt kontroll över utdelade behörigheter.	16	IT-chef	Maj, november 2016

system	Data förstörs	(Stark autentisering) Kontroll av befintlig brandvägg.			
--------	---------------	--	--	--	--

Risk	Konsekvens	Åtgärd	Riskbedömning (kopplat till riskkarta)	Ansvarig	Rapportering
Alla ny chefer går inte chefsutbildning	Kompetensbrist hos chefer	Avstämning, saknas något utbildningsblock hos de chefer som är anställda inom organisationen. Ta beslut om obligatorisk utbildning	12	Personalchef	Maj, november 2016
Referenstagning görs inte vid rekrytering	Felrekryteringar sker. Viktig kompetens kan saknas hos medarbetare som rekryteras	Kontroll av gjord referenstagning under jan-april 2016.	6	Personalchef	Maj, november 2016

Risk	Konsekvens	Åtgärd	Riskbedömning (kopplat till riskkarta)	Ansvarig	Rapportering
Lagefterlevnad webben. Decentraliserad publicering	Bryter mot upphovsrätt, ekonomiska konsekvenser – skadestånd.	Utbildning, bättre information om upphovsrätt vid publicering	12	Kommunikationschef	Maj, november 2016
Varumärkespolicyn följs ej	Minskat förtroende för varumärket	Utbildningsinsatser för anställda. Framtagande av bra och enkla mallar att använda.	12	Kommunikationschef	Maj, november 2016

Risk	Konsekvens	Åtgärd	Riskbedömning (kopplat till riskkarta)	Ansvarig	Rapportering
Fakturor och underlag innehåller inte tillräcklig information för beslut om utbetalning	Felaktiga utbetalningar kan ske.	Kontroll av fakturaunderlag. Är underlaget tillräckligt	12	Ekonomidirektör	Maj, november 2016
Felaktiga direktupphandlingar sker	Upphandlingspolicy efterlevs inte. Felaktiga/mer kostsamma produkter kan upphandlas	Inventering av behov hos verksamheterna för att se vilka behov som finns.	12	Ekonomidirektör	Maj, november 2016

Samordningskansliet
Sandra Hedman
Tfn: 063-147509
E-post: sandra.hedman@regionjh.se

2016-02-12

RS/168/2016

Uppdrag till regionstyrelsens utskott 2016

Regionstyrelsen har tre utskott; Utskottet för ekonomi, Utskottet för personal och Utskottet för hälso- och sjukvård. I regionstyrelsens reglemente anges vilka specifika uppgifter varje utskott har samt allmänna uppgifter som alla utskotten ska arbeta med. En viktig utgångspunkt för de frågor som utskottet ska arbeta med är de övergripande mål som finns fastställda i regionplan, finansplan och i styrelsens verksamhetsplan.

Regionstyrelsen har utifrån sin verksamhetsplan och uppföljningsplan för 2016 pekat ut ett antal utvecklingsområden som respektive utskott har i uppdrag att arbeta närmare med under året. I det arbetet ingår att hålla regionstyrelsen informerad om pågående arbete och när det är aktuellt bereda ärenden till styrelsen för beslut. Utskotten har enligt regionstyrelsens reglemente också rätt att själva väcka ärenden inom sitt område.

Utskottet för ekonomi

Utskottet för ekonomi ska arbeta närmare med följande utvecklingsområden i regionstyrelsens verksamhetsplan 2016:

Verksamhetsresultat

Strategiskt mål: God ekonomisk hushållning med solidarisk fördelning

- Följa och driva på arbetet med åtgärdsplanen i långsiktig utvecklingsplan för god ekonomisk hushållning.
- Bevaka och vidta ytterligare åtgärder för att uppnå målen i finansplanen.

Strategiskt mål: Långsiktigt hållbar verksamhet

- Hållbara inköp ska vara ett prioriterat område för att öka resurshushållningen och minimera negativ påverkan på människa och miljö från varor och produkter. Särskilt prioriterat är material och produkter för miljöer och verksamheter där barn, unga och gravida vistas.
- Minska klimatpåverkan från regionens tjänsteresor och interna transporter (jämförelseår 2011). Detta beaktas även vid upphandling av leasingbilar. *När det gäller upphandling och investeringar*
- Upphandling ska styra mot säker, god och om möjligt lokalt producerad mat i offentlig sektor, giftfria miljöer, socialt ansvar och vita jobb.

Strategiskt mål: Effektiva processer

- Där det är lämpligt genomföra upphandling ur hälsoekonomiskt perspektiv, till exempel genom Region Jämtland Härjedalens inköpsråd.

Utskottet för personal

Utskottet för personal ska arbeta närmare med följande utvecklingsområden i regionstyrelsens verksamhetsplan 2016:

Samhälle

Strategiskt mål: Integration ska genomsyra hela det regionala utvecklingsarbetet.

- Arbeta fram en lokal modell för hur Region Jämtland Härjedalen kan hjälpa sjukvårdsutbildade personer som söker asyl eller fått uppehållstillstånd att få praktikplats eller ett arbete inom hälso- och sjukvården, få sin utbildning validerad och få sin legitimation

Medarbetare

Strategiskt mål: Attraktiv arbetsgivare

- Tydliggöra chefernas roll och vilka förväntningar och krav som finns på dem i Region Jämtland Härjedalen
- Kvalitets- och utvecklingsmetoden LEAN ska användas i hela organisationen
- Nyttjande av inhyrd personal och arvodesläkare ska minska till 2014 års nivå.
- Modellen för arbetsvärdering ska följas upp ur ett jämställdhets- och jämlikhetsperspektiv.

Strategiskt mål: Kompetensutveckling och karriärvägar

- Utforma tydliga karriärvägar och kompetensutveckling för samtliga yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården.

Strategiskt mål: En kompetensförsörjning som understödjer omställning till framtidens behov

- Region Jämtland Härjedalen ska arbeta med högstadie- och gymnasieungdomar samt studie- och yrkesvägledare med syftet att beskriva den bredd av de yrken som ryms i vår region.

Utskottet för hälso- och sjukvård

Utskottet för hälso- och sjukvård ska arbeta närmare med följande utvecklingsområden i regionstyrelsens verksamhetsplan 2016:

Samhälle

Strategiskt mål: Integration ska genomsyra hela det regionala utvecklingsarbetet.

- Samordna och bygga upp tillräcklig medicinsk-, kultur- och psykologisk/psykiatrisk kompetens samt utarbeta hållbara rutiner med övriga aktörer i arbetet med flyktingmottagande.

Strategiskt mål: Hälsofrämjande och trygghetsskapande levnadsvillkor

- Utveckla rutiner för upptäckt av barn och unga som utsätts eller riskerar att utsättas för psykiskt och fysiskt förtryck.
- Utveckla verksamheterna med barnkonventionen.
- Aktivare arbeta med förebyggande insatser mot övervikt och fetma hos barn och ungdomar.

Patient

Strategiskt mål: Patientsäker vård av god kvalitet efter behov

- Alla patienter med behov av samordning från olika instanser ska ha rätt till en samordnad individuell plan.
- Arbetet med jämlik och jämställd vård ska följas upp.
- Fortsatt arbete inom Ledningskraft.
- Utveckla rutinen för att tidigt kunna identifiera riskpersoner för suicid.

Strategiskt mål: Den vård som är möjlig ska ges i hemmet eller så nära hemmet som möjligt

- I Region Jämtland Härjedalen och tillsammans med kommunerna utveckla nya arbetsformer för vård på distans och mobila lösningar.
- Utifrån patientfokus tillämpa arbetssätt som innebär att huvudmannagränser är underordnade.

Strategiskt mål: Fördjupat samarbete med kommunerna avseende barn, unga, äldre och utsatta grupper

- I samarbete med kommunerna erbjuda nyanlända en hälso- och sjukvård utifrån deras specifika behov.

Strategiskt mål: Bra bemötande och anpassad kommunikation på patientens villkor

- Implementera rutin och arbetssätt för att de svårast sjuka patienterna ska ha fast vårdkontakt.
- Genomföra kompetenshöjande insatser för vårdpersonal avseende tolkanvändning.

Planeringsförutsättningar 2017-2019

Planeringsförutsättningar 2017-2019

Planeringsförutsättningarna för åren 2017-2019 ger underlag för regionens övergripande mål som ska fastställas i regionplanen, finansplanen och regionstyrelsens och nämndernas verksamhetsplaner. De är också utgångspunkter för mål och resultatmått i regiondirektörens och förvaltningschefernas verksamhetsplaner.

Syfte och innehåll

Syftet med planeringsförutsättningarna är att redogöra för kända faktorer som är viktiga att ta hänsyn till när Region Jämtland Härjedalens verksamheter ska planeras. Faktorerna finns beskrivna under olika områden. Områdena tar sin utgångspunkt från Region Jämtland Härjedalens verksamheter samt regionens vision, värdegrund och verksamhetsidé och de nuvarande mål som finns (se regionplan 2016-2018).

Överordnad planeringsförutsättning

Region Jämtland Härjedalens ekonomiska situation är kritisk och den tidpunkt närmar sig, då regionen tvingas låna för att klara löpande utgifter. All verksamhet ska därför sträva efter att sänka kostnader och/eller bromsa kostnadsutvecklingen. Vidare ska verksamheten generellt avstå från höjningar av ambitionsnivån, såvida de inte bedöms leda till en högre kostnadseffektivitet eller kostnadsbesparingar i ett senare led. Anpassning till givna budgetramar är överordnat vid en eventuell målkonflikt med verksamhetens omfattning.

Regionplan 2017-2019

Planeringsförutsättningarna är starten på arbetet med regionplan 2017-2019 som kommer att pågå under våren 2016. Under våren kommer ytterligare dokument som är av vikt för det arbetet att utarbetas, t ex årsredovisning, personalbokslut, hälsovalsbokslut.

Frågeställningar som beaktas

I arbetet med att beskriva de olika områdena har följande beaktats:

- Hur verkligheten ser ut just nu, till exempel utifrån statistik.
- Rapporter, enkäter och fördjupningar som finns att ta hänsyn till.

- Viktiga förändringar som har genomförts eller ska genomföras närmsta tiden, till exempel utifrån politiska beslut, lagstiftning och nationella riktlinjer.
- Problem- och utvecklingsområden.
- Omständigheter som åläggs regionen utifrån nationella beslut med mera.

Områden i detta dokument

Inledningsvis redovisas följande områden:

- **Politisk organisation och styrning**
- **Styrmodell**

Därefter redovisas de fyra målområden som allt planerings- och uppföljningsarbete inom Region Jämtland Härjedalen utgår från

- **Samhälle**
 - Det regionala utvecklingsuppdraget
 - Länets befolkningsutveckling och socioekonomi
 - Folkhälsa
 - Miljö
 - Inspel från utskott och nämnder samt från Framtidsdagen 13 januari 2016
- **Patient**
 - Hälso- och sjukvård
 - Jämställdhet, jämlikt – nationellt att beakta
 - Patientnämndens ärenden
 - Vårdval och privata vårdgivare
 - Tandvård
- **Medarbetare**
 - Attraktiv arbetsgivare
 - Forskning, utveckling och utbildning
- **Verksamhetsresultat**
 - Verksamheternas framtidsbilder
 - Regional utvecklingsförvaltningens verksamhet och framtidsbilder
 - Ekonomi

Innehåll

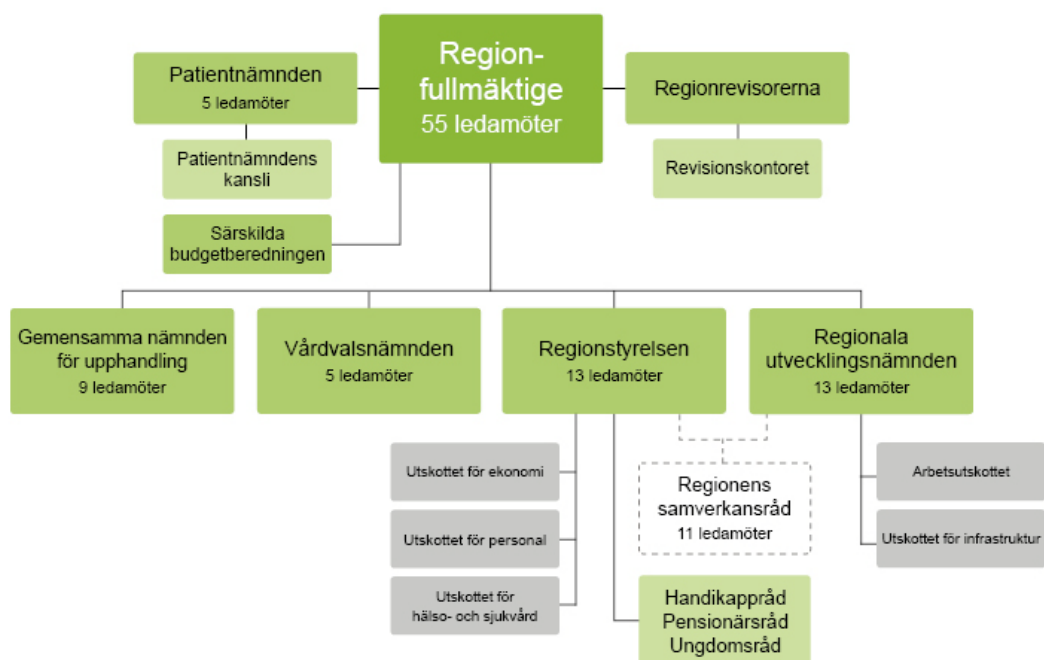
PLANERINGSFÖRUTSÄTTNINGAR 2017-2019	2
POLITISK ORGANISATION OCH STYRNING.....	4
STYRMODELL.....	6
SAMHÄLLE.....	10
Det regionala utvecklingsuppdraget.....	11
Regional utveckling och Tröndelagskontakter.....	13
Länets befolkningsutveckling och socioekonomi....	14
Folkhälsa	18
Miljöarbetet	20
PATIENT.....	22
Hälso- och sjukvård	23
Jämställdhetsarbetet – en kvalitetsfaktor	25
Befolkningsinriktning och en inledande behovsbeskrivning/analys.....	27
Nationella satsningar inom hälso- och sjukvården 2016 – 2018	32
Hälso- och sjukvård vid gränsen mellan Jämtlands län och Norge	34
Ambition med kontakterna i Norge	37
Patientnämndens ärenden	38
Vårdval och privata vårdgivare	39
Tandvård	40
MEDARBETARE	42
Attraktiv arbetsgivare	43
VERKSAMHETSRESULTAT	49
HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSFÖRVALTNINGEN.....	50

Primärvård.....	50
Område HIM (Hud, infektion, medicin)	51
Område HNR (Hjärta, neurologi, rehabilitering)	52
Område Barn	53
Område Kvinna	54
Område Barn och unga vuxna.....	54
Område Psykiatri	55
Område Kirurgi, ögon, öron	56
Område Ortopedi	57
Område Akutsjukvård.....	57
Område Diagnostik, teknik och service.....	58
Område Folk tandvård.....	59
FÖRVALTNINGEN FÖR REGIONAL UTVECKLING.....	61
Område Näringsliv	61
Område Utbildning och kompetensförsörjning	62
Område Kultur	64
EKONOMI.....	65
Finansiella intäkter och kostnader	69
Resultatförbättrande åtgärder	69
BILAGOR	71
Bilaga 1: Styrdokument	72
Bilaga 2: Bild från RUSen över vision, prioriteringar och mål.....	76
Bilaga 3: Befolkningsutveckling mm fördelat på länet och kommunerna.....	77
Bilaga 4: Statistik kring förhållanden i länet och länets kommuner.....	78

Politisk organisation och styrning

De förtroendevaldas roll är att ta ställning till och besluta om regionens övergripande mål, fördela resurser och följa resultaten i förhållande till de uppsatta målen. Vilka områden och särskilda sakuppgifter regionfullmäktige, regionstyrelsen och nämnderna har framgår av regionfullmäktiges arbetsordning och reglementen för styrelsen och nämnderna.

Politisk organisation för Region Jämtland Härjedalen från 1 december 2015



Regionfullmäktige fastställer regionens vision och strategiskt övergripande mål. Fullmäktige beslutar också om ekonomiska ramar för verksamheten och fastställer budget för Region Jämtland Härjedalen. Det är också fullmäktige som beslutar hur stor landstingsskatten ska vara och vilka avgifter och taxor regionen ska ta ut.

Regionstyrelsen och de olika nämnderna har tillsammans regionfullmäktiges uppdrag att verkställa fullmäktiges beslut. De fastställer verksamhetsplaner som utgår från de strategiska målen kopplat till deras verksamhetsområden.

Regionstyrelsen är regionens ledande politiska förvaltningsorgan med ansvar för hela Region Jämtland Härjedalens utveckling och ekonomiska ställning. Styrelsen ska se till att regionen uppfyller kraven på produktivitet, effektivitet och kvalitet. Regionstyrelsen ska också leda och samordna planering och uppföljning av regionens verksamheter och ekonomi. Styrelsens uppgifter omfattar bland annat att leda hälso- och sjukvården och tandvården (utom det som är vårdvalsnämndens ansvar), samt att ansvara för sjukresor och arbeta med frågor om hälso- och sjukvårdsrelaterad folkhälsa, jämställdhet och mångfald, forskning och utveckling och utbildningsfrågor.

Vårdvalsnämnden ska med fokus på medborgarnas behov utföra beställning av hälso- och sjukvård enligt valfrihetssystem för primärvård eller annan vård och frågor som rör lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för sjukgymnastik samt hälso- och sjukvård utöver hälsoval som utförs av privata vårdgivare efter upphandling enligt lagen om offentlig upphandling. Nämnden ska också leda folktandvården inom regionen enligt 11 § tandvårdslagen vad avser beställning av barn- och ungdomstandvård enligt valfrihetssystem för barn- och ungdomstandvård och tandvård enligt 8a § tandvårdslagen.

Regionala utvecklingsnämnden har hand om de regionala utvecklingsfrågorna och ansvarar för de regionala utvecklingsuppgifterna som följer av lagen (2010:630) om regionalt utvecklingsansvar, regionens kulturverksamhet, fördelar bidrag och fullgör regionens uppgift som regional kollektivtrafikmyndighet. Nämnden ska också arbeta med internationella frågor, frågor om folkhälsa, utom hälso- och sjukvårdsrelaterad folkhälsa, klimat, energi och miljö, ur ett regionalt perspektiv, jämställdhet- och mångfald ur ett regionalt perspektiv och enligt uppdrag från staten och forskning och utveckling. Nämnden är också styrelse för folkhögskolorna. Utifrån sina uppgifter har nämnden både en beställar- och en utförarroll

med fokus på medborgarnas behov, till exempel vad gäller infrastruktur, samt fokus på verksamheten utifrån nämndens utvecklingsansvar.

Patientnämnden har till uppgift att främja kontakterna mellan patienterna och hälso- och sjukvårdspersonalen och tandvårdspersonalen, samt förmedla information till patienterna.

Uppgifterna för **Gemensam nämnd avseende samordnad upphandling, lagerhållning och distribution av sjukvårdsprodukter m.m.** är att på affärsmässiga villkor svara för samordnad upphandling, lagerhållning och distribution av sjukvårdsprodukter samt erbjuda hjälpmedel för funktionshindrade.

Regionstyrelsens och regionala utvecklingsnämndens utskott arbetar med fördjupning, analys och framtidsbevakning inom fokusområden och strategiska utvecklingsområden. Utskotten arbetar också med inspel till planeringsförutsättningar, regionplanen och till styrelsens respektive regionala utvecklings-nämndens verksamhetsplaner. De fungerar också som en fördjupad del av styrelsens respektive nämndens uppföljningsarbete.

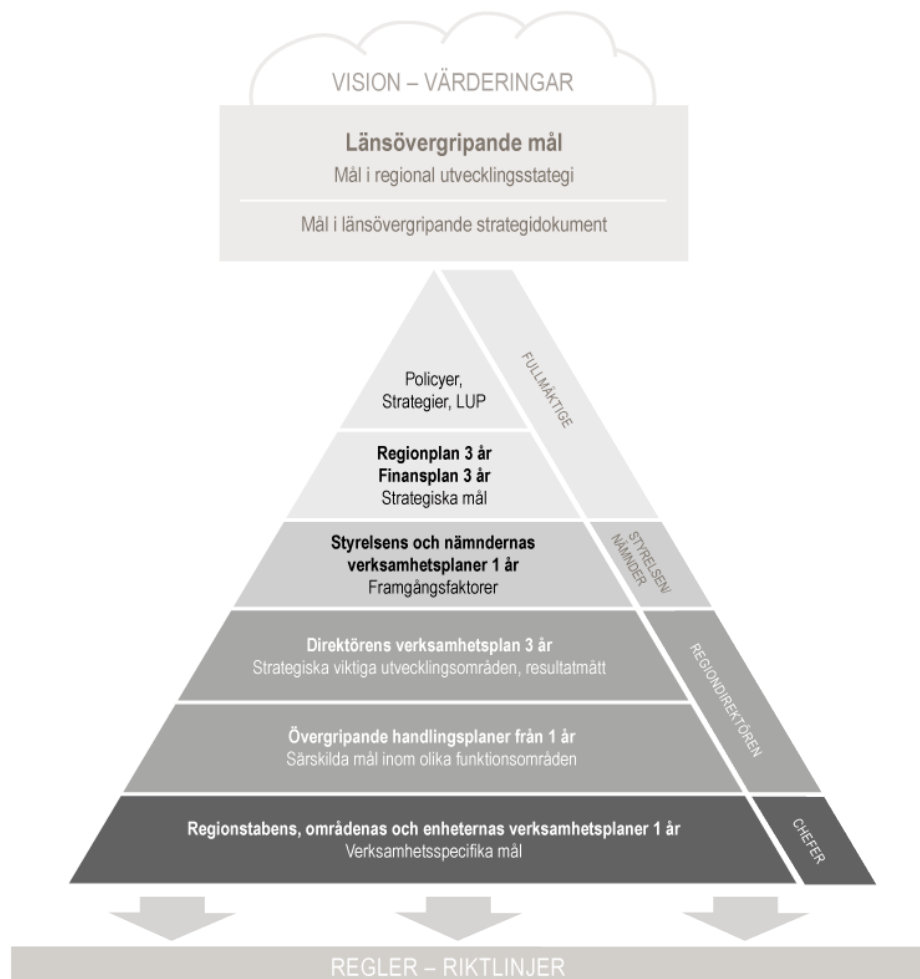
Styrmodell

Den gemensamma styrmodell som regionens politiker och tjänstemän arbetar efter är en central utgångspunkt för regionens planeringsarbete. Regionens styrmodell innebär att det finns en röd tråd i styrningen från de visioner och övergripande strategiska mål som tas i regionfullmäktige till genomförande och uppföljning på verksamhetsnivå. Styrmodellen omfattar också de styrdokument som regionen arbetar med.

De styrdokument som regionen arbetar med kan delas in i två kategorier. Dels finns styrdokument som tas fram för att styra verksamheterna inom Region Jämtland Härjedalen. I figuren nedan finns de dokumenten i triangeln. Dels finns ett antal

länsövergripande dokument som påverkar hela länets utveckling och som regionen har att förhålla sig till i sitt utvecklingsarbete. De dokumenten finns i rektangeln som balanserar på toppen av figuren.

Styrmodell för Region Jämtland Härjedalen



Länsövergripande styrdokument

De flesta länsövergripande dokumenten fastställs av regionfullmäktige. De har olika tidsperspektiv och riktar sig ofta till många aktörer, organisationer och myndigheter.

Den regionala utvecklingsstrategin (RUS) är det viktigaste styrdokumentet på denna nivå. Den är basen för arbetet med konkreta mål och aktiviteter inom prioriterade områden för utveckling och hållbar tillväxt i hela länet. Den påverkar därmed också arbetet med de styrdokument som olika organisationer och myndigheter själva tar fram. Andra länsövergripande dokument är det regionala tillväxtprogrammet, Mål för gemensam hälso- och sjukvårdspolitik 2014-2025, regionalt trafikförsörjningsprogram, klimatstrategi, innovationsstrategi, kulturplan och ungdomsstrategi.

Styrdokument för Region Jämtland Härjedalen

Policyer och strategier

Fastställs av regionfullmäktige. Policyer anger regionens värderingar och förhållningssätt till något och revideras vid behov. Strategier beskriver tillvägagångssättet för hur fattade beslut ska genomföras.

Långsiktiga utvecklingsplaner (LUP)

Fastställs av regionfullmäktige och beskriver vad som ska genomföras under en tolvårsperiod. Planerna upprättas för områden där det finns behov av en längre planeringshorisont. De utgår från policyer, vision och övergripande strategidokument och planer. För närvarande finns beslut om att långsiktiga utvecklingsplaner ska finnas inom områdena God ekonomisk hushållning, Miljö och Sjukskrivningar. Planerna revideras vart fjärde år.

Regionplan

Fastställs av regionfullmäktige. Innehåller plan för verksamheten med strategiska mål för vad som ska genomföras under en treårsperiod samt en budget för närmaste året. Regionplanen utgår från policyer, strategier, långsiktiga utvecklingsplaner och andra övergripande styrdokument. Planen revideras varje år.

Finansplan

Finansplanen innehåller finansiella mål och planer för en treårsperiod samt budget, ekonomiska ramar, investeringsplan och taxor och avgifter för närmaste året. Finansplanen hör ihop med regionplanen

Regionplanen och finansplanen innehåller de övergripande mål som regionstyrelsen och de olika nämnderna har att utgå från i sitt arbete.

Verksamhetsplaner med budget och uppföljningsplan för regionstyrelsen och nämnderna

Fastställs av respektive styrelse eller nämnd men anmäls till regionfullmäktige. Innehåller framgångsfaktorer kopplat till strategiska mål i regionplanen. De markerar vad respektive nämnd eller styrelse bedömer vara viktiga utvecklingsområden att fokusera på i styrningen det närmaste året för att verkställa fullmäktiges uppdrag och övergripande mål.

Verksamhetsplan för regiondirektören

Med vägledning av framgångsfaktorer i regionstyrelsens, vårdvalsnämndens och regionala utvecklingsnämndens verksamhetsplaner identifierar regiondirektören i sin verksamhetsplan tillsammans med förvaltningscheferna strategiskt prioriterade utvecklingsområden i form av mål. Målen ska driva på och markera behovet av utveckling. Dessutom fastställer regiondirektören aktiviteter och resultatmått som tillsammans med målen ska bidra till en väl underbyggd värdering av måluppfyllelsen för respektive övergripande mål. För de flesta resultatmått finns både årliga delmål samt ett slutligt mål för planperioden. Verksamhetsplanen fastställs av regiondirektören och gäller för tre år men revideras varje år.

Verksamhetsplanen utgör styrdokument för förvaltningarna med en gemensam del och en del för respektive förvaltning.

Verksamhetsplaner för regionstaben

Verksamhetsplan för regionstaben fastställs av regiondirektören. Planen ska innehålla verksamhetsspecifika mål för ett år med utgångspunkt från regiondirektörens verksamhetsplan och andra regionövergripande utvecklingsområden.

Verksamhetsplaner för områdena

Fastställs av förvaltningscheferna. Planerna ska innehålla verksamhetsspecifika mål för ett år med utgångspunkt från regiondirektörens verksamhetsplan.

Verksamhetsplaner för enheterna

Fastställs av överordnad linjeförordnad. Planerna ska innehålla verksamhetsspecifika mål för ett år med utgångspunkt från områdenas och regionstabens verksamhetsplan.

Övergripande handlingsplaner

Övergripande handlingsplaner upprättas för sakområden som särskilt behöver fokuseras på och där gemensamt, planerat och systematiskt arbete krävs för att driva arbetet med sakområdet framåt. I dem finns vägledning om vilka aktiviteter som varje verksamhet kan bidra med för att nå övergripande mål. Handlingsplanernas mål och aktiviteter ska ha koppling till mål i regionplan och styrelsens/nämndernas verksamhetsplaner och till lagstiftning, nationella riktlinjer och andra överenskommelser. Ett till två mål från varje handlingsplan, med särskild strategisk betydelse läggs in direkt i regiondirektörens plan alternativt som uppdrag till regionstaben. För närvarande (år 2016) finns det 15 sådana planer, bland annat för miljö, tillgänglighet och patientsäkerhet. Planerna har olika löptider, från ett till flera år. Det är regiondirektören som bestämmer vilka handlingsplaner som ska upprättas samt fastställer dem. Förvaltningsspecifika handlingsplaner fastställs av respektive förvaltningschef.

Planeringsdokument

Förutom de policyer och verksamhetsplaner som upprättas för regionen utgör följande planeringsdokument underlag i regionens styrning:

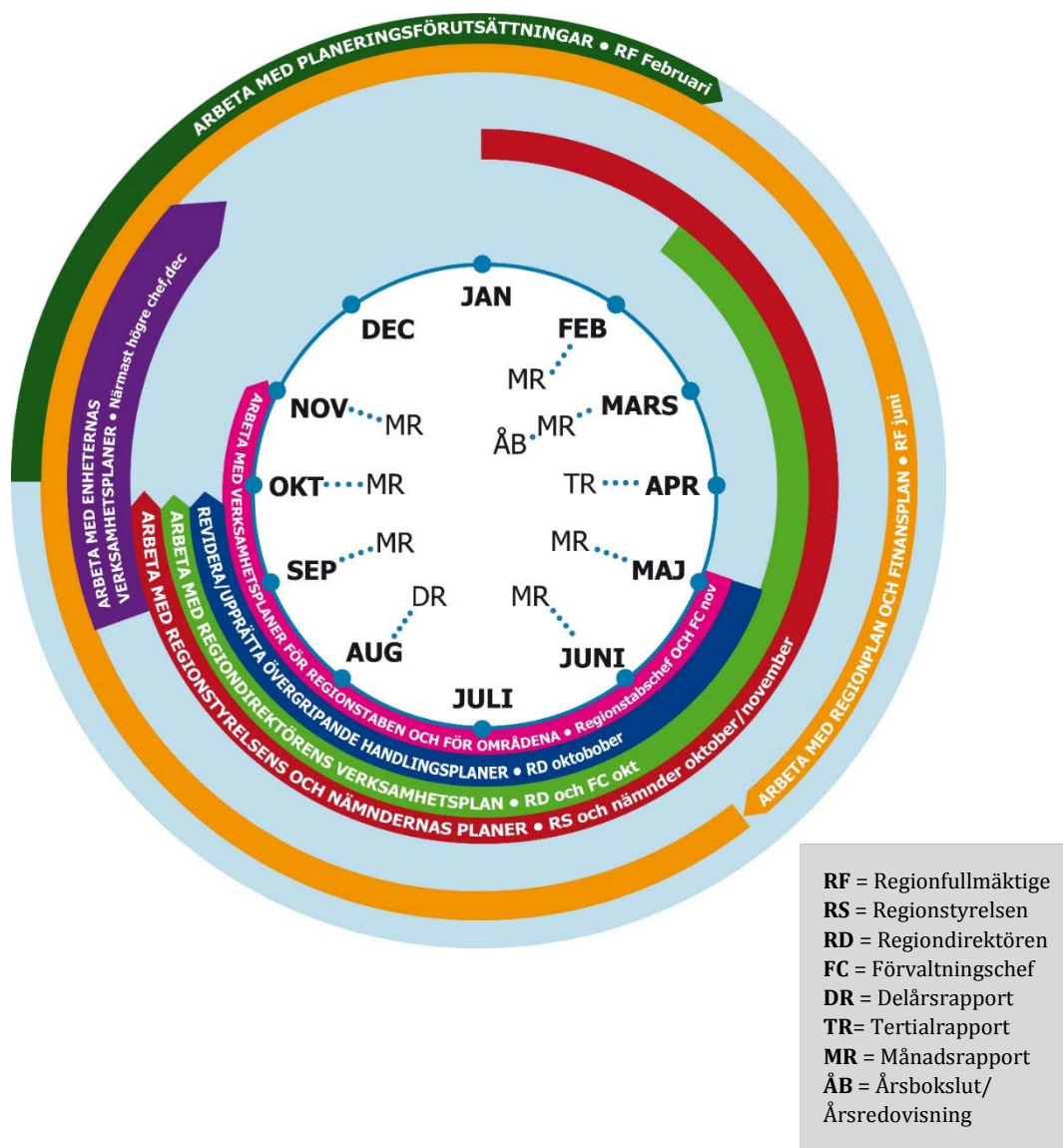
- Planeringsföresattningar
- Övergripande politiska inspel och prioriteringar
- Inspel från hälso- och sjukvårdsförvaltningen och regionala utvecklingsförvaltningen
- Ekonomiska ramar
- Månadsrapporter om resultat och ekonomi och Årsredovisningar
- Uppföljningsplan med sammanträdesplanering för respektive styrelse och nämnd
- Behovsanalyser – tas fram på begäran med specificerat ändamål och inriktning
- Enkäter – exempelvis patientenkäten

I bilaga 1 finns en sammanställning över regionens styrdokument

Uppföljning

Den kontinuerliga uppföljningen av verksamheten och måluppfyllelse sker genom månadsrapporter, tertialrapport per april och delårsbokslut per augusti samt årsbokslut till styrelse och nämnder. Regionfullmäktige behandlar tertialrapport, delårsbokslut och årsbokslut. Samtliga uppföljningar inkluderar en ekonomisk helårsbedömning.

Planeringsprocess för Region Jämtland Härjedalens styrdokument



Figuren visar att arbetet med regionens styrdokument pågår under hela året. Varje pil visar när arbete med ett styrdokument (exempelvis regionplanen) börjar och när det fastställs av slutlig instans. Den mest intensiva planeringsperioden är under hösten då arbete pågår med i princip samtliga verksamhetsplaner.

Samhälle

Område Samhälle ska spegla befolkningsaspekter där regionen kan bidra.

- ✔ Inom det regionala utvecklingsuppdraget
- ✔ Med fokus på folkhälsa
- ✔ Med fokus på resursanvändning
- ✔ Med fokus på miljö
- ✔ Med fokus på ett jämställt och jämlikt samhälle
- ✔ För samverkan med andra

Det regionala utvecklingsuppdraget som Region Jämtland Härjedalen ansvarar för sträcker sig över de flesta av regionens verksamheter. Det här avsnittet ger en beskrivning av vad det regionala utvecklingsuppdraget innebär i sin helhet. Avsnittet redogör också för länets befolkningsutveckling och socioekonomi samt områdena folkhälsa och miljö.

Det regionala utvecklingsuppdraget

Det statliga uppdraget för regional utveckling i Jämtlands län ligger från och med 2015 på Region Jämtland Härjedalen, överfört från Regionförbundet där det legat sedan 2011. Staten styr uppdraget via lagstiftning och årliga villkorsbeslut samt övriga uppdrag som tex att vara regional kollektivtrafikmyndighet, via kultursamverkansmodellen bedriva regional kulturverksamhet mm. Att bidra till genomförandet av den övergripande strategin i Europa 2020 är ett viktigt uppdrag liksom att implementera, via handlingsplaner eller externfinansierade projekt, regionens olika strategier, t ex Innovationsstrategin, Integrationsstrategin, Ungdomsstrategin m fl. Kontinuerlig uppföljning och utvärdering av regionala utvecklingsstrategin (RUS) "Jämtland Härjedalen 2030 Innovativt & Attraktivt" är centralt i sammanhanget.

Jämtland Härjedalen 2030 Innovativt & Attraktivt - Regionala utvecklingsstrategin

Den regionala utvecklingsstrategin (RUS) har fått namnet "Jämtland Härjedalen 2030 Innovativt & Attraktivt". Den lägger fast riktningen för länets strategiska utveckling. Strategins sju prioriteringar har tagits fram i ett brett partnerskap via ett flertal dialogmöten. Dialogmötena har haft högt deltagande med efterföljande remissrunda där det funnits med representanter för alla kommuner i Jämtlands län, Jämtlands läns landsting, länsstyrelsen, Mittuniversitetet, näringslivets organisationer, Gaaltije sydsamiskt kulturcentrum, besöksnäringen, idrottsrörelsen och många fler.

Namnet på strategin, "Innovativt & Attraktivt", poängterar att arbetet ger hög prioritet åt nytänkande och modernitet med framlyftning av länets starka sidor. Allt med målet om en hållbar utveckling.

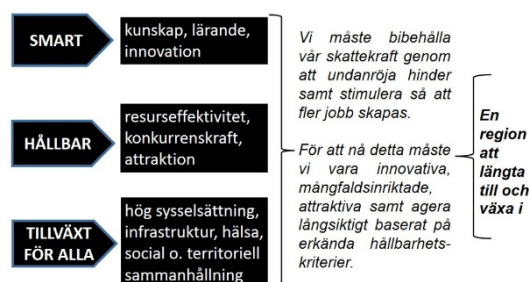
RUSens prioriteringar

Jämtlands län gör prioriteringar inom områden där förutsättningarna är goda för ett hållbart och expanderande näringsliv med stor hänsyn tagen till resurseffektivitet, jämställdhet, mångfald, god folkhälsa och ungas möjligheter. Prioriteringarna har stor överensstämmelse med de fem övergripande prioriteringarna i Europa 2020 – en strategi för smart och hållbar tillväxt för alla. Prioriteringarna baseras på omvärldsanalyser,

uppföljningar av regionala utvecklingsstrategin 2007-2013 samt inte minst en bred dialog i länet.

Länets prioriteringar ansluter också i hög grad till EU-kommissionens sju olika flaggskeppsinitiativ – digital agenda, unga på väg, innovationsunionen, ett resurseffektivt Europa, integrerad industripolitik, kompetens och arbetstillfällen, plattform mot fattigdom. Så kallade horisontella insatser som insatser för ökad jämställdhet, ökad mångfald samt minskad miljö- och klimatpåverkan ska integreras i allt utvecklingsarbete som bedrivs framöver.

Prioriteringarna omfattar områdena kunskap, lärande, innovation, resurseffektivitet, konkurrenskraft, attraktion, hög sysselsättning, infrastruktur, hälsa, social - territoriell sammanhållning och demografi. Länets arbete för att nå visionen i den regionala utvecklingsstrategin kan, utgående från prioriteringarna och Europa 2020 sammanfattas enkelt som att *"Vi måste bibehålla skattekraften genom att undanröja hinder samt stimulera så att fler jobb skapas. För att nå detta måste vi vara mångfaldsinriktade, innovativa, attraktiva, samt agera långsiktigt utifrån erkända hållbarhetskriterier"* vilket illustreras i nedanstående figur.



De sju prioriteringarna är:

- **FÖRETAGANDE** innovation, forskning och utveckling
- **KOMPETENS** och kunskapsutveckling
- **RESURSSNÅLARE** och effektivare
- **BESÖKSNÄRING** och attraktivitet
- **INFRASTRUKTUR** och samhällsservice
- **SOCIALT INKLUDERANDE** och ett sunt liv
- **DEMOGRAFISKA** möjligheter

I bilaga 2 finns en översikt som också visar de 35 målen knutna till de här prioriteringarna.

Strategins genomförande

RUSen poängterar att länets utveckling och framgång är i huvudsak beroende av länets invånares egen drivkraft, vilja, engagemang och delaktighet. Till stöd för det finns såväl nationella som europeiska strukturer och externa finansieringsmöjligheter. Att genomföra intentionerna i en regional utvecklingsstrategi är ett samverkansprogram mellan många parter i konsensus över lång tid.

Uppgiften är att förverkliga en utveckling som kräver smart tillväxt som utvecklar en ekonomi baserad på kunskap och innovation. Utvecklingen ska styras av hållbar tillväxt och främja en resurseffektivare, grönare och konkurrens effektivare ekonomi.

Region Jämtland Härjedalen behöver finnas med på alla de arenor, internationellt, nationellt, regionalt och lokalt, som kan påverka länets framtid. Många måste bidra i det arbetet och alla goda krafter som vill utveckla länet behövs. Under en tid har

resurserna i form av skatteintäkter och statsbidrag minskat och behoven ökat i vårt län. Då blir det allt viktigare att med säkerhet veta att det är rätt prioriteringar som görs i det regionala utvecklingsarbetet. Länet ska vara en bra grogrund för nya och framtida yrken.

De speciella förutsättningar som finns kring att utveckla landsbygden ställer höga krav på samarbete och samsyn. Särskilt i tider av en ökande arbetslöshet, måste det vara gemensamma krafter som söker långsiktigt hållbara lösningar. Kampen mot arbetslöshet är också en kamp för de unga kvinnorna och männens rätt till jobb och försörjning, särskilt som de i besvärliga tider utgör en av de mer utsatta grupperna.

Det utvecklingskapital som samhället styr över i form av EU:s strukturfonder, nationella regionala utvecklingsmedel och kommunernas utvecklingsinsatser måste inriktas på att skapa uthålliga jobb.

Tillsammans kan länets aktörer öka attraktionskraften i länet med regionala utvecklingsnämndens verksamhetsplan, de regionala prioriteringarna, den nya regionala utvecklingsstrategin och andra styrdokument som instrument i detta arbete. Arbetet för ökad inflyttning och förbättrat stöd till näringslivsutveckling är ett prioriterat område i arbetet liksom arbetet för ökad integration och jämställdhet.

Region Jämtland Härjedalens ansvar

Region Jämtland Härjedalen har två roller i anslutning till genomförande av RUSen.

- Att vara den pådrivande och uppföljande aktören i samverkan med alla andra aktörer i länet.
- Att beakta RUSens prioriteringar och mål i de egna verksamheternas arbete.

I bilaga 4 finns ett flertal statistiska uppgifter om förhållande i länet och i länets kommuner.

Regional utveckling och Tröndelagskontakter

Delar av näringslivet i Jämtland har av tradition ett utbyte med Tröndelag. Inom länets tillverkningsindustri har ca 1/3 affärer med Norge idag, 1/3 strävar efter att nå den norska marknaden och ytterligare 1/3 har inte dessa ambitioner. Det finns en del gränshinder beroende på norskt skydd för inhemska produkter samt att gränsen mot Norge tillika utgör "EU's yttre gräns". I olika gemensamma Interregprojekt har dessa hinder gällande både handel och offentliga tjänster lyfts upp och i vissa delar har regelförenklningar skett.

Region Jämtland Härjedalen har sedan många år haft en konstruktiv dialog med Tröndelag gällande transportsektorns utvecklingspotential med isfri hamn mm. Elektrifieringen av Meråkersbanan är ett centralt moment i dessa diskussioner och tidigare har Stortinget uttalat att elektrifiering ska ske. Tidsplanen för detta är dock oviss.

För besöksnäringen är flygplatserna i Vernes och Röros av stor betydelse. Destinationerna i Härjedalen liksom Åre söker allt mer kunder från den Europeiska marknaden och då är de direktlinjer som särskilt finns vid Vernes av stor utvecklingspotential. Regionen är representerad i flygrådet vid Vernes flygplats

Genom det mångåriga SÖT-samarbetet (Sundsvall-Östersund-Trondheim) har bland annat konceptet Green Highway utvecklats med målsättningen att etablera en grön transportkorridor från kust till kust oberoende av fossila bränslen. I detta ingår bl a en utbyggnad av laddinfrastruktur som också når utanför det ursprungliga stråket, E14. Även andra moment ingår i SÖT-samarbetet.

Inom det norsk-svenska bolaget Naboer har många samverkansprojekt drivits genom åren. För närvarande arbetas det bl a med Karolinerevenemang och utvecklingen av Sylarnaområdet.

Mittuniversitet har ett etablerat samarbete med universitets-/högskolemiljöer i Tröndelag sedan många år och potentialen för fortsatt expansion bör vara god. Forskningsmiljöerna vid SINTEF (Stiftelsen for industriell og teknisk forskning) är av största intresse för region Jämtland Härjedalen

Utifrån beskrivningen av det regionala utvecklingsuppdraget är regionens utmaning de närmsta åren:

- Tillsammans med andra aktörer i länet arbeta med Regionala utvecklingsstrategins prioriterade områden
- Utveckla Region Jämtland Härjedalens roll som ansvarig för det regionala utvecklingsuppdraget
- Utveckla samarbetet med Norge

Länets befolkningsutveckling och socioekonomi

Hur länets befolkning ser ut geografiskt och åldersmässigt samt hur utvecklingen ser ut är grunden för stora delar av regionens planering. Det handlar både om vilka behov som regionen ska tillgodose och vilka skatteintäkter som regionen kommer att förfoga över. Utvecklingen behöver också beaktas utifrån vilka konsekvenser det får för kompetensförsörjning och påverkar tillhandahållande av kommersiell och offentlig service, och näringslivsutveckling. Det är därför viktigt att Region Jämtland Härjedalens planering utgår från länets befolkningsutveckling och olikheter i socioekonomi.

Befolkningsstatistik och nyanlända

Den 1 november 2015 hade Jämtlands län 127 169 invånare, en ökning med 589 personer jämfört med november 2014. Det är det tredje året med ökning av invånare efter flera år med sjunkande invånartal. Analyser för helåret 2015 kommer att lämnas 2 mars 2016 i samband med Regiondagarna, i bilaga 3 finns analyser efter första nio månaderna 2015. Den analysen visar att de senaste årens ökningshelt beror på inflyttning av utrikesfödda.

Vid årsskiftet 2015/2016 var drygt 4000 personer i ansökningsprocess, dvs asylsökande där uppehållstillstånd ej är prövat samt personer med utfärdat uppehållstillstånd men ej ännu kommunplacerade. Av dessa är ca 1800 personer under 20 år. Utöver dessa är ca 1600 personer, vilka är kommunplacerade i regionen, inskrivna av Arbetsförmedlingen i den tvååriga etableringsfasen. Totala antalet ensamkommande barn och unga i regionen är drygt 700 st av ovanstående siffror. Sammantaget innebär det att vid senaste årsskiftet uppgick denna grupp till drygt 5600 personer, dvs motsvarande en nionde kommun i länet.

Under 2015 (per 1 nov) har fyra av länets kommuner ökat sin befolkning, Bräcke står stilla och Ragunda och Berg tappar ett fåtal medan Strömsund tappar hela 165 personer. Siffrorna för Krokom är särskilt intressanta, här finns ett födelseöverskott om 43 personer,

143 födda barn (per 30/9), 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. Att få så många som möjligt av de personer som nu håller uppe siffrorna, det vill säga inflyttade utomeuropeiskt födda, samt de som ej har uppehållstillstånd och ligger utanför de här siffrorna, att långsiktigt etablera sig i länet är mycket viktigt ur många aspekter.

Prognosen för befolkningen i länet visar en minskning med cirka 7 000 invånare fram till år 2032, obeaktat den stora inflyttningen hösten 2015. 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.

En åldrande befolkning

I åldersgruppen 25-69 år sker en stor minskning med 8 000 invånare till 2032. Denna minskning kan hållas tillbaka vid framgångsrik integration och matchning mot arbetsmarknaden. Gruppen 70-79 år förväntas öka med 2 500 invånare fram till år 2022 och ligger därefter på ungefär samma nivå fram till

2032. Gruppen 80 år och äldre ligger relativt stilla fram till 2022, men ökar därefter kraftigt med 3 000 invånare, eller 33 %.

Långtidsutredningens delårsrapport Demografins regionala utmaningar (SOU 2015:101) som presenterades i december 2015 skriver att 87 % av befolkningstillväxten till 2040 beräknas ske i storstäderna och att utvecklingen med ungdomar som flyttar till storstäderna väntas förstärkas ytterligare.

Fortsatt utomeuropeisk inflyttning?

I Migrationsverkets prognos för 2016, publicerad 2016-02-04, påtalas att ”det går knappast att tala om en prognos längre. Framtiden bygger helt och hållet på politiska beslut och ageranden på EU-nivå och i Sverige”, men ändå lägger verket fram olika scenarier baserat på skeenden i omvärlden.

UNHCR antar att cirka en miljon människor kommer söka sig till Europa under 2016. Drivkrafterna hos människor för att lämna sina hemländer har inte avtagit, utan är snarare större än någonsin. En utveckling liknande den under hösten 2015, där antalet asylsökande ökar kraftigt i Europa och Sverige, går inte att utesluta, skriver Migrationsverket.

Migrationsverket har tre scenarier a/ 140000 asylsökande, varav 27000 ensamkommande barn. b/ 100000 asylsökande, varav 18000 ensamkommande barn c/ 70000 asylsökande, varav 12000 ensamkommande barn. Verket baserar sina verksamhetsberäkningar för 2016 på mellanalternativet.

De skriver vidare att ”boendesituationen kommer vara mycket ansträngd i början av året och löper stor risk att bli akut igen under hösten, trots sänkta krav i upphandlingen av asylboenden.

Antalet personer som kommer att behöva bosättning i en kommun kommer att öka betydligt under de kommande åren – cirka 160000 personer fördelat på 2016 och 2017. Dessa är personer som beviljats skydd samt deras anhöriga. Det här kommer att ställa stora krav på kommunerna i form av bostadsförsörjning och skolgång, samt på Arbetsförmedlingens etableringsuppdrag. Samtidigt är cirka en tredjedel av de inskrivna

i Migrationsverkets mottagningssystem i skolåldern, vilket ställer ytterligare krav på kommuner att erbjuda skolplatser till alla.”

Långtidsutredningen, december 2015, prognosticerar i ett längre perspektiv att ”..... 63% av folkökningen fram till 2040 beräknas utgöras av personer födda utanför Europa tillhörande kategorin ”låg eller medelhög välfärds- och utvecklingsnivå” (HDI, Human Development Index).” HDI är ett jämförande mått på förväntad medellivslängd, läskunnighet, utbildning och levnadsstandard för jordens länder.

I 2015 års ranking ligger de länder som idag är kraftigt dominerande i den svenska – och jämtländska – inflyttningen långt ner bland världens länder; Syrien 134, Afghanistan 171 och Eritrea rank 186.

Innebörden av det är att omfattande utbildningsinsatser krävs eftersom Sveriges arbetsmarknad tydligt efterfrågar eftergymnasial kompetens.

Möjlighet eller krokande under överansträngda system?

Demografiska möjligheter är en av prioriteringarna i den regionala utvecklingsstrategin. Det är bland annat beskrivet som ”större utomnordisk inflyttning är önskvärd och kan hjälpa länet att klara arbetskraftsförsörjningen inför stora pensionsavgångar. Samtidigt berikar det vårt län med mångkulturell renässans och ger oss nya kontakter mot världen”.

Länsstyrelsen beskriver i rapporter till Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) läget för kommunernas socialtjänster som kritiskt-allvarligt, även för utbildningssektorn är situationen allvarlig vilket accentueras allt eftersom antalet unga ökar.

Mot bakgrund av Långtidsutredningens SOU Demografins regionala utmaningar 2015, samt Framtidskommissionens motsvarande rapport 2013, är det uppenbart att det krävs stora ansträngningar för att regionen ska kunna öka sin befolkning stabilt över tid. Konkurrensen

om arbetskraften är ökande och länder, regioner samt kommuner ställs mot varandra.

För att hantera situationen är det angeläget att sätta upp en ”Task force” speciellt för denna utmaning där kommuner, länsstyrelse, näringsliv och region samt civilsamhället samlas. Arbetet måste ske tillsammans och präglas av pragmatism, strategi, nytänkande och rejäl uthållighet.

Socioekonomi

Som socioekonomisk faktor används bland annat CNI (Care Need Index) som en del vid beräkning av ersättning till hälsocentraler. CNI visar sjukdomsbördan vid olika hälsocentraler och används i ersättningssystemet med syfte att utjämna sjukdomsbördan. Högt CNI i en population indikerar socialt utsatthet och berättigar till mer primärvårdsresurser.

De variabler som används i CNI är:

- ålder över 65 år och ensamboende,
- ålder yngre än 5 år,
- ensamstående föräldrar med barn till och med 17 år,
- lågutbildade 25 - 64 år,
- arbetslösa eller i åtgärder 16 - 64 år,
- personer födda i Öst- och Sydeuropa (ej EU), Afrika, Asien eller Latinamerika, personer 1 år eller äldre som flyttade in i området.

I nedanstående tabell jämförs hälsocentralernas CNIVärden i december 2014 med december 2015

Hälsocentral	CNI>1,0 mer belastning än genomsnitt Dec 2014	Hälsocentral	CNI<1,0 mindre belastning än genomsnitt Dec 2014	Hälsocentral	CNI>1,0 mer belastning än genomsnitt Dec 2015		Hälsocentral	CNI<1,0 mindre belastning än genomsnitt Dec 2015	
Z-gränd	1,186	Odensala	0,995	Strömsund	1,236	↑	Brunflo	0,973	↓
Strömsund	1,163	Brunflo	0,993	Z-gränd	1,203	↑	Gäddede	0,971	↑
Hammarstrand	1,130	Kälärne	0,961	Backe	1,191	↑	Föllinge	0,956	↑
Backe	1,112	Lugnvik	0,953	Bräcke	1,182	↑	Frösön	0,948	↑
Bräcke	1,111	Gäddede	0,940	Järpen	1,180	↑	Lugnvik	0,940	↓
Sveg	1,106	Frösön	0,921	Hammarstrand	1,179	↑	Funäsdalen	0,933	↑
Järpen	1,108	Föllinge	0,916	Sveg	1,132	↑	Myrviken	0,931	↑
Nya Närvården	1,107	Funäsdalen	0,877	Nya Närvården	1,127	↑	Offerdal	0,916	↑
Svenstavik	1,066	Myrviken	0,873	Svenstavik	1,106	↑	Lit	0,883	↑
Stugun	1,018	Lit	0,864	Odensala	1,095	↑	Krokom	0,883	↑
Fjällhälsan	1,007	Offerdal	0,855	Stugun	1,050	↑	Hallen	0,866	↑
		Hallen	0,845	Kälärne	1,008	↑	Åre	0,827	↓
		Krokom	0,835	Fjällhälsan	1,000	---			
		Åre	0,831						

Genomsnittet i länet för den socioekonomiska tyngden är 1,0, det vill säga det som Fjällhälsan har. 2014 hade Z-gränd 18 % svårare socioekonomiskt läge än länsgenomsnittet. Åre och Krokom hade en befolkning med 17 % bättre socioekonomiskt läge.

2015 har de flesta hälsocentralerna ett socioekonomiskt tyngre läge (röda pilar). Nu är det Strömsund som har det tyngsta socioekonomiska läget (23 % tyngre än länsnittet) och Åre som har det gynnsammaste läget har förbättrat sitt läge en aning.

Det kan dock konstateras att det är stor skillnad mellan hälsocentralerna och att det 2015 är fler som mer belastning än genomsnittet.

Tekniska förutsättningar för IT-kommunikation i länet

Senaste statistiken gällande fiber-utbyggnaden i länet är från oktober 2014. Då såg det ut enligt tabellen nedan:

Kommun	Andel av befolkningen	Andel av arbetsställen
Berg	16,7	15,6
Bräcke	10,8	8,2
Härjedalen	20,1	22,3
Krokom	36,6	37
Ragunda	9,5	12,1
Strömsund	14,5	10,4
Åre	20	20,9
Östersund	71,8	67,9
Hela länet	44,8	38,3

Källa: Post och Telestyrelsen.

Siffrorna avser 100 Mbit/s vilket, grovt sett, i praktiken innebär fiber. Motsvarande siffror för oktober 2015 publiceras i januari 2016.

Utbyggnaden går mycket fort nu. Exempelvis har Bräcke kommun uppgivit att cirka 65 % av befolkningen där hade tillgång till fiber efter sommaren 2015.

All distansoberoende teknik kräver inte fiber. Länet har en nära nog 100 % täckning av bredband med ADSL-teknik.

Med täckning avses de som skulle kunna ansluta sig till ett bredbandsnät. Hur många som faktiskt är anslutna finns det inte uppgifter om.

Utifrån beskrivningen av befolkningsutvecklingen och socioekonomi är regionens utmaning de närmsta åren:

- Ge bra hälso- och sjukvård till länets befolkning, med beaktande av olikheter i länet
- Klara det behov av sjukvård som turismutveckling och flyktingmottagandet kräver
- Aktivt arbeta med att uppnå en ökad befolkning över tid
- Hantera konsekvenserna av den skillnad i socioekonomiska villkor som finns i länet
- Bidra till aktivt tillvaratagande av de inflyttades kompetenser och bidra till generös och aktiv integration
- Ge stöd kring utbyggnad av bredbandsnät som är en viktig förutsättning för länets befolknings möjlighet att nyttja distansoberoende teknik.

Folkhälsa

En av Region Jämtlands Härjedalens främsta uppdrag är att verka för att alla människor i Jämtlands län har god hälsa och möjlighet att hålla sig friska längre. Ett aktivt folkhälsoarbete är också en viktig faktor för ett attraktivt län. En viktig utgångspunkt för det arbetet är den folkhälsopolicy som tagits fram och antagits av politiker från samtliga länets kommuner.

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". Folkhälsan i Jämtlands län förbättras över tid men utvecklingen visar dock på skillnader som behöver beaktas. I folkhälsopolicyn prioriteras fyra utvecklingsområden:

- Trygga uppväxtvillkor
- Utbildning och arbete
- Hälsöfrämjande 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.

I november 2012 fastställde Jämtlands läns landsting en folkhälsostrategi. Den visar bland annat på folkhälsoområdets bredd och därmed även möjligheten för regionens alla verksamheter att medverka. Genom att beakta folkhälsopolicyn och folkhälsostrategin i sin planering av den ordinarie verksamheten har alla verksamheter möjlighet att på bästa sätt bidra till en god, jämlik och jämställd hälsa i länet.

Hälsa på lika villkor

Resultat från 2014 års undersökning visar bland annat följande:

- Hälsan är ojämlikt 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.

Hälsöfrämjande och sjukdomsförebyggande insatser

Jämtlands läns landsting numera Region Jämtland Härjedalen har sedan 2011 arbetat strukturerat med att införa Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. Ett arbete som riktats till primär- och specialistsjukvården. Den nulägesanalys som gjorts visar att många insatser görs men att mäta resultat och följa upp de insatser som görs är nödvändigt.

Säkra patientflöden för levnadsvanearbetet mellan specialistsjukvård och primärvård. Då också ett utvecklingsarbete med en regiongemensam journalföringsmetod har påbörjats där resultatmätt ingår. Uppgifter om identifiering, åtgärd samt uppföljning/resultat ska kunna redovisas i efterfrågade nationella och regionala årsrapporter/enkäter, regionalt uppdelat på kön och klinik. Syftet med denna uppföljning är att

identifiera vilka åtgärder/metoder/behandlingar som får resultat och som är kostnadseffektiva.

Sexuell hälsa

Sexuella hälsa – ett område för hälsofrämjande utveckling. Den berör alla människor, men kan se olika ut i olika åldrar och livssituation. Inom organisationen bör SRHR- Sexuell och Reproductiv Hälsa och Rättigheter finnas med i arbetet. Individens rätt till självbestämmande, integritet och självkänsla i frågan om sexualitet bör öka. Ibland påverkar mediciner och sjukdomstillstånd den sexuella hälsan. Sexuell läggning har också en påverkan på hälsan, en nyligt publicerad rapport om transpersoners hälsa, visar på att var tredje har självmordstankar.

Tobacco Endgame Rökfritt Sverige 2025

Målet med Tobacco Endgame är att rökningen ska minska till 5 procent i riket och länet till år 2025. Daglig rökning är vanligare bland personer med kort utbildning och med sämre ekonomisk kapacitet samt bland ensamstående och lågutbildade kvinnor¹. Tobakens kostnader är stora för samhället och för individen. För länet beräknas kostnaderna vara 396 miljoner kronor årligen. Genom att sätta ett tydligt måldatum när rökningen ska vara nere på en mycket låg nivå ger ny och nödvändig kraft åt arbete mot lidande och död på grund av rökningen. En viktig del i arbetet är att det finns kvalificerat stöd till tobaksavvänjning.

Hälsosamtalet i skolan

Hälsosamtalet i skolan ger möjlighet att för länets alla elever i förskoleklass, åk 4,7 och åk 1 på gymnasiet följa hälsoutvecklingen över tid på läns- och kommunnivå. Även den undersökningen visar att barn och ungas psykiska hälsa försämrats i högre åldrar. Psykosomatiska besvär bland flickor såsom stress och stress kopplat till skolarbetet är särskilt

tydlig i senare årskurser. Nätverket för föräldrastöd i länet samordnas av Folkhälsocentrum² och syftar till att bidra till trygga uppväxtvillkor och hälsofrämjande miljöer. Data från hälsosamtalet på kommun och länsnivå ger ett underlag till förbättringsarbete för elevers hälsa.

Folkhälsomyndighetens studie om Skolbarns hälsovanor fr 2014, visar att barn skattar allt mer psykiska och somatiska besvär. Med stigande ålder syns skillnader mellan flickor och pojkar där flickorna anser sig ha sämre hälsa och fler besvär såsom huvudvärk, ont i magen, sömnsvårigheter och oro. Det är också betydligt vanligare att flickor i undersökningen inte är nöjda med sin kropp. Andelen som försöker gå ner i vikt har ökat sedan den senaste mätningen. Glädjande är att levnadsvanorna förbättras över tid, utvecklingen är särskilt positiv när det gäller elevernas tobaksbruk och alkoholkonsumtion (Folkhälsomyndigheten 2014)

Hälsa för personer med funktionsnedsättningar

Personer med funktionsnedsättningar upplever i lägre grad sin hälsa som god jämfört med befolkningen i övrigt. Det gäller såväl fysisk som psykisk hälsa. Sedan 2006 då en stor genomgång av hälsan för personer med funktionsnedsättning genomfördes har ny data tillkommit. En prioritering är att ge uppdrag att göra en ny genomgång för att se hur utvecklingen sett ut över tid.

Utifrån aktuella uppgifter om folkhälsa är regionens utmaning de närmsta åren:

- Utveckla uppföljning av de folkhälsoinsatser som görs för identifiera vilka åtgärder/metoder/behandlingar som får resultat och som är kostnadseffektiva
- Fortsatt samverkan med länets kommuner för förbättrad folkhälsa
- Tobacco Endgame Rökfritt Sverige 2025
- Arbeta långsiktigt för att förbättra den psykiska hälsan bland unga
- Hälsa och livsvillkor hos personer med funktionsnedsättningar behöver belysas ytterligare

folkhälsoinsatser och är placerat, organisatoriskt sett, inom regiondirektörens staber för Hälso- och Sjukvård.

¹ Hälsa på lika villkor 2014

Miljöarbetet

Miljöarbetet i Region Jämtland Härjedalen handlar om att minimera negativa effekter på vår livsmiljö lokalt, regionalt och globalt. En god miljö är också en förutsättning för god, jämlik och jämställd hälsa, både för nuvarande och kommande generationer. I flera fall har det även ett starkt samband med vår direkta arbetsmiljö. Med miljö menas inte bara naturen och ekosystemet, utan även miljön inomhus, människors exponering för kemikalier, buller och luftföroreningar. Påverkan på människor kan vara positiv, främjande för hälsan eller negativ, störande eller skadlig. Ett grundläggande dokument för regionens arbete inom miljöområdet återfinns i regionens långsiktiga utvecklingsplan, område miljö 2014-2026 (revideras 2015).

Miljöarbete i regionen

Att arbeta förebyggande med miljöfrågor handlar också om att hushålla med resurserna. Region Jämtland Härjedalen står inför stora utmaningar med både vår direkta och indirekta påverkan på miljön. Det är också viktigt att det finns förberedelser för de risker och möjligheter som följer med ett förändrat klimat.

Region Jämtland Härjedalens alla verksamheter omfattas i olika grad av en mängd lagar och författningar inom miljöområdet. Utöver det finns globala, EU-gemensamma, nationella och regionala miljömål att förhålla sig till.

Ett stort ansvar är att vara drivande i länets utveckling för att nå en hållbar utveckling. EU 2020 är den utmaning som Europa står inför, där regionernas uppgift blir att förverkliga en utveckling som kräver smart tillväxt som utvecklar en ekonomi baserad på kunskap och innovation. Utvecklingen ska styras av hållbar tillväxt och främja en resurseffektivare, grönare och konkurrenseffektivare ekonomi.

Regional utvecklings prioritering RESURSSNÅLARE OCH EFFEKTIVARE inom Europa 2020's område Hållbar tillväxt och tillika övergripande mål 2030 enligt regionala utvecklingsstrategin 2014-2030

- En säker, uthållig och hållbar energitillförsel för länets företag och hushåll.

- Hög energieffektivitet inom boende/byggnad, kommunikationer och industri.
- Ledande nettoexportör av förnybar energi i landet genom ökad produktion.
- Transporter, industri och värme i länet oberoende av fossil energi.
- Kraftfullt arbete inom alla samhällssektorer för att hantera klimatförändringar.
- Värden från länets naturresurser bör återföras till bygden.

I Region Jämtland Härjedalens långsiktiga utvecklingsplan (LUP), område miljö 2014-2026 finns utmaningar, långsiktiga mål och prioriterade aktiviteter för den egna verksamheten beskrivna. LUP miljö utgör ett grundläggande dokument för planeringsförutsättningarna för arbetet inom miljöområdet.

Att ställa krav på miljö, hälsa och resurseffektivitet i upphandlingar och inköp är en av grundförutsättningarna för en hållbar utveckling av verksamheten. Det är också viktigt att göra uppföljningar av avtal och utvärdera resultatet av upphandlingarna för att uppnå förbättringar.

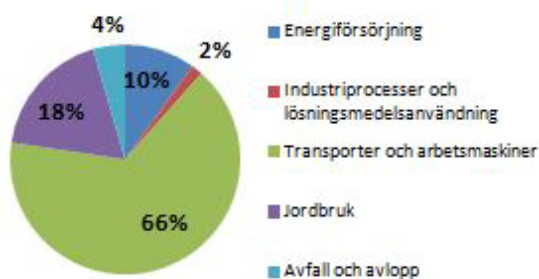
Ett prioriterat område i den långsiktiga utvecklingsplanen är regionens egen hantering av kemikalier och kemiska ämnen i varor, som förutom en negativ miljöpåverkan kan utgöra en arbetsmiljörisk för personal och patienter.

Eftersom barn och unga är särskilt känsliga för skadliga ämnen är också fokus på att minska flickor

och pojkars exponering för främst hormonstörande ämnen prioriterat.

Resor och transporter är en annan stor utmaning såväl för den egna organisationen som för länet som helhet. Jämtland är det län i landet som reser mest med bil räknat i antal mil per år och person vilket till stor del hör samman med länets geografiska fördelning av befolkningen och kollektivtrafikförsörjningen. Resor och transporter är också det som orsakar de största klimatpåverkande utsläppen i länet.

Klimatpåverkande utsläpp Jämtlands län 2012



Huvudmål ur "Klimatstrategi för Jämtlands län med mål och åtgärder år 2014–2020":

- Länets klimatarbete kvalitetssäkras och följs upp i samarbete med länets aktörer.
- Minska utsläpp av växthusgaser med 50 procent i länet jämfört med år 1990.
- Effektivisera energianvändningen med minst 30 procent jämfört med år 1990.
- Öka medvetenheten kring konsumtionens klimatpåverkan.
- Öka exporten av förnybar energi med 25 procent jämfört med år 2012.

och besöksnäringen har skaffat sig kunskap om vilka risker och möjligheter som finns inom organisationens ansvarsområde/geografiska område kopplat till ett förändrat klimat, samt bestämt åtgärder och skapat rutiner för hur åtgärderna kan hanteras inom branschen på kort och lång sikt.

Regionala miljömål

Inom åtgärdsprogrammet för de regionala miljömålen 2013-2016 är sju miljömål prioriterade i länet (Länsstyrelsen dnr 501-4254-2013). Utifrån bedömningskriterier har miljömålen Begränsad klimatpåverkan, Giftfri miljö, Levande sjöar och vattendrag, Levande skogar, Ett rikt odlingslandskap, Storslagen fjällmiljö samt God bebyggd miljö benämnts som mycket angelägna mål att kraftsamla kring i länet. Prioriteringarna baseras på resultaten av tidigare bedömningar och indikatoruppföljningar i Jämtlands län.

Några av de utmaningar som pekas ut för länet är:

- minska utsläpp från person- och godstransporter
- öka produktionen av förnyelsebar energi, inklusive drivmedel
- planera för en långsiktig och säker dricksvattenförsörjning
- lyfta fram fördelar med lokala råvaror (Rikt odlingslandskap)
- öka kunskap om skadliga ämnen som människor kan exponeras för i konsumtionsvaror
- minska utsläpp av miljögifter, i synnerhet till sjöar och vattendrag
- effektivisera resursanvändning och minska avfallsproduktion

Nya regionala miljömål kommer att atts fram under 2016.

Regionens långsiktiga utvecklingsplan för miljö behöver följas upp under 2016

Offentligt tillgänglig information

Utifrån avsnittet om miljö är regionens utmaningar de närmsta åren:

- Att minska människors exponering (särskilt för barn och unga) för skadliga kemikalier och kemiska ämnen
- Minska koldioxidutsläppen från resor och transporter
- Minska avfallsmängderna och öka andelen avfall som går till återvinning
- Ökat fokus på hållbara inköp för att minska miljöpåverkan från vår konsumtion
- Systematiskt arbete med energieffektiviseringar
- Minskad klimatpåverkan från medicinska gaser
- Ökad andel ekologiska och socialt-etiskt producerade livsmedel.

Patient

Området patient ska fånga patienternas uppfattning om och medicinska resultat av given vård.

- ✔ Där patienter själva värderar vården
- ✔ Med fokus medicinsk kvalitet
- ✔ Övriga mål med syfte att erhålla ett stabilt eller bättre arbetssätt som i nästa steg blir bättre för patienten och medverkar till en jämställd och jämlik vård.

Region Jämtland Härjedalens mest omfattande uppdrag utifrån ekonomi och antalet anställda är hälso- och sjukvården. I det här avsnittet beskrivs hälso- och sjukvården utifrån de prioriterade fokusområdena inom området samt kvalitetsdimensioner för en god vård. Ytterligare områden som beskrivs i det här avsnittet är Patientnämndens ärenden, Tandvården och Vårdval och privata vårdgivare.

Hälso- och sjukvård

Hälso- och sjukvården ska erbjuda en vård som håller hög kvalitet, är kunskapsbaserad och tillgänglig, säker samt utförs kostnadseffektivt. Vården ska ges efter behov och vara jämställd och jämlik för kvinnor, män, flickor, pojkar. Utifrån politiskt övergripande mål har regiondirektören satt upp fyra prioriterade fokusområden för hälso- och sjukvården 2016. Fokusområdena är tillgänglighet till vård, effektivitet = kvalitet och produktivitet, attraktiv arbetsgivare och mest sjuka äldre. Tillsammans bildar fokusområdenas första bokstav ordet TEAM som också är en signal till hur vårdarbetet ska bedrivas.

Tillgänglighet till vård

Den lagstyrda vårdgarantin reglerar inom vilka tidsgränser en patient ska erbjudas vård, däremot regleras inte om vård ska ges eller vilken vård som kan komma ifråga. I samtliga av vårdgarantins mätområden är målvärdet 100 %. Målen uttrycks med sifferserien 0-7-90-90, som anger kraven på maximal väntetid för de olika stegen i vårdprocessen. Vilket innebär att flickor, kvinnor, pojkar och män ska få tillgång till hälso- och sjukvård utifrån sina medicinska behov, inom rimlig tid

- Andelen besvarade telefonsamtal, 0-an: patient ska få kontakt med primärvården samma dag som man ringer.
- Besöksgarantin till läkare inom 7 dagar: om primärvården bedömer att patient behöver läkarkontakt ska sådant besök erbjudas inom högst sju dagar.
- Första besök i specialiserad vård: patient som efter medicinsk bedömning av distriktsläkare, behöver besöka den specialiserade vården, ska hen få en tid senast 90 dagar efter beslutet om remiss.
- Behandling i specialiserad vård: bedömer den specialiserade vården att patient behöver behandling, ska behandling erbjudas senast 90 dagar efter beslutet.

Långsiktiga aktiviteter för att förbättra tillgängligheten till första besök och behandling är

det förbättringsarbete som pågår med produktions- och kapacitetsplanering

Under 2015

Ett nytt gemensamt journal system (från VAS till COSMIC) har införts i primärvården och den specialiserade vården. Journalbytet har kostat mycket arbetstid – under hela året dels utbildningsinsatser till vårdpersonalen inför journalbytet och dels den längre tid det tagit för samtliga att komma in i det nya arbetssättet. Det har såklart påverkat produktionen och därmed tillgängligheten. Det har inte funnits vikarier att tillgå i tillräcklig utsträckning för att täcka upp vid utbildning, med produktionsbortfall under våren som följd. Produktionsbortfallet har sakta återhämtat sig under senare delen av hösten dels med hjälp av kvällsmottagningar och köpt vård. Förhoppningsvis kommer därför 2015 vara en parantes i tillgänglighetshänseende.

”Mest sjuka äldre” och personer med långvariga vårdbehov

De ”mest sjuka äldre” definieras som en riskgrupp av män och kvinnor (över 65 år) med flera vårdbehov där både hälso- och sjukvård och socialtjänst behöver samarbeta och samordna åtgärder för att personen ska få så bra livskvalitet som möjligt. Den kunskap som byggts upp både i Region Jämtland Härjedalen och länets

kommuner om förebyggande arbetssätt behöver fortsatt utvecklas.

Under 2015 har arbetet bedrivits med Ledningskraft utifrån handlingsplan. Införande av preventivt arbetssätt har fortsatt pågått inom både kommuner och region Jämtland Härjedalen. Kvalitetsregistret Senior Alert inkluderar efterhand allt fler riskområden, som kan bli möjliga att följa. Förebyggande av fall är ett av riskområdena. Flera arbeten med syfte att minska fallskador har över tid genomförts, bland annat fallkampanj under äldreveckan. Trots det har länet hög andel fallskador.

Sammanhållen vård har varit ett fokusområde i arbetet, där implementering av geriatriskt stöd, samordnad vårdplanering samt pilot ”trygg och säker utskrivning” ingått. Resultatmässigt har inte antalet återinskrivningar förbättrats under året.

Arbete pågår också inom ramen för Ledningskraft att sprida kunskap om och öka täckningsgrad i följande kvalitetsregister: RiksSår, SveDem och Palliativregistret. Täckningsgraderna i respektive register behöver vara tillräckligt höga för att säkerställa att resultat inte beror på slump p.g.a. för osäkra underlag.

Lindrane vård – palliativ vård kan vara aktuell, då bot för en person oavsett ålder, med svår sjukdom, inte längre är möjlig. Kunskapen är under uppbyggnad och innebär ett medvetet förhållningssätt i omhändertagande för att kunna hjälpa den sjuke mannen, kvinnan, flickan eller pojken och dess närstående.

Både för äldre och yngre personer med långvariga sjukdomar kan vissa vårdbehov tillgodoses genom användande av distansöverbryggande teknik. Om förutsättningar finns att ge vård på distans kan det underlätta för en vårdbehövande t.ex. att komma i kontakt med specialist. Fler personer än tidigare kan med rätt stöd ge sig själva vård i hemmet, så kallad egenvård. Genom att använda digital teknik ökar möjligheten att uppnå en god, jämlik och tillgänglig hälsa för alla i samhället. Kvinnor och män får möjlighet till ökad delaktighet, självständighet och trygghet. Satsningen på e-hälsa är en del av regeringens arbete med att uppnå målen i den digitala agendan – som syftar till att Sverige ska bli bäst i världen på att använda digitaliseringens möjligheter. Det inkluderar att

kliniskt verksam personal får kompetensutveckling för att kunna stödja patienterna i användning av digital teknik.

Överbryggande strukturer för kunskapsstyrning inom socialtjänst och angränsande hälso- och sjukvård behöver fortsatt stöd från ledning för att möjliggöra utveckling i kommunerna och Region Jämtland Härjedalen, efter att de nationella satsningarna fasats ut. Strukturerna ger förutsättningar för att de kliniskt verksamma personalkategorierna nära patienter/personer får förutsättningar att arbeta utifrån bäst kända kunskap.

Effektivitet= kvalitet och produktivitet

En målmedveten satsning för att förbättra tillgängligheten och vårdens kvalitet innebär att fokusera på förbättringsarbete. Dels med hjälp av Lean filosofin med ett tydligt fokus på ständiga förbättringar och med ett tydligt kundperspektiv i verksamheternas flöden.

Produktions- och kapacitetsplanering är en metod och ett pågående arbetssätt som syftar till att förbättra medborgarnas tillgänglighet till hälso- och sjukvård. Implementering av olika metoder för att bedriva kvalitetsarbete är viktigt och det kräver systematik i kunskapsuppbyggnad hos all personal. Egenkontroll och kvalitetsuppföljning är viktiga komponenter för att med ständiga förbättringar som ledord åstadkomma effektivitet lika med kvalitet, patientsäkerhet och produktivitet

Läkemedel

Läkemedel är en viktig och vanlig behandlingsmetod i hälso- och sjukvården. Rätt använda kan läkemedel förebygga, lindra och bota många sjukdomar och symtom. Dagens läkemedelsmarknad är under ständig förändring både när det gäller nya godkännanden, tillgänglighet och prisutveckling. För att kunna garantera alla kvinnor och män, pojkar och flickor en bra vård, behövs ibland prioriteringar så att resurserna räcker till. Det är viktigt att känna till om nyttan av en läkemedelsbehandling motsvarar dess kostnad. Nationellt samarbetar landstingen och regionerna med ordnat införande för en mer jämlik, ändamålsenlig och kostnadseffektiv användning av nya läkemedel. Den snabba utvecklingen av nya dyra läkemedel, kan innebära höga kostnader på kort tid som inte hunnit

budgeterats. Även om Regionen tar beslutet att inte följa det nationella införandet, så kan kostnaden ändå tillfalla Regionen Jämtland Härjedalen, om patienten får läkemedlet utskrivet från annat landsting. Läkemedelskostnaden faktureras regionen i efterskott.

Livsnödvändiga läkemedel måste finnas tillgängliga på plats när de behövs. Det ställer krav på en säker och kostnadseffektiv läkemedelsförsörjning. Läkemedelsförsörjningen till sjukvården är upphandlad enligt Lagen om offentlig upphandling och drivs idag av en extern leverantör. Många landsting driver detta helt eller delvis i egen regi idag, vilket kan vara en möjlighet även för Region Jämtland Härjedalen i framtiden.

Med den ålderskurvan som beskrivs tidigare detta dokument kan man med hjälp av dessa uppgift (från Region Jämtland Härjedalen) se att med åldrande befolkning kommer också läkemedelskostnaderna att öka.

Ålder	Förmån inkl moms / TIND
0 - 4	786,00
5 - 14	1 310,00
15 - 44	2 590,00
45 - 64	6 158,00
65 - 74	9 423,00
75 - 84	11 963,00
85 -	11 308,00

Patientsäkerhet

Patientsäker vård och behandling är en grundnivå för kvalitet och ett centralt område för Region Jämtland Härjedalen. Målet är att ingen patient ska drabbas av undvikbar vårdskada. Strävan efter nollvision av vårdskador är en viktig del i regionens ledning, styrning och utveckling. Att jämföra och utvärdera verksamheternas resultat gentemot uppgifter i nationella register, öppna jämförelser, SKL-mätningar bidrar till en ökad patientsäkerhet. Ett annat led i arbetet med att förbättra vården är krav om att utreda alla vårdskador inklusive händelser som medfört eller kunnat medföra vårdskada. Utifrån de mätningar och beräkningar som Sveriges Kommuner och Landsting gjort av

vårdskador i Sverige framgår att en hög andel av vårdens resurser går till att behandla vårdskador. Markörbaserad journalgranskning har visat sig vara ett bra sätt att hitta undvikbara vårdskador. Underlag för tiden 1 januari 2014 – 30 oktober 2015 visade för rikets del att andelen skador var 11 % (av dessa var 21 % vårdskador), medan Region Jämtland Härjedalen hade betydligt högre andel skador. Skillnaden var så pass hög att metodfel kan ha påverkat resultatet. Därför har granskningarna övertagits av granskare inom Patientsäkerhetsenheten.

Jämställdhetsarbetet – en kvalitetsfaktor

Region Jämtland Härjedalen har beslutat att arbeta med jämställdhetsintegrering som strategi och intersektionalitet som analysverktyg för att uppnå en jämställd och jämlik vård och verksamhet. Beslutet om jämställdhetsintegrering togs i och med undertecknandet av CEMR-deklarationen 2009. I den framgår att ett genusperspektiv ska tillämpas på planeringen, finansieringen och tillhandahållandet av hälso- och sjukvårdstjänster. För att jämlikhetsperspektivet ska inkluderas krävs kunskap om hur olika diskrimineringsgrunder samverkar och påverkar bland annat kvinnor, män, flickor och pojkars hälsa och tillgång till vård. Arbetet med jämställdhetsintegrering kräver många gånger en förskjutning av makt och att resurser omfördelas.

Det finns fortfarande många stora och svåra utmaningar för att få till ett systematiskt för jämställdhetsintegrering, vilket även revisionsrapporten *Granskning av Jämställdheten inom vården i Jämtlands läns landsting HT 2012 (dnr rev/15/2012)* visade på. Mycket av det som framkom i den rapporten är fortfarande aktuellt. Arbetet med en jämställd och jämlik vård är främst förankrat inom den politiska organisationen och i regionstaben. Enligt revisionsrapporten är arbetet med jämställd vård ett utvecklingsområde som inte nått ut i linjeorganisationen.

Jämställdhet, jämlikhet och diskriminering – nationellt att beakta

Jämställdhetspolitiska utredningen släpptes i början av oktober 2015. Utredningen föreslår två nya delmål i jämställdhetspolitiken; ”Jämställd vård, hälsa och omsorg” och ”Jämställd utbildning” som båda berör regionens arbete. Utredningen har sett över hur jämställdheten i Sverige har utvecklats under de senaste 10 åren och bland annat konstateras:

- att mäns våld mot kvinnor är konstant eller möjligt något ökande. Det enda positiva är att samhällsaktörer som har ansvar för frågan har förbättrat sitt arbete något.
- att det fortfarande är stor skillnad i övergång till högre studier mellan flickor och pojkar. Utredningen konstaterar även att den högre utbildningsnivån hos kvinnor ännu inte gett några tydliga effekter på kvinnors ställning i arbetslivet.
- kvinnors löner är fortsatt lägre.
- kvinnors arbetstid har ökat men arbetar mer deltid vilket leder till lägre inkomster och pensioner.

Barnkonventionen blir eventuellt lag.

Utredningen ska vara klar februari 2016 därefter remiss – lagen kan vara klart till 2017.

En nationell kommission för jämlik hälsa har bildats och statsministern har påtalat att de påverkbara hälsoklyftorna ska slutas inom en generation. Främst är fokus på skillnaderna utifrån utbildningsnivå men även kön.

I slutet av hösten 2015 ska

Folkhälsomyndigheten slutredovisa sitt uppdrag om utbildning och hälsa. Rapporten kan vara av intresse för regionens arbete.

I mars 2016 ska Folkhälsomyndigheten slutredovisa sitt uppdrag om att följa upp hälsan och förutsättningar för hälsan för personer med funktionsnedsättningar.

Utredningen om aktiva åtgärder mot diskriminering lämnade sitt betänkande i juni 2014. Förslag var att de aktiva åtgärderna ska utökas till att omfatta samtliga diskrimineringsgrunder samt att lönekartläggningar ska göras årligen. Propositionen med bland annat ovanstående förslag är nu överlämnat till lagrådet (februari 2016). Förslagen förväntas gå igenom i riksdagen.

Regeringen aviserar i budgetpropp 2016 att förslagen i **nationell strategi mot mäns våld mot kvinnor och hedersrelaterat våld och förtryck** kommer att ligga till grund för regeringens fortsatta överväganden på området. Remiss pågår avseende betänkandet under hösten 2015. Strategiperiod 2016-2025. Detta kan komma att påverka regionen.

FN-kommittén för barnets rättigheter saknar barnkonsekvensanalyser på samtliga samhällsnivåer. Om det kommer att påverka regionen är oklart.

Befolkningsinriktning och en inledande behovsbeskrivning/analys

I inledande avsnitt framgår att befolkningen i Jämtlands län har ökat till 127 169 personer den 1 november 2015. Enligt analysen beror ökningen på inflyttning av utrikes födda. Utöver dessa personer finns ca 3500 asylsökande i länet (december 2015). Befolkningsunderlaget på längre sikt (2032) prognostiseras att minska. För hälso- och sjukvården kommer det inte att innebära att behovet minskar i motsvarande grad. Till följd av att befolkningen blir äldre kommer efterfrågan på viss sjukvård att öka. Åldersgruppen 25 – 69 år prognostiseras minska medan gruppen 70-79 år förväntas öka fram till 2022.

Jämfört 2015 mot 2014 har flera hälsocentraler ökat socioekonomisk tyngd (CNI), dvs. över 1,0. 2014 hade 11 hälsocentraler CNI >1,0 medan 2015 hade antalet ökat till 13.

En ökad tillströmning av flyktingar bidrar sannolikt till högre CNI för hälsocentralerna, dvs. en ökad belastning. Flyktingars hälso- och sjukvårdsbehov kan variera, dock handlar det ofta om barn och gravida. Sjukdomspanorama kan variera. Analys av behov ur ett lite längre perspektiv behöver göras. En behovsanalys kan innebära att olika inriktningar är fokus utifrån vad som ska belysas. Det blir skillnad i inriktning om analysen ska göras utifrån befolkningens uttryckta behov, eller om analysen ska göras utifrån en kartläggning av sjukdomsmönster. Behovsanalyser bör göras utifrån beslutade arbetsplaner med tydliga uppdrag.

Denna beskrivning kan möjligen bidra till att koppla samman vissa fakta i befolkningssammansättning med indikatorer för jämförelse och peka på ett möjligt framtida sjukvårdsbehov.

Levnadsvanor är viktiga underlag på befolkningsnivå. Ur resultat från Hälsa på lika villkor framgår att 57 % av männen och 46 % av kvinnorna i länet var överviktiga/feta. För männen är det lika med rikets resultat medan kvinnorna i länet ligger högre än kvinnorna i riket (41 %).

Resultat från Föräldrabarn hälsans rapport 2014 visar att andelen feta och överviktiga barn var 12,5 %. Över tid har andelen varierat mellan 11-drygt 13 %. Se nedan för tidsserie.

Andra levnadsvanor som kan vara underlag för behovsanalyser är tobaksbruk och alkoholvanor. Frågor till patienterna i patientenkäter visar ofta att patienter inte i så hög utsträckning uppfattat sig ha blivit tillfrågade om levnadsvanor.

Perspektivet förebyggande, dvs. hälsofrämjande respektive sjukdomsförebyggande hälso- och sjukvård behöver fortsatt förtydligas. Nationella riktlinjerna för hjärtinfarkt och stroke trycker på vikten av att personer som drabbats av dessa sjukdomar slutar att röka. För båda diagnoserna har Socialstyrelsen satt ett målvärde att 75 % av de personer som tidigare rökt ska vara rökfria vid uppföljning. Resultaten för region Jämtland Härjedalen har förbättrats för båda, men målnivån nås inte.

Ur hälsosynpunkt är screening för riskbruk av alkohol och tobaksvanor under graviditet viktiga både för den blivande modern och barnet. Det finns allt starkare vetenskapliga belägg för att förebyggande åtgärder för att minska riskbruk av alkohol och upphöra med tobak under graviditet och småbarnstid är hälsofrämjande för både barn och moder.

Ett sätt att mera långsiktigt följa upp effekter av insatser är att ta del av resultat för hälsopolitisk åtgärdbar dödlighet. I underlaget ingår individer, som avlidit i någon av de diagnoser som ingår i indikatorn. Diagnoserna är motortrafikolyckor, lungcancer, cancer i matstrupe och leverscirros. Det är diagnoser som anses möjliga att påverka med bredare hälsopolitiska insatser, t.ex. rökavvänjningsinsatser och förbättrade alkoholvanor. Män har högre antal dödsfall än kvinnor i aktuella diagnoser än kvinnor både i länet och riket.

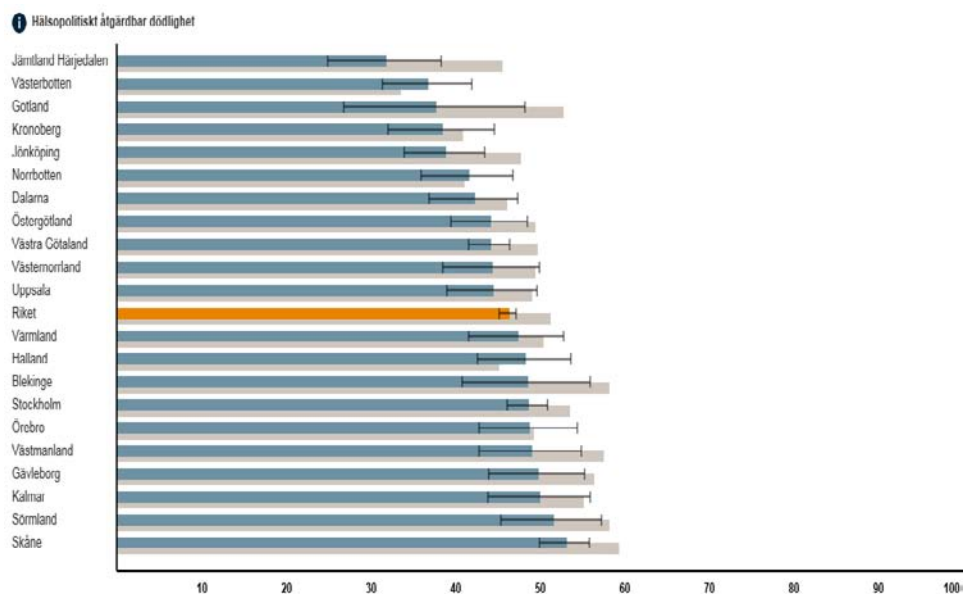
Tabell 7. Andel barn i Jämtlands län födda 2004-2010 med BMI övervikt/fetma vid 4 års ålder (± 3 mån)

Födelseår	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Antal barn undersökta, län	999	947	980	857	997	933	888
Övervikt % *	11,4	11,3	10,5	9,7	10,8	9,2	10,8
Fetma % *	2,2	2,5	2,9	2,2	2,3	2,7	1,7
Övervikt och fetma % *	13,6	13,8	13,4	11,9	13,1	11,9	12,5

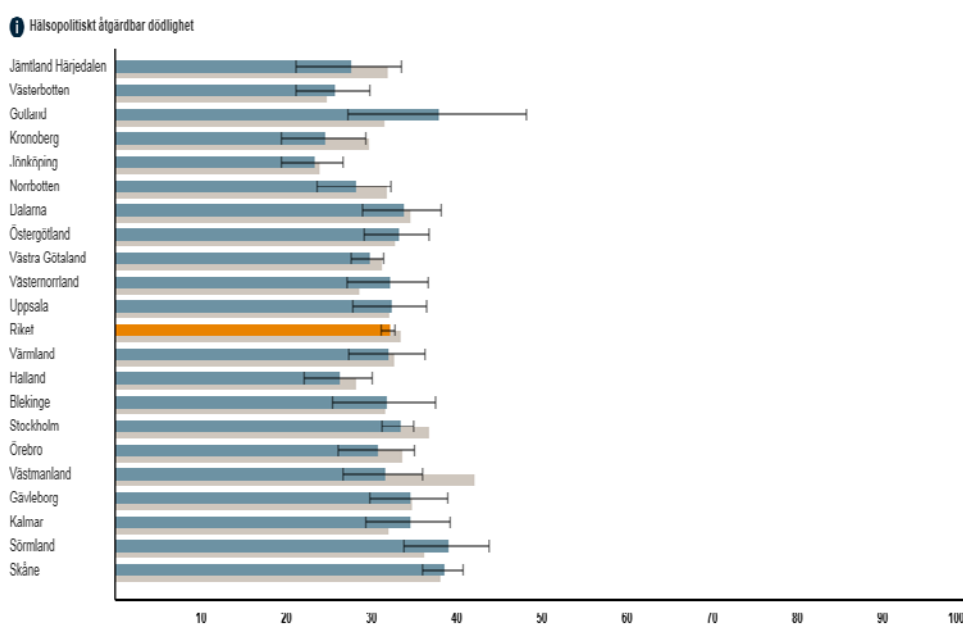
*Klassificering av övervikt och fetma baserad på Cole et al, BMJ 2000;320:1-6

Diagrammen nedan redovisar antal hälsopolitiskt åtgärdbara dödsfall för åren 2011-2014. Redovisas som antal dödsfall i hälsopolitiskt åtgärdbara dödsfall per 100 000 invånare i åldrarna 1-79 år.

Män:



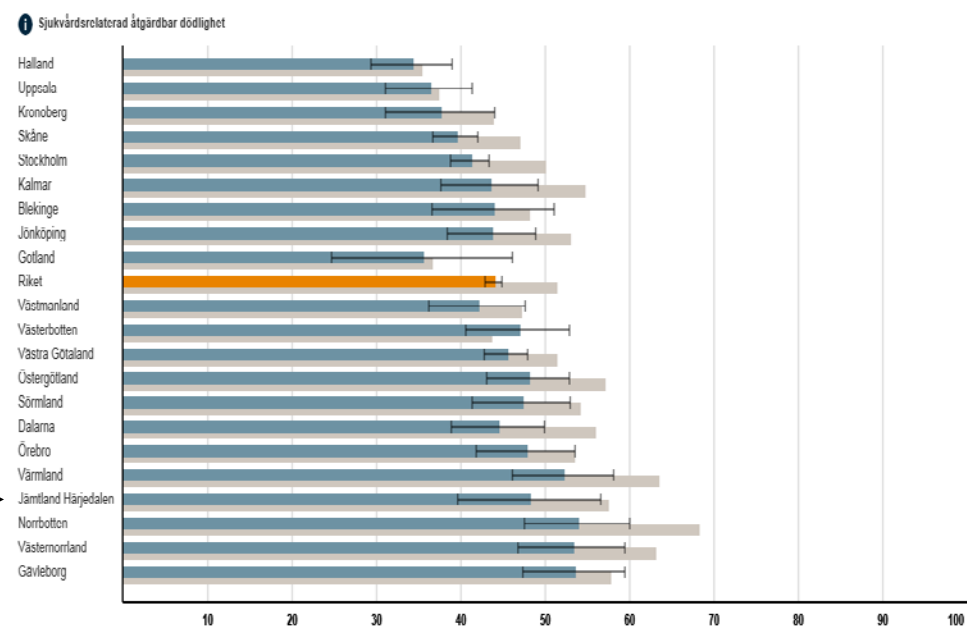
Kvinnor



En annan sammansatt indikator som visar långsiktiga förändringar är sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet. Indikatorn består av ett antal diagnoser som valts ut, utifrån att de bedöms möjliga att påverka genom tidig upptäckt och behandling. Exempel på diagnoser som ingår är diabetes, blindtarmsinflammation, stroke, gallstenssjukdom och livmoderhalscancer. Stroke och diabetes har störst påverkan på den sjukvårdspolitiskt åtgärdbara dödligheten. Således visar indikatorn även hälso- och sjukvårdens beredskap och kompetens att arbeta och möta de medicinska behoven.

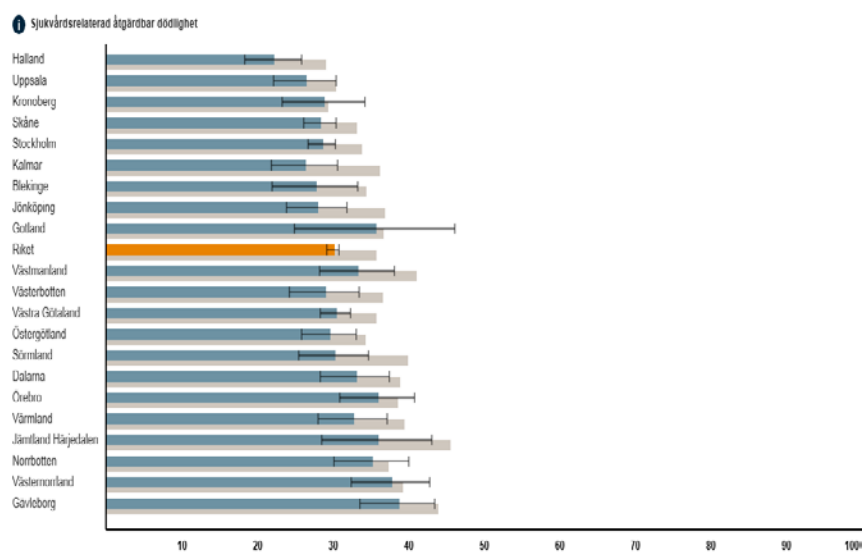
Diagrammet visar resultat för Region Jämtland Härjedalen jämfört riket för män respektive kvinnor. Underlaget från Region Jämtland Härjedalen relativt litet och påverkar stabiliteten i resultatet. Över tid har regionens resultat oftast varit svagare än riket.

Män



Källa: Socialstyrelsen.

Kvinnor



Länet har sedan lång tid tillbaka höga självmordstal. Det finns ingen enkel förklaring till det. Olika orsaker har antagits t.ex. hög arbetslöshet och bristande framtidstro. Dessa och andra strukturella problem finns även i andra län, men de har lägre självmordstal. Således är orsakssambanden sannolikt mera komplexa.

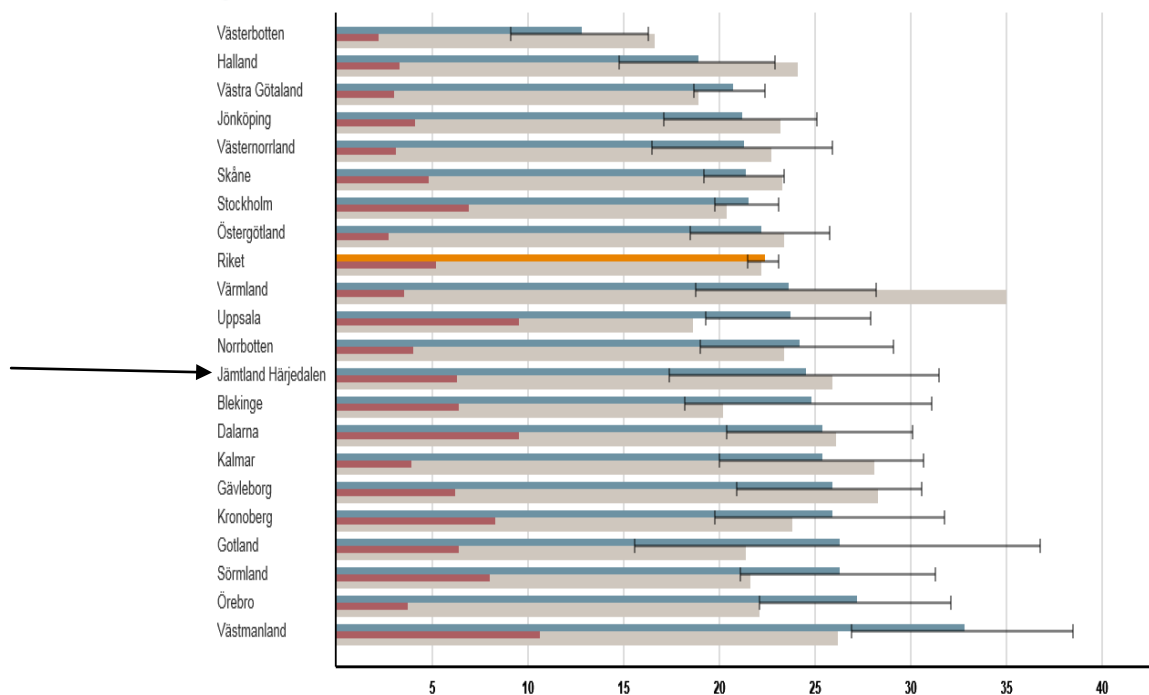
Ur perspektivet behovsanalys får Region Jämtlands Härjedalens perspektiv sättas i sammanhanget personer som kommer i kontakt med vården. Att redovisa rätt statistik utifrån det är svårt. Därför redovisas i diagrammen antal självmord i befolkningen.

Region Jämtland Härjedalen har under senaste åren arbetat mera systematiskt för att minska självmordstalen internt och tillsammans med flera myndigheter. Under 2015 har ett Lex Maria team bildats inom område Psykiatri. Teamets uppdrag är att analysera Lex Maria fall och föreslå åtgärder att förhindra ytterligare självmordsförsök. Flera åtgärder görs för att minska självmordsförsök. Utbildning av personal är en del. Markörbaserad journalgranskning för psykiatri har påbörjats. Område Psykiatri har egen säkerhetsvecka årligen där risker som Lex Maria teamet uppmärksammat är i fokus. Tillsammans med primärvården har verksamheterna gjort en värdeflödesanalys för att säkra överföringar mellan varandra.

Diagrammen nedan visar antal självmord samt dödsfall med oklart uppsåt per 100 000 invånare för åren 2012- 2014. Grå stapel är jämförelseperiod 2009 – 2011.

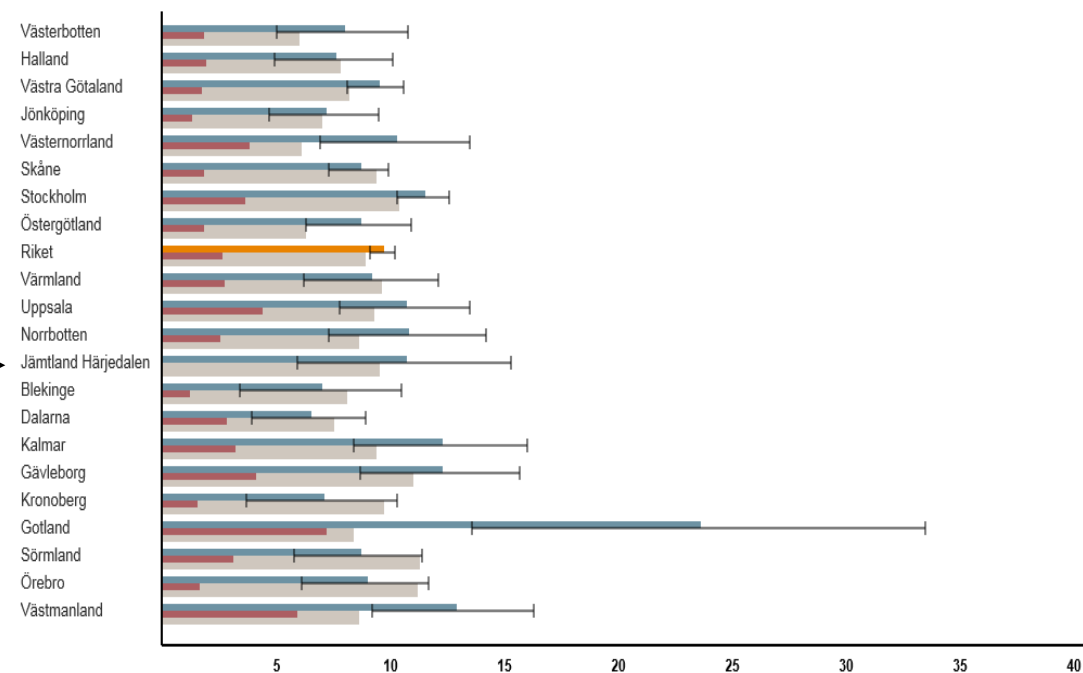
Män

 Självmord i befolkningen inklusive dödsfall med oklar avsikt



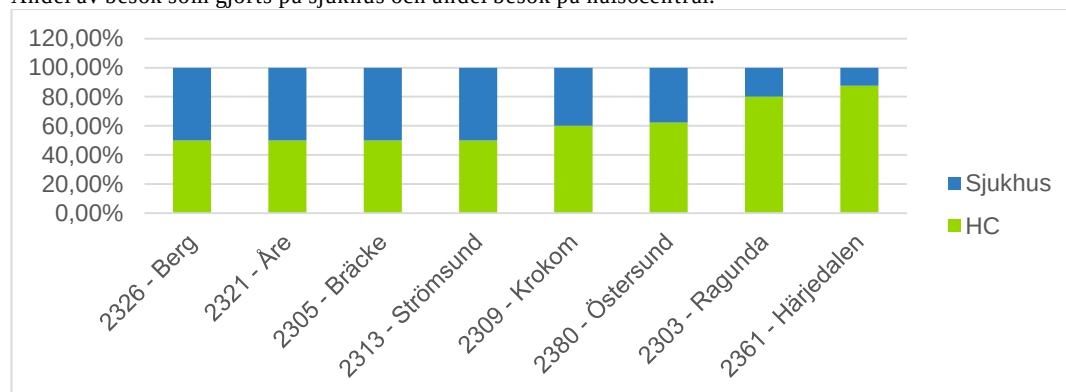
Kvinnor

i Själv mord i befolkningen inklusive dödsfall med oklar avsikt



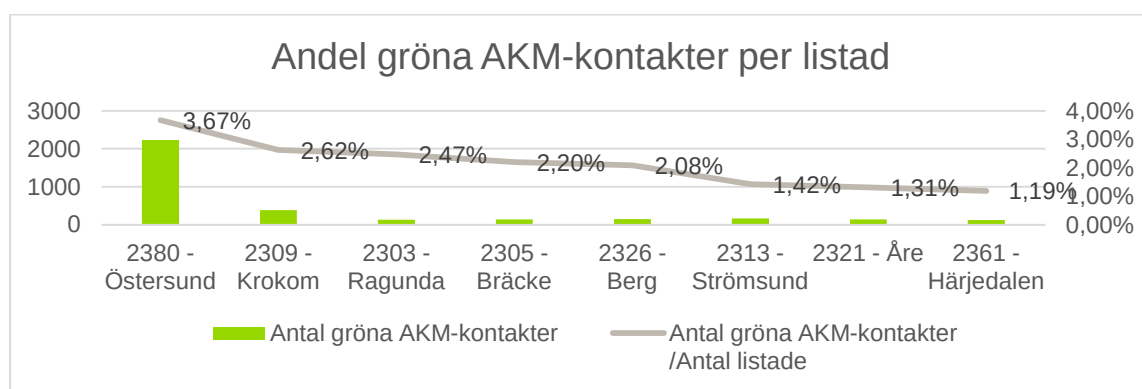
Skapar närhet till sjukhus ett annat besöksmönster än längre geografiskt avstånd?

Respektive kommuns besöksmönster. Diagrammet visar andelen besök per invånare för varje kommun. Andel av besök som gjorts på sjukhus och andel besök på hälsocentral.



Befolkningen som bor i Härjedalen och Ragunda gör färre andel av sina sjukbesök på sjukhus jämfört med invånarna i de andra kommunerna. Berg, Åre, Bräcke och Strömsund har 50 % av besöken på hälsocentral respektive sjukhus. Krokom har 40 % av besöken på sjukhus och Östersund drygt 37 %.

Diagrammet nedan visar andelen patienter per kommun med bedömd prioritering grön, som besökt akutmottagningen.



Invånare från Östersund och Krokoms som besökt akutmottagningen har i högre grad fått bedömningen grön vilket innebär att besöket prioriterades med lägre risk. Det kan finnas olika orsaker till hur besöksmönstret ser ut. Dock tyder bedömningarna på att närhet till 24 timmars tillgänglighet påverkar besöksmönster. I detta skede har inte någon kartläggning gjorts av t.ex. ålder på de vårdsökande.

Nationella satsningar inom hälso- och sjukvården 2016 – 2018

Insatser för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar

Bakgrund: Många personer drabbas av kroniska sjukdomar. I dessa fall handlar det ofta om att ha så god funktionsförmåga som möjligt för att ha ett aktivt liv. Förekomsten av kroniska sjukdomar ökar. Enligt Vårdanalys rapport VIP i vården (2014) kan 80-85 % av vårdens kostnader knytas till personer med kroniska sjukdomar. Primärvården har en central roll i arbetet att förebygga, behandla och samordna vårdinsatserna. "Vanliga" diagnoser såsom högt blodtryck, hjärtsvikt, förmaksflimmer, astma, diabetes och demens tillhör de kroniska sjukdomarna. Möjlighet till uppföljning av medicinska resultat för olika patientgrupper inom primärvård är inte fullt utvecklade. Detta är ett förbättringsområde nationellt och arbete pågår nationellt att stödja en mer systematisk användning av de data som respektive landsting / region har tillgång till.

Syftet med satsningen är att bidra till och stärka insatser för en långsiktigt hållbar hälso- och sjukvård. Främja ett mer kunskapsbaserat och patientcenterat arbetssätt samt att stärka vårdens arbete med hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser.

Kortare väntetider i cancervården

Bakgrund: Under 2015 har 5 standardiserade vårdförlopp (SVF) för cancervård startats. Ytterligare 13 SVF kommer under 2016. Satsningen är nationell och syftet är att personer med stark misstanke om cancer ska få ett systematiskt omhändertagande från diagnos och behandling till eftervård och rehabilitering.

Syfte med satsningen är att förbättra tillgängligheten inom cancervården genom att korta väntetiderna och minska regionala skillnader. Arbetet inom cancersatsningen ska bygga på det utvecklingsarbete som är gjort inom ramen för den nationella cancerstrategin och upprättande av RCC. Arbetet med att förbättra cancervården utgår från ett gemensamt nationellt definierat system med standardiserade vårdförlopp.

En förbättrad förlossningsvård och insatser för kvinnors hälsa

Syfte: bidra till mer kunskapsbaserad och jämlik vård inom förlossningsvård och vård som har betydelse för kvinnors hälsa. Satsningen innehåller

tre delar: att stärka förlossningsvården och eftervården av förlösta kvinnor, stärka primärvårdens kunskaper som är vanliga bland kvinnor, särskild uppmärksamhet att nå grupper i socialt utsatta områden samt att stärka kompetensförsörjningen.

Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa

Bakgrund: Sedan tidigare pågår arbete och samverkan med kommuner angående personer med psykiska funktionshinder.

Syfte: Stimulera långsiktigt utvecklingsarbete och skapa bättre förutsättningar för lokala och regionala analyser av de utmaningar som finns, identifiera behov och utvecklingsmål. Fem fokusområden är uttryckta i överenskommelsen: förebyggande, tidiga insatser, delaktighet, utsatta grupper, ledning/styrning.

Överenskommelsen innehåller tre delar: Region och kommuner ska arbeta långsiktigt med att utveckla insatser inom fokusområdena i samverkan med brukar-, patient och anhörigorganisationer. Stimulera och utrusta nya initiativ att nå unga. Satsningar på ungdomsmottagningar.

Kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess samt rehabiliteringsgaranti

Historik: Tidigare satsningar har funnits tillsammans med rehabiliteringsgaranti.

Syfte: Ge sjukskrivningsfrågorna högre prioritet i hälso- och sjukvården. Stimulera kvalitetshöjande insatser inom hälso- och sjukvården för att sjukskrivning ska bli en del av vård och behandling. Följande delar ingår: en jämställd sjukskrivningsprocess, kompetenssatsning i försäkringsmedicin, funktion för koordinering samt insatser för lindrig och medelsvår psykisk ohälsa och långvarig smärta.

Stöd till bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården

Följande delar ingår i överenskommelsen: IT-stöd och processer för förenklad administration och bättre tillgång till information för vårdens medarbetare.

Smartare användning av medarbetarnas kompetens (utveckla interna processer, patienters digitala tillgänglighet till hälso- och sjukvården, Utgångspunkt att kompetensen ska användas på effektivaste sätt och att uppgifter ska utföras så att patientsäkerheten garanteras, teambaserat arbete) Stöd till planering och långsiktig kompetensförsörjning

Sammanfattning och utmaningar

Det finns förutsättningar att arbeta med flera av överenskommelserna gemensamt eftersom områdena både möts och överlappar varandra. Viktigt att tänka översiktligt och använda medel för möjligheter att ställa om hälso- och sjukvården att möta dagens vårdbehov men framförallt behov vi ser framför oss i tid. Såsom tidigare framkommit kommer både äldre personers hälsa och medicinska behov vara viktigt att möta upp. Det är en utmaning. Samarbetet med länets kommuner och primärvården har stor betydelse för vårdens effektivitet. Samarbetet har också betydelse för att den vårdbehövande personen får medicinsk behandling och omvårdnad där den bäst kan ges. Statens offentliga utredning (SOU 2015:20) Trygg och effektiv utskrivning från slutenvård lyfter betydelsen av en samordnad individuell plan för att individen ska få en bra planering och att kunna påverka egna vården. Utredningen tydliggör kommuners och primärvårdens gemensamma ansvar för den långsiktiga vårdplaneringen.

En utmaning är personer såväl unga som vuxna med övervikt och fetma, att möta deras behov att få förebyggande insatser, stödja en väg till bättre levnadsvanor. Det förebyggande arbetet att minska antalet självmord i länet.

En viktig del i ovanstående är olika vårdformer. Hittills har vårdplatser är ofta varit föremål för diskussion utifrån antal som antas behövas. Dock vore snarare en diskussion om i vilka vårdssituationer en vårdplats på sjukhus behövs vara ett fokus.

Hälso- och sjukvård vid gränsen mellan Jämtlands län och Norge

Sjukvårdsorganisation i Norge

Norge är indelat i fyra helseregioner. I varje heleregion finns ett regionalt helseföretag. De ansvarar för att befolkningen får specialistvård. Staten äger de regionala hälsoföretaken.

Helse Midt -Norge RHF har ansvar för sykehus tjenester till befolkningen i Møre og Romsdal, Nord - Trøndelag og Sør Trøndelag.

Helse Midt-Norge har tre helseforetak i sin region.:

St. Olavs Hospital HF: Midt-Norges universitetssykehus samarbeider tett med NTNU om utdanning og forskning, og har et spesielt ansvar for å dele kunnskap og støtte opp om faglig utvikling i spesialisthelsetjenesten i Midt-Norge. Regionsykehuset har ansvar for de mest spesialiserte behandlingstilbudene, og har derfor pasienter hele Midt-Norge. St. Olavs Hospital har også enkelte landsfunksjoner og samarbeider med øvrige universitetssykehus. St Olav er også lokalsykehus for Sør-Trøndelag og har et bredt tilbud innen psykisk helsevern og rusbehandling. Sykehusfunksjonene er lokalisert til Øya i Trondheim, Orkdal og Røros

Helse Møre og Romsdal HF: Helseforetaket har sykehus i Ålesund, Volda, Kristiansund og Molde

Helse Nord - Trøndelag HF: Sykehusene i Levanger og Namsos er lokalsykehus for Nord-Trøndelag fylke og Bindal kommune i Nordland. Osen og Roan i Sør-Trøndelag fylke har sykehusene i Nord-Trøndelag som lokalsykehus. Helseforetaket har behandlingssteder for psykisk helsevern, rusbehandling og rehabilitering på flere steder.

Kommunens helsetjeneste omfatter offentlig organisert helsetjeneste som ikke hører under stat eller fylkeskommune, og privat helsevirksomhet som drives i henhold til avtale med kommunen.

Helsetjenestene deles tradisjonelt inn i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Men man hører også uttrykkene førstelinjetjenesten og andrelinjetjenesten. Førstelinjetjenesten er

helsetjenesten utenfor sykehusene - fastlegene, hjemmesykepleien, sykehjem, helsestasjoner, fysioterapeuter og jordmørtjenester. Andrelinjetjenesten er sykehusene - de lokale helseforetakene som de heter i dag. Andrelinjetjenesten omfatter også privatpraktiserende spesialister og private helseinstitusjoner. Du vil også støte på uttrykket tredjelinjetjenesten som en beskrivelse på universitetssykehusene. Vanligvis kreves henvisning fra førstelinjetjenesten for å bli mottatt i andrelinjetjenesten.

Fylkena har ansvar for tandvård.

Härjedalens kommun

– avstånd och verksamhet på andra sidan gränsen

Avstånd till hälso- och sjukvård i Norge:

Sveg-Röros= 21 mil
Hede-Röros = 14 mil
Funäsdalen-Röros = 8 mil
Sveg-Tynset= 27 mil
Hede-Tynset = 20 mil
Funäsdalen-Tynset = 14 mil

Avstånd till hälso- och sjukvård i Sverige:

Sveg-Östersund= 19 mil
Hede-Östersund=14 mil
Funäsdalen-Östersund= 20 mil

Röros kommun

2015 - Antal invånare 5593 st

(källa: statistisk sentralbyrå, www.ssb.no)

Röros ligger inom Sør-Trøndelag och därmed tillhör de helseforetaket Helse Midt-Norge.

Röros legesenter ved Røros sykehus

(källa: www.roros.kommune.no)

Legesenteret har 6 legestillinger og 1 turnuslegestilling, tre av legene har spesialitet i allmenmedisin. Legesenteret er i tillegg bemannet med sykepleiere, bioingeniører og helsesekretær og har dessuten egen laboratorievirksomhet. Legesenteret har et nært samarbeid med Røros sykehus i forhold til røntgen, laboratorium og akuttmedisin.

Røros Sykehus – Røros sjukehus är organisatoriskt en del av St. Olavs Hospital. Røros sykehus dekker lokale, regionale og nasjonale behov for helsetjenester. Fem dager i uken stiller St. Olavs Hospital med det beste av kompetanse innen anestesi og kirurgi. Vi utfører omlag 2300 kirurgiske inngrep i året. Dagkirurgi innen ortoped, øre-Nese-Hals, gynekologi, plastikkirurgi og tannbehandling i narkose. Polikliniske tilbud innen ortopedi, gynekologi, lunge, hud, plastikkirurgi, hjertemedisin og dialyse.

(källa: <https://stolav.no/avdelinger/klinikk-for-ortopedi-revmatologi-og-hudsykdommer/roros-sykehus>)

Enligt oppgitt frå 2008 hade sjukhuset 24 senger, og her ligger pasienter som skal opereres eller har blitt operert. Enheten har flest tomannsrom, et firemannsrom og et enkeltrom.

Tynset kommun

2015- Antal invånare 5562

(källa: statistisk sentralbyrå, www.ssb.no/)

Tynset ligger i Hedmark och därmed tillhör de helseforetak Sykehuset Innlandet HF.

Tynset Legekontor - lokalisert på Sykehuset Innlandet Tynset

(källa: www.tynsets.kommune.no)

Tynset har felles legevakt med Folldal, Alvdal, Rendalen og Tolga kommune.

Legesenteret har 6 legestillinger og 1 turnuslegestilling, tre av legene har spesialitet i allmenmedisin. Legesenteret er i tillegg bemannet med sykepleiere og helsesekretær.

Tynsets Sykehus - Sykehuset Innlandet er et helseforetak under Helse Sør-Øst. Sjukehuset på Tynset er AKUTTSJUKEHUSET I

FJELLREGIONEN og tilbyr spesialisthelsetjenester i fjellregionen. Våre tjenester: Akutt, Kirurgi, Ortopedi, Indremedisin, Fødestua

(källa: <http://www.sykehuset-innlandet.no>).

Enligt oppgitt frå 2008 har Tynsets sykehus har 47 senger

NULÅGE I KONTAKTER: Vid samtal med St Olav fick Region Jämtland Härjedalen uppmaning att samtala med Tynset sjukehus eftersom Røros sjukehus och Tynsets sjukehus samarbeitar för Fjällregionen och gärna ser samarbeide över till Sverige. Kontakter har tagits och material har utbytt, dock har

diskussionerna ännu inte lett till konkreta överenskommelser.

Åre kommun

– avstånd och verksamhet på andra sidan gränsen

Avstånd till hälso- og sjukvård i Norge:

Åre- Meråker = 8 mil

Storlien-Meråker = 2 mil

Storlien-Trondheim = 11 mil

Åre-Levanger= 13 mil

Avstånd till hälso- og sjukvård i Sverige:

Åre-Östersund = 10 mil

Storlien-Östersund = 16 mil

Meråker Kommune

2015 Antal invånare 2558

(källa: statistisk sentralbyrå, www.ssb.no)

Meråker legekantor ligger ved Meråker

helsetun (Källa: www.meraker.kommune.no)

Meråkers Helsetun inneholder: Det nye sykehjemmet er bygd fysisk sammen med Rådhuset med felles inngang og nærhet til omsorgsboliger, aldershjem, legekantor og sentrumsfunksjoner. Meråker sykehjem har 31 plasser. 21 av dem er avsatt til faste plasser og 10 plasser er avsatt til korttidsopphold, hvorav én disponeres av legen til akuttinnleggelser.

I Meråker finns också: **Meråker**

Sanitetsforenings Kurbad AS er et rehabiliteringssenter i spesialisthelsetjenesten.

Senteret ligger på Sanitetstunet lokalisert i Meråker kommune. Kurbadet eies av Meråker Sanitetsforening og er privat ideelt.

Kurbadet har driftsavtale med det regionale helseforetak Helse Midt-Norge.

Kurbadet leverer private helsetjenester til det offentlige etter anbudskonkurranse hvert 4. år og har derfor en konkurranseutsatt drift.

De beskriver bl a dygnsrehabilitering:

Vi gir tilbud til personer med ulike behov for spesialisert rehabilitering. Det kan være pasienter med revmatisme, hjerneslag, lymfeødem, post polio, lette til moderat depresjon, ortopediske pasienter eller andre med komplekse sykdomsbilder (kreft, traume, smerteproblematikk, bløtdelskirurgi, hjerneskader). Pasienten får en oppfølging som er tilpasset den enkelte. Foruten individuelle opphold, kan vi tilby ulike gruppeopphold (se

fane for Gruppetilbud).
Meråker Kurbad har 44 pasientrom, hvorav to er dobbelt rom. Flere av rommene er tilpasset rullestolbrukere. Alle rom har dusj, wc og telefon.
(Källa: <http://meraker-kurbad.no/>)

Levanger

2015 Antal invånare 19 474

(källa: statistisk sentralbyrå, www.ssb.no/)

Helse Nord-Trøndelag HF er et helseforetak som omfatter spesialisthelsetjenester innen fysiske sykdommer (somatikk) og psykisk helsevern.

Helseforetakets virksomhet foregår i hovedsak ved **Sykehuset Levanger** og Sykehuset Namsos. I tillegg kommer:

- Distriktpsikiatrisk senter Kolvereid (DPS)
- Distriktpsikiatrisk senter Stjørdal (DPS)
- Psikiatrisk poliklinikk i Steinkjer
- Spesialistpoliklinikker og dialyse i Steinkjer og Stjørdal er samlokalisert med DMS (Distriktsmedisinske sentra) som drives av kommunene
- Dialyse i Leksvik og Vikna

Antall normerte senger:

Somatikk – Levanger 179 senger

Psykatri og TSB – Levanger 86 senger

Helseforetaket har en egen forskningsavdeling som skal veilede, gi råd og støtte opp om forsknings- og utviklingsarbeid (Forskningsavdelingen) med funksjoner både ved Sykehuset Namsos og Sykehuset Levanger. I samarbeid med NTNU Technology Transfer AS (TTO) skal sykehusene i Helse Midt-Norge bli bedre på innovasjon og utvikling. Ansatte får en egen adresse de kan henvende seg til med sine gode ideer. I Helse Nord-Trøndelag vil forsknings- og utviklingsavdelingen (FoU) fungere som bindeledd mellom TTO og fagmiljøet. Direkte kontakt mellom fagmiljøet og TTO er selvsagt også mulig.

NULÅGE I KONTAKTER: Region Jämtland Härjedalen har aktive kontakter med Helse Nord-Trøndelags HF för att gemensamt utforma Interregprosjekt.

HUNT forskningssenter

HUNT forskningssenter finns i Levanger.

HUNT forskningssenter gjennomfører befolkningsundersøkelser i Nord-Trøndelag, driver medisinsk og helsefaglig forskning, forvalter [forskningsdata](#) og har en [biobank](#) som

oppbevarer biologisk materiale og utleverer prøver til godkjente forskningsprosjekter.

Helseundersøkelsene i Nord-Trøndelag er Norges største samling av helseopplysninger om en befolkning. Data er framskaffet gjennom tre befolkningsundersøkelser, HUNT1 (1984-86), HUNT2 (1995-97) og HUNT3 (2006-08). Til sammen har 120 000 personer samtykket til at aidentifiserte helseopplysninger kan gjøres tilgjengelig for godkjente forskningsprosjekter, og 80 000 har avgitt blodprøver. Dette gjør HUNT til en betydningsfull samling av helsedata og biologisk materiale, også i internasjonal sammenheng.

Kombinasjonen av data fra befolkningsundersøkelser og biologisk materiale gir oss mulighet til å studere samspillet mellom genetisk variasjon, livsstil og miljøpåvirkning. Dette kan gi ny kunnskap om sykdom og helse. Data fra en totalbefolkning og et geografisk område gir helt unike muligheter til å studere helse og sosiale forhold i en befolkning. Deltakerne kommer fra forskjellige regioner, kommuner og bostedskretser, og er i alle aldre fra 13 år og oppover. I vår leting etter nye svar på dagens, og framtidens, helseproblemer vil studier av samspillet mellom genetisk disposisjon, livsstil og miljøpåvirkning bli et svært betydningsfullt verktøy.

NULÅGE I KONTAKTER: Gemensamt forskningsprosjekt har nyligen avslutats inom folkhälsa (Podd-ra). Forskningskontakter har tagits med HUNT både från Region Jämtland Härjedalens folkhälsoverksamheten och från FOU-verksamheten för att diskutera framtida gemensamma projekt.

Trøndelag Forskning og Utvikling AS (TFoU) er et regionalt forskningsinstitutt som arbeider med forskning, analyser og rådgivning. Virksomheten er i all hovedsak oppdragsbasert. Trøndelag Forskning og Utvikling AS har basisbevilgning fra Norges Forskningsråd. Selskapet er eid av Nord universitet, Nord-Trøndelag Elektrisitetsverk (NTE), SINTEF Holding AS, Sparebank1 Midt-Norge, Levanger kommune, Verdal kommune, Steinkjer kommune, Stjørdal kommune og ansatte.

NULÄGE I KONTAKTER: Region Jämtland Härjedalen har aktiva kontakter med TfoU för att skapa gemensam Interreg-projekt.

Krokoms kommun och Strömsunds kommun

– avstånd och verksamhet på andra sidan gränsen

Avstånd till hälso- och sjukvård i Norge:

Valsjöbyn- Nordli = 6 mil

Valsjöbyn-Namsos = 18 mil

Gäddede- Nordli = 3 mil

Gäddede-Namsos = 15 mil

Stora Blåsjön - Röyrvik= 3 mil

Avstånd till hälso- och sjukvård i Sverige:

Valsjöbyn-Föllinge = 7 mil

Valsjöbyn-Östersund = 13 mil

Gäddede-Strömsund = 15 mil

Gäddede-Östersund = 25 mil

Lierne kommun

2015 Antal invånare 1394

(källa: statistisk sentralbyrå, www.ssb.no)

I Lierne kommun finns **Lierne Helsetun, i**

Nordli. (www.lierne.kommune.no) Det är ett

Kombinert syke- og aldersheim med ca. 32

plasser. Til det kommunale ansvar innafor

helsetjenester hører fastlegeordning,

helsesøstertjeneste, kommunejordmor, legevakt,

medisinsk rehabilitering (fysioterapi),

psykiatritjeneste, smittevern og

bedriftshelsetjeneste.

Röyrviks kommun

2015 Antal invånare 475

(källa: statistisk sentralbyrå, www.ssb.no)

I Röyrviks kommun legevakt og helsetasjon

(jordemor og helseøster – lagstadgad vård av

barn 0-20 år)

Namsos kommun

2015 Antal invånare 13026

(källa: statistisk sentralbyrå, www.ssb.no)

Namsos sjukhus Helse Nord-Trøndelag HF er

et helseforetak som omfatter

spesialisthelsetjenester innen fysiske sykdommer

(somatikk) og psykisk helsevern.

Helseforetakets virksomhet foregår i hovedsak ved Sykehuset Levanger og Sykehuset Namsos.

Antall normerte senger:

Somatikk – Namsos 91 senger

Psykiatri og TSB – Namsos 35 senger.

Trondheim

2015 Antal invånare 184 960

(källa: statistisk sentralbyrå, www.ssb.no)

Avstånd Östersund – Trondheim = 26 mil

Östersund – Umeå = 36 mil

St. Olavs Hospital	Motsvarande för NUS
Ansatte9900 personer	5 600 anställda
Medisinstudenter totalt 720 studenter	700 (T5-T11)
Doktorgradsavhandlinger 35 avhandl. (2014)	47st (2013)
Årlig driftsbudet 8,9 mrd. kroner	3,8 mrd. kr (all sjukhusvård VLL)

NULÄGE I KONTAKTER: Region Jämtland Härjedalen har pågående kontakter med samhandlingsavdelningen inom St Olavs universitetssjuk samt att vissa av regionens sjukvårdsverksamheter har viss kontakt.

Ambition med kontakterna i Norge

De kontakter som hittills tagits med St Olavs universitetssjukhus, Tynsets sjukhus, HUNT forskningssenter, Helse Nord-Trøndelag og Trøndelag Forskning og Utvikling AS (TfoU) har hittills varit inledande relationsskapande och sonderande möten.

Ambitionen för 2016 är

- att skapa gemensamma forsknings- og utvecklingsprosjekt med finansiering inom Horizon 2020 og Interreg-programmet
- att skapa direkta kontakter mellom forskare i Region Jämtland Härjedalen og forskare i Norge
- att få ett samarbeide kring pasientstrømmer, dock med beaktande av regionens avtale med Norrlands Universitetssjukhus.

Patientnämndens ärenden

God vård bygger på ömsesidigt förtroende mellan vårdgivaren och patienten. Patientnämnden finns till för att upprätthålla och utveckla goda relationer mellan vårdgivare och patient.

Synpunkter på vården under 2015

Ärenden som berör kommunikation i vården fortsätter att öka från en redan hög nivå. Under rubriken ryms såväl brister i bemötande som brister i delaktighet och information till patienten. Generellt sett är brist på information och missförstånd vanligt förekommande i patientnämndens ärenden. Kvinnor uppger i större utsträckning än män att de inte blir lyssnade till.

I den nya patientlagen finns en skyldighet att anpassa information till individen och så långt möjligt försäkra sig om att mottagaren har förstått informationen. Detta görs inte i tillräckligt stor utsträckning. Bidragande orsaker är bl. a. tidspress, brist på kontinuitet samt att vården inte är tillräckligt patientcentrerad. Patientnämnden har dock noterat en

tendens till att arbete med att utveckla och förbättra informationsmaterial till patienter har påbörjats.

Det har skett en fördubbling av ärenden som berör vårdansvar. Det kan handla om ärenden där flera olika verksamheter är berörda och behöver samordna sig, ärenden där patienten har olika symtom men ingen klar diagnos samt andra ärenden som rör vårdplanering. Ibland kan det finnas en planering men den är inte känd av patienten. Patienter kan uppleva att det är de själva som måste driva på och ansvara för att få sin vård.

En framgångsfaktor för vården är att göra patienten mer delaktig såväl i sin egen vård som i vårdens kvalitetsarbete. Patienterna sitter inne med en unik kunskap. En delaktig och välinformerad patient bidrar till ökad patientsäkerhet.

Utifrån avsnittet om hälso- och sjukvården och patientnämndens ärenden är utmaningarna de närmsta åren:

- Tillgängligheten
- Patientsäkerheten
- Kvaliteten inom diabetesvård, strokevård, cancersjukvård, psykisk ohälsa och det självmordsförebyggande arbetet.
- Ledtid på akutmottagningen och undvikbar sluten vård.
- Sammanhållen vård gemensamt med kommunernas äldrevård för våra mest sjuka äldre.
- Säkerställa en tydlig styrning, ledning och uppföljning, för att uppnå en jämställd och jämlik vård.
- Utveckla organisationens förmåga att göra behovsanalyser
- Nyttja de statliga satsningarna till kloka utvecklingsinsatser med långsiktig effekt
- Utveckla kontakterna med Norge inom hälso- och sjukvård och forskning
- Efterfråga och beakta patientnämndens erfarenheter.

Vårdval och privata vårdgivare

Vårdval innebär att medborgaren har rätt att välja mellan de vårdgivare som Region Jämtland Härjedalen godkänt och tecknat avtal med. Regionen har tre vårdvalssystem enligt lagen om (2008:962) valfrihetssystem (LOV); Hälsoval Region Jämtland Härjedalen (primärvård), Vårdval inom medicinsk fotvård och Vårdval inom barntandvård. Det finns också ett antal privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster inom regionens vårdutbud enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning (LOL) eller lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi (LOF) samt upphandlade vårdgivare enligt lagen om (2007:1091) offentlig upphandling (LOU).

Vårdval primärvård

Den 1 januari 2010 blev det obligatoriskt för alla landsting/regioner att införa vårdval inom primärvård enligt lagen om valfrihetssystem (LOV). Syftet var att stärka patientens ställning i vården, öka valfriheten samt underlätta för nya vårdgivare att etablera sig i primärvården. I Jämtlands län har man valt att kalla det för Hälsoval Region Jämtland Härjedalen.

År 2015 är följande vårdgivare anslutna:

- *Regiondriven primärvård* -18 godkända vårdenheter med 13 filialmottagningar.
- *Aktiebolag* - Nya Närvården AB i Hoting med filialer i Strömsund och Hammerdal.
- *Ekonomisk föreningar* - Offerdals hälsocentral och Fjällhälsan Hede med filial i Vemdalen.
- *Gemensam nämnd* - Närvård Frostviken.

Varje månad byter eller väljer i snitt mellan 250-350 personer aktivt en hälsocentral. Läkarkontinuitet och flytt inom länet är två anledningar, men det finns även andra orsaker som påverkar listningsströmmarna, till exempel arbetspendling. Närhet till hälsocentralen är den viktigaste faktorn för valet.

Vårdval medicinsk fotvård

Den 1 januari 2013 infördes vårdval inom medicinsk fotvård. Patienter med diabetes, reumatoid artrit

samt arteriell insufficiens i de nedre extremiteterna är, enligt beslut i regionfullmäktige, berättigade till subventionerad medicinsk fotvård. Antalet anslutna medicinska fotvårdare år 2015 är 29 stycken.

Vårdval för barn- och ungdomstandvård 3-19 år

Den 1 januari 2014 infördes vårdval inom barntandvård och innebär att flickor och pojkar i åldersgruppen 3-19 år har rätt att fritt välja utförare av tandvård. Vårdgivare som anslutit sig till avtalet åtar sig att behandla barn- och ungdomar enligt Region Jämtland Härjedalens riktlinjer. Beställarenheten inom Region Jämtland Härjedalen har tecknat överenskommelser med folktandvårdens 15 kliniker och avtal med 27 privata tandläkare år 2015. Cirka 16 % av barnen går till privata tandläkare.

Övriga privata vårdgivare

Regionen finansierar privatpraktiserande läkare och fysioterapeuter som är verksamma enligt, Lag om läkarvårdsersättning (LOL) SFS 1993:1651 och Lag om ersättning för fysioterapi (LOF), SFS 1993:1652. I länet finns idag 28 fysioterapeuter som arbetar enligt LOF och två läkare enligt LOL.

Regionen har upphandlat viss hälso- och sjukvård enligt lagen om offentlig upphandling (LOU) och har, avtal inom: ortopedi, gynekologi, naprapati och idrottsmedicin.

Utifrån avsnittet om vårdval och privata vårdgivare är regionens utmaning de närmsta åren:

- Utveckla vårdvalen så att de motsvarar befolkningens behov
- Strategisk upphandling av privata vårdgivare där de kan komplettera vården som bedrivs i egen regi.

Tandvård

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 att Folktandvården under kommande år kan tillämpa ny teknik, nya metoder och upprätthålla en tandvård med hög kvalitet och stor tillgänglighet har beslut har fattats om folktandvårdens nya standard. Under 2015 har folktandvården lagt ner fem kliniker och är nu totalt 15 kliniker. Arbetet har börjat för att öka tillgängligheten, genom utökning av teamtandvård, förändring av öppettider, arbetstider och jouren. Utvecklingen följs upp månadsvis via framtagna nyckeltal på klinikerna.

Tandhälsa

Generellt har Sverige en mycket god tandhälsa. Jämtland och övriga Norrland har dock något sämre tandhälsa än övriga Sverige. 2011 var 24 % av våra 19 åringar kariesfria mot 2014 29 %. 19 åringar i riket 34 % kariesfria. Folktandvårdens mål är att öka antalet kariesfria 19åringar under kommande 3 års period.

Både allmänhälsa, medicinering och den sociala situationen så som fattigdom, hemlöshet, missbruk och utanförskap kan ha effekt på munhälsan. Tillgången till regelbunden tandvård, vanor och attityder kan också påverka munhälsan. I Folktandvårdens områdesansvar ingår att särskilt uppmärksamma dessa grupper. 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. 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.

Barn

I regeringens budgetproposition föreslås en satsning inom tandvårdens område, att erbjuda även unga vuxna kostnadsfri tandvård. Regeringen föreslår att tandvård från och med den 1 januari 2017 ska vara kostnadsfri för unga upp till och med 21 år. I ett andra steg vill man från och med den 1 januari 2018 erbjuda det även till unga upp till och med 23 år. Landstingen föreslås kompenseras via det generella statsbidraget. Om detta förslag beslutas kommer folktandvården att få styra om sina frisktandvårdsavtal samt planera för införandet av nya åldrar på barntandvård.

Asyl

Antalet flyktingar i länet ökar kraftigt dag för dag och märks tydligt på klinikerna. Många av flyktingarna är i behov av akut tandvård. Övriga tillströmningar av patienter och information med kort varsel om var flyktingar kommer att placeras och hur många som kommer, gör det mycket svårt att planera vård för denna grupp. Inom folktandvården följs prioriteringsordningen enligt tandvårdslagen

Tandvårdslagen anger vilka patientgrupper som är prioriterade i folktandvården:

1. Patienter med akuta besvär ska tas hand om med förtur.
2. Regelbunden och fullständig tandvård för barn och ungdomar t o m det år då de fyller 19 år.
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 landstinget bedömer lämplig.
6. Frisk tandvård är prioriterat i gruppen vuxenvård enligt politiskt beslut i Jämtlands läns landsting 2004.

På längre sikt kan det bli aktuellt att prioritera ännu hårdare. Friska vuxna/ betalande patienter är den grupp som först blir bortprioriterade, vilket också kommer att märkas av i vår ekonomi.

Asylsökande och ensamkommande barn skall erbjudas en tandvård på lika villkor som barn bosatta i Sverige. Detta kan bli svårt att uppfylla under tiden som barnen är asylsökande. Risk finns att det bara blir akuta behandlingar som utförs pga resursbrist.

Personer som fyllt 18 år har rätt till omedelbar sjukvård och tandvård samt vård och tandvård som inte kan anstå. I rapport 2014 om "Vård för papperslösa" ISBN: 978-91-7555-161-6 skriver socialstyrelsen: "Begreppet vård som inte kan anstå är inte förenligt med medicinsk yrkesetik, är inte medicinskt tillämpligt i sjukvården och riskerar att äventyra patientsäkerheten. Vad som är vård som inte kan anstå får avgöras i det enskilda fallet av den behandlande läkaren eller tandläkaren. I detta har Socialstyrelsen stöd av de samlade vårdprofessionerna".

Socialstyrelsens ställningstagande innebär att vård ska erbjudas på lika villkor, och att prioritering av vård ska ske utifrån medicinskt behov. Inom Folktandvården användes ett stöddokument från SKL om vad som är vård som inte kan anstå.

Vårdgivaren är skyldig att anlita tolk om personen inte behärskar svenska språket även här finns det stora problem att uppfylla det krav som ställs på regionen som vårdgivare, eftersom det råder brist även på tolkar.

Vården har som primärt syfte att behandla akuta besvär, få stopp på sjukdomsutveckling och stärka egenvården. I områden med många boende för nyanlända och asylsökande bör riktade preventionsinsatser som fluorsköljning i förskola/skola, kostrådgivning och egenvårdsinstruktion i grupp införas.

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.

Region Jämtland Härjedalen 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.

Utifrån avsnittet om tandvård är regionens utmaning de närmsta åren:

- Att utveckla folktandvårdens tillgänglighet
- Arbetet med att ge en jämlik tandhälsa i länet
- Klara av tandvården för flyktingar

Medarbetare

Området medarbetare ska fånga medarbetarnas uppfattning om sin arbetsplats, men även deltagande och engagemang samt arbetsmiljöfrågor.

- ✓ Med fokus på arbetsmiljö
- ✓ Med fokus på lärande och förnyelse
- ✓ Som visar effekter av satsningar som en del i den lärande processen

Kompetensförsörjningen en av de viktigaste framtidsfrågorna. I följande avsnitt beskrivs läget gällande arbetet för att regionen ska bli en attraktiv arbetsgivare och forskning, utveckling och utbildning.

Attraktiv arbetsgivare

Region Jämtland Härjedalen har en strategisk plan för att attrahera och behålla kompetenta och engagerade medarbetare inom Region Jämtland Härjedalen. Målet är att vara en attraktiv arbetsgivare för alla medarbetare för att klara kompetensförsörjning på kort och lång sikt. Syftet är att visa vad Region Jämtland Härjedalen som arbetsgivare kommer att göra för att vara en attraktiv arbetsgivare samt vara ett stöd i vardagen för chefer och medarbetare. Att lyckas med att anställa medarbetare istället för att klara verksamheten med inhyrd personal är en viktig åtgärd för att både öka kontinuiteten och kvaliteten i vården och minska det ekonomiska underskottet i verksamheten.

Kompetensförsörjning

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

Befolkningsutvecklingen visar att antalet äldre kvinnor och män ökar och att tillträdande på arbetsmarknaden kommer att understiga avgångarna till och med år 2025. Det har inte inträffat tidigare under modern tid. Det innebär en ökad konkurrens om den framtida arbetskraften.

Den ekonomiska utvecklingen med ett minskat skatteunderlag och ökad försörjningsbörda innebär att ett effektivt nyttjande av kompetens kommer att vara en viktig försörjningsfråga. Det gäller att bemanna med rätt kompetens, ta tillvara på, rekrytera och ställa om/utveckla kompetens utifrån verksamhetens behov och gällande lagstiftning. Grunden för kompetensförsörjningen är att kunna prognostisera kommande behov utifrån ett längre perspektiv, ständigt se över sammansättningen av kompetenser, vara en attraktiv arbetsgivare och erbjuda ett gott ledarskap.

Det pågår ett kontinuerligt arbete för att klara kompetensförsörjningen på kort och lång sikt. Utbildningsuppdraget inom hälso- och sjukvården är en mycket viktig rekryteringsbas. En annan att marknadsföra jobb inom de olika verksamheterna,

framförallt till unga som ännu inte valt yrke. Andra insatser för kompetensförsörjning är bland annat kontinuerliga rekryteringsinsatser inklusive utlandsrekrytering, matchning av internt övertaliga mot behov och satsningar på karriärvägar och studiemedel som är riktade mot behov av specialistutbildade yrkesgrupper samt kompetensutveckling. Det pågår ett arbete för att hitta kompetenser bland våra nyanlända. I ett samarbete med Arbetsförmedlingen kartläggs alla nyanlända med hälso- och sjukvårdsbakgrund. Region Jämtland Härjedalen ska genom studiebesök, språkpraktik och få delta utbildning stärka kunskap om regionen och vara mer förberedd i väntan på besked från Socialstyrelsen om legitimation.

Inom Primärvården pågår ett intensivt arbete för att jobba strategiskt med att minska antalet stafettläkare. Det är viktigt att rekrytera egna läkare för att kunna jobba med arbetsmiljön, ge möjlighet till kompetensutveckling och skapa en bra arbetssituation. Primärvården kommer att jobba med flera insatser som tex. rekrytera från utlandet, åka på rekryteringsmässor och kontakta tidigare anställda distriktsläkare, se över arbetstidsmodeller för att nämna några åtgärder.

En prioriterad och viktig del inom det regionala utvecklingsområdet är kopplingen mellan utbildningssystemet och näringsliv/samhälle. Regeringen har tidigare gett regionerna i uppdrag

att inrätta Kompetensplattformar i alla län. Regionförbundet har arbetat med att inrätta kompetensplattform som blir viktig för det fortsatta arbetet med kompetensförsörjning och kompetensutveckling i regionen.

Kompetenssammansättning inom hälso- och sjukvården

Inom hälso- och sjukvården sker det en förskjutning mot högre och dyrare kompetens. Produktionen och uppdragen till verksamhetsområdena är grunden för vilken kompetens som behövs. Produktions- och kapacitetsplanering är ett led i att bättre kunna styra mot bemanningsmål och krav på/behov av kompetensnivå. Vårdnära tjänster i form av köks-, förråds- och transporttjänster infördes under 2014. Det kommer att frigöra resurser och kompetens för det patientnära arbetet. Det är en viktig åtgärd för att nyttja kompetenser på rätt sätt. Under 2015 gjordes en kartläggning av "vem gör vad i vården?" dvs kan arbetsuppgifter flyttas så att alla arbetar på toppen av sin kompetens och för effektivare nyttjande av de personalresurser som finns. Kartläggningen kommer att ligga till grund för fortsatta åtgärder för att uppnå ett ökat kompetensnyttjande.

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

Utförd tid	Års-arbetare år 2013	Års-arbetare år 2014	Års-arbetare år 2015
Totalt utförd tid	3 010	3 090	3 298
varav kvinnor	2 310	2 366	2 491
varav män	700	724	807
Läkare	358	359	372
– varav kvinnor	153	158	166
– varav män	205	201	206
Sjuksköterskor *	912	924	930
- varav kvinnor	786	786	788
– varav män	126	138	142
Undersköterskor	514	545	550
– varav kvinnor	415	441	448
– varav män	100	104	103

Utförd tid	Års-arbetare år 2013	Års-arbetare år 2014	Års-arbetare år 2015
Medicinska sekreterare – varav kvinnor	172	177	184

Källa: ProDiver * exkl. BMA

Utförd tid omräknat till årsarbetare med 1760 tim. I utförd tiden ingår tid i "produktion", utbildning med lön, friskvård och fackligt arbete. I utförd tid ingår inte tid gjord av läkare från bemanningsföretag. Ökningen av utförda tiden mellan 2014 och 2015 hänger till stor del samman med att Regional utveckling överfördes till Region Jämtland Härjedalen fr o m 15 01 01. Regional utveckling inberäknat, motsvarar ökningen av utförd mellan 2014 och 2014, 52 årsarbetare. Utförda tiden för **läkare** har ökat med 13 årsarbetare. Inkluderas timmar via bemanningsföretag, internstafetter och arvodesläkare är ökningen 23 årsarbetare.

Utförda tiden för **sjuksköterskor** har ökat med 5 årsarbetare. Inkluderas timmar via bemanningsföretag är ökningen 12 årsarbetare. Centrum medicin har ökat med 2 årsarbetare inklusive bemanningsföretag. De har under året infört PSI. Centrum opererande har ökat med 14 årsarbetare. I utförd tid totalt ingår övertid motsvarande 28 årsarbetare (av totalt 994 årsarbetare). En ökning med 7 årsarbetare i förhållande till 2014.

Utförd tid för **undersköterskor** har ökat med 5 årsarbetare. I utförd tid totalt ingår övertid motsvarande 5 årsarbetare (av totalt 550 årsarbetare). En ökning med 3 årsarbetare i förhållande till 2014.

Utförd tid för **medicinska sekreterare** har ökat med 7 årsarbetare. I utförd tid totalt ingår övertid motsvarande 5 årsarbetare (av totalt 550 årsarbetare). En ökning med 1 årsarbetare i förhållande till 2014.

Införande av **vårdnära service**, VNS, har inneburit en ökning med 15 årsarbetare.

Av **ökningen** vad gäller utförd tid för sjuksköterskor (inkl bemanningsföretag),

undersköterskor och medicinska sekreterare på sammanlagt 24 årsarbetare så är 17 årsarbetare i princip dubbla kostnader i form av övertid och bemanningsföretag.

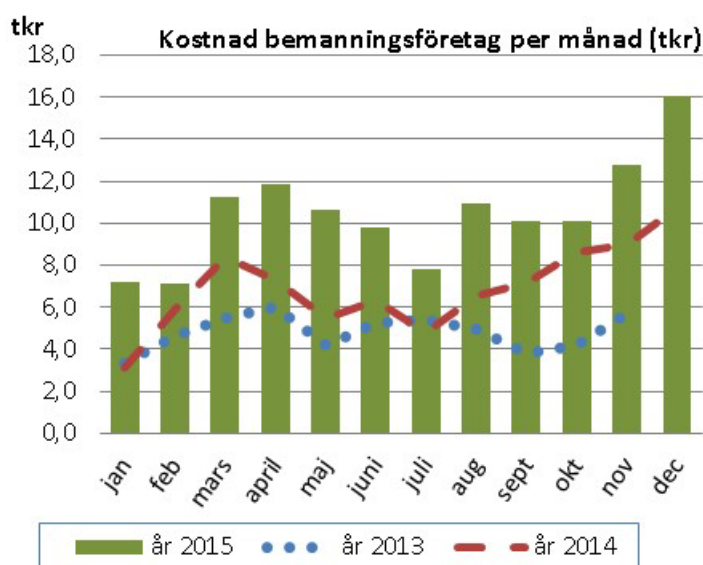
Bemanningsföretag

Orsak till köpt läkarbemanning är frånvaro och vakanser som man inte lyckats rekrytera till. Införandet av PSI ökade till viss del behovet av köp av läkarbemanning.

Kommentarer till köpt bemanning sjuksköterskor: Orsak till köpt sjuksköterskebemanning är frånvaro och vakanser som man inte lyckats rekrytera till. Införandet av PSI ökade till viss del behovet av köp av sjuksköterskebemanning.

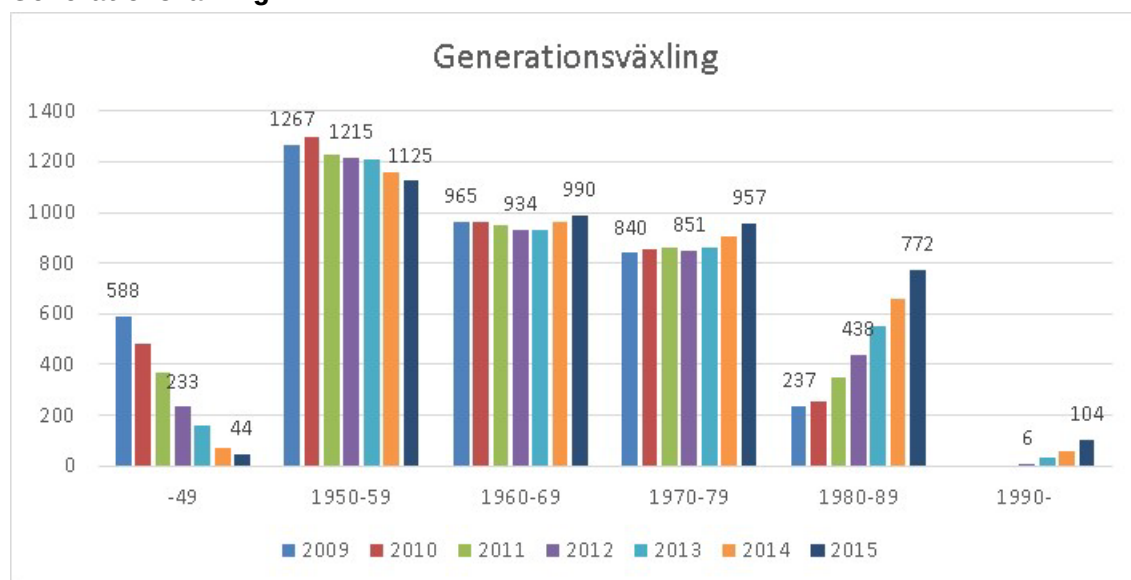
Kommentarer till köp av övrig personal: Vakanser på psykiologsidan inom område psykiatri innebar köp av psykologtjänster för bl. a utredningar och handledning av neuropsykolog.

Vidtagna åtgärder för att minska köp från bemanningsföretag: Rekryteringsinsatser, utbildning av ST-läkare, översyn av vem gör vad, produktions- och kapacitetsplanering. Primärvården har en läkarrekryteringsgrupp. Deltagit i en rekryteringsmessa i Holland som resulterade i rekrytering av tre läkare. Långsiktig marknadsföring av distriktsläkaryrket till studenter på läkarutbildningen, MSFUtlands konferens i Budapest samt till studenter/elever på studiebesök. Område psykiatri har en handlingsplan för att helt avveckla stafettläkare fr o m juni 2018.



Kostnad bemanningsföretag (tkr)	2014	2015	Förändring
Kto 5551 Övrig personal	3 556,5	4 115,4	558,9
Kto 5552 Läkare	73 151,8	107 842,3	34 690,5
Kto 5553 Sjuksköterskor	6 684,7	13 669,1	6 984,4
Totalt	83 392,9	125 626,8	42 233,9

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 sjuksköterskor. Bristerna bedöms inte hänga samman med generationsskiftet utan beror på en ökad efterfrågan av både läkare och sjuksköterskor.

Av de som är födda på 40-talet d v s 66 år och äldre så är det 44 personer som arbetar på månadslön. Över tid kan man se att den gruppen ökar.

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 Region Jämtland Härjedalen att

medarbetaren har någon form av högskole- eller universitetsexamen.

De kommande pensionsavgångarna ska ställas i relation till minskade ungdomsgrupper. Gymnasieungdomar har minskat drastiskt under senare år, framförallt här i länet, och det kommer att pågå 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 matchning av den höga andel unga arbetssökande och arbetsgivarnas behov av kompetens.

För att väcka intresse för en framtida utbildning och arbete i Region Jämtland Härjedalen anordnades studiebesök för 292 elever från grundskola och gymnasiet och feriearbete erbjöds till 292 ungdomar.

Hel- och deltid inom Jämtlands läns landsting

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Totalt	659	692	652	680	623	586	438	419
Kvinnor	590	613	565	597	559	524	388	398
Man	69	79	87	83	64	62	50	118

Av deltidsanställda är 95 kvinnor och 5 % män
 Antal deltidsanställda kvinnor av totalt antal
 anställda kvinnor = 10 %
 Antal deltidsanställda män av totalt antal anställda
 män = 3 %

Antalet deltidsanställda är 419 personer och det är
 en 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.

Av de som har deltidsanställning återfinns ett antal
 personer med varaktig sjuksättning 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.

Hälsofrämjande arbetsmiljö

Sjukfrånvaron inom Region Jämtland Härjedalen
 har minskat från 6,8 % år 2014 till 6,6 % 2015.
 Minskningen beror både på en sänkning bland
 hälso- och sjukvårdens medarbetare och på
 regionbildningen, då medarbetarna inom regional
 utveckling har en lägre sjukfrånvaro. Variationerna
 inom regionen är stor, regional utvecklings
 sjukfrånvaro är 3,4% medan centrum medicin har
 sjukfrånvaro på mer än 8 %.

Sjukfrånvaron för män har minskat men männens
 minskat, medan den för kvinnor är på samma nivå.

Kvinnorna har fortfarande väsentligt högre
 sjukfrånvaro än männen. I jämförelse med andra
 delar av Sverige är sjukfrånvaron högst i Jämtland
 Härjedalen. Däremot ligger inte Region Jämtland
 Härjedalen högst i jämförelse med våra kommuner i
 regionen. Ett högt utgångsläge kräver dock mer
 insatser för att nå en hälsofrämjande arbetsmiljö. En
 stor del av sjukfrånvaron (50 >%) är
 långtidssjukfrånvaro, längre än 60 dagar.

Regionens arbetsmiljöenkät genomförs två gånger
 varje år. Enkäten berör den psykosociala
 arbetsmiljön och är en del i det systematiska
 arbetsmiljöarbetet för att följa upp att en
 tillfredställande arbetsmiljö uppnås och för att
 förebygga ohälsa. Enkäten ska vara en naturlig del
 av uppföljningen i den dagliga verksamheten och
 som en grund till dialog på arbetsplatsträffar kring
 arbetsmiljön och hälsa.

Beslut om Långsiktig utvecklingsplan för
 sjukskrivning fattades i fullmäktige i november
 2015. Då med sjukskrivning av länets medborgare i
 fokus, men analyser och åtgärder kommer att vara
 till stor nytta också för Region Jämtland Härjedalens
 arbete med sjukskriven personal.

Ytterligare statistik och uppföljningar inom
 personalområdet kommer under våren i det
 särskilda personalbokslutet.

Utifrån de personalstrategiska frågorna är regionens utmaning de närmsta åren:

- Arbeta för god kompetensförsörjning på kort och lång sikt
- Hantera kompetensförskjutning på strategiskt bästa sätt
- Klara av generationsväxlingen
- Minska sjukfrånvaron

Forskning, utveckling och utbildning

Dagens sjukvård är i ständig utveckling och går mot en mer specialiserad vård. Samtidigt gör distansoberoende teknik och nya innovationer att mycket av framtidens sjukvård kommer flyttas i närheten av eller in i patienternas hem. Därför är forskning, utveckling och utbildning (FoUU) en förutsättning för att sjukvårdens verksamheter ska kunna möta kunskapssamhällets behov i framtiden.

FoUU bidrar till kompetensväxling och skapar en grund för förändring och förbättring av verksamheten samtidigt som det bidrar till en lärandemiljö som stimulerar till kritiskt tänkande och livslångt lärande. På så sätt kan nya metoder som gagnar den kliniska vardagen eller patientnyttan komplettera eller ersätta befintliga metoder. Forskning och utveckling, tillsammans med den kliniska utbildningen av blivande medarbetare, skapar en kunskapsbaserad hälso- och sjukvård av hög kvalitet som gör Region Jämtlands Härjedalen till en attraktiv arbetsgivare för alla yrkeskategorier samtidigt som det stärker länets utveckling och regionens varumärke.

Region Jämtland Härjedalen satsar årligen ca 6,5 mkr per år på forskning och utveckling. Dessa medel stöder både avancerad klinisk forskning och enklare utvecklingsprojekt med avsikt att förbättra medarbetares eller patienters vardag. En stor andel av FoU-medlen används också för finansiering av deltidstjänster för forskarstudier eller meritering mot docentur eller professor. Årligen disputerar en till fyra doktorander och regionen visar en positiv trend gällande ökningen av andelen disputerade medarbetare. Idag har Region Jämtland Härjedalen cirka 50 disputerade medarbetare, varav nio personer är lektorer med förenad anställning vid Umeå Universitet, ytterligare två är docenter och tre är professorer. Dessutom finansieras även tre halvtidstjänster som industridoktorander vid Mittuniversitetet, samt två doktorandtjänster till den Mittskandinaviska forskarskolan för sjuksköterskor. Två allmänläkare med inriktning mot äldre vård planeras rekryteras till hälsocentralerna i Bräcke och Ragunda. Tjänsterna ska kombineras med forskarutbildning vid KTH.

För att ytterligare stärka den kliniska forskningen inom regionen fubbs ett Kliniskt forskningscentrum (KFC) bestående av en forskningsmottagning och ett forskningslaboratorium i Östersunds sjukhus. Verksamheten inom KFC innefattar också ansvaret för regionens biobanksverksamhet.

FoUU - staben har det övergripande ansvaret för regionens kliniska utbildningsåtagande samt att utveckla, stimulera och underhålla den akademiska miljön i samarbete med framför allt Umeå universitet, men också med andra aktörer och lärosäten.

Regionen har åtagande i Umeå universitets läkarutbildning under terminerna 6-9 och 11. Regionen har också studierektorer för utbildning av ca 100 ST-(specialisttjänstgöring) och ca 50 AT-(allmäntjänstgöring)läkare. Dessa säkerställer undervisning och handledning i ST-läkarnas utbildning i vetenskapsmetodik, samt att skapar förutsättningar för AT-utbildning av hög kvalitet i samverkan med verksamhet och ledning. Studierektor för PTP-psykologer utvecklar ett PTP-program för psykologer.

FoUU - staben har också ansvar för verksamhetsförlagd utbildning (VFU) av studerande inom medellång vårdutbildning, (sjuksköterskor mfl. yrken). Dessutom samordnas arbetsplats förlagd lärande (APL) för många av länets vård- och omsorgsprogram (undersköterskor). Årligen finns 1000-1200 studenter/elever som får utbildning och handledning inom hälso-, sjuk- och tandvården. Inom den sektorn finns cirka 2 800 medarbetare. Rent teoretiskt har minst varannan medarbetare ett handledningsuppdrag av varierande omfattning under ett år.

Utifrån avsnittet om FOUU är regionens utmaning de närmsta åren:

- Utveckla regionens arbete med forskning, utveckling och utbildning för att möta samhällets behov.

Verksamhetsresultat

Område Verksamhetsresultat ska visa strategiska områden för organisationens arbete och innefatta såväl finansiella som icke finansiella resultat. Bland icke finansiella resultat ingår utfall för "stora" processer.

I avsnittet finns en beskrivning av hälso- och sjukvårdsförvaltningen och förvaltningen för regional utvecklings förutsättningar och framtidsbilder inför åren 2017-2019. Det finns också en beskrivning av det ekonomiska läget och den långsiktiga planen för god ekonomisk hushållning.

Hälsö- och sjukvårdsförvaltningen

Inom förvaltningen finns 13 områden I det här avsnittet ges en bild av områdenas hälsö- och sjukvårdsverksamhet, dels nuvarande innehåll och dels dess framtida utmaningar.

Primärvård

Primärvården består av följande hälsöcentraler och antal listade per hälsöcentral.

	Antal listade	Förändring
Hälsöcentral	Jan- 2016	sedan dec 2014
Svenstaviks HC	3 889	-28
Myrvikens HC	3 310	23
Bräcke HC	4 719	-17
Kälarne HC	1 376	-35
Svegs HC	5 828	-44
Funäsdalens HC	2 105	21
Krokoms HC	10 075	64
Föllinge HC	1 526	-53
Hammarstrands HC	3 851	18
Stuguns HC	1 220	-49
Strömsunds HC	4 717	-70
Backe HC	1 386	-4
Järpens HC	4 430	134
Åre HC	4 711	44
Hallens HC	1 498	-9
Zätagårds HC	12 768	229
Frösö HC	13 009	248
Odensala HC	15 282	466
Lugnviks HC	7 812	376
Lits HC	3 660	-19
Brunflo HC	9 477	-528
Summa regiondrivna HC	116 649	767
HÄLSÖCENTRALER I ANNAN DRIFTSFORM		
Närvård Frostviken	783	-19
Nya Närvården	5 275	-10
Hälsörum Offerdal	2 307	52
Fjällhälsan	2 394	71
Summa andra HC	10 759	94
Totalt	127 408	861

I den landstingsdrivna primärvården finns också anslagsfinansierad verksamhet i form av

- Sjukvårdsrådgivningen
- Ungdomsmottagningen
- Närvårdsavdelningen i Strömsund
- Korttidsplatser i Sveg

I oktober 2014 gjordes en rapport med verksamhetsgenomgång av primärvården där många

faktauppgifter framgår. I oktober beslutades om struktur för primärvården där finns ytterligare fakta. Förslagen som syftar till att primärvården ska klara vårderna med tilldelade medel handlar om att

- Förbättra tillgängligheten genom gemensamt telefonkontaktnummer i Östersund.
- Fler kontaktvägar, bl a via internet
- Utarbetande av standardiserade vårdförlopp där andra yrkeskategorier än läkare kan ta över vissa arbetsuppgifter.

Viktiga framtidsbilder:

- Om fler arbetade timmar utförs av andra än läkare, kan stafettläkare anlitas i mindre utsträckning, vilket är ett högt prioriterat uppdrag
- Primärvården ska starta ett försök på en eller två hälsöcentraler, där primärvården blir styrande i vårderna.
- Utredning pågår också om hur primärvårdens jour och beredskapsverksamhet ska bedrivas
- I samverkan mellan primärvården och specialistvården pågår ett arbete med samarbetsöverenskommelser för olika diagnosgrupper. Syftet är att förtydliga vilka metoder och rutiner som gäller och vad primärvårdens ansvar är liksom de olika specialistvårdsverksamheternas ansvar är.
- Inom Ledningskraft pågår diskussioner om utveckling av vård i hemmet tillsammans med kommunerna.

Ekonomi

Den regiondrivna primärvården finansieras på samma villkor som de privata hälsovalsaktörerna. Vid utgången av 2015 bedrevs verksamheten med ett stort underskott jämfört med budget, vilket föreslagna åtgärder i rapporten om LUP ekonomi primärvård avser komma till rätta med.

Största utmaningen

Att kunna ge rätt vård, på rätt nivå, när patienten bäst behöver det.

I detta finns många spår som "vem gör vad", bemanningsföretagen, ekonomin, jour/beredskap och övriga avtal, rekryteringsstrategier etc.

Område HIM (Hud, infektion, medicin)

HIM består av följande avdelningar:

Avdelning	Antal Vård platser
Infektionsavd.	17
Lungavdelning	16
Avd. 408 Hematologi	20
Mag-, tarm-, njuravdelning	16
SUMMA	69

Mottagningar
Hud- och könsmottagning
Infektionsmottagn. inkl. smittskydd
Mag-tarmmottagning
Avd. 408 hematologi
Dialys- njurmottagning
Lung- och allergi-mottagning
Medicinmottagning
Dietistmottagning

Viktiga framtidsbilder:

Patient

- Starkare patientperspektiv, pålästa kunniga patienter
- Personcentrerad vård. Ge patienten förutsättningar för ökad delaktighet i sin vård
- Större valfrihet i vården
- Verktyg till patient, ex. appar, Mina Vårdkontakter, distansoberoende teknik, informationsfilmer
- Krav på jämlik vård vilket kommer påverka utbud och ekonomi
- Tillmötesgå egenvårdsremiss
- Tillmötesgå krav på tillgänglighet

Förändrad vårdflöden/vårdplatsstruktur

- Utökad specialistsjukvård i hemmet inkl. rehabilitering. Mobila lösningar.
- Integration av mottagning och avdelning – bemanningsfördelar, lokalfråga.
- Ökad poliklinisering
- Utökad "distansoberoende sjukvård"
- Högre grad av svårt sjuka på vårdavdelning.
- Ökade insatser för att förhindra återinsjuknande. Ex SIP, samordnad individuell plan
- Ny lag om "trygg och effektiv utskrivning från slutenvård"

- Ständigt arbete med att förbättra vårdflöden (Lean)

Läkemedel

- Snabb medicinsk utveckling
- Effektiva men dyra läkemedel
- Biosimilarer ökar som kan ersätta dyra läkemedel
- Nationella riktlinjer styr läkemedelsanvändningen

Kompetens

- Kompetensförskjutningar
- Nya kompetenser in i vården, ex apotekare, IT-kompetens
- Specialistsjuksköterskor i högre grad
- Ökad grad av multiprofessionella team
- Hemtagning av viss riks- och regionvård ex inom hematologi
- Ökad grad av interaktiva utbildningar
- Fastställda kompetenskrav
- Förändrade arbetssätt - rätt person gör rätt saker på ett effektivt sätt
- Brist på vissa specialistläkare skapar svårigheter att upprätthålla utbildning för läkarkandidater
- Brist på personer med handledarutbildning

Rekrytering

- Fortsatt svårt att rekrytera sjuksköterskor och vissa specialistläkare
- Utökad möjlighet till forskning
- Karriärstegar (utbildning och lön)
- Attraktiv arbetstidsmodell
- Anpassade bemanningsmål
- Kunna erbjuda konkurrenskraftiga löner

Nationella riktlinjer mm

- Standardiserade vårdförlopp
- Utredning "Effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården"
- Implementering av Riktlinjer för vård vid astma och KOL

Ekonomi

- Områdets verksamhet har under de senaste åren inte kunna klaras inom tilldelad budget
- Hög nettokostnadsutveckling. Fortsatt stort behov av riks- och regionsjukvård
- Fortsatt ökade läkemedelskostnader, ex Hepatit C läkemedel
- Föra in KVÅ koder i verksamheten

Största utmaningen

Ekonomi i balans

Område HNR (Hjärta, neurologi, rehabilitering)

HNR består av följande avdelningar:

Avdelning	Antal Vård-platser
Hjärtenheten	23
Strokeavdeln.	19+1
Rehabavdeln.	22
SUMMA	65

I nedanstående tabell anges antal patienter, dvs. unika medborgare som besökt mottagningarna. Varje patient kan besöka mottagningen flera gånger under ett år. Besök motsvarar både fysiska besök och telefonkontakter hos alla yrkeskategorier.

Mottagning
Hjärtmottagning
Neurologi Mottagning
Reumatologi Mottagning
Smärtmottagning

Viktiga framtidsbilder:

Patient

Samma som område HIM

Förändrad vårdflöden/vårdplatsstruktur

- Samma som område HIM
- Ny lag: teamutredningar (TMU) och aktivitetsförmågeutredningar (AFU) ska utföras i landsting/regionregi

Läkemedel

- Samma som område HIM

Kompetens

- Samma som område HIM
- Hemtagning av viss riks- och regionvård ex enklare thoraxkirurgi

Rekrytering

- Samma som område HIM

Nationella riktlinjer mm

- Standardiserade vårdförlopp
- Revidering av Strokeriktlinjer 2017
- Utredning "Effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården"
- Riktlinjer för hjärtsjukvård – ökade kostnader läkemedel
- Implementering av Riktlinjer för MS/Parkinson

Ekonomi

- Områdets verksamhet har under de senaste åren inte kunna klaras inom tilldelad budget
- Hög nettokostnadsutveckling
- Fortsatt stort behov av riks- och regionsjukvård
- Fortsatt ökade läkemedelskostnader, ex DOAK
- Föra in KVÅ koder i verksamheten

Största utmaningen

Ekonomi i balans

-

Område Barn

består av följande avdelningar och mottagningar:

Avdelning	Antal Vård- platser
Avd 108 barn ungdoms medicin	12
Avd 109 spädbarnsavdelning	8
SUMMA	20

I nedanstående tabell anges antal patienter, dvs unika medborgare som besökt mottagningarna. Varje patient kan besöka mottagningen flera gånger under ett år. Besök motsvarar både fysiska besök och telefonkontakter hos alla yrkeskategorier.

Mottagning
Barn o ungdomsmedicin
Avd 108 barn o ungdom - dagvård
Avd 109 neonatal - dagvård

Viktiga framtidsbilder:

- Antalet barn i åldersgruppen 0-4 år kommer att öka på grund av ett högre födelsetal. Även antalet barn i grupperna 5-9 år och 10-14 år kommer att öka något. Gruppen tonåringar i åldern 15-19 år har under en lång rad år minskat i storlek. Den åldersgruppen kommer att vara stabil år 2015 och 2016 och kommer sedan att öka utifrån nu kända data.
- En snabb medicinsk och teknisk utveckling medför fortsatta stora investeringsbehov. Investeringsbehoven, vad det gäller medicinteknisk utrustning, finns främst inom neonatal-sjukvården och barnhjärtsjukvården men kommer också att ses inom andra centrum med verksamheter som har anknytning till barnsjukvården.

- Målsättningen är att en stor del av den medicinska utvecklingen ska kunna ske vid sjukhus utanför regionsjukhusen, såsom t.ex. vid Östersunds Sjukhus och andra länssjuk-hus. Många delar i den medicinska utvecklingen kräver inte stordrift och kan med hög patientsäkerhet och med goda ekonomiska resultat ske vid mindre sjukhus.
- Fortsatt satsning på att så stor del av vården som möjligt ska ske vid Östersunds Sjukhus.
- Generationsväxling och snabb kunskapsutveckling inom flertalet grenspecialiteter och delområden kräver fortsatt stor satsning på undervisning, randningar vid andra sjukhus.
- Asylsökande familjer förväntas ge ett fortsatt betydande och värdefullt bidrag till barnpopulationen. Bredden på sjukdomspanoramata ökar därmed och ger en bättre inblick i det globala hälsoläget. Detta i sin tur ger en bättre sjukvård för alla medborgare.
- Det förväntas under perioden ett stort fortsatt inflöde med remisser från primär-vården, inklusive BVC. Samtidigt pågår det sedan hösten 2014 ett viktigt samordningsarbete med hjälp av en s.k. primärvårdskonsult med samordning av rutiner och ökat kunskapsutbyte. Det är viktigt att detta samarbete får fortsätta under många år.
- Det förväntas under perioden fler multisjuka barn med behov av både sjukvårdens och kommunernas resurser. Det ger ökade krav på samordning med kommunerna och Barnhabiliteringen.
- Under perioden 2016 - 2018 ska målbeskrivningen bli tydligare inom samtliga gren-specialiteter. Här ses bl.a. arbetet inom RCC som förebild för arbetet.
- En översyn pågår av primära omhändertagande av akut sjuka barn. Barnkliniken förespråkar en modell där detta omhändertagande ska kunna ske vid Barnkliniken dygnet runt. Detta i sin tur medför en avlastning för Akutmottagningen.

Största utmaningen

Att rekrytera och behålla kompetent medarbetare, att ge dem förutsättningar för att göra ett bra arbete innebärande hög patientsäkerhet och att alla medarbetare ska få känna sig mycket tillfredsställda i sitt arbete.

Område Kvinna

består av följande avdelningar och mottagningar:

Avdelning	Antal Vård-platser
Avd 107 gynekologi	9
BB-avdelningen	12

Mottagning
Enheten för kvinnosjukvård
Kvinnohälsan

Viktiga framtidsbilder:

- Under 2016-2018 fortsätter antalet förlossningar successivt att öka till 1500 fram till år 2018 med reservation för antalet flyktingar.
- Ökning av sökande med infertilitetsproblem och patienter som ska ha IVF-behandling. Utökning av antal par och behandlingar.
- Privatpraktiserandes landstingsfinansierad infertilitet och IVF-vård överflyttas helt till Kvinnosjukvården från 20160601.
- Verksamheten kommer arbeta med "Överenskommelse om kvinnors hälsa och förlossningsvård" tillsammans med primärvården under 2016-2019
- Förbättra och öka tillgängligheten vid gynekologiska enheten både för första besök och behandling.
- Ökning av nyanlända/flyktingar i länet innebär en högre procentuell ökning av gravida och gravida med ett annat sjukdomspanorama
- Nya och utökade nationella vårdprogram avseende läkemedelsbehandlingar för områdets cancerpatienter
- Bemäna verksamheten med rätt profession utifrån nationell brist och samtidigt som områdets verksamhet ökar.
- Regelförändringar utanför verksamheten påverkar verksamheten.

Största utmaningen

Det ökande antalet nyanlända/flyktingar inom hela området, med ökat antal besök både vid obstetrik och gynekologin, ökat antal förlossningar, klara tolkontakten samt det ökande personalbehovet

Område Barn och unga vuxna

består av följande avdelningar och mottagningar:

Mottagning
Föräldra- barn hälsan
Ungdomspsykiatrisk mottagn (UPM)
Barn-ungdoms-habilitering (BUH)
Vuxenhabilitering
Rett Center

Viktiga framtidsbilder:

- Generellt gäller att de stora barnkullarna – åren kring 1990 - nu själva börjar bli föräldrar. Denna grupp föräldrar har en större psykisk ohälsa än tidigare generationer, vilket kan påverka samtliga verksamheter inom BUV. Antalet barn i åldersgruppen 0-4 år kommer att öka på grund av ett högre födelsetal. Även antalet barn i grupperna 5-9 år och 10-14 år kommer att öka något. Gruppen tonåringar i åldern 15-19 år har under en lång rad år minskat i storlek. Den åldersgruppen kommer att vara stabil år 2015 och 2016 och kommer sedan att öka utifrån nu kända data.
- Flyktningmottagandet i länet innebär ökad inströmning av barn och familjer med omfattande problematik. 2014-2016. 90 ensamkommande flyktingar 2014. Ca 600 ensamkommande flyktingar 2015. Prognos 2017 700 ensamkommande flyktingar. 20-25% av dessa beräknas ha behov av vård inom någon av BUV:s enheter.
- Fler mycket tidigt födda barn medför fler barn med olika former av funktionsnedsättningar.
- Ökad kunskap om neuropsykiatriska funktionsnedsättning i samhället ger ökat behov av diagnostik och behandling medicinskt, funktionellt och psykiatrisk.

Största utmaningen

De stora barnkullarna – åren kring 1990 - börjar nu själva bli föräldrar. Denna grupp föräldrar har en större psykisk ohälsa än tidigare generationer, vilket kan påverka samtliga verksamheter inom BUV. Flyktningmottagandet i länet påverkar också områdets verksamheter

Område Psykiatri

Område Psykiatri består av följande avdelningar och mottagningar:

Avdelning	Antal Vårdplatser
1B – Beroende enheten/ tillnyktring	6
3B – Psykiatrisk akutvård	10
4A – Psykos och ätstörningar	10
4B – Allmänpsykiatri och äldre	14
SUMMA	50

Mottagning
Trauma-ångest mottagning
Psyk akutmottagning
Barn- och ungdoms-psykiatri (BUP)
Ätstörningsenhet
Affektiva öppenvård
Beroende öppenvård
Psykos öppenvård
Äldrepsykiatri Öppenvård

Viktiga framtidsbilder:

- Området har svårt att bemanna slutenvården med bibehållen kontinuitet. Att attrahera, rekrytera och behålla personal blir framtidens stora utmaning.
- Området ser en risk för "psykiatisering" av livsproblem, då andra instanser i samhället såsom skolan, föräldraskapet, arbetslivet sviktar. Ofta blir idag vuxenpsykiatri ett slags sista instans för alla typer av problem, oavsett om det hör hemma där eller inte.
- Grupperna missbruk, neuropsykiatri, självskadebeteende tenderar att öka. Dessa grupper samt mer komplexa tillstånd (samsjuklighet) konkurrerar med de mer stabila grupperna såsom bipolära, psykos, med flera.
- Fortsatt ökad förfrågan efter könsbyte.
- Införande av olika former av internetbehandling.
- Fördjupa brukar- och anhängararbetet.
- Utveckla psykiatriens konsultativa roll gentemot vårdgrannar.

- Över tid kommer området ha svårt att ta emot alla patienter i tid, då patienterna ofta blir "kvar" inom psykiatri. För att motverka detta krävs tydliga vårdplaner, samordnande planer med kommunerna, tydliga individuella behandlingsmål för patienterna.
- Svårigheter att rekrytera sjuksköterskor – vilket påverkar möjlighet att hålla alla slutenvårdsplatser öppna.
- Ett ökat behov av öppen och slutenvård för traumatiserade nyanlända, vilket också kräver kontinuerlig kompetensutveckling av psykiatriens personal.
- Psykiatrien behöver ställa om arbetssätt/ effektivisera för att med nuvarande resurser kunna möta den psykiska ohälsan hos befolkningen i form av flera gruppinsatser och RACT samt anhörig/ patientutbildningar.

Största utmaningen

Att attrahera, rekrytera och behålla personal

Område Kirurgi, ögon, öron

Område kirurgi, ögon, öron består av följande avdelningar och mottagningar:

Avdelning	Antal Vårdplatser
Avd 211 ögon/öron/urologi	18
Avd 213 mag-tarm kirurgi	22
Avd 413 kärl-bröst-endokrin kirurgi	22
SUMMA	62

Mottagning
Endoscopi
Kirurgi inskrivn/dagvård
Kirurgimottagning
Uroterapimottagning
Stomiterapimottagning
Onkologmottagning
Storsjöggläntan
Ögonmottagning
Öron-näsa-hals
Logopedmottagningen
Arbetssterapi/ sjukgymn
Hörcentralen
Syncentralen

Utöver dessa avdelningar och mottagningar finns också tolkcentralen för syn och hörseltolkning inom detta område.

Viktiga framtidsbilder:

Medicinsk kvalitet

- Snabb teknisk och medicinsk utvecklingen medför fortsatt stort investeringsbehov.
- Utredning av möjligheten att inrätta egen onkologisk verksamhet vid Östersunds sjukhus kommer att presenteras våren 2016
- Fortsatt utveckling av dagkirurgi.
- Nya patientlagen med högre krav på patientens delaktighet.

Tillgänglighet

- Fortsätta med "Rätt kompetens till rätt uppgift"
- Tillgängliga vårdplatser, rätt patient på rätt plats, bra samverkan med kommuner.
- Produktions- och kapacitetsplanering enligt femstegsmodellen ska genomföras på alla berörda verksamheter.
- Fortsatt utveckling av E-hälsotjänster.

Medarbetare

- Brist på specialistkompetens inom urologi, plastikkirurgi, onkologi, öron- ögonkirurgi, bröstkirurgi, ögonläkare medför fortsatt behov av stafettläkare.
- Investering i utbildning av ST läkare krävs.
- Brist på allmänsjuksköterskor medför svårighet att bemanna vårdavdelningarna och risk för stängda vårdplatser.
- Brist på medicinska sekreterare.
- Brist på audionomer medför behov av stafetter.

Ekonomi

- Centrumets verksamhet har under de senaste åren inte kunna klaras inom tilldelad budget.
- Hög nettokostnadsutveckling.
- Fortsatt stort behov av riks- och regionsjukvård.

Största utmaningen

Ekonomi och kompetensförsörjningen

Område Ortopedi

Område ortopedi består av följande avdelningar och mottagningar:

Avdelning	Antal Vård- platser
Avd 209 - ortopedi	24
Avd 409 - ortopedi	24
SUMMA	48

Mottagning
Ortopedmottagn.
Ryggkirurgisk mottagn
Arbetssterapi/ sjukgymn

Viktiga framtidsbilder:

- Vi inte har genomfört rekommendationerna enligt riktlinjerna vad gäller "vård vid osteoporos". Är framlyft i inprioarbete men tyvärr har det inte funnits ekonomiskt utrymme för denna inprioritering i regionen.
- Ett arbete pågår med att uppdatera regionens vårdprogram, viss läkemedelsbehandling har påbörjats då det av medicinska skäl skulle vara helt oförsvarligt att inte behandla patienter i vår region på likvärdigt sätt som i övriga landet.
- Önskvärt vore även att avsätta personella resurser för att införa en "frakturkedja". Se utredning angående "rutiner för bentäthetsmätning"
- För såväl våra medborgare som våra medarbetare är tillgänglighet den största och viktigaste utmaningen. Om vi kommer till rätta med den får vi nöjda patienter, en bättre arbetsmiljö på såväl mottagning, operation som vårdavdelning och vi får nöjda och stolta medarbetare. Dessutom är det nyckeln till att få ordning på ekonomin (se 2013 års resultat, det året hade vi ordning på såväl tillgänglighet som nettokostnadsutveckling).

Största utmaningen

För såväl våra medborgare som våra medarbetare är tillgänglighet den största och viktigaste utmaningen.

Område Akutsjukvård

Området ansvarar för att fullgöra regionens sjukvårds-, utvecklings- och utbildningsuppdrag avseende:

- Prehospital sjukvård i vägambulans- och helikopterverksamhet
- Ambuss
- Akutmottagning med observationsplatser
- Intensivvård
- Operations- och anestesiverksamhet inkl. läkarkompetens inom anestesi och intensivvård samt smärtrehabilitering
- Initial postoperativ vård
- Sterilgodshantering
- Tillhandahålla funktionen vårdplatskoordinator
- Bemanna uppdragen för donationsansvarig läkare samt donationsansvarig sjuksköterska
- Tillhandahålla sjukvårdsgrupper vid behov

Ambulanssjukvården består av 11 ambulansstationer och en helikopterbas. Länet har 12 dygnsbemannade ambulanser och en dygnsbemannad helikopter.

Ambulanserna är stationerade på följande orter:

Bräcke, Gäddede, Hammarstrand, Funäsdalen, Hede, Järpen, Krokom, Sveg, Svenstavik, Strömsund och Östersund 2 bilar. Under vintersäsongen utökas antalet ambulanser med 2 st säsongsbilar placerade i Åre och Vemdalen.

Viktiga framtidsbilder:

Medicinsk kvalitet

- Snabb teknisk och medicinsk utveckling medför fortsatt stort investeringsbehov
- Arbeta för separata spår för dagkirurgiska- och ineliggande patienter
- Ökad tillgång till vårdplatser på plan 4 exempelvis intermediärvård och/eller dygnet-runt-öppen uppvakningsavdelning
- Fortsatt arbete för ökad patientdelaktighet
- Mer tid behöver läggas på fortbildning och teamträning
- Stimulera fler medarbetare till forskning
- Utveckling av användning av ultraljudsteknik
- Ev ett övertagande av ambulansdirigering från SOS Alarm
- Patientsäker vård även under sommaren
- Använda kvalitetsregister för utveckling av verksamheten

Tillgänglighet

- Fortsatt högt akutinflöde på akutmottagning och i ambulansverksamheten
- Fortsatt hög produktion på centraloperation är en förutsättning för att kunna klara tillgängligheten
- Fortsätta med "Rätt kompetens till rätt uppgift"
- Samverkan med kommuner och primärvård för akutmottagning och ambulans
- Införa patientnära analyser där det finns flödesvinster

Medarbetare

- Upprätthålla den goda bemanningen på anestesiläkaravdelningen
- Tydliga karriärvägar för sjuksköterskor och under sköterskor
- Tillhandahålla utbildningsplatser med lön i tillräcklig omfattning för att säkra tillgång till specialistutbildade sjuksköterskor
- Ev brist på medicinska sekreterare
- En arbetsbidsmodell som ger återhämtning i 3-skiftsarbete

Ekonomi

- Utmaning att komma tillrätta med en hög nettokostnadsutveckling. Områdets verksamhet har under de flesta år inte kunnat klaras inom tilldelad budget

Största utmaningen

Förutom bemanningen med specialistsjuksköterskor och ekonomin är det flödet på akutmottagningen som den största utmaningen.

Område Diagnostik, teknik och service

Område diagnostik, teknik och service ansvarar för att fullgöra Region Jämtland Härjedalens uppdrag avseende;

- radiologisk verksamhet inom medicinsk röntgen
- klinisk fysiologi och neurofysiologi
- laboratorieverksamhet inom klinisk kemi och transfusionsmedicin med blodcentral samt klinisk mikrobiologi
- nuklearmedicin
- vara landstingets kontakt mot NUS för klinisk patologi/cytologi
- medicinteknisk utrustning
- enligt strålskyddsorganisationen ansvara för verksamhet med joniserande strålning följer lag, förordning och föreskrifter
- bedriva blodverksamhet enligt gällande lag och Socialstyrelsens och Läkemedelsverkets föreskrifter
- lokalvård
- lokalförsörjning
- tvätt och textil
- patientkost, restaurang-, café- och intern cateringverksamhet.
- vakt
- inre transporter, post och bud
- avfallshantering
- förråd och transport
- reception, kontakt mot patienthotell
- tryckeri, kopiering och skyltning
- arkiv och scanning samt sjukhusfotograf
- hjälpmedelscentral
- lagerhålla och distribuera sjukvårdsartiklar för den mellan landstinget och kommunerna gemensamma politiska nämnden för upphandling
- lagerhållning och distribution av sjukvårdsartiklar inom Jämtlands län
- vårdnära service ; kost, förråd, städ och patienttransporter

De uppgifter som utförs inom området får inte utföras inom någon annan enhet i Region Jämtland Härjedalen om inte annat särskilt beslutats. Det innebär att Område diagnostik, teknik och service uppträder som huvudleverantör, och endera utför verksamheten i egen regi, genom annan leverantör eller i samverkan med länets kommuner.

Viktiga framtidsbilder:

- Lean används men behöver utvecklas och struktureras

- Ökat behov av diagnostik, nationella riktlinjer och standardiserade vårdförlopp styr i viss mån men även en allmänt ökad efterfrågan av främst datortomografi och magnetröntgen men även av snabbanalys av laboratorieprover. Tidsfaktorn i kombination med högre kvalitet är generellt viktiga flödesaspekter.
- Patientnära analyser införs, med en början på akutmottagningen
- Fortsatt arbete med övergång till Cook-chill och etablering av produktionskök utanför sjukhuset.
- Kostnader för hjälpmedel ökar – teknikutvecklingen för kommunikations- och kognitionshjälpmedel går snabbt
- Kompetensförsörjningen bekymmersam – många bristgrupper. Avtal med Västerbotten och anlitande av bemanningsföretag och diagnostik på distans nödvändigt
- Stora ombyggnadsbehov föreligger för hela regionen
- Stort patientflöde via receptionen – införande av självcheckning skall genomföras.
- Vårdnära service skall utvecklas ytterligare
- Införande av gemensam kundtjänst påbörjas
- Höga sjukskrivningstal på några enheter
- Arbete med värdegrund och skapande av förbättringskultur fortgår och intensifieras
- Medverkar till införande av standardiserade vårdprocesser
- Regionens fastigheter håller god standard och är energieffektiva
- Energimålen klaras men förutsättningen är kontinuerligt arbete med energiinvesteringar
- Omfattande bench-markingprogram för serviceprocesser och diagnostiken deltar i NYSAM. Verksamheterna ligger bra till i många jämförande undersökningar
- Området har ett särskilt kompetensansvar för sjukresor och presenterade hösten 2015 ett förslag för regionstyrelsen på hur kunskapen om och efterlevnaden till sjukresoreglerna kan förbättras, något som beräknas leda till färre taxiresor och lägre sjukresekostnader för regionen. Under våren 2016 utreds drift av viss del av sjukresorna i egen regi.

Ekonomi

- Centrumets verksamhet finansieras genom interna köp från övriga verksamheter, eller genom externa intäkter t ex hjälpmedelscentralen servar också länets kommuner.

Största utmaningen

Tillgänglig diagnostik kopplat till både bemanning och utrustning.

Område Folktandvård

Folktandvården finns i hela Jämtlands län, från Gäddede i norr till Sveg i söder. Totalt finns 16 kliniker. I Östersund finns specialist- och sjukhustandvården.

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 att Folktandvården under kommande år kan tillämpa ny teknik, nya metoder och upprätthålla en tandvård med hög kvalitet och stor tillgänglighet har beslut fattats om folktandvårdens nya standard. Under 2015 har folktandvården avvecklat fem kliniker och är nu totalt 16 kliniker. Arbetet har börjat för att öka tillgängligheten, genom utökning av teamtandvård, förändring av öppettider, arbetstider och länsjour. Utvecklingen följs upp månadsvis via framtagna nyckeltal på klinikerna.

Tandhälsa:

Generellt har Sverige en mycket god tandhälsa. Jämtland och övriga Norrland har dock något sämre tandhälsa än övriga Sverige.

2011 var 24 % av våra 19 åringar kariesfria mot 2014 29 %. 19 åringar i riket är 34 % kariesfria.

Folktandvårdens mål är att öka antalet kariesfria 19åringar under kommande 3 års period. Både allmänhälsa, medicinering och den sociala situationen såsom fattigdom, hemlöshet, missbruk och utanförskap kan ha effekt på munhälsan. Tillgången till regelbunden tandvård, vanor och attityder kan också påverka munhälsan. I Folktandvårdens områdesansvar ingår att särskilt uppmärksamma dessa grupper.

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.

Folktandvårdens patienter kallas till tandvårdsbehandlingar utifrån sitt framtida uppskattade vårdbehov. De friska (utan förmodat vårdbehov) kallas med längre intervall och de med störst behov får mest vård. 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.

Barn:

I regeringens budgetproposition föreslås en satsning inom tandvårdens område, att erbjuda även unga

vuxna kostnadsfri tandvård. Regeringen föreslår att tandvård från och med den 1 januari 2017 ska vara kostnadsfri för unga upp till och med 21 år. I ett andra steg vill man från och med den 1 januari 2018 erbjuda det även till unga upp till och med 23 år. Landstingen föreslås kompenseras via det generella statsbidraget.

Om detta förslag beslutas kommer folktandvården att få styra om sina frisktandvårdsavtal samt planera för införandet av nya åldrar på barntandvård.

Viktiga framtidsbilder:

- Region Jämtland Härjedalen 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.
- Inom kommunerna har tandvård fått ett större fokus i och med införandet av riskbedömning av munhälsa, som en del i Senior Alert. Folktandvården har inrättat en projektanställning med syfte att utveckla samarbetet mellan Folktandvården och kommunerna och organisera den uppsökande och nödvändiga tandvården samt utbildning av vårdpersonal.
- I Region Jämtland Härjedalen har antalet flyktingar ökat kraftigt och dag för dag märks det tydligt på klinikerna. Många av flyktingarna är i behov av akut tandvård. De prognoser som finns för antalet asylsökande till länet visar på att vi måste räkna med att akuttrycket kommer att bestå några år. Övåntade tillströmningar av patienter och information med kort varsel om var flyktingar kommer att placeras och hur många som kommer, gör det mycket svårt att planera vård för denna grupp.

Tandvårdslagen anger vilka patientgrupper som är prioriterade i folktandvården:

- ✓ Patienter med akuta besvär ska tas hand om med förtur.
- ✓ Regelbunden och fullständig tandvård för barn och ungdomar till och med det år då de fyller 19 år.
- ✓ Specialisttandvård för vuxna.
- ✓ Uppsökande och nödvändig tandvård. Tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift till sjuka och funktionshindrade. De med särskilt tandvårdsstöd.
- ✓ Övrig tandvård för vuxna i den omfattning som landstinget bedömer lämplig.
 - Frisktandvård är prioriterat i gruppen vuxentandvård enligt politiskt beslut i Jämtlands läns landsting 2004.
 - Det kan bli aktuellt inom en snar framtid att prioritera bort gruppen med friska vuxna/ betalande patienter, vilket också

kommer att märkas av i Folktandvårdens ekonomi. Därför är arbetet med att öka tillgängligheten också viktigt för att kunna omhänderta denna patientkategori.

- Asylsökande och ensamkommande barn skall erbjudas en tandvård på lika villkor som barn bosatta i Sverige. Detta kan bli svårt att uppfylla under tiden som barnen är asylsökande. Risk finns att det bara blir akut behandlingar som utförs pga resursbrist.
- Personer som fyllt 18 år har rätt till omedelbar sjukvård och tandvård samt vård och tandvård som inte kan anstå. I rapport 2014 om "Vård för papperslösa" ISBN: 978-91-7555-161-6 skriver socialstyrelsen: "**Begreppet vård som inte kan anstå** är inte förenligt med medicinsk yrkesetik, är inte medicinskt tillämpligt i sjukvården och riskerar att äventyra patientsäkerheten. Vad som är vård som inte kan anstå får avgöras i det enskilda fallet av den behandlande läkaren eller tandläkaren. I detta har Socialstyrelsen stöd av de samlade vårdprofessionerna".
- Socialstyrelsens ställningstagande innebär att vård ska erbjudas på lika villkor, och att prioritering av vård ska ske utifrån medicinskt behov. Inom Folktandvården användes ett stöddokument från SKL angående vad som är vård som inte kan anstå. Vårdgivaren är skyldig att anlita tolk om personen inte behärskar svenska språket även här finns det stora problem att uppfylla det krav som ställs på oss som vårdgivare, eftersom det råder brist även på tolkar.
- Det är generellt sett svårare att **rekrytera nya medarbetare** till små kliniker än till större enheter. Redan idag finns svårigheter att bemanna på vissa kliniker, främst i ytterområdena. Pensionsavgångarna kommer öka framöver, inte minst bland tandsköterskor. Erfarna medarbetare ska erbjudas kollegialt utbyte och nyutexaminerade medarbetare ska erbjudas handledning och stöd från rutinerade kollegor. Verksamheten på små kliniker är mer sårbar vid frånvaro. Förhoppningsvis finns tandsköterskeutbildning förlagd till Jämtlands län from 2016, detta ger en klar möjlighet att klara tandsköterskebemanningen på ett bättre sätt.

Största utmaningen

Att öka tillgängligheten tillräckligt så att samtliga patientkategorier kan tas emot oberoende vilken prioritet de har enl. tandvårdslagen!

Förvaltningen för regional utveckling

Riksdagen har tilldelat Region Jämtland Härjedalen det regionala utvecklingsansvaret för Jämtlands län. Uppdraget styrs ytterst av europeiska och nationella styrdokument och riktlinjer, däribland den *Nationella strategin för regional tillväxt och attraktionskraft* liksom det årliga *Villkorsbeslutet* från Näringsdepartementet. I de här övergripande uppdragen ingår att arbeta fram och därefter implementera en Regional utvecklingsstrategi.

Utgående från dessa fastlagda styrdokument har den Regionala utvecklingsförvaltningen organiserat sin verksamhet för genomförande i fem olika verksamhetsområden:

- Näringsliv
- Kompetens och utbildning
- Infrastruktur och kommunikationer
- Attraktion och livsmiljö
- Kultur

För ett effektivt genomförande av uppdragen strävar verksamhetsområdena att arbeta horisontellt – ”hängerannor” – eftersom ett framgångsrikt tillväxtarbete kräver insatser från många områden samtidigt.

Region Jämtland Härjedalen har också en överenskommelse med länets kommuner gällande samverkan inom vissa regionala frågor, till exempel kompetensförsörjnings- och energifrågor. Detta genomförs inom den Regionala utvecklingsförvaltningens olika områden.

Område Näringsliv

Från 2015 har Region Jämtland Härjedalen övertagit hela ansvaret för de regionalpolitiska medlen. Företagsstödet överförs från länsstyrelsen, vilket innebär att ytterligare 76 miljoner blir tillgängliga för regionens arbete, d.v.s. totalt 115 miljoner kronor.

Övertagandet av ansvaret ställer höga krav på den nya organisationen, att få detta att ske så smidigt så att de företag som redan idag har stöd beviljat, och företag som söker ett stöd, inte märker någon skillnad i arbetssätt och service. Det samarbete som har funnits mellan kommunerna och

länsstyrelsen vad gäller arbetet med företagsstödet genomförande ska behållas.

Under 2015 kom även EUs strukturfonds- och interregprogram igång vilket innebär möjligheter för privata organisationer/sammanslutningar samt de offentliga att söka medel för olika projekt som ligger i linje med de intentioner som finns i programmen.

För att stärka näringslivet arbetar Region Jämtland Härjedalen med både kort och långsiktiga insatser utifrån flera aktiviteter och projekt. Utifrån de förutsättningar som finns stöds utveckling i länet genom samarbeten och medfinansiering av den näringslivsstrukturer som finns i länet. Fokus är att underlätta för företag att växa på den nationella och internationella marknaden.

Goda kontakter ska främjas mellan företag och myndigheter på lokal och regional nivå med snabb och korrekt behandling av olika frågor. Det bör även utvecklas arenor mellan företag/företagens organisationer och kommun/statliga myndigheter för dialog kring tillväxthinder och hur dessa kan undanröjas

Bättre samverkan mellan forskning och företagande
Länet ska skapa ökad samverkan mellan forskningsvärlden och företagen. Företagen ska också stärka sitt arbete med att efterfråga forskningskompetens. Forskning inom Mittuniversitetet ska ha sådan profil att den stärker länets näringsliv, kan förse företagen med erforderlig kunskap och kompetens samt att FoU-innovationer avknoppas till kommersiella produkter. Även företagandet inom Social ekonomi och näringslivsinriktad landsbygdsutveckling ska stärkas.

I Jämtlands län är besöksnäringen en basnäring med större betydelse för sysselsättning och tillväxt än i många andra regioner. Tillsammans med en tradition av småföretagande och entreprenörskap är företagandet inom turism och upplevelser stark. Det har bidragit till att länet är ett av de större besöks-länen i landet. En fortsatt utveckling inom området ska stimuleras.

Viktiga samarbetspartner i stödet för regionens näringslivsutveckling är bland andra:

- ALMI Företagspartner Mitt AB
- Jämtland Härjedalen Turism/Länets turistdestinationer
- Länsstyrelsen Jämtlands län
- Mittuniversitetet
- Länets kommuner
- Företagens intresseorganisationer
- Inlandsinnovation
- Mid Sweden Science Park AB (MSSP AB)
- Torsta AB
- Coompanion – Kooperativ utveckling i Jämtlands län ekonomisk förening

För att ytterligare stärka och skapa en starkare utveckling i länet har Region Jämtland Härjedalen valt att vara delägare i några strategiska företag samt medlem i ekonomiska föreningar:

- ALMI Företagspartner Mitt AB (24,5 %)
- VattenbruksCentrum Norr AB (20 %)
- Mid Sweden Science Park AB (15 %)
- Torsta AB (40 %)
- Naboer AB (11,8 %)
- Jämtland Härjedalen Turism (ek. för.)
- Coompanion – Kooperativ utveckling i Jämtlands län (ek. för.)

Område Utbildning och kompetensförsörjning

Här finns en särskild prioritering gällande området integration. Antalet kommunplacerade utrikes födda i länet har flerdubblats de senaste åren och prognosen är att antalet kommer att fortsätta att öka. Det höga trycket hos Migrationsverket innebär dessutom att det kan behöva öppnas boenden för asylsökande med kort framförhållning i länets kommuner. Då det gäller integration och mottagning av nyanlända är det flera myndigheter och aktörer som har ansvar för olika delar: Migrationsverket, arbetsförmedlingen, länsstyrelsen, kommunerna, upphandlade utförare t ex SFI, civilsamhällets organisationer.

Med så många aktörer finns behov av samordning och samverkan och Region Jämtland Härjedalen har därför åtagit sig den rollen dels genom den regionala överenskommelsen RÖK och dels genom de behov av samordning och utvecklingsarbete som kommunerna i länet har uttryckt.

I den regionala utvecklingsstrategin RUS lyfts följande mål mot 2030:

- Länets elever genomgår utbildning med uppnådd gymnasieexamen
- Fler i högre utbildning
- Näringslivsanpassade utbildningar
- Livslångt lärande för tillväxt och personlig utveckling

Verksamhet som påbörjas 2015 med sikte på framtiden

- Den andel ungdomar som slutar skolan i förtid ska vara under 10 %.
- Fler personer utbildar sig på en högre nivå än idag, minst 40 % av den yngre generationen ska ha avslutad högre utbildning.
- Utveckla vidare den regionala kompetensplattformen för tryggad kompetensförsörjning och tillväxt i länet. Insatser för bättre matchning mellan tillgång och efterfrågan på kompetens.
- Implementering av ungdomsstrategin med syftet att vara en attraktiv region för unga.
- Ny Integrationsstrategi för ökad inflyttning till regionen och förbättrad integration.
- Utveckla förutsättningarna för mer näringslivsanpassade utbildningar t ex yrkeshögskolan och lärlingsutbildning.
- Utveckla lärcentra och vuxenutbildningen i regionen. Implementera det operativa programmet för livslångt lärande
- Insatser för att närma skolan till arbetslivet.
- Utveckla studie och yrkesvägledningen.
- Ökad kunskap om EU i regionen genom Europa. Direkt, ökad mobilitet och utbyten med övriga regioner.
- Utveckla plattformen Zonline för länets skolor och utbildningar.
- Vidareutveckla folkhögskolornas roll och verksamhet i det livslånga lärandet.

Enheter inom detta område är folkhögskolorna

Birka Folkhögskola startade sin verksamhet år 1901 och är en av de 43 av totalt 150 offentligägda svenska folkhögskolor. De offentligägda skolornas huvudsyfte är att driva utbildningar och verksamhet som gagnar den egna regionen och dess

prioriteringar. På skolan studerar totalt knappt 200 kursdeltagare, fördelade på allmän kurs, musikutbildningar, yrkesinriktade kurser, internationell kurs, korta kurser och distanskurser. **Bäckedals folkhögskola** är regionens folkhögskola i Härjedalen. De övergripande målen och de yttre ramarna för verksamheten vid skolan bestäms av huvudbidragsgivarna, d.v.s. staten och regionen samt av våra kursdeltagare och andra brukare, vilkas önskemål och behov utgör en viktig utgångspunkt för planeringen av verksamheterna. På skolan finns kurser i allmänna ämnen som ger behörighet till fortsatta studier. Här finns sedan trettio år unika kurser i hantverk med äldre tekniker i olika material. Kurser ger ökad förståelse för samspelet mellan människa, natur och teknik.

Område Infrastruktur

Regionen har två huvuduppgifter inom detta område:

- Uppdrag från staten att ansvara för den regionala infrastrukturplaneringen
- Fungera som regional kollektivtrafikmyndighet enligt den nya kollektivtrafiklagen som började gälla 1 januari 2012.

Även inom detta område har regionen hel- eller delägda bolag:

- Länstrafiken i Jämtlands län AB (helägt i och med skatteväxlingen 2015)
- Transitio AB (delägt)
- Norrtåg AB (indirekt genom deläggande hos Länstrafiken i Jämtlands län AB)

Modern infrastruktur och bra kommunikationer är viktiga grundförutsättningar för företagande, arbetsliv och studier. Bra kommunikationer behövs för att nå service i både kommunernas huvudorter och centralorten Östersund. Bra infrastruktur och goda kommunikationer behövs för att företag i länet ska kunna konkurrera med marknader i Sverige och övriga världen. Kampen för att besöksnäringens behov ska tillgodoses fortgår med krav på ändrade beräkningsgrunder för medelstilldelning. Snabb och säker tele- och datakommunikation är en förutsättning för företagande, hälso- och sjukvård och distansutbildning i hela länet. Vägar är i behov av upprustning. Järnvägarna, både i öst-västlig riktning och tillika inlandsbanan, behöver investeringar för att klara ökad trafik och resande. Anslagen till Jämtlands län har minskat kraftigt och det är en politiskt prioriterad uppgift att få fler infrastrukturinvesteringar till länet.

Område Attraktionskraft och livsmiljö

Målen för området attraktion och livsmiljö utgår från de övergripande målen i den regionala utvecklingsstrategin 2014-2030, vilken i sin tur har tydlig koppling mot såväl Nationell strategi för regional tillväxt och attraktionskraft 2014-2020 som Europa 2020 - en smart, hållbar tillväxt för alla. På en övergripande nivå ska resurseffektivitet gällande nyttjande av naturresurser, liksom sociala resurser, alltid beaktas i planarbete och andra styrdokument. En hållbar utveckling är för länet en självklarhet.

Området arbetar huvudsakligen inom fyra av de sju utvecklingsområden som den regionala utvecklingsstrategin har lagt fast men har aktiviteter inom flera andra områden också. Målbilden är att Jämtlands län ska vara en öppen plats där alla åldrar kan leva och utvecklas och dit många gärna återvänder. Ett väl fungerande folkhälsoarbete och regionalt utvecklingsstöd för vård och omsorg är en förutsättning för annan utveckling.

Länet ska upplevas som kreativt och tillåtande och locka till inflyttning. Tillgången till en ren och vacker natur, attraktiva boendemiljöer och närheten till fjällvärlden med goda kommunikationer, god offentlig och kommersiell service samt ett rikt kultur- och idrottsutbud är viktiga beståndsdelar i länets attraktionskraft. Den goda miljön och attraktiva omgivningar ger goda förutsättningar för både hälsa och välbefinnande. Området Attraktion och Livsmiljö delar även mål med enheterna Näringsliv samt Kompetens och utbildning

Uppdragets fullständiga genomförande kräver ett systemskifte ur många aspekter. Den belastning som vår nuvarande livsstil innebär på klimat, biologisk mångfald och våra naturresurser är inte långsiktigt hållbar, det gäller såväl privat som inom näringslivet. Området är delaktigt i det nationella arbetet inom Reglab³ att ta fram ett bredare mått hur regional utveckling mäts och följs upp.

Sambanden mellan hållbar tillväxt och fysisk planering blir allt tydligare och målsättningen är att nå en integration av de båda delarna med respekt för det kommunala planmonopolet. Genom en breddad syn inom området kan det ömsesidiga beroendet mellan stad – land bättre lyftas fram.

³ Reglab är mötesplats för regioner, nationella myndigheter, forskare och andra som vill öka sin kompetens kring frågor om regional utveckling. (www.reglab.se)

Det utvecklingsarbete som under senare år skett inom social välfärdsområdet måste präglas av långsiktighet vilket kan ske genom en förstärkning av den FoU-verksamhet som finns i samverkan med andra kunskapsmiljöer i länet. De upparbetade samverkansarenorna vidareutvecklas.

För att Jämtland ska kunna bibehålla sin målbild som en plats där alla åldrar kan leva och utvecklas och dit många gärna återvänder är det viktigt att mångkultur tillåts växa sig starkt. Den utomnordiska inflyttning som för närvarande sker skapar positiva möjligheter som ska tas tillvara. Länet ska upplevas som spännande och tillåtande för unga människor och vad gäller jämställdhet ligger vi långt framme. Det gör att unga kvinnor finner länet som en attraktiv plats att verka från. För äldre ska länet ge förutsättningar för det goda livet där erfarenhet och livskunskap uppskattas och tas tillvara för länets utveckling

Område Kultur

Region Jämtland Härjedalens kulturpolitiska vision är att vara en livskraftig region, där kulturen bidrar till utveckling och hållbar tillväxt och där alla har tillgång till kulturella upplevelser och möjlighet att själva skapa och uttrycka sig. Konst och kultur bidrar till ett öppet samhälle, god livsmiljö och folkhälsa i hela länet och till att länet upplevs attraktivt att bo och verka i.

Konst och kultur är en drivkraft för lärande, regional tillväxt, attraktionskraft och social sammanhållning. Kulturen ska vara en fri obunden och dynamisk kraft med yttrandefriheten som grund. Kreativitet, mångfald och konstnärlig kvalitet ska prägla samhällets utveckling. ”Investeringar i kultur frigör kreativitet som föder nya idéer, skapar innovationer och leder till regional utveckling”, (Richard Florida).

Läns-kulturen är en del av Region Jämtland Härjedalen med uppdrag att i samverkan med kommunerna och civilsamhället komplettera, stödja utveckling och bidra till ett dynamiskt utbud av kultur i hela länet som en integrerad del i det regionala utvecklingsarbetet.

Läns-kulturens egna verksamheter är Estrad Norr; scenkonst, Filmpool Jämtland, Designcentrum Jämtland, hemslöjdskonsulenter, konstkonsulent och från 2015 regional biblioteksverksamhet. Dessutom verkar området för att stärka ung kultur och hanterar bidrag och stöd till det regionala

organisationslivet.

Området samverkar med huvudmännen för de statsbidragsberättigade verksamheterna; Stiftelsen Jamtli, Föreningsarkivet Jämtland-Härjedalen och Riksteatern Jämtland-Härjedalen. Läns-kulturen driver även insatser genom aktiviteter och projekt i enlighet med kulturplanens prioriteringar. Sedan 2012 ingår länet i samverkansmodellen med ett samlat statligt anslag till sju utpekade områden. De nationella kulturpolitiska målen samt Regional kulturplan för Jämtlands län 2015- 2018 är styrande för verksamheten.

Viktiga framtidsbilder

En genomförd omvärldsanalys i samband med framtagandet av den Regionala utvecklingsstrategin visar en gles, och i många delar av länet, minskande befolkning med en snedfördelad ålderspyramid, generellt låg utbildningsnivå där män har den lägsta nivån, starkt könssegregerad arbetsmarknad, högt ohälsotal, minskande sysselsättning genom struktur- och driftsrationalisering inom de gamla basnäringarna och sviktande underlag för offentlig och kommersiell service på många platser.

Glesbygdsstrukturen med långt till marknaden för många produkter innebär också en risk för ett allt högre kostnadsläge på lång sikt, vilket försämrar länets konkurrenskraft.

Trots att länet är en stor producent av förnybar energi, el och värme, är miljön under press på grund av de pågående klimatförändringarna. De negativa effekterna riskerar att på sikt få avsevärda konsekvenser för såväl den vinterbaserade besöksnäringens utveckling som för biologisk mångfald.

Samtidigt är länets näringslivsstruktur med en varierad arbetsmarknad och avsaknad av riktigt stora företag mindre känsligt för konjunktursvängningar än andra län. Länet har en stor andel småföretag och uppvisar det näst högsta värdet när det gäller eget företagande i landet. Undersökningar pekar också på en stark entreprenörskapsanda i länet med höga värden när det gäller attityder till eget företagande.

Ekonomi

En självklar planeringsförutsättning är vilka medel som finns att finansiera verksamheten med och hur den ekonomiska utvecklingen förutspås utvecklas. Ett övergripande mål är att det ekonomiska resultatet långsiktigt ska ge en god ekonomisk hushållning. Det handlar om att uppnå en långsiktigt hållbar ekonomisk utveckling, som ger handlingsberedskap inför framtiden och garanterar att inte kommande generationer behöver betala för det som en tidigare generation förbrukat.

Ekonomiskt resultat

I regionplan 2016-2018 budgeterar Region Jämtland Härjedalen för nollresultat och en ekonomi i balans.

För år 2015 redovisas ett underskott på 232 mkr vilket är en försämring jämfört med resultatet på – 165 mkr år 2014. Resultatförbättringen 2016 - 2018 baseras på oförändrad skattesats samt besparingar i nivån 265 mkr under planperioden.

Omvärlden

Sveriges kommuner och landsting (SKL) anger att den svenska ekonomin sedan ett par år tillbaka befinner sig i en konjunkturåterhämtning. Inhemsk efterfrågan växer snabbt och BNP beräknas såväl 2015 som 2016 öka med drygt 3 procent. Tillväxten i den svenska ekonomin gör att sysselsättningen ökar och arbetslösheten pressas gradvis tillbaka. I slutet av år 2016 beräknas den svenska ekonomin nå konjunkturrell balans.

Kostnadsutveckling i landsting och regioner

Enligt SKL talar mycket för att kostnadstrycket i landsting och regioner kommer att tillta. Ett trendbrott förefaller ha inträffat 2014 då landstingens kostnader ökade snabbare än under tidigare år. Hälso- och sjukvårdskostnaderna som omfattar 90 procent av landstingens totala kostnader ökade sammantaget med 5,1 procent i

löpande priser 2014. Det är betydligt mer än under de fem åren dessförinnan då de i genomsnitt ökade med 3,2 procent. Läkemedelskostnaderna minskade i genomsnitt med 1,4 procent åren 2008–2013. Särskilt stora var minskningarna åren 2012 och 2013. Denna utveckling bröts 2014, då läkemedelskostnaderna istället ökade bland annat beroende på kostnadsökningar för läkemedel mot Hepatit C.

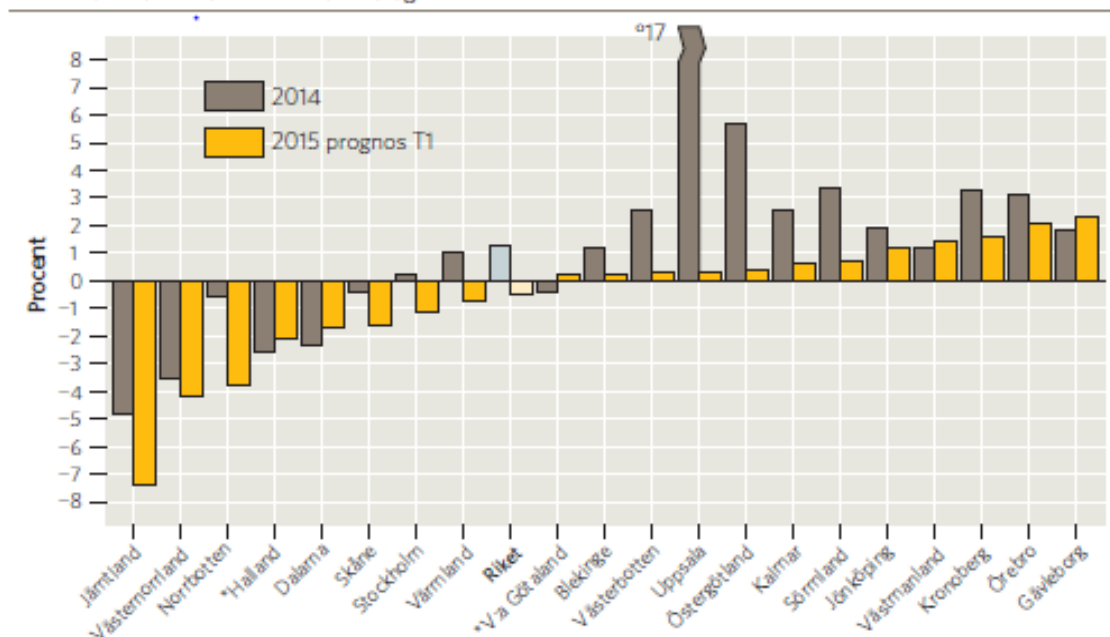
Kostnadsutveckling i Region Jämtland Härjedalen

Nettokostnadsutvecklingen för Region Jämtland Härjedalen, justerad för jämförelsestörande poster, var 2014 ca 4,7 % och är 5,2 % till och med november 2015. Läkemedelskostnaderna har under samma period 2015 ökat med ca 7 %.

Landsting och regioners resultat 2015

Som en följd av beskrivna kostnadsökningar prognostiserar regioner och landsting följande resultat för 2015 där Region Jämtland har det största underskottet i förhållande till skatter och bidrag.

Diagram 21 • Landstingens resultat 2014 och prognos 2015, inklusive AFA
Procent av skatteintäkter och statsbidrag



*Landsting som höjt skattesatsen 2015, exklusive skatteväxlingar.

° Resultatet i Uppsala läns landsting motsvarade 17 procent av skatter och bidrag till följd av reavinst från försäljning av tillgångar.

Källa: Statistiska centralbyrån och Sveriges Kommuner och Landsting.

God ekonomisk hushållning

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

- Det resultat som krävs för att inflationsskydda det egna kapitalet
- Vad som ytterligare behövs för att bibehålla soliditeten
- Vad som behövs som buffert för variationer i skatteintäkterna
- Vad som behövs i form av eventuellt sparande för omfattande strategiska investeringar (t ex ett nytt sjukhus).

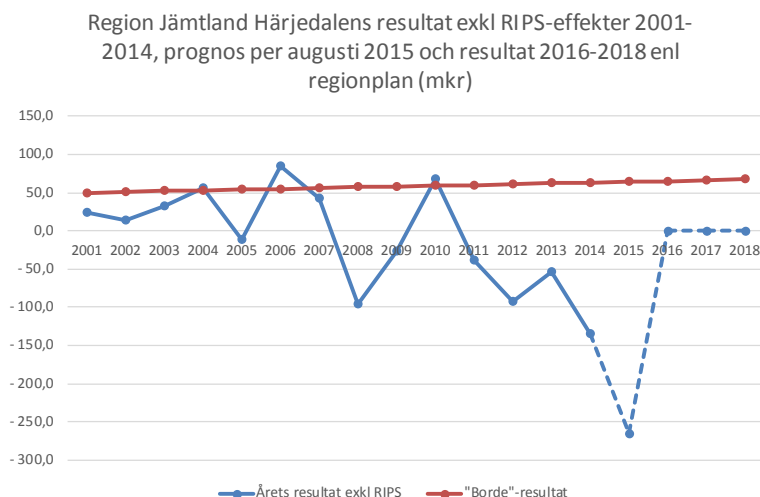
Som tumregel för att uppnå god ekonomisk hushållning brukar man använda resultatmålet 2 procent av verksamhetens nettokostnader.

Variationer mellan budgeterade och definitiva skatteintäkter uppstår alltid eftersom den ekonomiska utvecklingen aldrig går att exakt förutse. Om man bortser från de extrema variationer som uppstod i samband med finanskrisen, är en normal avvikelse mellan budgeterade och slutliga skatteintäkter för Region Jämtland Härjedalen +/- 30 miljoner kronor. Efter en beräkning av alla uppräknade komponenter förutom sparande för nytt sjukhus, hamnar resultatmålet för god ekonomisk hushållning för Region Jämtland Härjedalen på cirka 60 miljoner kronor per år, med uppräknings över tiden. Det motsvarar ca 2 procent av verksamhetens nettokostnader.

Nedanstående bild visar dåvarande Jämtlands läns landsting resultat åren 2001- 2014, prognostiserat resultat 2015 för Region Jämtland Härjedalen, samt regionens resultatmål för åren 2016 – 2018 enligt regionplanen. Endast under tre år – 2004, 2006 och 2010 - var resultaten i nivå med god ekonomisk hushållning. Det kan tilläggas att 2010 var ett av få år då kostnaderna för riks- och regionvård sjönk. Dessutom fick

landstinget ett tillfälligt konjunkturstöd på ca 50 miljoner kronor 2010.

Sammanfattningsvis beror de låga resultaten på både en svag utveckling av skatteintäkter och kommunala utjämningsbidrag samt en nettokostnadsutveckling som varit för hög i förhållande till intäkterna.



Skatter och generella statsbidrag i regionplan 2016-2018

Finansiering (miljoner kronor)	Utfall 2014*	Prognos 2015	Budget 2016	Plan 2017	Plan 2018
Skatteintäkter	2 427	2 619	2 739	2 831	2 924
varav					
Preliminärskatt	2 431	2 612	2 739	2 831	2 924
Avräkning skatteintäkter	-4	7	0	0	0
Utjämningsystemet	646	659	657	660	665
varav					
Inkomstutjämningsbidrag	529	564	579	594	612
Kostnadsutjämningsbidrag	48	49	49	50	52
Strukturbidrag	101	101	101	101	101
Regleringsavgift	-32	-55	-72	-85	-100
Läkemedelsbidrag	287	305	292	292	292

*Avser endast Jämtlands läns landsting 2014

Skatteintäkter

Skatteintäkterna motsvarar ca 64 % av Region Jämtland Härjedalens totala intäkter. Skattesatsen för 2016 är 11,20. För perioden 2017-2019 bedöms utvecklingen av skatteintäkterna ligga på ungefär samma nivå som i nuvarande planeringsperiod.

Utjämningsystemet

Budgeterade belopp 2016-2018 i utjämningsystemet baseras på preliminära uppgifter enligt SKL:s prognos i april 2015. Utjämningsen för 2017 påverkas av Region Jämtland Härjedalens förändringar i skatteunderlag samt kostnadsstruktur. Inte heller här bedöms förutsättningarna ändras i någon större grad jämfört med nuvarande period.

Generella och riktade statsbidrag

Viss förstärkning av det generella statsbidraget har beslutats i form av t ex 1 miljard kronor 2016 som ett riktat bidrag för att stärka hälso- och sjukvården som sedan blir ett generellt statsbidrag på 500 miljoner från och med 2017. Från och med 2016 får också Rett Center ett ökat statsbidrag med 2 miljoner kronor. I övrigt får också verksamheten ytterligare medel i form av

riktade statsbidrag för att utveckla och bedriva vissa verksamheter. Dessutom kompenseras regioner och landsting för att t ex mammografi och tandvård för ungdomar ska bli kostnadsfri. Nedan redovisas en preliminär förteckning (med reservation för ändringar som kommit under hösten) över de förändringar som föreslagits och delvis beslutats.

Förändring miljoner kronor jämfört med 2015	Typ av bidrag / Förändring totalt riket belopp riket	2015	2016	2017	2018	2019	Kommentar
Tillskott utan krav på specifik motprestation							
Riktat bidrag förstärkning av Hälso- och sjukvård (500 mkr övergår till generellt statsbidrag fr o m 2017)	Riktat / 1 000 mkr		13				
Resursförstärkning landsting/regioner	Generellt / 500 mkr)			6	6	6	
Rett Center	Riktat / 2 mkr		2	2	2	2	
SUMMA TILLSKOTT			15	8	8	8	

Förändring miljoner kronor jämfört med 2015	Typ av bidrag / Förändring totalt riket belopp riket	2015	2016	2017	2018	2019	Kommentar
Tillskott med krav på specifik motprestation							
Professionsmiljard	Riktat / 1 000 mkr		13	13	13	13	
Ersättning flykting 2016	10 mdr	2	27				
Riktade satsningar på kvinnors hälsa i primärvården	Riktat / 130 mkr		2	2	2	2	Utökning
Jämställd hälso- och sjukvård genom insatser för förlossningsvården och kvinnors hälsa	Riktat / 200 mkr		3	3	3	3	Troligen per invånare
Psykisk ohälsa, förstärka ungdomsmottagningars arbete	Riktat / 280 mkr		3	3	3	3	
Jämlik och tillgänglig cancervård	Riktat						
Sjukskrivningsmiljard	Riktat / - 1 000 mkr från 2017 ?			-13	-13	-13	ej klart
Rehabgaranti minskas	Riktat / - 250 mkr		-3	-3	-3	-3	
Främjande av kollektivtrafik på landsbygd	Riktat / 199 mkr 2016		3	3	3	3	
Förebygga och behandla kroniska sjukdomar	Riktat / 150 mkr 2016 och 2017		2	2	1	1	
SUMMA TILLSKOTT/MOTPRESTATION			49	9	8	8	

Förändring miljoner kronor jämfört med 2015	Typ av bidrag / Förändring totalt riket belopp riket	2015	2016	2017	2018	2019	Kommentar
Regleringar enligt finansieringsprincipen (ersättning för kostnadsökningar)							
Kostnadsfri mammografi	Generellt / 100 mkr 2016 och 207 mkr 2017		1	3	3	3	
Kostnadsfri tandvård	Generellt / 276 mkr 2017 och 576 mkr 2018		0	4	7	7	
Sänkt högkostnadsskydd för personer 85 år och äldre	Generellt / 200 mkr			3	3	3	
Kostnadsfria läkemedel för personer under 18 år	Läkemedelsförmån / 343 mkr 2016		4	5	5	5	
Kostnadsfria preventivmedel	Läkemedelsförmån / 27 mkr			0,3	0,3	0,3	

I mars 2015 godkände Sveriges Kommuner och Landstings styrelse en överenskommelse om statens bidrag till landstingen för läkemedelsförmånerna m m. Överenskommelsen gäller för år 2015. I bidraget ingår bland annat ersättning för 70 % av den beräknade kostnaden för hepatitläkemedel 2015 (för regionen ca 11 mkr). För 2016 och framåt finns ingen överenskommelse och därför har läkemedelsbidraget i regionplan 2016-2018 budgeterats på samma nivå som överenskommit 2015.

Finansiella intäkter och kostnader

Budgeten för finansiella kostnader åren 2016-2018 avser till största delen räntedelen i regionens pensionskostnader och baseras på pensionsförvaltarens prognoser över finansiella kostnader. Den finansiella kostnaden för pensioner består av ränte- och basbeloppsuppräknningar. För 2015 har kostnaden budgeterats till 15 mkr. År 2017 är prognosen 34 mkr och för 2018 50 mkr. Kostnaden förväntas öka ytterligare 2019.

Övrigt finansnetto avser framförallt ränteintäkter på likvida medel samt avkastning på placeringar. De finansiella intäkterna väntas sjunka betydligt från nuvarande nivå på ca 18 mkr per år. Realisationsvinster och förluster budgeteras inte.

Pensionskostnader

Regionens pensionskostnader förväntas öka under planeringsperioden. Pensionsskulden redovisas enligt den så kallade blandmodellen. Det innebär att den pensionsskuld som är inarbetad före 1998 endast redovisas som ansvarsförbindelse medan inarbetade pensioner efter 1998 redovisas som pensionsskuld i balansräkningen.

Investeringar

Region Jämtland Härjedalen ska prioritera investeringar som kan bidra till att visionerna för regionen kan uppnås. Regionfullmäktige ska fastställa ett tak för investeringar varje år. Det teoretiska investeringstaket utgörs av summan av årets resultat och avskrivningar. Det innebär att om resultatet är negativt och underskottet är större än årets avskrivningar finns egentligen inget teoretiskt utrymme för investeringar. Därför är det viktigt att regionfullmäktige beslutar hur regionens totala investeringar ska vara.

För 2016 beslutades investeringstaket till 96 miljoner kronor varav 36 miljoner kronor avsattes till fastighetsinvesteringar. 60 miljoner kronor avsattes till övriga investeringar.

Enligt regionens nya regler för investeringar driver ett investeringsråd en prioriteringsdiskussion och lämnar förslag till lokala pottar (till exempelvis förvaltningar/områden, fastigheter, IT) samt större strategiska investeringar.

Resultatförbättrande åtgärder

Med anledning av att regionen redovisar ett underskott för 2015 på – 232 miljoner kronor har beslut tagits om ett antal resultatförbättrande åtgärder.

I den **Långsiktiga utvecklingsplanen för god ekonomisk hushållning** finns resultatförbättrande åtgärder motsvarande 10 miljoner kronor 2015, 36 mkr 2016, 30 mkr 2017 samt 29 mkr 2018.

I planen beskrivs sjutton ”paket” som är föremål för större strukturåtgärder.

Paketen omfattar bl a:

- akut omhändertagande
- sjukresor och sjuktransporter
- samnyttjande av lokaler och utrustning
- primärvårdsstrukturen
- folktandvårdsstrukturen
- landstingsövergripande administration
- regionens intäkter exklusive skatteintäkter och generella statsbidrag
- läkemedelshandling
- samverkan med andra huvudmän
- laboratorieverksamhet

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 paketen.

Satsningarna omfattar:

- kompetensförsörjning
- förebyggande hälso- och sjukvård
- långsiktigt lean-arbete
- teknisk utveckling – distansberoende teknik
- fastigheter som goda verktyg för framtidens hälso- och sjukvård

- samverkan för effektiva flöden och kostnadseffektiv vård
- mobila enheter

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.

Utöver detta har Regionstyrelsen i april 2015 beslutat om följande åtgärder:

- Genomlysning av bemanningssituationen. Målet är att under 2015 reducera ökningen av antalet årsarbetare 2014 med 50 % vilket skulle ge en besparing på ca 20 miljoner kronor.
- Översyn av effektivitet i styrningen med rådande organisatoriska indelning.

- Inleda en fördjupad diskussion med landstinget Västernorrland om samverkan och samordning av verksamhet och funktioner.
- Generell översyn av områden inom regionen som kan samordnas och därigenom ge en ökad kostnadseffektivitet.
- Inrättande av särskilt kompetenskonto där medel tillförs baserat på resultatförbättringens storlek.

Under våren och försommaren 2015 genomfördes en extern genomlysning av organisationen och i augusti 2015 presenterade regiondirektören ramar för en ny och mer effektiv organisation. Arbetet med övriga ovanstående åtgärder fortgår.

I mitten av november (2015-11-11) genomfördes en workshop med samtliga chefer och MLU. Fokus var resultatförbättrande åtgärder. En sammanställning är gjord som visar på åtgärder som enligt de första grova beräkningarna har en potential om minst ca 60 mkr. Detaljerat underlag ska utarbetas och vara klart i månadsskiftet februari/mars 2016.

Utifrån avsnitt om Ekonomi är utmaningen för regionen de närmsta åren

- Uppnå en ekonomi i balans och god ekonomisk hushållning
- Uppnå nödvändig sänkt kostnadsutveckling via resultat av åtgärdsplaner

Bilagor

I det här avsnittet redovisas de bilagor som det finns hänvisningar till i föreliggande avsnitt.

Förteckning över bilagor:

Bilaga 1: Styrdokument

Bilaga 2: Bild från RUSen över vision, prioriteringar och mål

Bilaga 3: Befolkningsutveckling mm fördelat på länet och kommunerna

Bilaga 1: Styrdokument

Länsövergripande styrdokument

Dokumenterna nedan har upprättats inom Regionförbundet Jämtlands län och fastställts av förbundets styrelse (undantaget integrationsstrategin och regleringsbrev). För många av dokumenterna har andra aktörer, exempelvis länets kommuner, länsstyrelse och företrädare inom utbildningsområdet, näringslivet och så vidare varit delaktiga i processen. Eventuella reviderade versioner ska i och med regionbildningen fastställas av Regionfullmäktige.

Dokument	Varaktighet	Dnr	Beslutad av
Bredbandsstrategi för Jämtlands län – mot 2020	2014-2020	RS/2013-64	Regionförbundets styrelse
Innovativt Jämtland Härjedalen 2025 (Innovationsstrategi)	2014-2025	RS/2011-121	Regionförbundets styrelse
Jämtland Härjedalen 2030 Innovativt och attraktivt (Regional utvecklingsstrategi)	2014-2030	RS/2011-121	Regionförbundets styrelse
Jämtlands läns ungdomsstrategi 2014-2020	2014-2020	RS/2011-2016	Regionförbundets styrelse
Klimatstrategi för Jämtlands län 2014-2020	2014-2020	423-1574-2014	Länsstyrelsen
Kulturplan för Region Jämtland Härjedalen 2015-2018	2015-2017	RS/2013-133	Regionförbundets styrelse
Länsgemensam folkhälso-policy för Jämtlands län 2011-2015	2011-2018	RS/2011-49	Regionförbundets styrelse
Program för Europeiska regionala utvecklingsfonden 2014-2020	2014-2020	RS/2013-851	Regeringen (Regleringsbrev)
Program för Europeiska socialfonden 2014-2020	2014-2020		Regeringen (Regleringsbrev)
Regional handlingsplan för europeiska socialfonden 2014-2020	2014-2020	RS/2014-405	Regionförbundets styrelse
Regional länstransportplan för Jämtlands län 2014-2025	2014-2025	RS/2013-19	Regionförbundets styrelse
Regional strategi för ökad inflyttning och förbättrad integration 2015-2020 (integrationsstrategi)	2015-2020	RS/99/2015	Regionfullmäktige 2015-02-11
Regionalt tillväxtprogram för Jämtlands län (RTP)	2015-2020	RS/2014-70	Regionförbundets styrelse
Regionalt trafikförsörjningsprogram 2013-2015	2013-2015	RS/2012-516	Regionförbundets styrelse

Policyer

Policyer som fastställts inom Jämtlands läns landsting gäller även för den nya regionen.

Dokument	Dnr	Fastställd	Organ (ansvarade för upprättande)
Konstpolicy Jämtlands läns landsting	LS/1654/2010	2013-02-13	Beredningen demokrati och folkhälsa
FoU-policy	LS/1882/2012	2013-11-27	Beredningen demokrati och folkhälsa
Hjälpmedelspolicy	LS/463-2007	2007-06-27 <i>Arbete med ny pågå</i>	Gemensam nämnd avs. samordnad upphandling, lagerhållning och distribution
Jämställdhets- och jämlikhetspolicy för förtroendevalda	LS/31/2012	2013-11-27	Beredningen demokrati och folkhälsa
Kommunikations- och informationspolicy	LS/1518/2010	2011-02-16	Landstingsfullmäktige
Kulturpolicy för Jämtlands Län (gemensam med kommuner)	LS/1011/2007	2010-06-22	Landstingsfullmäktige och länets kommuner
Kvalitetspolicy	RS/103/2015	2015-04-14--15	Regionfullmäktige
Miljöpolicy	LS/1059/2011	2013-10-23	Beredningen demokrati och folkhälsa
Parkeringspolicy	LS/740/2007	2007-10-17	Landstingsstyrelsen
Personalpolitisk policy	LS/685/2010	2010-06-23	Landstingsstyrelsen
Policy för fastighets- och lokalförsörjning	LS/1060/2011	2012-06-20	Landstingsfullmäktige
Policy för Informationssäkerhet	LS/1508/2012	2013-06-18	Landstingsfullmäktige
Policy för jämställdhet och jämlikhet som utvecklingskraft	LS/1101/2013	2013-11-27	Beredningen demokrati och folkhälsa
Policy för ungdomsdemokrati i Jämtlands län (gemensam med kommuner)	LS/712/2004	2006	Ungdomsråd/ Beredningen demokrati och folkhälsa
Policy för uthyrning av landstingets lokaler	LS/12/2011	2011-02-16	Landstingsstyrelsen
Skyltpolicy för invändig skyltning	LS/474/2007	2007-06-27	Landstingsstyrelsen
Sponsringspolicy	RS/248/2015	2016-02-09--10	Regionfullmäktige
Upphandlingspolicy	LS/1509/2012	2014-02-11	Landstingsstyrelsen
Varumärkespolicy	RS/1384/2015	2015-11-23--25	Regionfullmäktige

Långsiktiga utvecklingsplaner (beslutade av fullmäktige)

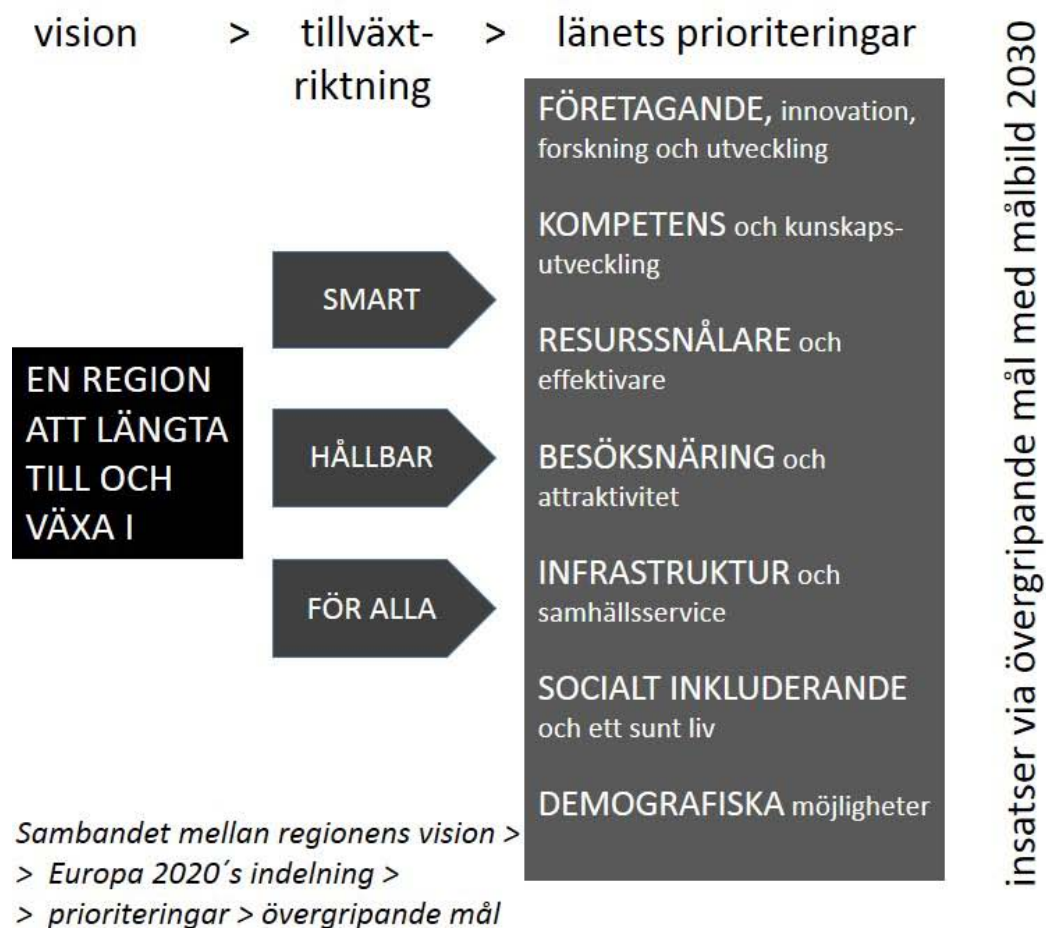
LUP	Dnr	Fastställd
Långsiktig utvecklingsplan för god ekonomisk hushållning 2015-2025	LS/1810/2013 RS/337/2015	2014-10-15 <i>Reviderad version fastställs 2015-06-16--17</i>
Långsiktig utvecklingsplan för miljö	LS/1792/2012	2013-11-27
Långsiktig utvecklingsplan för minskade sjukskrivningar	RS/67/2015	2015-11-23--25

Andra styrande dokument

Dokument	Dnr	Fastställd	Beslutsorgan
Finansplan 2016-2018	RS/822/2015	2015-06-16--17	Regionfullmäktige
Grafisk profil för Region Jämtland Härjedalen	RS/426/2015	2015-04-14--15	Regionfullmäktige
Internkontrollreglemente	LS/349/2013	2013-10-22—23	Landstingsfullmäktige
Modervarumärkesstrategi	RS/100/2015	2015-04-14--15	Regionfullmäktige
Mål för gemensam hälso - och sjukvårdspolitik i Jämtlands län 2014-2025	LS/727/2012	2014-03--2014-06	Landstings fullmäktige och länets samtliga kommuner
Nationell eHälsa – strategin för tillgänglig och säker information inom vård och omsorg	LS/1058/2011	2012-02-15	Landstingsfullmäktige
Patientnämndens verksamhetsplan 2015	RS/700/2015	2015-01-23	Patientnämnden
Placeringsreglemente för förvaltning av pensionsmedel	LS/1386/2013	2012-11-27	Landstingsfullmäktige
Planeringsföresattningsplaner för Region Jämtland Härjedalen 2016-2018	RS/79/2015	2015-01-20--21	Regionstyrelsen
Regionplan 2016-2018	RS/494/2015	2015-06-16—17	Regionfullmäktige
Regional kris- och katastrofmedicinsk beredskapsplan 2015	LS/1636/2013	2013-12-11	Landstingsstyrelsen
Reglemente för kortsiktig likviditetsförvaltning, finansiering och skuldförvaltning	LS/1358/2013	2012-11-27	Landstingsfullmäktige
Regler för planering och uppföljning enligt Region	RS/101/2015	2015-02-11	Regionfullmäktige

Dokument	Dnr	Fastställd	Beslutsorgan
Jämtlands Härjedalens styrmodell			
Regionstyrelsens verksamhetsplan och uppföljningsplan 2015	RS/74/2015	2015-02-34--35	Regionstyrelsen <i>Verksamhetsplan och uppföljningsplan för 2016 fastställs i januari 2016.</i>
Regler och villkor för bidrag till externa organisationer samt för länskulturens övriga stödformer	LS/926/2014	2014-11-25	Landstingsfullmäktige
Reglemente för stipendiet Företagsam skola Jämtlands län	LS/1138/2014	2014-11-25	Landstingsfullmäktige
Reglemente för kulturpris och stipendier	LS/927/2014	2014-11-25	Landstingsfullmäktige
Strategi för eSamhället	LS/1058/2011	2012-02-15	Landstingsfullmäktige
Verksamhetsplan och budget för regional utvecklingsnämnd verksamhet år 2016	RUN/874/2015	2015-10-13	Regionala utvecklingsnämnden
Vårdvalsnämndens verksamhetsplan och uppföljningsplan 2015	VVN/1/2015	2015-01-15	<i>Vårdvalsnämndens verksamhetsplan och uppföljningsplan Fastställs i januari 2016</i>

Bilaga 2: Bild från RUSen över vision, prioriteringar och mål



- Fler arbetstillfällen och fler företagare
- Ökade investeringar och god tillgång till riskkapital
- Ökade förädlingsvärden och mer försäljning utanför länet
- Konkurrensstarka landsbygdsnärings inom mjölk och kött
- Fler kluster och gränsöverskridande nätverk
- Universitetet upprätthåller spets inom länets profilområden
- Länets samtliga elever uppnår gymnasieexamen
- Fler i högre utbildning
- Näringslivsanpassade utbildningar
- Livslångt lärande för tillväxt och personlig utveckling
- En säker, uthållig och hållbar energitillförsel. Ingen uranbrytning.
- Hög energieffektivitet inom alla områden
- Ledande nettoexportör av förnybar energi via ökad produktion
- Transporter, industri och värme oberoende av fossil energi
- Kraftfullt arbete inom för att hantera klimatförändringar
- Värden från länets naturresurser bör återföras till bygden
- Besöksnäringen är tillväxtmotor med hållbarhet som signum
- Fler personer besöker och bosätter sig i länet
- Europaledande på naturbaserade upplevelser
- Fler är aktiva och skapande i kulturlivet, särskilt barn och unga
- Den ideella sektorn har stärkt sin roll i kulturlivet
- Förbättrade kommunikationer överbryggat långa avstånden
- Fler cykel- och gångvägar gagnar miljö och trafiksäkerhet
- Bredbandsnät med hög kapacitet når hela länet
- En god service kan erbjudas alla invånare
- Hälsa på lika villkor för hela befolkningen
- Alla har lika förutsättningar oavsett funktionsförmåga
- Jämtlands län upplevs som landets tryggaste län
- En väl fungerande jämlik och jämställd social välfärd
- Hälso- och sjukvården erbjuder alla högkvalificerad vård
- Andelen utomnordiskt födda motsvarar riksgenomsnittet
- Länet tillhör de mest attraktiva för i landet för unga kvinnor
- Det är attraktivt för unga vuxna att bosätta sig i länet
- Bra och välutvecklat mottagande av alla nya länsinneboende
- Att åldras i länet innebär möjligheter för individ och samhälle

Bilaga 3: Befolkningsutveckling mm fördelat på länet och kommunerna

Folkmängd i riket, län och kommuner 30 september 2015 och befolkningsförändringar 1 januari–30 september 2015																	
Kommun	Folkmängd	Folkökning	Levande födda	Döda	Födelse-överskott	Inflyttade				Utflyttade				Flyttningsnetto			
						Totalt	Därav från			Totalt	Därav till			Totalt	Därav mot		
							Egna länet	Övriga Sverige	Utlandet		Egna länet	Övriga Sverige	Utlandet		Egna länet	Övriga Sverige	Utlandet
Riket	9 828 655	35 483	30 351	20 886	9 465	40 571	.	.	40 571	15 247	.	.	15 247	25 324	.	.	25 324
Jämtland	127 187	422	1084	1109	-25	4 063	.	2 916	1147	3 668	.	3 374	294	395	.	-458	853
Berg	7 064	-3	61	87	-26	331	120	141	94	312	176	135	1	19	-56	-18	93
Bräcke	6 483	20	41	75	-36	370	134	140	96	315	175	132	8	55	-41	8	88
Härjedalen	10 237	13	61	108	-47	439	50	251	138	388	88	277	23	51	-38	-26	115
Krokom	14 780	132	143	100	43	753	409	194	150	669	408	238	23	84	1	-44	127
Ragunda	5 398	-42	34	68	-34	241	61	127	53	256	95	148	13	-15	-34	-21	96
Strömsund	11 746	-127	82	126	-44	408	75	170	163	493	151	303	39	-85	-76	-133	124
Åre	10 536	-19	88	82	6	661	145	399	117	689	179	463	47	-28	-34	-64	70
Östersund	60 943	448	576	463	113	2 819	965	1518	336	2 505	687	1678	140	314	278	-160	196

Riket har ökat med 81 300 inv. varav drygt 59 000 är en nettoökning gällande inflytt från utlandet. De ca 150 000 asylsökande i riket utan behandlad ansökan ingår inte i statistiken. Födelseöverskottet på 20 000 beror på att antalet födslar är fler än tidigare och färre dör samt att befolkningen har föryngrats genom utrikes inflytt. Rikets ökning är 0.9% samtidigt som de fyra nordligaste länen ökat med 0.3%. Norrland fortsätter att tappa position, 50 000 av ökningen är i Stockholms, Skåne och Västra Götalands **län**. I de tre storstadsregionerna (Sthlm, VG, Skåne) bor 53% av rikets befolkning, de fick 53% av folkökningen. 86% av dessas folkökning beror på födelseöverskott och positivt flyttnetto från utlandet. Inflyttningsöverskottet från övriga Sverige till dessa är enbart 4000 personer (inkl felmarginal för intern omflyttning mellan dessa tre). Det vi tycker är stora utflyttningstal från Norrlandslän försvinner i inflyttningssstatistiken i storregionerna. Det är en viktig tankeställare vid nationell urbaniseringsdiskussion. Inom länet ökar alla kommuner utom Berg, Ragunda, Strömsund och Åre. Åres minskning med 19 personer följer ett uppreparande säsongsmönster vilket normalt hämtas in med ett överskott inför vintern. Det är bara Krokom (Rödöns och Ås församlingar), Åre och Östersund som har födelseöverskott. Till Östersund flyttade netto 278 personer från övriga länet. Det gör att Östersund ökar även utan nettotillskottet om 202 st från utlandet, och Jämtlands län har den kraftigaste regionala urbaniseringen (inflytt till residensstad / länscentrum) i landet. **Sammantaget för länet är det utrikes flyttnettot + 872 personer, av dessa är 732 beviljade asylärenden (dvs "kommunplacerade"). Vidareflyttningssgraden inom de första två åren är hög. Eftersom folkökningen är 422 st så innebär det att länet fortsätter att tappa befolkning undantaget de kommunplacerade motsvarande 460 personer färre i länet efter nio månader. Sammantaget är vi nu tillbaka på 2005 års befolkningstal, men befolkningen är mer mångkulturell. 2918 personer är inskrivna hos Migrationsverket i länet (1 nov) utan behandlade uppehållsansökningar, varav 323 st är ensamkommande barn under 18 år. /analys: Ulf von Sydow, Region Jämtland Härjedalen 20151110**

Bilaga 4: Statistik kring förhållanden i länet och länets kommuner

Öppet arbetslösa och sökande i program med aktivitetsstöd i % av den registerbaserade arbetskraften											Källa: Arbetsförmedlingen								
År 2015																			
		Samtliga 16-64 år									Ungdomar 18-24 år								
		Totalt			Kvinnor			Män			Totalt			Kvinnor			Män		
		Öppet arbets- lösa	Program med aktivitets- stöd	Totalt	Öppet arbets- lösa	Program med aktivitets- stöd	Totalt	Öppet arbets- lösa	Program med aktivitets- stöd	Totalt	Öppet arbets- lösa	Program med aktivitets- stöd	Totalt	Öppet arbets- lösa	Program med aktivitets- stöd	Totalt	Öppet arbets- lösa	Program med aktivitets- stöd	Totalt
Kom	n/Län/Riket																		
2303	Ragunda	4,7	5,4	10,1	3,8	5,2	9,0	5,4	5,5	10,9	7,0	13,4	20,4	6,9	12,4	19,4	7,1	14,3	21,4
2305	Bräcke	5,1	5,3	10,4	4,6	4,3	8,9	5,5	6,1	11,7	8,6	10,9	19,5	7,5	9,5	17,0	9,3	11,9	21,2
2309	Krokom	2,9	3,0	5,8	2,0	2,6	4,6	3,6	3,3	6,9	5,9	9,2	15,1	4,7	7,9	12,5	6,9	10,3	17,1
2313	Strömsund	4,9	5,8	10,8	4,0	5,2	9,1	5,7	6,4	12,1	5,3	14,1	19,4	4,6	11,5	16,1	5,9	16,2	22,1
2321	Åre	3,7	2,3	6,0	3,5	2,5	6,0	3,9	2,1	6,0	5,1	4,8	9,9	5,3	4,2	9,4	4,9	5,5	10,4
2326	Berg	3,6	3,4	7,0	2,8	3,4	6,2	4,4	3,3	7,7	4,3	7,1	11,4	3,1	7,9	11,0	5,3	6,4	11,7
2361	Härjedalen	3,4	3,5	6,9	2,4	2,7	5,1	4,3	4,2	8,4	4,7	9,3	14,0	3,5	6,3	9,8	5,6	11,6	17,2
2380	Östersund	3,2	4,1	7,3	2,4	3,6	6,1	4,0	4,5	8,5	4,0	9,5	13,4	2,6	7,1	9,7	5,4	11,8	17,2
	Jämtlands län	3,6	4,0	7,5	2,8	3,6	6,3	4,3	4,4	8,6	4,8	9,6	14,4	3,6	7,6	11,2	5,8	11,4	17,2
	Riket	4,1	3,7	7,8	3,7	3,5	7,2	4,4	3,9	8,3	5,5	7,8	13,3	4,5	6,3	10,8	6,5	9,1	15,7

Arbetslöshet uttryckt i andel av
arbetskraften

Öppet arbetslösa och sökande i program med aktivitetsstöd i % av befolkningen										Källa: Arbetsförmedlingen									
År 2015																			
		Samtliga 16-64 år									Ungdomar 18-24 år								
		Totalt			Kvinnor			Män			Totalt			Kvinnor			Män		
		Öppet	Program	Totalt	Öppet	Program	Totalt	Öppet	Program	Totalt	Öppet	Program	Totalt	Öppet	Program	Totalt	Öppet	Program	Totalt
		arbets-	med		arbets-	med		arbets-	med		arbets-	med		arbets-	med		arbets-	med	
		lösa	aktivitets-		lösa	aktivitets-		lösa	aktivitets-		lösa	aktivitets-		lösa	aktivitets-		lösa	aktivitets-	
Komr	/Län/Riket		stöd			stöd			stöd			stöd			stöd			stöd	
2303	Ragunda	3,9	4,5	8,4	3,0	4,2	7,2	4,7	4,7	9,4	5,3	10,0	15,2	5,4	9,7	15,1	5,1	10,2	15,3
2305	Bräcke	4,2	4,3	8,5	3,8	3,5	7,3	4,5	5,0	9,5	5,9	7,5	13,3	5,0	6,3	11,3	6,5	8,2	14,7
2309	Krokom	2,4	2,5	4,9	1,7	2,1	3,8	3,1	2,8	5,9	3,7	5,8	9,6	2,9	4,9	7,7	4,5	6,7	11,1
2313	Strömsund	4,2	4,9	9,1	3,3	4,3	7,6	5,0	5,5	10,5	4,1	10,7	14,8	3,3	8,2	11,5	4,7	13,0	17,7
2321	Åre	2,9	1,9	4,8	2,8	2,0	4,8	3,1	1,7	4,8	3,3	3,1	6,4	3,4	2,7	6,1	3,2	3,5	6,7
2326	Berg	3,1	2,8	5,9	2,3	2,8	5,1	3,7	2,9	6,6	3,3	5,4	8,7	2,4	6,2	8,6	3,9	4,8	8,7
2361	Härjedalen	2,8	2,9	5,6	2,0	2,2	4,2	3,5	3,4	6,9	3,3	6,5	9,8	2,4	4,4	6,8	3,9	8,1	12,0
2380	Östersund	2,6	3,3	5,9	1,9	2,9	4,8	3,3	3,7	7,0	2,6	6,1	8,7	1,6	4,5	6,1	3,5	7,8	11,3
Jämtlands län		2,9	3,3	6,2	2,2	2,9	5,1	3,6	3,6	7,2	3,2	6,4	9,6	2,4	5,0	7,4	4,0	7,7	11,7
Riket		3,2	2,9	6,1	2,9	2,7	5,6	3,5	3,1	6,7	3,4	4,7	8,1	2,7	3,8	6,4	4,0	5,6	9,6

Arbetslöshet uttryckt i andel av
befolkningen

Behörighet till gymnasieskolan

Organisation huvudman	Andel behöriga
Jämtland totalt, samtl. elever	85,4
Jämtland totalt, flickor	87,5
Jämtland totalt, pojkar	83,4
Jämtland kommunal, samtl. elever	84,7
Jämtland kommunal, flickor	86,9
Jämtland kommunal, pojkar	82,6
Jämtland fristående, samtl. elever	92,6
Jämtland fristående, flickor	~100
Jämtland fristående, pojkar	90,5
Berg, samtl. elever	74,3
Berg, flickor	79,4
Berg, pojkar	69,4
Bräcke, samtl. elever	85,1
Bräcke, flickor	83,3
Bräcke, pojkar	86,3
Härjedalen, samtl. elever	81,1
Härjedalen, flickor	84,4
Härjedalen, pojkar	78,7
Krokom, samtl. elever	84,8
Krokom, flickor	86,4
Krokom, pojkar	83,3
Ragunda, samtl. elever	78,8
Ragunda, flickor	76,9
Ragunda, pojkar	80,8
Strömsund, samtl. elever	78,7
Strömsund, flickor	78,9
Strömsund, pojkar	78,5
Åre, samtl. elever	84,0
Åre, flickor	87,3
Åre, pojkar	81,3
Östersund, samtl. elever	90,1
Östersund, flickor	92,6
Östersund, pojkar	87,6
Riket totalt, samtl. elever	85,6
Riket totalt, flickor	87,3
Riket totalt, pojkar	83,9

Barnfattigdomsindex - Barn som växer upp i ekonomiskt utsatta hushåll

Barnfattigdomsindex efter region, år och resultat.		KÄLLA: FOLKHÄLSODATABASEN, FHI				
		2013	2012	2011	2010	2009
00 Riket	Antal barn 0-17 år	1945321	1920935	1907795	1905901	1914588
	Andel (%) barn totalt som finns i ekonomiskt utsatta hushåll	12	12	12,1	12,7	12,9
23 Jämtlands län	Antal barn 0-17 år	23944	23815	23907	24205	24414
	Andel (%) barn totalt som finns i ekonomiskt utsatta hushåll	10,5	10,3	10,4	10,8	10,7
2303 Ragunda	Antal barn 0-17 år	936	934	940	983	1003
	Andel (%) barn totalt som finns i ekonomiskt utsatta hushåll	13,6	15,6	14,4	11,4	10,9
2305 Bräcke	Antal barn 0-17 år	1165	1199	1231	1305	1330
	Andel (%) barn totalt som finns i ekonomiskt utsatta hushåll	15,5	15,5	14,7	15,3	15,5
2309 Krokoms kommun	Antal barn 0-17 år	3424	3400	3379	3391	3341
	Andel (%) barn totalt som finns i ekonomiskt utsatta hushåll	8	8,1	8,3	8,8	9,3
2313 Strömsund	Antal barn 0-17 år	2044	2078	2047	2083	2111
	Andel (%) barn totalt som finns i ekonomiskt utsatta hushåll	16,3	17,7	18,9	17,4	17,1
2321 Åre	Antal barn 0-17 år	2068	2076	2052	2075	2092
	Andel (%) barn totalt som finns i ekonomiskt utsatta hushåll	11,4	10,6	10,8	10,4	10,7
2326 Berg	Antal barn 0-17 år	1278	1275	1332	1356	1390
	Andel (%) barn totalt som finns i ekonomiskt utsatta hushåll	13,5	15	14,4	14,7	11,9
2361 Härjedalen	Antal barn 0-17 år	1677	1670	1676	1714	1793
	Andel (%) barn totalt som finns i ekonomiskt utsatta hushåll	14	9,9	12,1	12,8	12
2380 Östersund	Antal barn 0-17 år	11352	11183	11250	11298	11354
	Andel (%) barn totalt som finns i ekonomiskt utsatta hushåll	8,4	8	7,9	9	9,1

Definition:

Med 'ekonomiskt utsatta' menas hushåll med låg inkomst eller socialbidrag.

Med 'låg inkomst' menas lägsta utgiftsnivå baserad på den socialbidragsnorm, som fastställdes på 1980-talet (med inflationsuppräknings) och en norm för boendeutgifter. Om inkomsterna understiger normen för dessa utgifter definieras detta som låg inkomst. Med socialbidrag menas att sådant erhållits minst en gång under året.

Livsstilsfaktorer

Pojke/Flicka (Män/Kvinnor)		Riket	Länet	Berg	Bräcke	Härjedalen	Krokom	Ragunda	Strömsund	Åre	Östersund
Rökning åk 9 (CAN 2015)	Röker varje/nästan varje dag	3%/5%	4%/4%	4%	0	0	5%	ej med	9%	4%	4%
Rökning vuxna (HLV 2014)	Daglig rökning	9%/11%	8%/8%	9%/11%	6%/14%	10%/10%	7%/9%	13%/10%	8%/8%	7%/6%	8%/6%
Alkohol åk 9 (CAN 2015)	Intensivkonsumtion av alkohol minst 1 gång/mån.	9%/8%	9%/6%	6%	11%	7%	12%	ej med	12%	9%	5%
Riskkonsument vuxna (HLV 2014)	Riskabla alkoholvanor	19%/13%	17%/10%	15%/11%	17%/8%	19%/12%	14%/11%	15%/6%	14%/9%	22%/15%	17%/9%
Narkotika åk 9 (CAN 2015)	Använt narkotika ngn gång	8%/5%	5%/4%	4%	3%	2%	5%	ej med	5%	8%	5%
Narkotika år 2 gymnasiet (CAN 2015)	Använt narkotika ngn gång	17%/14%	16%/10%	för få	för få	ej med	6%	ej med	9%	för få	14%
Övervikt/fetma vuxna (HLV 2014)	Andel överviktiga eller feta	57%/41%	57%/46%	57%	59%	55%	50%	60%	65%	48%	48%
Nedsatt psykiskt välbefinnande, 16-84 år (HLV 2014)		14%/21%	13%/18%	12%/18%	12%/13%	17%/18%	12%/19%	9%/17%	17%/11%	13%/17%	13%/20%
Nedsatt psykiskt välbefinnande, unga vuxna 16-29 år (HLV 2014)		19%/30%	10%/30%	för få	för få	för få	för få	för få	för få	för få	11%/30%
Gott allmänt hälsotillstånd (HLV 2014)	Mycket bra/Bra	76%/71%	71%/68%	73%/66%	68%/61%	67%/64%	71%/69%	65%/60%	67%/68%	73%/79%	73%/68%
Obs! Alla skillnader mellan pojkar/flickor eller män/kvinnor är inte statistiskt signifikanta. Ta särskild hänsyn på kommunnivå där underlaget är litet.											

Hälsosamtal i skolan

Hälsosamtalet i skolan - länet; läsåren 2011/2012 och 2014/2015												
Läsår			11/12	14/15	11/12	14/15	11/12	14/15	11/12	14/15	11/12	11/12
			Åk 4 fl	Åk 4 fl	Åk 4 poj	Åk 4 poj	Åk 7 fl	Åk 7 fl	Åk 7 poj	Åk 7 Pojk	Åk 1 gy fl	Åk 1 gy poj
			%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Jag mår		Mycket bra	59	59,4	62	61,9	40	44,6	50	57	24	43
		Bra	34	33,9	3	33	48	42	41	37,6	52	47
Jag har de tre senaste månaderna känt mig ledsen och nedstämd		Alltid	2	0,7	-	0	1	1		0	2	
		Ofta	2	4	2	3,5	6	7,2	9	1,4	18	4
		Ibland	15	14,5	9	9,1	25	23,3	2	6,6	35	13
Jag har de tre senaste månaderna känt mig orolig eller rädd		Aldrig	65	59,6	74	70,6	50	60,2	70	76,1	38	71
		Sällan	21	22,5	19	19	35	23,7	24	18,7	32	22
Jag sover bra		Alltid	43	46,5	46	40,7	24	27,6	31	32,4	22	27
		Ofta	43	39,2	40	43,6	54	50,8	54	52	50	46
2011/2012		Åk 4	Åk 7	Åk 1 gy								
	Svar	1078	798	996								
2014/2015												
	Svar	1127	840	-								

Under läsåret 2014/2015 förnyades databasen för hälsosamtalet i skolan. Samtidigt genomfördes förändringar på Elevhälsan i Östersund och Jämtlands gymnasium(JGY). JGY bedriver nu en egen elevhälsa. Det var en anledning till att skolsköterskorna inte förmådde mata in data från hälsosamtalen i databasen. Därav finns inga data från läsåret 2014/2015 för årskurs 1 gymnasiet..

Beviljade uppehållstillstånd och Asylsökande per kommun

	Personer mottagna i en kommun under 2015						Inskrivna i Migrationsverkets mottagningssystem per december 2015	
Kommun	Kvot- flyktingar	Ensam- kommande	Anhörig- invandrade	Tidiare asylsökande	Totalt		Antal inskriva	varav ensamkomm ande
Berg	5	5	7	23	40		408	66
Bräcke		14	34	42	90		179	51
Härjedalen	20	9	12	59	100		312	57
Krokom	5	10	14	89	118		384	68
Ragunda	3	9	2	44	58		383	52
Strömsund	25	3	23	59	110		658	73
Åre	48	8	14	46	116		897	76
Östersund	33	23	69	241	366		857	149
Summa	139	81	175	603	998		4078	592
jmf 2014	217	62	147	412	838			



INBJUDAN

Regionbildning för framtidens utmaningar

Frågan om Sveriges regionala indelning har diskuterats under lång tid utan att få en lösning. Regeringen har tillsatt en kommitté som senast i augusti 2017 ska föreslå en ny regional indelning i Sverige, att genomföras senast 2023.

I syfte att belysa argumenten bakom reformen samt ge dig möjlighet att diskutera konsekvenserna av denna bjuder Sveriges Kommuner och Landsting i samverkan med Indelningskommittén in till tre konferenser i april. Konferenserna kommer att beröra såväl frågor som rör framtida utmaningar inom tillväxt och sysselsättning och hälso- och sjukvård som utgångspunkterna för en ny regional indelning.

Målgrupp	Förtroendevalda och tjänstemän på lokal och regional nivå, företrädare före berörda statliga myndigheter samt övriga intresserade
Kostnad	1 900 kr exkl. moms, förtäring ingår.
Anmälan	Gör din anmälan direkt till seminariet - välj ort, datum Du kan också anmäla dig via www.skl.se/kalender . Sista anmälningssdag är 1 månad innan respektive tillfälle. Anmälan är bindande man kan överlåtas till annan person.
Information	För frågor om innehållet kontakta: Lisbet Mellgren, lisbet.mellgren@skl.se , 08-452 78 22 För frågor kring anmälan kontakta: Konstella, konferens@konstella.se , 08-452 72 86

Datum och plats

Seminariet börjar klockan 9:30 med kaffe/registrering och avslutas klockan 16:00.

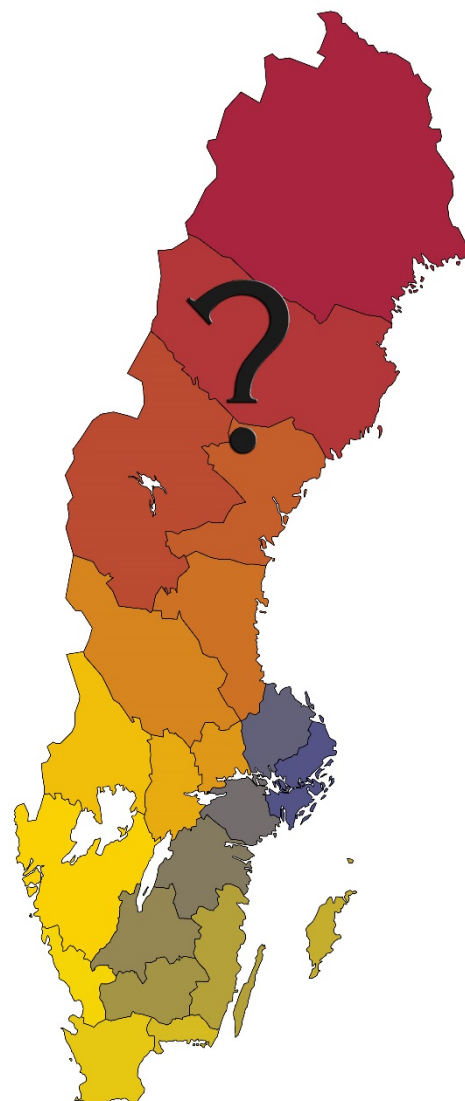
6 april 2016 [Quality Hotel, Sandviksvägen 1, Växjö](#)

13 april 2016 [Sky City Arlanda i Stockholm](#)

26 april 2016 [Best Western Gamla Teatern, Thomeegränd 20, Östersund](#)

Program

- 09:30 - 10:00 Kaffe och registrering**
- 10:00 - 12:00 Välkommen**
Ekonomiska utmaningar
Annika Wallenskog, biträdande chefekonom SKL
Samhällsutmaningar
Gunnar Wetterberg, historiker och författare
Regionala tillväxtutmaningar
Föreläsare ännu ej bekräftad
Utmaningar för hälso- och sjukvården
Göran Stiernstedt, fd. statlig utredare
- 12:30 - 13:30 Lunch**
- 13:30 - 15:45 Utgångspunkter för en ny regional indelning**
Barbro Holmberg och Kent Johansson,
Indelningskommittén
Gemensamma diskussioner
Inklusive kaffepaus
- 15:45 - 16:00 Avslutning**





Reglemente för intern kontroll vid Jämtland Härjedalen

Version: 2

Beslutsinstans:



ÄNDRINGSFÖRTECKNING

Version	Datum	Ändring	Beslutat av
1.		Nyutgåva	

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	INLEDNING	4
1.1	Reglemente för intern kontroll.....	4
1.2	Vad är intern kontroll.....	4
1.3	Skillnad mellan uppföljning och intern kontroll.....	4
1.4	Utformning av intern kontroll	5
1.5	Definitioner av kontrollmål	7
1.6	Ansvar och roller för processen	7
2	TILLÄMPNINGSANVISNINGAR	8

1 INLEDNING

1.1 Reglemente för intern kontroll

Detta reglemente beskriver vad intern kontroll är samt hur intern kontroll tillämpas i Region Jämtland Härjedalen. Reglementet är uppdelat i två avsnitt. Det första avsnittet beskriver varför intern kontroll behövs, dess komponenter och gällande ansvarsfördelning. Detta avsnitt är främst avsett för förtroendevalda och tjänstemannaledning. Det andra avsnittet innehåller tillämpningsanvisningar för arbetet med internkontroll och är ämnat som ett stöd för tjänstemannaorganisationen som har uppdraget att se till att det finns förutsättningar för intern kontroll och styrning.

1.2 Vad är intern kontroll

Intern kontroll handlar om att ha ordning och reda, att veta att det som ska göras blir gjort och att det sker på ett effektivt och säkert sätt. För ett landsting finns lagkrav på intern kontroll (Kommunallagen) där det framgår att *nämnderna skall var och en inom sitt område se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de föreskrifter som gäller för verksamheten. De ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig samt att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt. Detsamma gäller när vården av en kommunal angelägenhet med stöd av 3 kap. 16§ har lämnats över till någon annan Lag (1999:621).*

Enligt kommunallagen ska styrelsen och nämnderna se till att den interna kontrollen är tillräcklig. Ytterst handlar det om att säkerställa att verksamheten uppfyller de mål och de krav som ställs. En systematisk riskhantering är ett viktigt instrument för att säkerställa uppfyllandet av mål och förväntningar. Genom att proaktivt identifiera och hantera de risker som skulle kunna förhindra att verksamheten når sina mål, stärker styrelsen och övriga nämnder möjligheten att organisationens mål uppnås, att oegentligheter minskas och att organisationens varumärke stärks. Intern kontroll är således ett viktigt instrument i styrelsens och nämndernas styrning av verksamheten.

1.3 Skillnad mellan uppföljning och intern kontroll

Styrning handlar mycket om att på ett tillfredsställande sätt besvara frågorna

- Vad vill vi (mål, uppdrag)?
- Blir det som vi vill (uppföljning)?

För att kunna besvara den första frågan behövs tydliga mål, tydliga regler och anvisningar, dokumenterade rutiner och så vidare inom verksamheten. Svaret på den andra frågan kräver uppföljning av om verksamheten når sina uppställda mål, följer regler, anvisningar med mera.

Intern kontroll behövs för att ge ansvarig styrelse och nämnd en möjlighet att, utöver ordinarie uppföljning, kunna genomföra ytterligare kontroller för att säkerställa att verksamheten når sina mål, följer regler m.m. Intern kontroll har ett förebyggande syfte. Genom att på ett tidigt stadium identifiera risker som kan leda till skador, både ekonomiska, mänskliga och i form av förlorat förtroende från medborgarna, kan kontrollåtgärder införas för att förhindra/begränsa sådana negativa konsekvenser. Det skapar även trygghet för de anställda eftersom det minskar risken för att misstanke om oegentligheter uppstår.

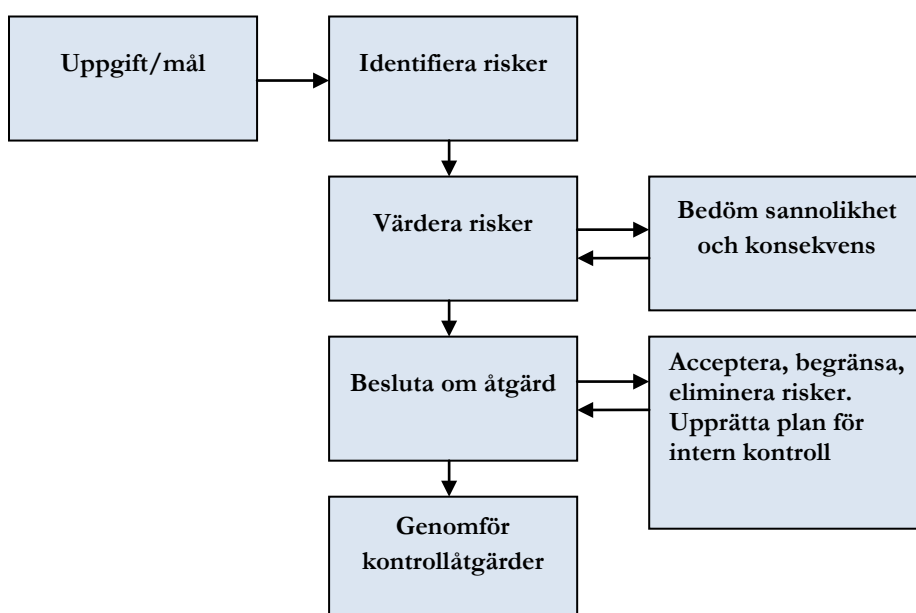
En väl fungerande intern kontroll kännetecknas av att den bedrivs inom viktiga, och vid grundligt genomförd riskanalys utvalda, områden. Vid behov ska den dessutom leda till att de åtgärder som krävs för att säkerställa organisationens måloppfyllelse genomförs.

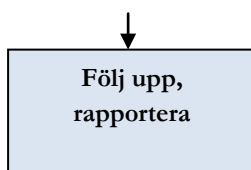
1.4 Utformning av intern kontroll

Det ramverk som används i Sverige inom såväl offentlig som privat verksamhet är den så kallade COSO-modellen som utvecklats av The Committee of Sponsoring Organization of the Treadway Commission (COSO). Intern kontroll är i ramverket definierad som en process, utförd av en organisations styrelse, ledning och annan personal och utformad för att ge rimlig försäkran om att målen uppfylls inom följande kategorier:

- Effektivitet och produktivitet i verksamheten.
- Tillförlitlig finansiell rapportering.
- Efterlevnad av tillämpliga lagar och regler.

Syftet med ramverket är att få organisationer att fokusera mer på att hantera och förutse risker i en verksamhet för att på så sätt förhindra negativa effekter. Logiken i COSO är att para ihop mål med risker, och risker med kontroller – på ett medvetet och åskådligt sätt. Processen för internkontroll kan enkelt sammanfattas enligt följande:





COSO nämner följande fem grundkomponenter för en fungerande intern kontroll:

Kontrollmiljö

Kontrollmiljön anger tonen i en organisation och påverkar kontrollmedvetenheten hos dess medarbetare. Faktorer inom kontrollmiljön innefattar bland annat kompetens hos medarbetarna, ledningens prioriteringar, att målen för organisationen är tydliga och att klara riktlinjer finns. Kontrollmiljön utgör grunden för de andra komponenterna i den interna kontrollen.

Riskbedömning

Varje organisation möter många olika risker av externt och internt ursprung som måste värderas. Riskbedömningen är identifieringen och analysen av relevanta risker för att uppnå målen och utför basen för att bestämma hur riskerna ska hanteras.

Kontrollaktiviteter

Kontrollaktiviteter är de riktlinjer och rutiner som bidrar till att säkerställa att ledningens direktiv genomförs. De bidrar till att säkerställa att nödvändiga åtgärder vidtas för att hantera risker för att alla organisationens mål inte uppnås. Kontrollaktiviteter kan äga rum i hela organisationen, på alla nivåer och i alla funktioner.

Information och kommunikation

Relevant information måste identifieras, fångas och förmedlas i en sådan form och inom en sådan tidsram att de anställda kan utföra sina uppgifter. Alla medarbetare måste få ett klart budskap från den högsta ledningen att ansvaret för intern styrning och kontroll måste tas på allvar. De anställda måste förstå sin egen roll i det interna styr- och kontrollsystemet samt hur enskilda aktiviteter påverkas andras arbete.

Övervakning, uppföljning och utvärdering

Interna styr- och kontrollsystem behöver övervakas, följas upp och utvärderas – en process som bestämmer kvaliteten på systemets resultat över tiden. Löpande övervakningsåtgärder och uppföljningar äger rum under verksamhetens gång. Det inkluderar normala lednings- och övervakningsaktiviteter och andra åtgärder som personalen vidtar när de utför sina arbetsuppgifter.

1.5 Definitioner av kontrollmål

De mål som nämns i föregående avsnitt och som COSO-modellen utgår ifrån utvecklas närmare här.

Effektivitet och produktivitet i verksamheten

Innebär att verksamheten bedrivs enligt de mål, verksamhetsplaner och riktlinjer som regionfullmäktige, styrelse och övriga nämnder har fastställt och att uppföljning och kontroll görs gentemot dessa. Det innebär också att ha kontroll över ekonomi, prestationer och kvalitet samt att säkerställa att fattade beslut verkställs och följs upp i förhållande till fastställda mål och verksamhetsplaner.

Tillförlitlig finansiell rapportering

Innebär att styrelsen och nämnderna ska ha tillgång till en ändamålsenlig och tillförlitlig redovisning av verksamheternas prestationer och kvalitet samt övrig relevant information om verksamheten och dess resursanvändning.

Efterlevnad av tillämpliga lagar och regler

Innefattar att lagstiftning såväl som Region Jämtland Härjedalens interna regelverk samt ingångna avtal med olika parter följs.

1.6 Ansvar och roller för processen

God intern kontroll kräver kommunikation och samarbete mellan flera parter. Det är därför viktigt att klargöra roller och ansvar.

Regionstyrelsen

- Det yttersta ansvaret för intern kontroll ligger enligt kommunallagen på de förtroendevalda. Styrelsen har det övergripande ansvaret att skapa en organisation för den interna kontrollen.
- Använder intern kontroll som ett instrument för sin styrning av verksamheten
- Avkräver ansvar från regiondirektör
- Årligen rapportera till fullmäktige hur den interna kontrollen fungerat

Övriga nämnder

- Ansvarar för intern kontroll inom sina respektive verksamhetsområden
- Årligen rapportera utförd intern kontroll till regionstyrelsen

Regiondirektör och förvaltningschef

- Regiondirektör/förvaltningschef har inom sitt verksamhetsområde ansvar för att löpande rapportera till styrelse/nämnd om hur arbetet med den interna kontrollen fungerar.

Avdelningschefer och områdeschefer

- Ansvarar för att varje verksamhetsår göra riskbedömningar samt upprätta lista över risker och kontroller, göra risk- och konsekvensanalyser av risker, följa upp och kontrollera de risker som återfinns i den årliga planen för intern kontroll.

- Två gånger per år skriftligen lämna en rapport till styrelsen/nämnden över de kontroller/åtgärder som
- Ansvarar för att följa de styrdokument som gäller för verksamheten och för att informera de anställda om dess innebörd.
- Ansvarar inom sina respektive områden för att reglementet för intern kontroll följs.
- Ansvarar för att statusen avseende den interna kontrollen rapporteras till överordnad chef

Övriga medarbetare

Övriga medarbetare är skyldiga att följa de styrdokument som gäller för verksamheten.

2 TILLÄMPNINGSANVISNINGAR

I detta avsnitt beskrivs hur planen för intern kontroll tas fram och vilka metoder/verktyg som används vid åtgärder, internkontrollen ska följas upp, hur arbetet ska dokumenteras samt återrapporeras.

Regionstyrelsen och övriga nämnder ska årligen besluta om en plan för intern kontroll. Planen ska följas upp av ansvarig styrelse/nämnd två gånger per år. Efter avslutat verksamhetsår ska en rapport över utförd intern kontroll lämnas till fullmäktige som ett informationsärende. Samordningskansliet är sammanhållande för arbetet med intern kontroll i Region Jämtland Härjedalen.

Identifiera risker

Med risk menas här hotet att en händelse negativt påverkar organisationens möjlighet att fullgöra en uppgift och nå sitt mål. Risk- och konsekvensanalys ska genomföras av styrelse och nämnd utifrån verksamhetens samlade uppdrag. Risk- och konsekvensanalyser genomförs för att skapa ett beslutsunderlag för att förbättra förmågan att förebygga och hantera avvikelser och andra negativa händelser för organisationen. Avdelningschefer eller motsvarande ska upprätta en lista med ett antal potentiella risker inom det egna ansvarsområdet.

Värdera risker

De risker som framkommit ska värderas genom vedertagna riktlinjer för risk- och konsekvensanalyser (riskkarta för riskvärdering, RS/1657/2015) Siffror från riskkartan förs därefter in i mallen för kontrollplanen. Därefter beslutas om hantering av riskerna, att besluta om en risk ska accepteras, begränsas, delas eller elimineras.

Besluta om åtgärd och upprätta internkontrollplan

Styrelsen och nämnderna ska varje år anta en övergripande plan (kontrollplan) för uppföljning av den interna kontrollen. Av planen ska framgå vad som ska granskas under året och när granskningarna ska rapporteras till styrelsen/nämnden. Varje kontrollpunkt ska också ha en ansvarig tjänsteman som ansvarar för att genomföra föreslagna åtgärder samt två gånger per år rapportera resultatet till regionstyrelsen.

Genomför kontrollåtgärder

Under året ska verksamheterna löpande arbeta med de åtgärder som beslutats i den årliga planen för intern kontroll.



Daniel Nilsson
Samordningskansliet

2015-12-04

Dnr:RS/1657/2015

Följ upp/rapportera

Verksamheterna ska två gånger per år redovisa utfört arbete för styrelsen eller nämnd. Redovisningen av planen för intern kontroll ska göras i form av ett ärende och innehålla förslag till beslut. Planen för intern kontroll och de tillhörande rapporteringsrutinerna ska säkerställa att riskanalysen och kontrollåtgärderna är tillräckliga som underlag för bedömning. Uppföljningen bör med andra ord visa om de utförda åtgärderna resulterat i det som avsågs.

Regionstyrelsen ska med utgångspunkt från gjord rapportering årligen utvärdera regionens samlande system för intern kontroll och lämna rapport till fullmäktige.

2015-10-19

Region Jämtland Härjedalen
Box 654, 831 27 Östersund

Dnr. RS / 1674 / 2015

Medborgarförslag angående busskort för människor med aktivitetsersättning eller permanent sjukersättning

Östersund 2015-10-15

Människor som efter ett långt arbetsliv idag pensionerar sig har förmånen att på Länstrafiken få köpa ett länskort för 250 kronor per månad. Kortet medger fritt antal resor med buss över hela Region Jämtland Härjedalen. Det enda kravet för att kunna nyttja kortet är att man har fyllt 65 år.

Ungdomar under 30 år, som har någon form av funktionsnedsättning och därmed uppbär aktivitetsersättning från Försäkringskassan, har inte samma möjlighet att köpa kortet till detta förmånliga pris utan måste betala ordinarie pris, 1300 kronor/månad. Detsamma gäller när ungdomen fyller 30 år och då får permanent sjukersättning samt gruppen med psykiskt sjuka som uppbär sjukersättning.

Ersättningen från Försäkringskassan gör inte att ovanstående grupp av människor kvalificerar sig högst i löneligan utan det gäller att hålla hårt i slantarna för att få dem att räcka till. Många i gruppen med sjuk- eller aktivitetsersättning har helt enkelt inte råd att köpa kortet till ordinarie pris, 1300 kronor.

Av rättviseskäl är vårt förslag därför att precis som ålderspensionärerna, som får köpa kortet för 250 kronor, ska ovanstående grupp också kunna göra det. Detta skulle möjliggöra för flera att kunna komma ut i länet. För gruppen psykiskt sjuka kan det innebära en oerhörd skillnad då de får möjlighet att bryta sin isolering för att kunna ta del av samhällets olika aktiviteter som erbjuds runt om i regionen.

En parallell kan dras till de så kallade ungdomskorten, där ungdomar i Östersunds kommun mellan 6 till 19 år får sina kort gratis. Skälet till detta uppges vara att det är en fråga om jämställdhet och att de ska kunna ta sig till sina fritidsintressen.



Carin Burman



Matz Lindman

Gode män/förvaltare och medlemmar i FFS i Z-län

Ruth Eriksson
Regional Utveckling
Infrastruktur och kommunikationer
Tfn: 063-14 65 61
E-post: ruth.eriksson@regionjh.se

Datum: 2015-12-22
Dnr: RUN/1317/2015

MEDBORGARFÖRSLAG OM BUSSKORT

Förslag

Gode män/förvaltare och medlemmar i FFS i Jämtlands län, Carin Burman och Matz Lindman, har i ett medborgarförslag väckt frågan om människor med aktivitetsersättning eller permanent sjukersättning kan få köpa länskort till samma pris som seniorkortet.

Överväganden

Medborgarförslaget hänvisar till att personer med aktivitetsersättning eller permanent sjukersättning har små inkomster och därmed svårt att ha råd med länskort.

Länstrafikens taxor och produkter ger hög rabatt till frekventa resenärer som väljer Länskort eller Bestprickort för sinar resor. Övriga kort och biljetter ger lägre rabatt.

Ett Länskort vuxen kostar i dag 1300 kr och gäller för obegränsat resande med regionaltåget Norrtåg och Länstrafikens trafik och tätortstrafiken i Östersund under 30 dagar. Övriga rabatterade biljetter är Bestpricekortet som är avståndsbundet och ger minst 10 % rabatt jämfört med vuxen enkelbiljett. Den som reser ofta får en högre rabatt. Med reskassa (förbetalning av resor) erhålls också 10 % rabatt på enkelbiljettpriiset, och passar för sällanresenären. Reskassa är inte bundet till en viss relation. Ett seniorkort kostar 252 kr/månad under minst 12 månader och gäller för obegränsat resande med Länstrafikens trafik i hela länet men ej på Norrtåg. Seniorkortet får köpas av personer som har fyllt 65 år.

Nya taxor och produkter ska införas from juni 2016, under förutsättning av att regionfullmäktige beslutar så. Nya taxor och produkter är beslutad i Regionala utvecklingsnämnden 2015-12-12 § 190. Taxan ska harmoniseras med Norrlandsresan, som är den taxa som gäller för resa över länsgräns, beslut i regionfullmäktige 2015-06-16--17 § 70. Principen är att rabatt ges i olika åldersgrupper, och att priset är avståndsrelaterat. Högre rabatt ges till frekventa resenärer i form av period- och länskort. 20-resorskortet eller Bestpricekortet ger rabatt och passar även för sällanresenären. Från juni 2017 införs en ny kategori - ungdom/unga vuxna 20-25 år. Ungdom/unga vuxna ska ges 25 % rabatt på Periodkort, Länskort och 20-resor rabattkort jämfört med vuxenpriset. Det innebär att alla i ålderskategorin 20-25 år

får möjlighet att köpa rabatterade färdbevis, vilket även gynnar personer med aktivitetsersättning eller permanent sjukersättning i åldern 20-25 år.

Biljettintäkterna står för ca 38 % av den totala intäkten i kollektivtrafiken (budget 2015). En målsättning är att den andelen ska öka. Lägre biljettpriser till fler grupper ger en lägre kostnadstäckning och ett behov av en högre skattefinansiering. Det är inte en önskvärd utveckling. Seniorkortet har ett väldigt förmånligt pris ca 80 % av priset för ett länskort vuxen. Biljettintäkten beräknas minska med 700 000 - 1 000 000 kr om gruppen med permanent sjuk- och aktivitetsersättning ges möjlighet att köpa seniorkort i stället för länskort.

För personer med låga inkomster naturligtvis varje möjlighet till rabatt viktig. Ska rabatt ges utifrån olika gruppers betalförmåga uppstår sannolikt många anspråk från andra grupper som av olika anledningar har låga inkomster.

Slutsats

Förslaget att personer med aktivitetsersättning eller permanent sjukersättning ska få köpa länskort eller andra färdbevis till rabatterat pris innebär

- avsteg från principen att rabatt ges till vissa åldersgrupper
- avsteg från harmoniseringen med Norrlandsresan
- att Länstrafikens intäkter kommer att sjunka.

Personer med aktivitetsersättning eller permanent sjukersättning bör inte få köpa länskort eller andra färdbevis till rabatterat pris.

MEDBORGARFÖRSLAG

REGIONENS KOLLEKTIVTRAFIK.

Pro.s höstmöte i Östersund 2015 11 05

**Efter information från Thomas Andersson, Ordförande
i Länstrafiken i Jämtlands Län.**

**Beslutade mötet att Vi skulle lämna in ett
medborgarförslag**

**ATT när det gällde rabatt av resekort med rabatt till
pensionärer 65 + med 25 %**

**Ska det även gälla för sjukpensionärer, för uppgift
av hur många de är finns att få via försäkringskassan.**

**Även pensionärer med mini pension finns det uppgifter
på hos försäkringskassan.**

**Samordning önskas för KOLLEKTRAFIK mellan
de 8 kommunerna och även över länsgränserna.**

Vi blir en äldre befolkning och behöver åka kollektivt

Östersund 2015 11 05

Kerstin Karlsson

Anna Lindström

Ruth Eriksson
Regional Utveckling
Infrastruktur och kommunikationer
Tfn: 063-14 65 61
E-post: ruth.eriksson@regionjh.se

Datum: 2015-12-22
Dnr: RUN/1357/2015

MEDBORGARFÖRSLAG OM KOLLEKTIVTRAFIK

Förslag

PRO:s höstmöte, Östersund 2015-11-05 har lämnat ett förslag att personer med permanent sjuk- och aktivitetsersättning (sjukpensionärer) ska få samma rabatt som seniorer +65 år, samt att samordning önskas för kollektivtrafik mellan de 8 kommunerna och även över länsgränserna.

Överväganden

Medborgarförslaget hänvisar till att personer med aktivitetsersättning eller permanent sjukersättning bör få köpa färdbevis till samma villkor som personer som har fyllt 65 år.

Länstrafikens taxor och produkter ger hög rabatt till frekventa resenärer som väljer Länskort eller Bestprickort för sina resor. Övriga kort och biljetter ger lägre rabatt.

Ett Länskort vuxen kostar i dag 1300 kr och gäller för obegränsat resande med regionaltåget Norrtåg och Länstrafikens trafik och tätortstrafiken i Östersund under 30 dagar. Övriga rabatterade biljetter är Bestpricekortet som är avståndsbundet och ger minst 10 % rabatt jämfört med vuxen enkelbiljett. Den som reser ofta får en högre rabatt. Med reskassa (förbetalning av resor) erhålls också 10 % rabatt på enkelbiljettpriset, och passar för sällanresenären. Kortet är inte bundet till en viss relation. Ett seniorkort kostar 252 kr/månad under minst 12 månader och gäller för obegränsat resande med Länstrafikens trafik i hela länet men ej på Norrtåg. Seniorkortet får köpas av personer som har fyllt 65 år.

Nya taxor och produkter ska införas från juni 2016, under förutsättning av att regionfullmäktige beslutar så. Enligt beslut i Regional utvecklingsnämnden 2015-12-12 § 190. Taxan ska harmoniseras med Norrlandsresan, som är den taxa som gäller för resa över länsgräns, beslut i regionfullmäktige 2015-06-16--17 § 70. Principen är att rabatt ges i olika åldersgrupper, och att priset är avståndsrelaterat. Högre rabatt ges till frekventa resenärer i form av period- och länskort. 20-resorskortet eller Bestpricekortet ger rabatt och passar även för sällanresenären. Från juni 2017 införs en ny kategori - ungdom/unga vuxna 20-25 år. Ungdom/unga vuxna ska ges 25 % rabatt på Periodkort, Länskort och 20-resor rabattkort

jämfört med vuxenpriset. Det innebär att alla i ålderskategorin 20-25 år får möjlighet att köpa rabatterade färdbevis, vilket även gynnar personer med aktivitetsersättning eller permanent sjukersättning i åldern 20-25 år.

Biljettintäkterna står för ca 38 % av den totala intäkten i kollektivtrafiken (budget 2015). En målsättning är att den andelen ska öka. Lägre biljettpreiser till fler grupper ger en lägre kostnadstäckning och ett behov av en högre skattefinansiering. Det är inte en önskvärd utveckling. Seniorskortet har ett väldigt förmånligt pris ca 80 % av priset för ett länsskort vuxen. Biljettintäkten beräknas minska med 700 000 - 1 000 000 kr om gruppen med permanent sjuk- och aktivitetsersättning ges möjlighet att köpa seniorskort i stället för länsskort. För personer med låga inkomster är naturligtvis varje möjlighet till rabatt viktig. Ska rabatt ges utifrån olika gruppers betalformåga uppstår sannolikt fler anspråk från andra grupper som av olika anledningar har låga inkomster.

Medborgarförslaget föreslår även samordning för kollektivtrafik mellan de 8 kommunerna och även över länsgränserna. Samtidig kort och biljetter, med undantag för tätortstrafiken i Östersund, gäller för resor över kommungräns. Det går t ex att köpa biljett Svenstavik-Bräcke, eller med Norrlandsresan Svenstavik - Dorotea. Trafikutbudet följer de stora stråken i länet och sammanstrålar i Östersund. För resor mellan olika delar av länet kan byte i Östersund vara nödvändigt. Den interregionala trafiken med tåg och buss är samordnad så till vida att resor kan göras både lokalt och interregionalt med de turer som finns. Länsskort gäller på regionalstågtrafiken Norrtåg för resor inom länet.

Slutsats

Förslaget att personer med aktivitetsersättning eller permanent sjukersättning ska få köpa länsskort eller andra färdbevis till rabatterat pris innebär

- avsteg från principen att rabatt ges till vissa åldersgrupper
- avsteg från harmoniseringen med Norrlandsresan
- att Länstrafikens intäkter kommer att sjunka.

Personer med aktivitetsersättning eller permanent sjukersättning bör inte få köpa länsskort eller andra färdbevis till rabatterat pris.

Kollektivtrafiken inom länet och över länsgräns är samordnad både i trafikutbud och med biljetter och taxor.



JämtlandHärjedalen

Motion
2015-11-23

REGION
JÄMTLAND HÄRJEDALEN

2015 -11- 2 6

Dnr. RS 1918 /2015

Region Jämtland Härjedalen

Återställ Långforsen för regional tillväxt!

Liberalerna i Östersunds kommun har i flera motioner tagit upp att Jämtkraft AB ska avstå från renovering av vattenkraftverket i Långforsen och i stället omedelbart påbörja ett arbete med att återställa forsen till så nära ursprungligt skick som möjligt

Renoveringen som Jämtkraft vill genomföra är i praktiken en utbyggnad då befintligt kraftverk är att betrakta som raserat och inte funktionsdugligt. Renoveringen eller utbyggnaden avses ge 3-3,5 GWh och skulle utgöra 0,32 % av bolagets energiproduktion från vattenkraft eller utgöra två hundratusendelar (0.02 promille) av landets elproduktion. För att få ytterligare perspektiv på kraftverket så skulle dess produktion motsvara en tredjedel av ett modernt vindkraftverks elproduktion. Med dagens elpriser är den tänkta renoveringen/utbyggnaden ur ekonomisk synpunkt knappast lönsam och har även med ett högre elpris en mycket lång payoff-tid. Kraftverk i den här storleken kan inte användas för och har därför inte heller någon som helst betydelse för att reglera variationer i belastningen på landets elnät.

Lången är skyddad i lag mot vattenkraft och Långforsen ligger dessutom i ett Natura2000-område. Effekterna på miljön, fisk och övrig fauna, är negativ av såväl resterna av kraftverk och damm i nuvarande skick som av att genomföra en renovering/utbyggnad även om det sist nämnda sker med anordningar som syftar till att eliminera vandringshinder och andra negativa effekter på miljön. Det sist nämnda kan aldrig göras så att man uppnår samma miljöstatus som i en så gott som återställd fors helt utan damm.

Fisketurism och sportfiske är en viktig del i den besöksnäring som alltmer växer i betydelse och är en av huvudnäringarna i regionen. Lången är ett erkänt gott sportfiskevattnen och har potential att utvecklas ytterligare som sådant om Långforsen återställs till så nära ursprungligt skick som möjligt. De som vill fiska i naturliga strömmar åker inte till älvsträckor i anslutning till kraftverk utan de vill ha en naturupplevelse i så orörd natur som möjligt. En vidareutveckling av Lången och Långforsen ur detta perspektiv är av



JämtlandHärjedalen

Motion

2015-11-23

vida större ekonomiska betydelse för regionen än ett minikraftverk. Det är inte för inte som landsvägen längs älven har benämnts "Fiskevägen". Investeringar som än mer gör att den kan leva upp till detta epitet bör uppmuntras och stödjas av regionen eftersom det är i linje med den regionala utvecklingsplan som regionen har antagit.

Liberalerna förslår att regionfullmäktige beslutar att:

1. Region Jämtland Härjedalen hos Östersunds kommun, som majoritetsägare, och hos Krokoms och Åre kommuner, som minoritetsägare i Jämkraft AB, begära att ett gemensamt ägardirektiv ges till bolaget om att avstå från renovering och utbyggnad av Långforsens kraftverk och i stället omedelbart påbörja ett arbete med att återställa forsen till så nära ursprungligt skick som möjligt.
2. Motionen ska beredas så att den kan behandlas på fullmäktige i februari 2016 och att därmed regionen ska kunna ge underlag till ägarkommunerna inför deras årliga direktiv till Jämkraft AB.

Lennart Ledin, (L)