

Planeringsförutsättningar 2017-2019

VERSION 2016-02-12
DNR:RS/1613/2015
BESLUTAD AV: REGIONSTYRELSEN 2016-02-XX
ÄGARE: REGIONSTYRELSEN

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 50

HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSFÖRVALTNINGEN..... 50

Primärvård.....	51
Område HIM (Hud, infektion, medicin)	52
Område HNR (Hjärta, neurologi, rehabilitering) ...	53
Område Barn	54
Område Kvinna	55
Område Barn och unga vuxna.....	55
Område Psykiatri	56
Område Kirurgi, ögon, öron	57
Område Ortopedi	58
Område Akutsjukvård.....	58
Område Diagnostik, teknik och service.....	59
Område Folk tandvård.....	60

FÖRVALTNINGEN FÖR REGIONAL UTVECKLING..... 62

Område Näringsliv	62
Område Utbildning och kompetensförsörjning	63
Område Kultur	65

EKONOMI..... 66

Finansiella intäkter och kostnader	70
Resultatförbättrande åtgärder	70

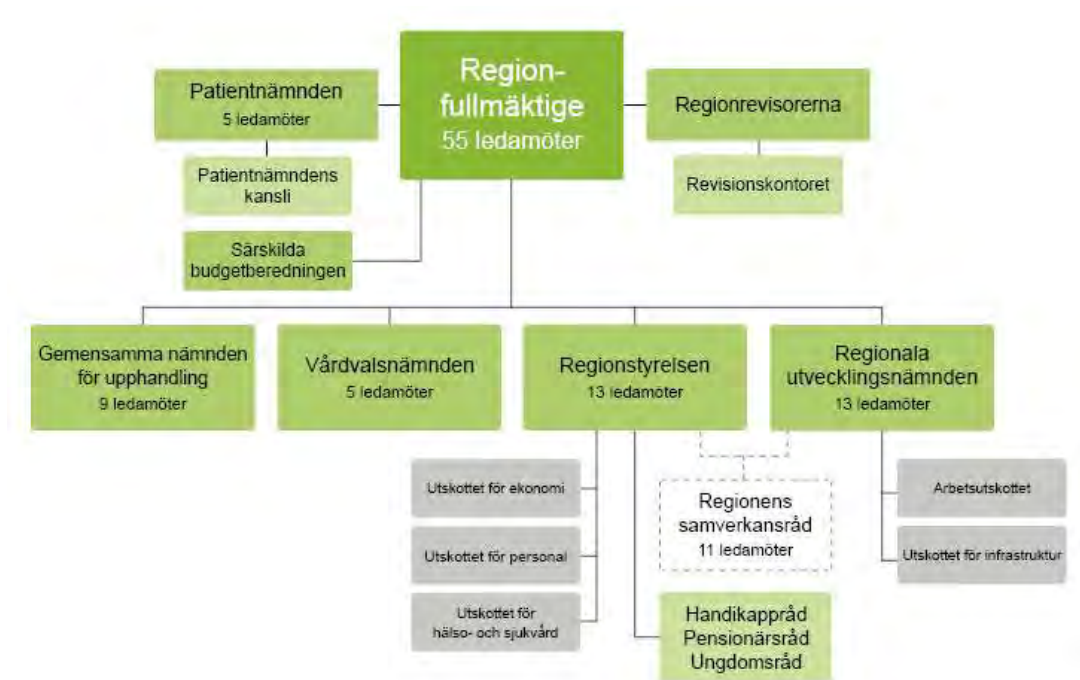
BILAGOR 72

Bilaga 1: Styrdokument	73
Bilaga 2: Bild från RUSen över vision, prioriteringar och mål.....	77
Bilaga 3: Befolkningsutveckling mm fördelat på länet och kommunerna	78
Bilaga 4: Statistik kring förhållanden i länet och länets kommuner.....	79

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.

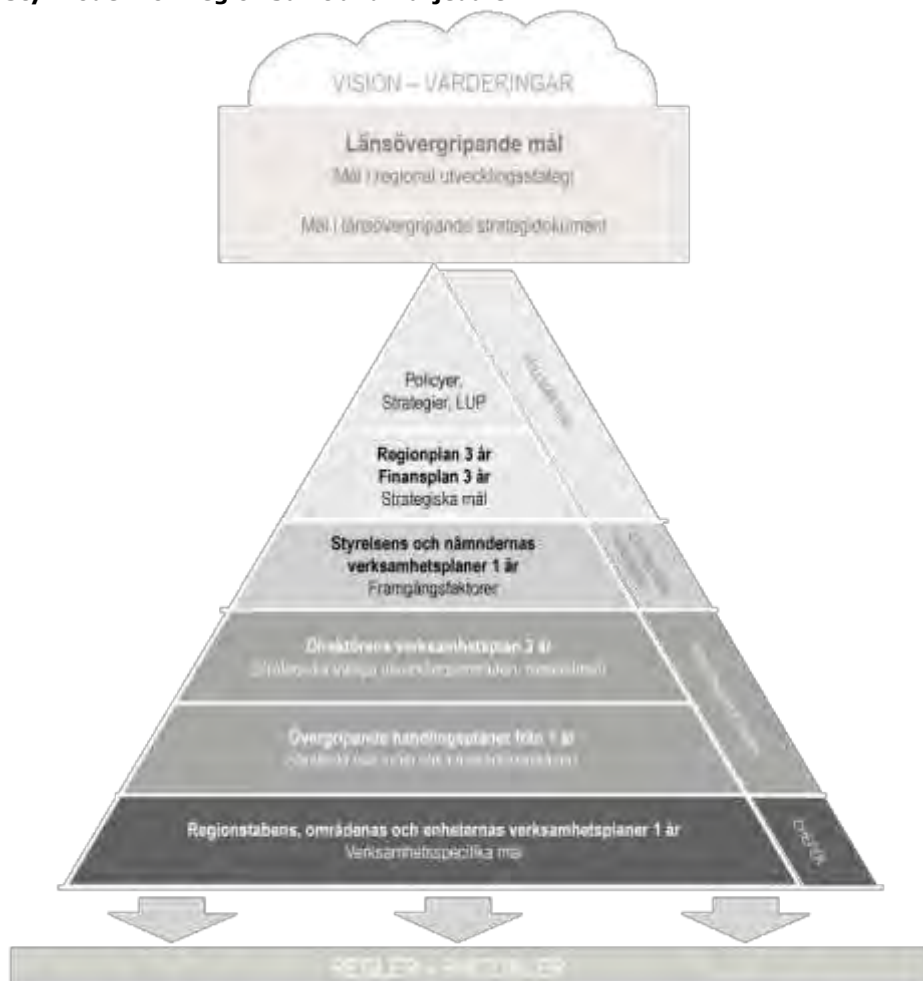
Styrmodell

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:

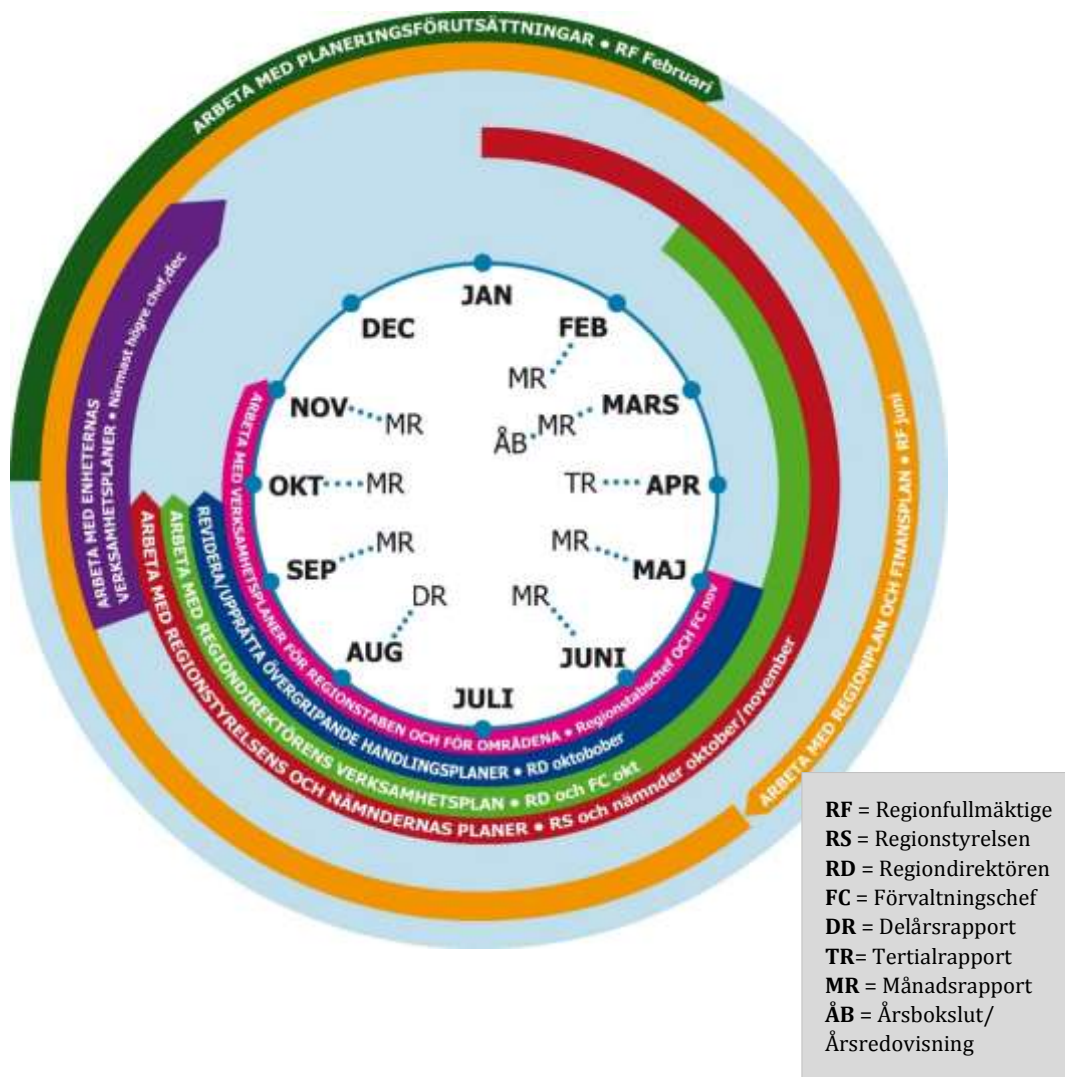
- Planeringsföresattningar
- Övergripande politiska inspel och prioriteringar
- Inspel från hälso- och sjukvårdsförvaltningen och regionala utvecklingsförvaltningen
- Ekonomiska ramar
- Månadsrapporter om resultat och ekonomi och Årsredovisningar
- Uppföljningsplan med sammanträdesplanering för respektive 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 måloppfyllelse 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.

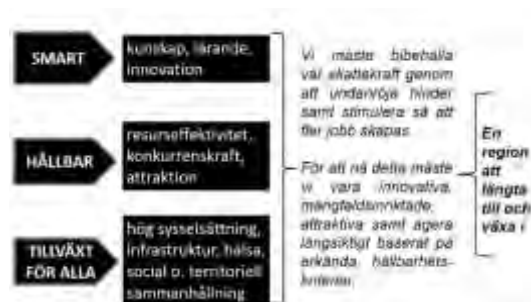
RUSens prioriteringar

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 konkurrenseffektivare 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 regelförenklingar 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 öknningar helt 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.

Samtantaget 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 sjukdomsburden vid olika hälsocentraler och används i ersättningssystemet med syfte att utjämna sjukdomsburden. 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 ensamstående,
- 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	Kälarne	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	↑	Krokrom	0,883	↑
Fjällhälsan	1,007	Offerdal	0,855	Stugun	1,050	↑	Hallen	0,866	↑
		Hallen	0,845	Kälarne	1,008	↑	Åre	0,827	↓
		Krokrom	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 Krokrom 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 Reproaktiv 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 försämras 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

¹ Hälsa på lika villkor 2014

² Folkhälsocentrum är en samordning av regionens folkhälsoinsatser och är placerat, organisatoriskt sett, inom regiondirektörens staber för Hälso- och Sjukvård.

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 konkurrens effektivare 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 kollektivtrafiksöringen. 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

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.

Lindrande 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 distansöverbyggande 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 verkssamma 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. Behovsanalys 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 behovsanalys 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.

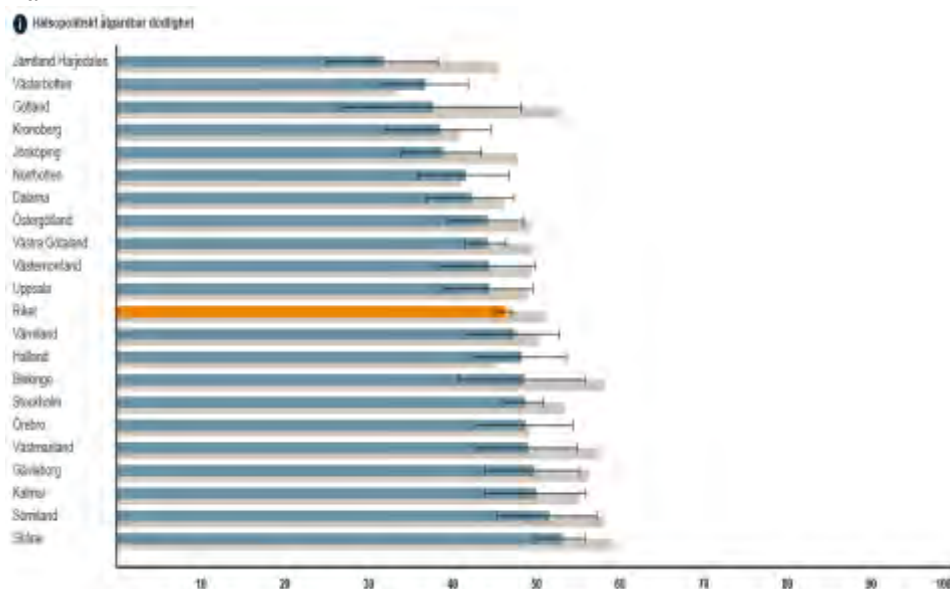
Tabell 7. Andel barn i Jämtlands län födda 2004-2010 (med BMI övervikt/fetma vid 4 års ålder (± 3 mån))

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

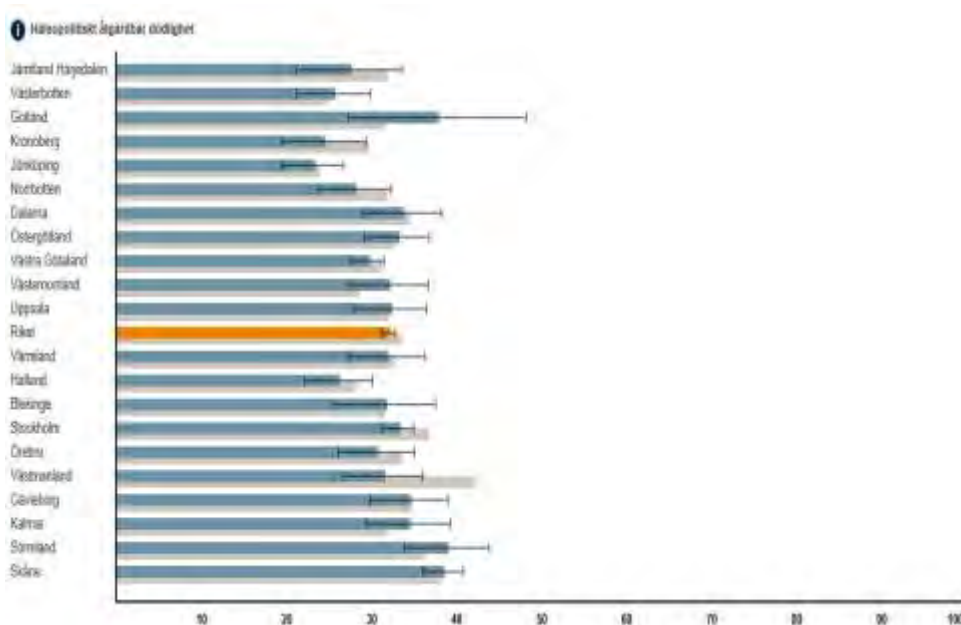
*Klassificering av övervikt och fetma baserad på Cole et al, BMJ 2000;320:1-6

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:



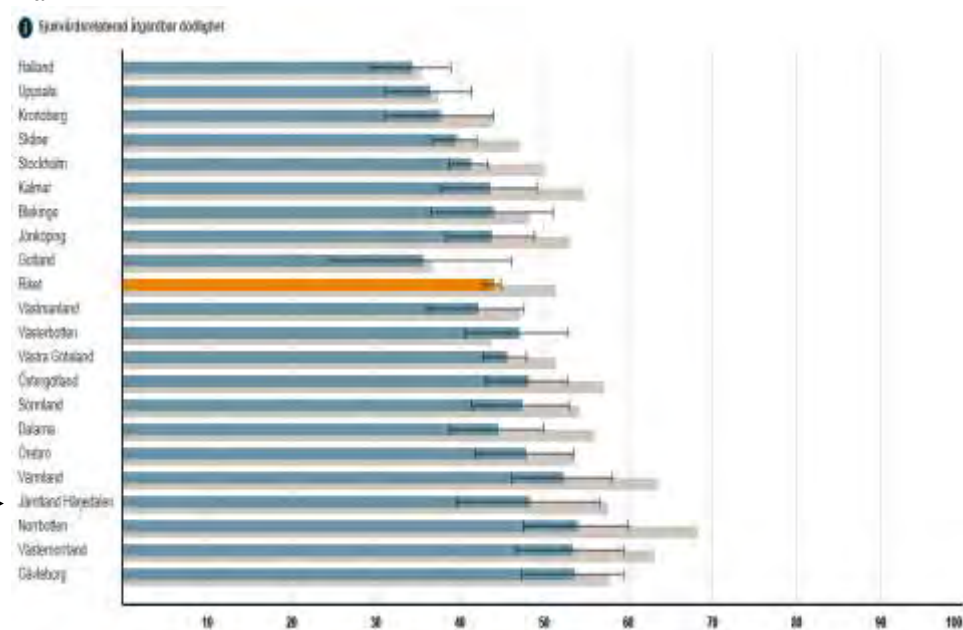
Kvinnor



En annan sammansatt indikator som visar långsiktiga förändringar är sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet. Indikatoren 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.

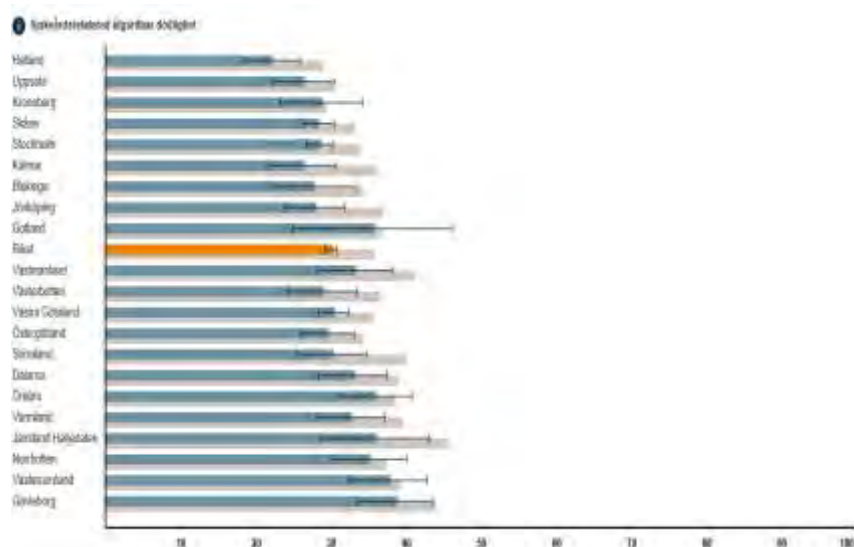
Diagrammet visar resultat för Region Jämtland Härjedalen jämfört riket för män respektive kvinnor. Underlaget från Region Jämtland Härjedalen relativt litet och påverkar stabiliteten i resultatet. Över tid har regionens resultat oftast varit svagare än riket.

Män



Källa: Socialstyrelsen.

Kvinnor



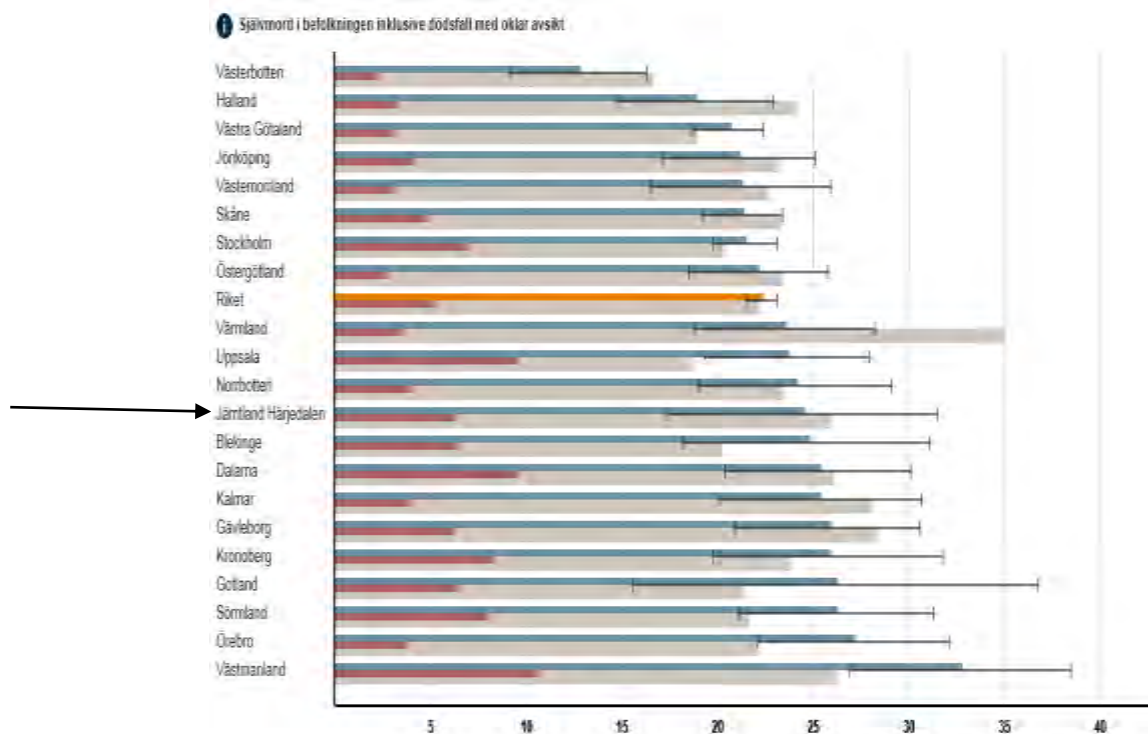
Länet har sedan lång tid tillbaka höga självmordstal. Det finns ingen enkel förklaring till det. Olika orsaker har antagits t.ex. hög arbetslöshet och bristande framtidstro. Dessa och andra strukturella problem finns även i andra län, men de har lägre självmordstal. Således är orsakssambanden sannolikt 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.

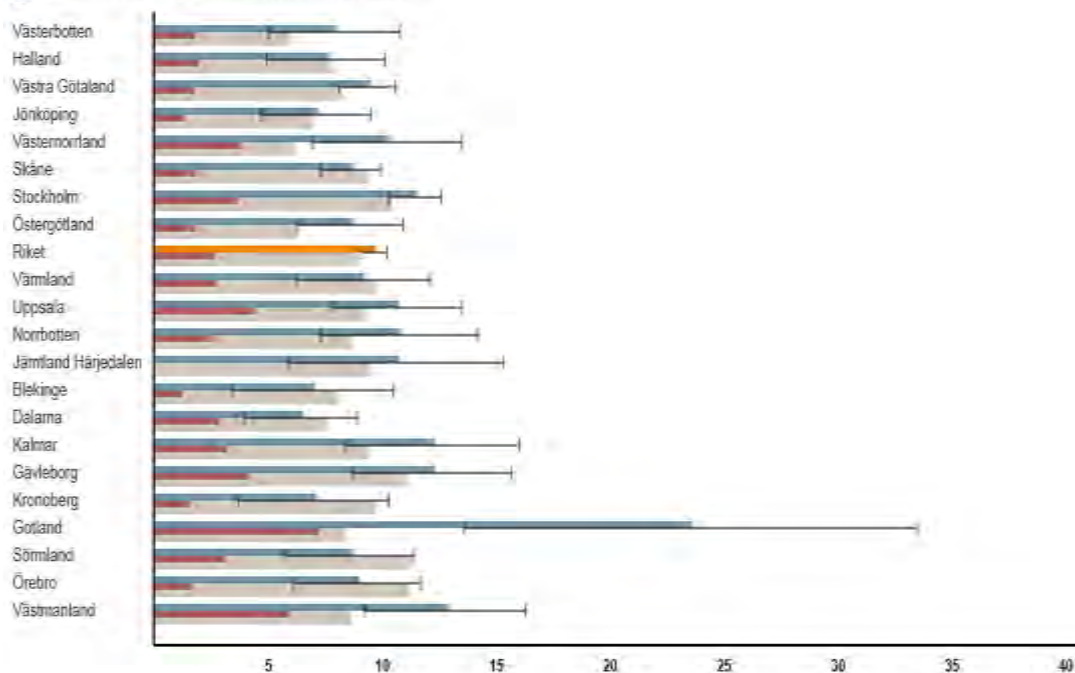
Diagrammen nedan visar antal självmord samt dödsfall med oklart uppsåt per 100 000 invånare för åren 2012- 2014. Grå stapel är jämförelseperiod 2009 – 2011.

Män



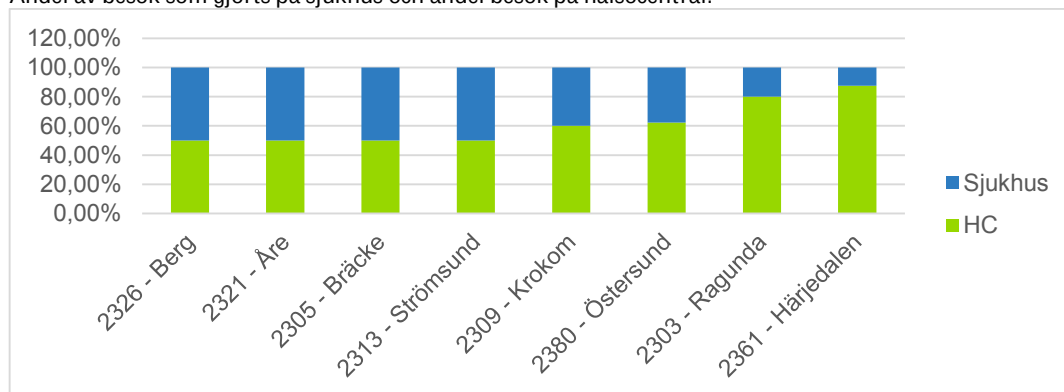
Kvinnor

Själv mord i befolkningen inklusive dödsfall med oklar avsikt



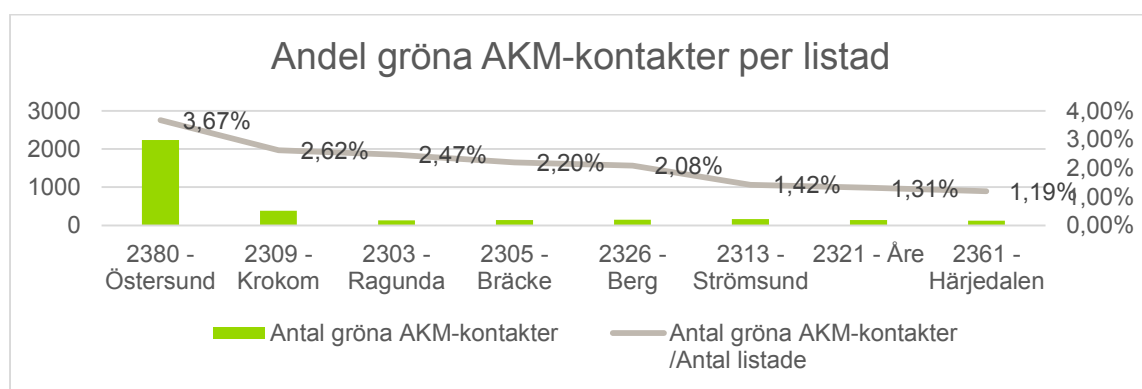
Skapar närhet till sjukhus ett annat besöksmönster än längre geografiskt avstånd?

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 Krokom 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 patientcentrerat 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 systematiserat 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 finn ett regionalt helseforetak. De ansvarar för att befolkningen får specialistvård. Staten äger de regionala hälsoforetaken.

Helse Midt -Norge RHF har ansvar for sykehustjenester 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 bred 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 jordmortjenester.

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 er organisatorisk 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 fra 2008 hadde sykehuset 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 og dermed tilhører 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 fra 2008 har Tynsets sykehus har 47 senger

NULÅGE I KONTAKTER: Vid samtal med St Olav fick Region Jämtland Härjedalen oppmaning att samtala med Tynset sjukhus eftersom Røros sjukhus och Tynsets sjukhus samarbetar för Fjällregionen och gärna ser samarbete 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- och sjukvård i Norge:

Åre- Meråker = 8 mil

Storlien-Meråker = 2 mil

Storlien-Trondheim = 11 mil

Åre-Levanger = 13 mil

Avstånd till hälso- och 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

Psikiatri 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.

NULÄGE I KONTAKTER: Region Jämtland Härjedalen har aktive kontakter med Helse Nord-Trøndelags HF för att gemensamt utforma Interregprosjekt.

HUNT forskningssenter

HUNT forskningscenter 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.

NULÄGE 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 och 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 och Trøndelag Forskning og Utvikling AS (TfoU) har hittills varit inledande relationsskapande och sonderande möten.

Ambitionen för 2016 är

- att skapa gemensamma forsknings- och utvecklingsprojekt med finansiering inom Horizon 2020 och Interreg-programmet
- att skapa direkta kontakter mellan forskare i Region Jämtland Härjedalen och forskare i Norge
- att få ett samarbete kring patientströmmar, dock med beaktande av regionens avtal 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 arbeta 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 äldreomsorg 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 beslutat 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 jourer. 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 19-åringar 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- arbetar e år 2013	Års- arbetar e år 2014	Års- arbetar e 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- arbetar e år 2013	Års- arbetar e år 2014	Års- arbetar e 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.

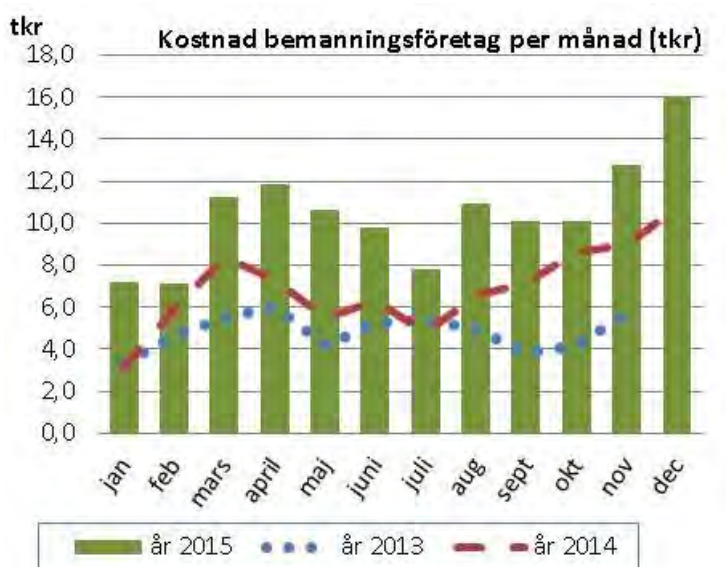
Bemanningsföretag

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.

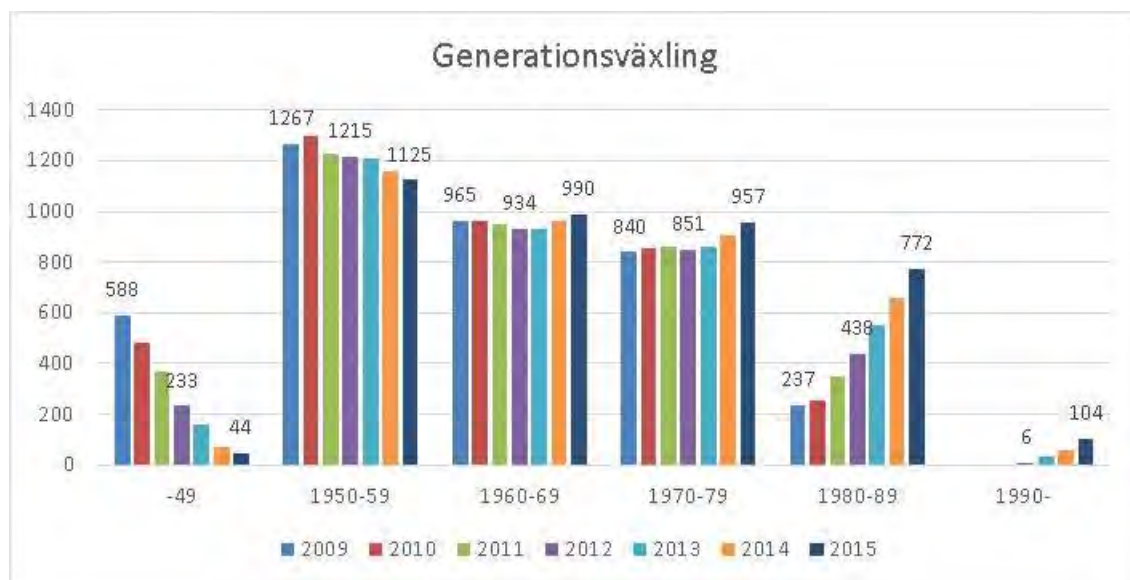
Kommentarer till köp av övrig personal: Vakanser på psykiologsidan inom område psykiatri innebar köp av psykologtjänster för bl. a utredningar och handledning av neuropsykolog.

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 professur. 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 förlagt 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.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Inom förvaltningen finns 13 områden I det här avsnittet ges en bild av områdenas hälso- och sjukvårdsverksamhet, dels nuvarande innehåll och dels dess framtida utmaningar.

Primärvård

Primärvården består av följande hälsocentraler och antal listade per hälsocentral.

	Antal listade	Förändring
Hälsocentral	Jan- 2016	sedan dec 2014
Svenstaviks HC	3 889	-28
Myrvikens HC	3 310	23
Bräcke HC	4 719	-17
Kålarne 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
Zätagrands 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
HÄLSOCENTRALER I ANNAN DRIFTSFORM		
Närvård Frostviken	783	-19
Nya Närvården	5 275	-10
Hälsorum 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 vården med tilldelade medel handlar om att

- Förbättra tillgängligheten genom gemensamt telefonkontakt nummer 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 hälsocentraler, där primärvården blir styrande i vården.
- 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 kunnat 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 Vårdplatser
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 aktivitetsförmågutredningar (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 Vårdplatser
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 medicin-teknisk 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 barn-populationen. Bredden på sjukdomspanoramat 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 Vårdplatser
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
- Bemanna 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 Vård-platser
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 anhörigarbetet.
- 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
Endoscopy
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
Arbetsterapi/ 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 vägabulans- och helikopter verksamhet
- 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 inneliggande 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 arbetstidsmodell 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
- lokavård
- 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 19-åringar 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 frisk tandvårdsavtal 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.
 - Frisk tandvård 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 nytexaminerade 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 – ”hängrännor” – 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 delägarande 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. Vågar 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 långsiktig 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

³ Reglab är mötesplats för regioner, nationella myndigheter, forskare och andra som vill öka sin kompetens kring frågor om regional utveckling. (www.reglab.se)

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.

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).

Länskulturen 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.

Länskulturens 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. Länskulturen 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 driftsrationaliseringar 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

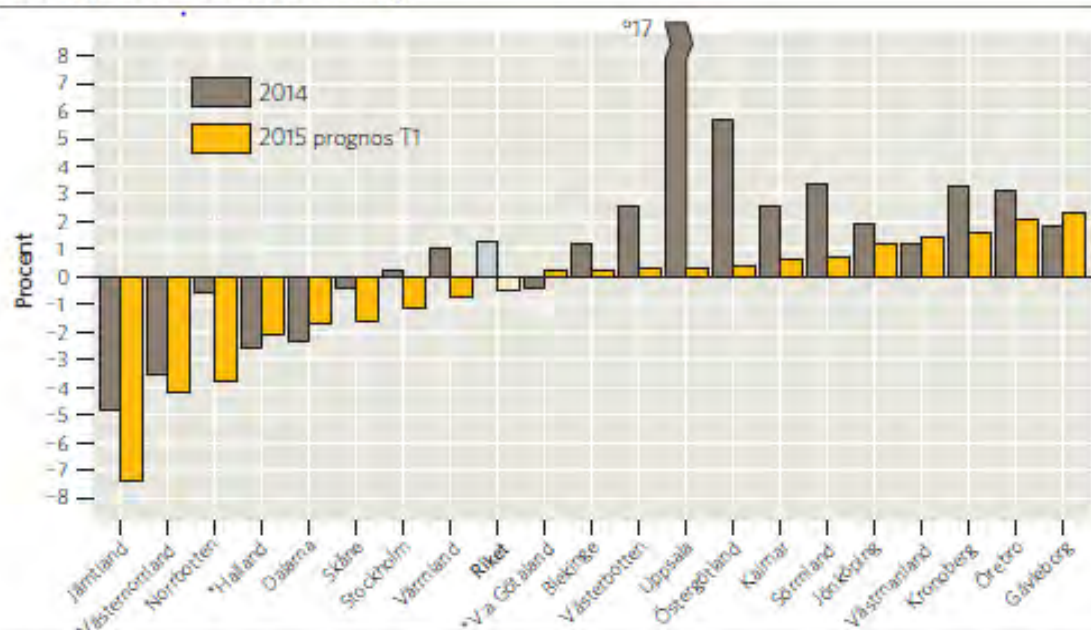
Nettokostnadsutvecklingen för Region Jämtland Härjedalen, justerad för jämförelsestörande poster, var 2014 ca 4,7 % och är 5,2 % till och med november 2015. Läkemedelskostnaderna har under samma period 2015 ökat med ca 7 %.

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).

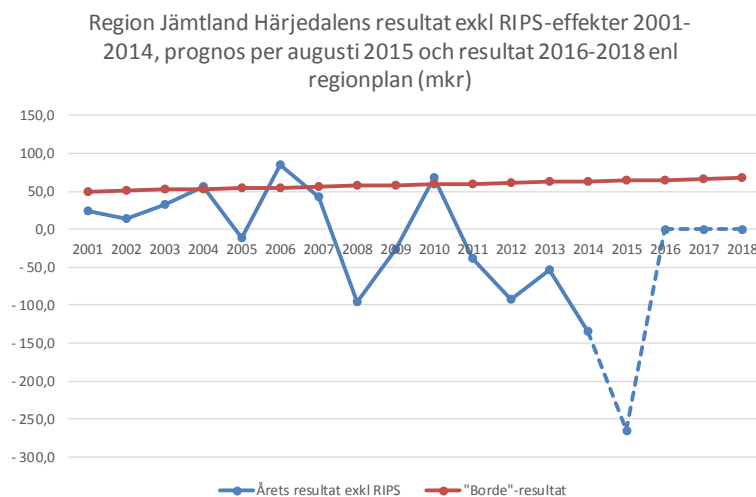
Som tumregel för att uppnå god ekonomisk hushållning brukar man använda resultatmålet 2 procent av verksamhetens nettokostnader.

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 uppräknad 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
Jämförbar 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	
Jämlig 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 basbeloppsuppräknings. 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 potter (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
- läkemedelshantering
- 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 – distansoberoende 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 pågåår</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)

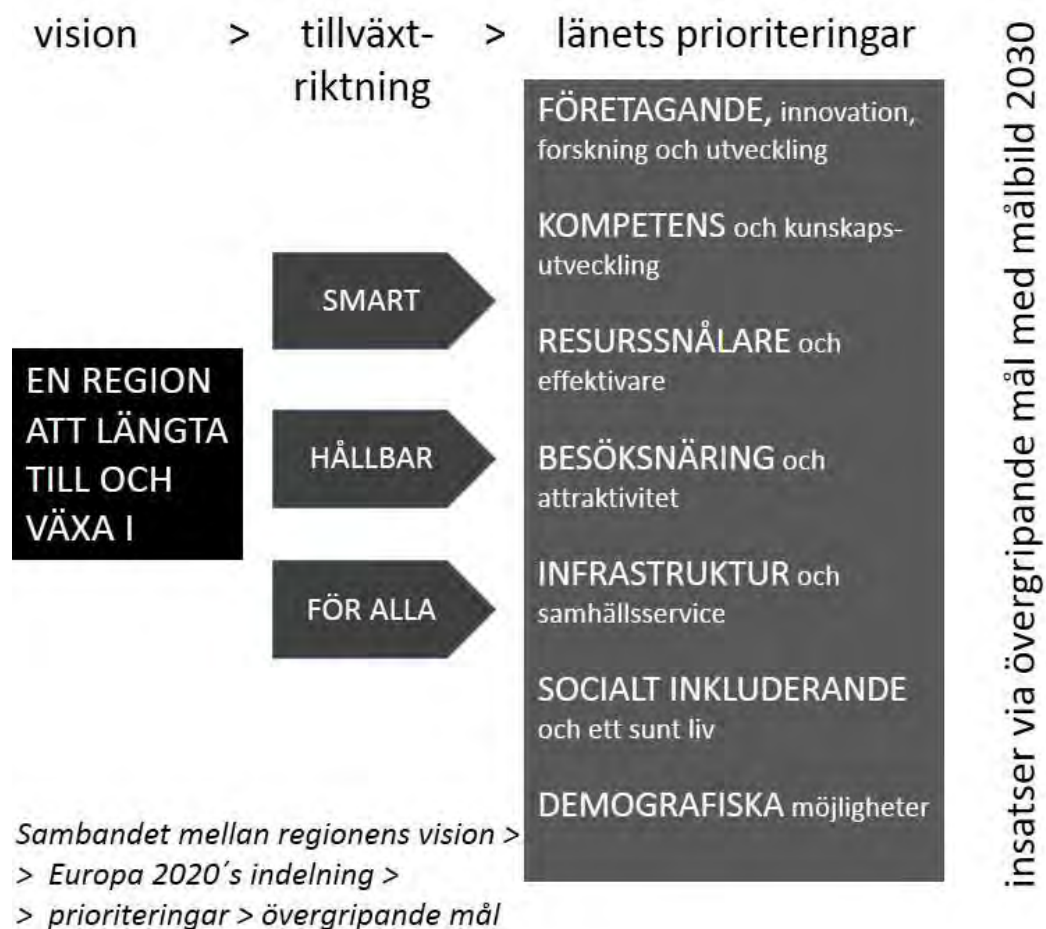
LUP	Dnr	Fastställd
Långsiktig utvecklingsplan för god ekonomisk hushållning 2015-2025	LS/1810/2013 RS/337/2015	2014-10-15 <i>Reviderad version fastställs 2015-06-16--17</i>
Långsiktig utvecklingsplan för miljö	LS/1792/2012	2013-11-27
Långsiktig utvecklingsplan för minskade sjukskrivningar	RS/67/2015	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
Planeringsförutsättningar 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 länsinneväranare
- 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				Födelse- överskott	Inflyttade				Utflyttade				Flyttningsnetto			
		Levande födda	Döda	Födelse- överskott	Totalt		Därav från			Totalt	Därav till			Totalt	Därav mot			
							Egna länet	Övriga Sverige	Ut- landet		Egna länet	Övriga Sverige	Ut- landet		Egna länet	Övriga Sverige	Ut- landet	
Riket	9 828 655	35 483	30 351	20 886	9 469	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	-193	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 födlsor 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 inflyttningsstatistiken 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																			
Kom n/Län/Riket	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	
	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	
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																			
Arbetslöshet uttryckt i andel av befolkningen			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
			▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼
Kom n/Län/Riket	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼
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	

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			