

SAMMANTRÄDESHANDLINGAR

VÅRDVALSNÄMNDEN

2015-10-14

Maria Risemark
Kommunikationsstrateg
Tfn: 063-16 83 02
E-post: maria.risemark@regionjh.se

2015-08-31

RS/1384/2015

Varumärkespolicy för Region Jämtland Härjedalen

INLEDNING

Ett varumärke är den uppfattning som omvärlden har om en organisation, ett företag, en plats eller en person. Det är viktigt att skapa en tydlig och attraktiv bild av varumärket Region Jämtland Härjedalen för att få fler människor att flytta hit och börja arbeta här, samt för att få fler företagsetableringar och att öka antalet turister.

Varumärkespolicyn ska bidra till att skapa framtidstro, optimism och framåtrörelse. En gemensam policy för både Region Jämtland Härjedalen som organisation och platsen Jämtland Härjedalen ger goda förutsättningar att skapa ett starkt varumärke.

VÄRDERING

För att arbeta med att uppfylla Region Jämtland Härjedalens vision ska organisationens strategier, planer och utvecklingsarbeten utgå från varumärkespolicyn.

Ett varumärkes kärnvärden och positionering är medel för att nå visionen. Kärnvärdena är drivande för all verksamhetsutveckling. Positionering är central för kommunikationen och den kommunikativa motorn för att nå visionen.

Vision

En region att längta till och växa i

Visionen är den övergripande och långsiktiga målbilden för organisationen och Jämtland Härjedalen som plats. Fokus är attraktivitet och tillväxt - två viktiga utmaningar, nu och i framtiden.

Verksamhetsidé

Vi ska arbeta för utveckling och tillväxt i Jämtland Härjedalen, och erbjuda alla boende och besökare en hälso- och sjukvård av hög kvalitet.

Verksamhetsidén är en sammanfattning av organisationens uppdrag och ska besvara vem vi är till för och vad vi ska göra.

Kärnvärden

Kärnvärde 1 - Välkomnande

- Visar på öppenhet och lyhördhet
- Ett inkluderande kärnvärde som uppmuntrar till relationsskapande

Kärnvärde 2 – Handlingskraftig

- Ett aktivt och utvecklande kärnvärde
- Ett drivande kärnvärde som uppmuntrar till samverkan och medskapande

Kärnvärde 3 – Pålitlig

- Signalerar trygghet och ansvarstagande
- Stark koppling till kunskap och erfarenhet
- Markerar vikten av kontinuitet, stabilitet och hållbarhet

Kärnvärdena är ledstjärnor för alla medarbetare och för alla aktörer som på olika sätt marknadsför platsen Jämtland Härjedalen. Kärnvärdena är det som vi vill att omvärlden ska förknippa oss med och ska därför genomsyra allt vi säger och gör.

Positionering

En region i rörelse — A region on the move

Positionering handlar om att försöka ta en unik plats i våra målgruppers medvetanden, där vi särskiljer oss från konkurrerande organisationer och platser.

Vi ska arbeta för att omvärlden ska uppfatta oss som en region i rörelse, på väg framåt, mot det moderna och nytänkande.

REGION
**JÄMTLAND
HÄRJEDALEN**



**Långsiktig utvecklingsplan för minskade
sjukskrivningar**

Version: 2

Ansvarig: Regionstyrelsen

Handläggare
Karin Jonsson

Datum
2015-08-25

Dnr:RS/67/2015

ÄNDRINGSFÖRTECKNING

Version	Datum	Ändring	Beslutat av	Datum
1.	2015-06-15	Nyutgåva till Regiondirektörens ledningsgrupp för synpunkt		
2.	2015-06-24	Dokument överlämnat till Samordningskansliet		
3.	2015-08-25	Remissversion antagen	Regionstyrelse n	2015-08-25, § 184

Handläggare
Karin Jonsson

Datum
2015-08-25

Dnr:RS/67/2015

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	INLEDNING	5
2	INRIKTNING OCH MÅL.....	8
2.1	Inom 12 år ska Region Jämtland Härjedalen ha:	8
2.2	Inom 8 år ska Region Jämtland Härjedalen ha:	8
2.3	Inom 4 år ska Region Jämtland Härjedalen ha:	8
3	AKTIVITETER OCH GENOMFÖRANDE.....	10
3.1	Mål: Samma sjuktal som övriga landet.....	10
3.2	Mål: Brett politiskt samförstånd	11
3.3	Mål: En väl fungerande och jämställd sjukskrivningsprocess.....	11
3.4	Mål: Samordnad tidig rehabilitering	12
3.5	Mål: Hög kompetens inom försäkringsmedicin	12
3.6	Mål: Förbättra för personer med psykisk ohälsa med lindriga och medelsvåra besvär.	13
3.7	Mål: Förbättra för personer med muskuloskeletala besvär	14
3.8	Mål: Minska sjukfrånvaron hos Region Jämtland Härjedalens medarbetare.....	14
4	BAKGRUND OCH PLANERINGSFÖRUTSÄTTNINGAR.....	16
4.1	Demografi och några socioekonomiska faktorer	16
4.1.1	Befolkningsutveckling	16
4.1.2	Arbetsmarknad och inkomst	17
4.1.3	Försörjningsmått	21
4.1.4	Utbildningsnivå.....	21
4.1.5	Folkhälsa	22
4.2	Sjukpenningtal	23
4.2.1	Sjukskrivningar i olika yrken	25
4.3	Psykisk ohälsa	25
4.3.1	Stress vanligaste orsaken till sjukskrivning	27
4.3.2	Omfattande dubbelarbete ökar risken för sjukfrånvaro – även för pappor	27
4.3.3	Uttag av föräldrapeng	29
4.4	Jämställdhet.....	29
4.4.1	En jämställd sjukskrivningsprocess	30
4.4.2	Våld i nära relationer	31
4.4.3	Genushanden	32
4.5	Försäkringsmedicin	33

Handläggare
Karin Jonsson

Datum
2015-08-25

Dnr:RS/67/2015

4.6	Samordnad tidig rehabilitering.....	34
4.7	Projekt, utredningar och statliga överenskommelser som påverkar arbetet	34
4.7.1	ESF-projekt Hälsofrämjande ledarskap.....	34
4.7.2	ESF-projekt Process för sänkta sjuktal	35
4.7.3	Rehabiliteringsgarantin	35
4.7.4	Sjukskrivningsmiljarden	36
4.7.5	Parlamentarisk utredning på remiss - En långsiktigt hållbar sjukförsäkring	37
4.7.6	Departementsskrivelse på remiss - Avskaffande av bortre tidsgränsen i sjukförsäkringen ...	38
4.8	Regler för sjuklön	38
4.8.1	Sjuk- och aktivitetsersättning	38
4.9	Arbetsgivarens roll och ansvar	39
4.9.1	Rehabiliteringskedjan.....	39
5	UTVÄRDERING OCH REVIDERING AV PLANEN.....	41

Handläggare
Karin Jonsson

Datum
2015-08-25

Dnr:RS/67/2015

1 INLEDNING

Jämtlands län skiljer sig från övriga riket när det gäller sjukskrivningar. Detsamma gäller Region Jämtland Härjedalen som arbetsgivare.

Invånarna i Jämtlands län har högst andel sjukpenningdagar i landet. I april 2015 hade Jämtlands län 13,0 sjukpenningdagar¹ vilket är 33 procent över riksgenomsnittet 9,8 dagar. För männen var sjukpenningtalet 8,9 dagar jämfört med riket 6,9 dagar. För kvinnorna var sjukpenningtalet 17,3 dagar jämfört med riket 12,8 dagar.

Region Jämtland Härjedalens medarbetare har högst sjukfrånvaro bland landets landsting och regioner. År 2014 hade Region Jämtland Härjedalen en sjukfrånvaro på 6,8 %, vilket är 21 procent över riksgenomsnittet 5,6 %. Även länets kommuner har sammantaget högst sjukfrånvaron bland sina medarbetare, om man jämför med övriga län. Inom länet är det dock stor skillnad mellan kommunerna.

Det är inte klarlagt i vilken grad avvikelsen i sjukpenningtal speglar det faktiska hälsoläget i befolkningen. Sannolikt är det fler faktorer än befolkningens hälsa som spelar in i de höga sjukpenningtalen. Kultur, läkarnas rutiner vid sjukskrivning, Försäkringskassans handläggning och arbetsmarknadsläget är några faktorer som brukar lyftas fram som förklaringsgrunder.

Utöver den rent mänskliga aspekten på sjukskrivningar medför länets höga sjukpenningtal stora ekonomiska påfrestningar för såväl individer, arbetsgivare som stat. Invånarna i Jämtlands län har, tillsammans med Gotland och Värmland, landets lägsta medelinkomst. Sänkt disponibel inkomst på grund av sjukfrånvaro är sannolikt kännbart för många.

I jämförelse med andra länder i Europa ligger den svenska sjukfrånvaron bland anställda på en genomsnittlig nivå, men så har det inte alltid varit. För tio år sedan hade Sveriges en sjukfrånvaro som var dubbelt så hög och då stack Sverige ut i jämförelse med de övriga länderna. Försäkringskassan förklarar i sina analyser att sänkningen i stor utsträckning beror på regeländringar, såsom inrättande av rehabiliteringskedjan och införande av maxtid i sjukförsäkringen. Även regeringens tydliga målsättning i början av 2000-talet om halverad sjukfrånvaro anses ha haft betydelse då det påverkade myndigheters handläggning.

Från år 2010 har sjukfrånvaron börjat öka igen i Sverige och det är främst den psykiska ohälsan som ökar. I augusti 2014 fattade politikerna i Jämtlands läns landsting ett beslut att utarbeta en långsiktig utvecklingsplan för att minska sjukskrivningarna och öka frisktalet för invånarna i Jämtlands län och Region Jämtland Härjedalens medarbetare. Planen ska fastställas hösten 2015.

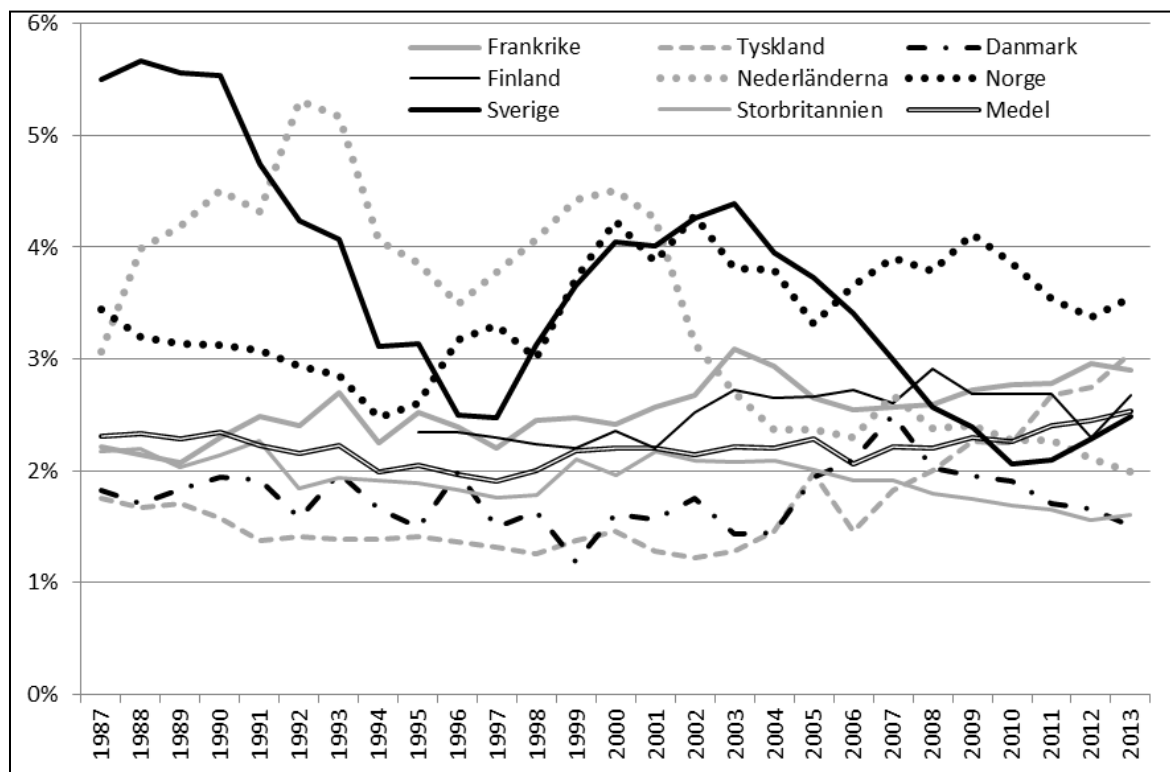
¹ Sjukpenningtalet är antalet nettodagar från sjuk- och rehabiliteringspenning dividerat med antalet inskrivna försäkrade minus antal personer med hel sjuk- eller aktivitetsersättning. Sjukpenningtalet anger antalet dagar per person om alla sjukpenningdagar under ett år slås ut på alla försäkrade individer.

Handläggare
Karin Jonsson

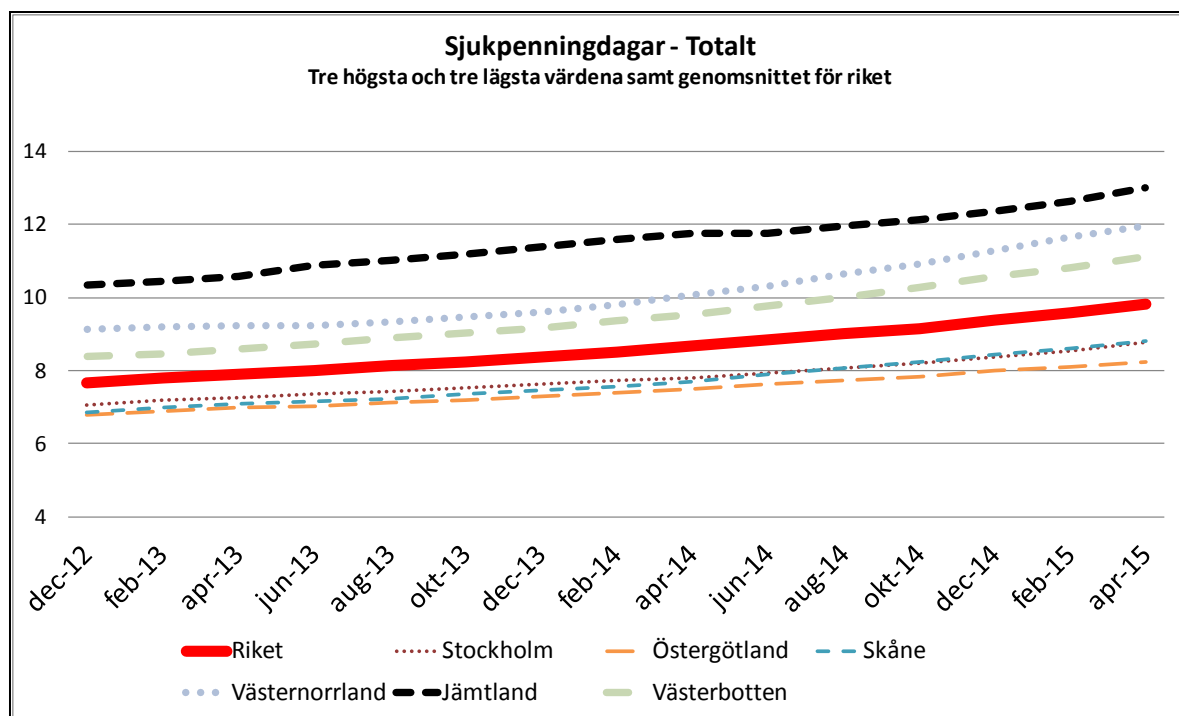
Datum
2015-08-25

Dnr:RS/67/2015

Sjukfrånvaron bland arbetande i åtta europeiska länder år 1987–2013 (procent av de arbetande)



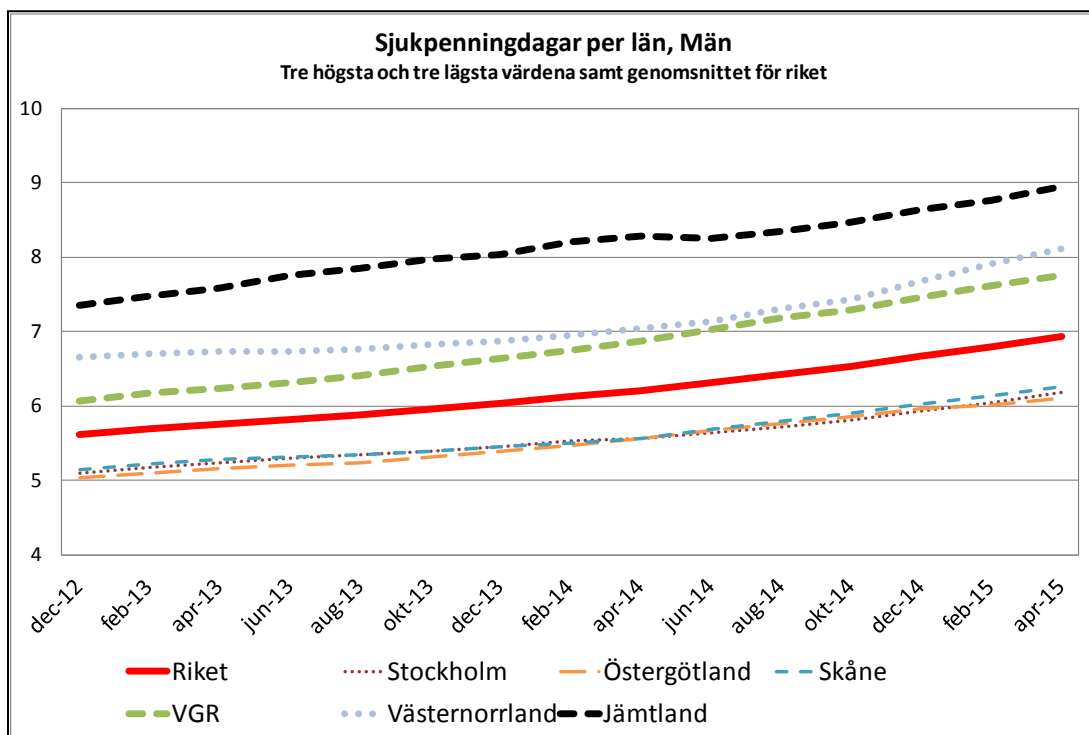
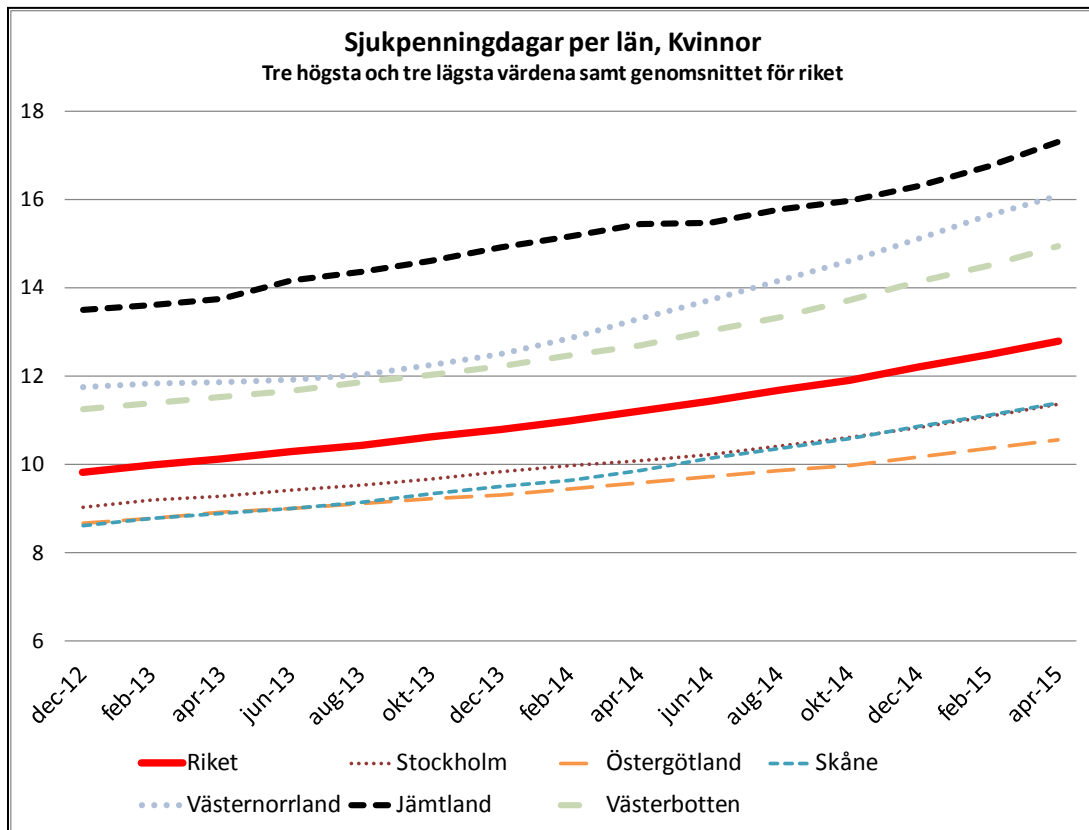
Sjukpenningdagar i Sverige, december 2012-april 2015



Handläggare
Karin Jonsson

Datum
2015-08-25

Dnr:RS/67/2015



Handläggare
Karin Jonsson

Datum
2015-08-25

Dnr:RS/67/2015

2 INRIKTNING OCH MÅL

Inriktningen för den långsiktliga utvecklingsplanen är att minska antalet onödiga – och onödigt långa – sjukskrivningstillfällen för invånarna i Jämtlands län och medarbetarna inom Region Jämtland Härjedalen. I arbetet ingår att kartlägga, analysera och föreslå åtgärder som leder i önskad riktning..

Hälso- och sjukvården ska i ökad grad bidra till att sjukskrivningsprocessen leder till återgång i arbete eller förhindrar sjukskrivning.

2.1 Inom 12 år ska Region Jämtland Härjedalen ha:

- Sjukpenningtal i länet som långsiktigt stabilt ligger i nivå med genomsnittet i riket.
- Sjukfrånvaro för medarbetarna som långsiktigt stabilt ligger i nivå med genomsnittet i riket.
- Bred politisk samverkan runt preciserade mål och utveckling.

2.2 Inom 8 år ska Region Jämtland Härjedalen ha:

- En väl fungerande och jämställd sjukskrivningsprocess i länet.
- Minskat differensen till genomsnittet för sjukpenningdagar i riket med två dagar jämfört med år 2014.
- Minskat differensen mellan sjukfrånvaron för Region Jämtland Härjedalens medarbetare och landstingens genomsnittliga sjukfrånvaro med 1,2 %-enheter jämfört med år 2014.

2.3 Inom 4 år ska Region Jämtland Härjedalen ha:

- Stabila och väl fungerande rutiner och arbetssätt för samordnad tidig rehabilitering i länet.
- Hög kompetens inom försäkringsmedicin² bland medarbetarna.
- Förbättrat för personer med psykisk ohälsa med lindriga och medelsvåra besvär.
- Förbättrat för personer med muskuloskeletala besvär
- Minskat differensen till riksgenomsnittet för sjukpenningdagar med en dag jämfört med år 2014.
- Minskat differensen mellan sjukfrånvaron för Region Jämtland Härjedalens medarbetare och landstingens genomsnittliga sjukfrånvaro med 1,0 %-enheter jämfört med år 2014.

² Det försäkringsmedicinska kunskapsområdet handlar bland annat om hur patientens resurser på bästa sätt kan tillvaratas trots sjukdom, hur patienter med självupplevd ohälsa utan påvisbar medicinsk orsak bäst kan bemötas och vem i vårdkedjan eller i patientens omgivning som är bäst lämpad när det gäller att vara ett stöd i rehabiliteringen.

Handläggare
Karin Jonsson

Datum
2015-08-25

Dnr:RS/67/2015

Arbetet med att sänka sjuktalet ska bland annat ta utgångspunkt i:

- Kartläggning av statistik utifrån bl.a. kön, ålder, socioekonomiska faktorer och arbetsgivare.
- Kartläggning av pågående aktiviteter i riket, länet och av hur aktörerna samverkar.
- Kartläggning av sjukintyg med avseende på kvalitet och sjukskrivningslängder.
- Kartläggning av Försäkringskassans ledtider

Planen ska integreras med Region Jämtland Härjedalens projektansökningar till Europeiska socialfonden våren 2015, i samverkan med länets kommuner, Försäkringskassa, Arbetsförmedling och Mittuniversitetet.

Utifrån den långsiktiga utvecklingsplanen ska en detaljerad handlingsplan utarbetas som tydliggör vad som ska göras, när och av vem. Handlingsplanen följs upp av styrgrupp, under ledning av Regiondirektören.

I uppföljningen ska ingå att säkerställa att planens intentioner och mål uppnås samt att korrigerande åtgärder vidtas om önskat resultat uteblir.

Då arbetet har ett starkt jämställdhetsfokus kommer uppföljning och resultat att presenteras konsupplad där det är möjligt. I det långsiktiga arbetet ska koppling mellan sjukskrivning och våldutsatthet samt jämställdhetsperspektivet belysas klarare och kopplingen till Försäkringsmedicin säkras och stärkas.

Avrapportering till politiken sker inom ramen för vad som beslutats i ledningssystemet.

Handläggare
Karin Jonsson

Datum
2015-08-25

Dnr:RS/67/2015

3 AKTIVITETER OCH GENOMFÖRANDE

För att åstadkomma en varaktig förändring i sjukskrivningstalen måste handgripliga aktiviteter genomföras. Några aktiviteter är nya medan andra redan påbörjats men behöver få ökat fokus i verksamheten.

Aktiviteter kopplas till de övergripande mål som beskrivs i kapitel 2.

3.1 Mål: Samma sjuktal som övriga landet

Jämtlands län har sjuktal som vida överstiger landet i övrigt. Kvinnors sjukfrånvaro är särskilt hög men även männen ligger klart över genomsnittet för riket. I vilken mån sjuktalet speglar det faktiska hälsoläget i befolkningen är inte klarlagt. Sannolikt spelar fler faktorer än befolkningens hälsa roll för de höga sjukpenningtalen såsom exempelvis kultur, läkarnas rutiner vid sjukskrivning, läget på arbetsmarknaden och Försäkringskassans handläggning. Socioekonomiskt har invånarna i Jämtlands län en sämre situation än landet i övrigt när det gäller medelinkomst, utbildningsnivå och nära tillgång till samhällsservice. Arbetsmarknaden i länet är i hög grad könsuppdelad och kvinnor har i länets samtliga kommuner en lägre inkomst än männen. I vilken omfattning dessa faktorer påverkar länets höga sjukpenningtal är inte utrett.

Aktivitet	Notering
Utveckla statistik som enkelt och regelbundet visar; - Sjukskrivningslängd i förhållande till nationella riktlinjer och riket i övrigt. - Andel förlängning av sjukskrivningar utan läkarundersökning/läkarkontakt. - Rehabiliteringsinsatser för män respektive kvinnor. - Sjuktalets förändring över tid. - Sjukskrivnas sysselsättningsgrad.	Könsuppdelad statistik bör i möjligaste mån finnas i Divern, tillsammans med övrig verksamhetsstatistik.
Kartlägg aktörer i länet som arbetar för sänkta sjuktal och ökad återgång i arbete.	Samlad bild saknas över resurser – såväl personella som ekonomiska.
Utarbeta förslag till utvecklad samverkansmodell inom länet för ökad genomförandekraft.	Flytta fokus från organisation och planer till verksamhet och resultat.
Utarbeta förslag till modell för ökad rörlighet i hela regionen.	Idag nyttjas möjligheten till tjänstledighet under sjukdom, dag 90-180, för att prova annat jobb hos annan arbetsgivare i ytterst begränsad omfattning.

Handläggare
Karin Jonsson

Datum
2015-08-25

Dnr:RS/67/2015

3.2 Mål: Brett politiskt samförstånd

Försäkringskassan prognostiserar kraftigt ökade kostnader som följd av den ökande sjukskrivningen. För att kunna möta detta skulle andra organisationer, exempelvis Hälso- och sjukvården, kunna vidta ytterligare åtgärder om finansiering kunde ordnas eller resurser omfördelas. Kreativa lösningar skulle ur ett samhällsperspektiv kunna bidra till sänkta sjuktal och sänkta sjuklönekostnader.

De medel som finns inom Region Jämtland Härjedalen för förebyggande folkhälsoarbete och hälso- och sjukvård bör värderas och prioriteras även utifrån utgångspunkten återgång i arbete och förhindrande av sjukskrivning.

Aktivitet	Notering
Utveckla modell för att samhällsekonomiskt beskriva nyttan av investeringar för sänkta sjuktal samt omfördelning av resurser.	Ibland hindras goda idéer av kortsiktigt organisatoriskt tänkande och ekonomistyrning. Satsningar inom en verksamhet kan ge ekonomisk nytta i annan verksamhet om medel omfördelas.

3.3 Mål: En väl fungerande och jämställd sjukskrivningsprocess

Sjukskrivningsepisoderna i Jämtland är generellt något fler och något längre än genomsnittet i landet. För att uppnå det nationella sysselsättningsmålet 80 % måste sjuktagen i Jämtland sänkas och fler komma i arbete. Nya rutiner och förändrat arbetssätt bedöms kunna bidra till detta.

Med dubbelt så höga sjuktal för kvinnor som för män är arbetet för en jämställd sjukskrivningsprocess viktigt. Jämställdhetsaspekten kommer att vara central vid genomförandet av planen.

Aktivitet	Notering
Genomför ESF-projektet Process för sänkta sjuktal. När processbeskrivningen är klar ska ett web-baserat utbildningsmaterial utarbetas för att kunna användas på arbetsplatserna.	Processbeskrivning och rutiner för uppföljning ska minska risken att invånarna i Jämtlands län av administrativa, kulturella och organisatoriska skäl är sjukskrivna oftare och längre än vad som är motiverat av medicinska skäl.
Ange mål för utbildning och användande av genushanden hos de enheter som arbetar i multimodala team. Målen ska följas upp och analyseras i relation till lokal sjukskrivningsstatistik	Inventering år 2014 visar på ett begränsat nyttjande av genushanden i verksamheten
Ange mål för implementering av rutindokumentet "Att ställa frågan om våld och hantera svaret". Patienter inom sjukskrivningsprocessen ska bli tillfrågade om våldsutsatthet och erbjudas stöd när det är påkallat.	Uppföljning 2014 visar att frågan ställs i begränsad omfattning. Regionövergripande handlingsplan mot våld i nära relation är övergripande styrdokument.

Handläggare
Karin Jonsson

Datum
2015-08-25

Dnr:RS/67/2015

3.4 Mål: Samordnad tidig rehabilitering

Samordnad tidig rehabilitering handlar om att i ett tidigt skede samverka kring individen i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och att utveckla en funktion för koordinering.

Samverkan är avgörande för att få en helhetsbild av patientens behov av stöd och för att uppnå en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess. Hälso- och sjukvården får ofta tidigt, redan innan en sjukskrivning blir aktuell, kännedom om patientens behov och har därigenom goda möjligheter att tidigt samverka kring individen med andra aktörer, exempelvis Försäkringskassa, arbetsgivare, Arbetsförmedling och socialtjänst/kommun. Rehabkoordinatorer finns sedan några år som en viktig resurs i verksamheten för att bland annat fånga upp och stötta särskilt svåra individärenden.

Aktivitet	Notering
Tydliggör formerna för samarbete med övriga aktörer i länet.	Främst Försäkringskassa, arbetsförmedling, socialtjänst och arbetsgivare.
Tydliggör och stärk rehabkoordinatorernas roll på alla hälsocentraler och inom psykiatri.	Rollen har tydliggjorts under 2014 men kan ytterligare utvecklas.
Utred former för och synliggör nyttan med att sjukskrivande läkare regelbundet analyserar sina sjukskrivningslistor.	Sjukskrivningslistan visar hur många patienter respektive läkare har sjukskrivit mer än 28 dagar. 2014 användes sjukskrivningslistor vid knappt hälften av enheterna inom psykiatri, ortopedin och länets hälsocentraler.
Utveckla rutiner som säkerställer att multimodala teammöten genomförs varje vecka vid berörda enheter.	År 2014 genomförde knappt hälften av enheterna möten var 14:e dag.

3.5 Mål: Hög kompetens inom försäkringsmedicin

Det försäkringsmedicinska kunskapsområdet handlar bland annat om hur patientens resurser på bästa sätt kan tillvaratas trots sjukdom, hur patienter med självupplevd ohälsa utan påvisbar medicinsk orsak bäst kan bemötas och vem i vårdkedjan eller i patientens omgivning som är bäst lämpad när det gäller att vara ett stöd i rehabiliteringen. Kunskapen om försäkringsmedicin behöver fördjupas bland läkare och andra berörda yrkesgrupper.

Aktivitet	Notering
Genomför löpande och strukturerat fortbildning och handledning i försäkringsmedicin för läkare och andra berörda yrkesgrupper	Plan ska utarbetas och utbildningsinsats påbörjas. Fokus på undvikande av medikalisering av normala livshändelser

Handläggare
Karin Jonsson

Datum
2015-08-25

Dnr:RS/67/2015

3.6 Mål: Förbättra för personer med psykisk ohälsa med lindriga och medelsvåra besvär.

Psykisk ohälsa är den största sjukskrivningsgrunden i Jämtlands län.

Andelen sjukdomsfall med diagnoserna Depressiv episod och Andra ångestsyndrom ligger i nivå med riket medan andelen sjukdomsfall med diagnoserna Anpassningsstörning och Reaktion på svår stress ligger över, för både kvinnor och män. Den enskilt största gruppen sjukdomsfall har diagnosen Reaktion på svår stress.

Det är inte klarlagt varför Jämtland har så höga siffror, men medikalisering av normala livshändelser brukar anges som en av förklaringarna. Utvecklingen oroar och då särskilt att kvinnor sjukskrivs i väsentligt högre grad än män.

Aktivitet	Notering
Utveckla system och rutiner för månadsvis uppföljning av följsamhet till Försäkringsmedicinskt beslutsstöd för personer med lindriga och måttliga psykiska diagnoser.	Då största antalet sjukskrivna finns inom dessa grupper är detta en prioriterad åtgärd.
Utveckla system och rutiner för att följa upp ålder- och könsfördelning av KBT/IPT-behandlingar. Detta för att säkra en jämn fördelning i befolkningen.	Antalet KBT/IPT-behandlingar minskade år 2014. Kvinnor 30-39 år med dessa diagnoser fick behandling i mindre utsträckning än övriga grupper.
Genomför värdeflödesanalys av vägen in i vården för patienter med lätt till medelsvår psykisk ohälsa.	Syftet är att spåra kvalitetsbrister som grund för förbättringsarbete.
Utveckla bedömningsstöd som särskilt uppmärksammar risken för medikalisering av vardagslivets problem vid diagnossättning	Ett stöd för sjukskrivande läkare.
Utveckla modell för samverkan som syftar till att underlätta för yngre personer med psykisk ohälsa att komma in på arbetsmarknaden.	Problem idag – vilken är Region Jämtland Härjedalens roll?
Utveckla bedömningsstöd för patienter med psykisk ohälsa med avseende på funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning.	Arbetet kopplas till sjukskrivningssituationen och bör ske i samverkan med företagshälsovården.
Utveckla och genomför utbildningsinsatser avseende HBTQ, främst riktad till halsocentralernas psykosociala enheter.	En grupp individer där hälso- och sjukvården behöver ökad kunskap.

Handläggare
Karin Jonsson

Datum
2015-08-25

Dnr:RS/67/2015

3.7 Mål: Förbättra för personer med muskuloskeletala besvär

Stor andel av länets sjukskrivna har långvarig diffus smärta i axlar nacke och rygg. Att samordna insatser för att hjälpa dessa personer att återgå i arbete eller att förebygga en sjukskrivning är prioriterat.

Aktivitet	Notering
Tydliggör former och syfte med fördjupade utredningar/bedömningar av patienter med diffusa smärtor i axlar nacke och rygg.	Avser MMR1 och MMR2. Syfte och mål kan behöva kommuniceras tydligare för såväl vårdpersonal som patient.
Utveckla system och rutiner för månadsvis uppföljning av följsamhet till Försäkringsmedicinskt beslutsstöd för personer med muskuloskeletala diagnoser.	Då ett stort antal sjukskrivna finns inom dessa grupper är detta en prioriterad åtgärd.
Utveckla system och rutiner för att följa upp ålder- och könsfördelning av MMR 1 och 2.	För att säkra en jämn fördelning i befolkningen.
Genomför värdeflödesanalys av vägen in i vården för patienter med muskuloskeletala besvär väg in i vården.	Syftet är att spåra kvalitetsbrister som grund för förbättringsarbete.
Utveckla bedömningsstöd för patienter med muskuloskeletala besvär med avseende på funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning.	Arbetet kopplas till sjukskrivningssituationen och bör ske i samverkan med företagshälsovården.

3.8 Mål: Minska sjukfrånvaron hos Region Jämtland Härjedalens medarbetare

Region Jämtland Härjedalen har sedan flera år högst sjukskrivningstal bland landets regioner och landsting. Det är stor spridning i sjuktal inom organisationen men kvinnor har generellt högre sjukfrånvaro än män och de enheter som har högst sjukfrånvaro har huvudsakligen kvinnor anställda. En sänkt sjukfrånvaro vid dessa enheter kommer på ett positivt sätt att bidra till att minska könsskillnaderna och närma kvinnors sjuktal till männens nivå.

Aktivitet	Notering
Tydliggör organisation och ansvarsfördelning för rehabiliteringsprocessen med avseende på Region Jämtland Härjedalens medarbetare.	Rehabprocessen inom Region Jämtland Härjedalen ska ses över hösten 2015. Chefernas roll och ansvar i rehabiliteringsprocessen behöver kommuniceras.
Utveckla system som möjliggör att löpande ta fram statistik som visar resultatet av rehabiliteringsprocessen, bland annat med avseende på rehabiliteringsinsatser och omplaceringar/avslut.	Statistiken kan då analyseras utifrån exempelvis kön, tjänst och organisatorisk tillhörighet.
Utred eventuella samband mellan enheters sjukfrånvaro och olika arbetsmiljöfaktorer såsom bemanningstal, modell för	Som underlag för eventuella beslut om organisatoriska eller verksamhetsmässiga förändringar.

Handläggare
Karin Jonsson

Datum
2015-08-25

Dnr:RS/67/2015

schemaläggning, dygnetruntverksamhet, rutiner vid vakanser, chefsspann etc.	
Arbeta för en positiv inställning och en ökad förståelse hos chefer om betydelsen av att främja återgång i arbetet.	En grundförutsättning för att kunna korta sjukskrivningsepisoder, där det är möjligt av medicinska skäl.
Genomför ESF-projektet Hälsofrämjande ledarskap	Tillsammans med 7 av länets kommuner.

Handläggare
Karin Jonsson

Datum
2015-08-25

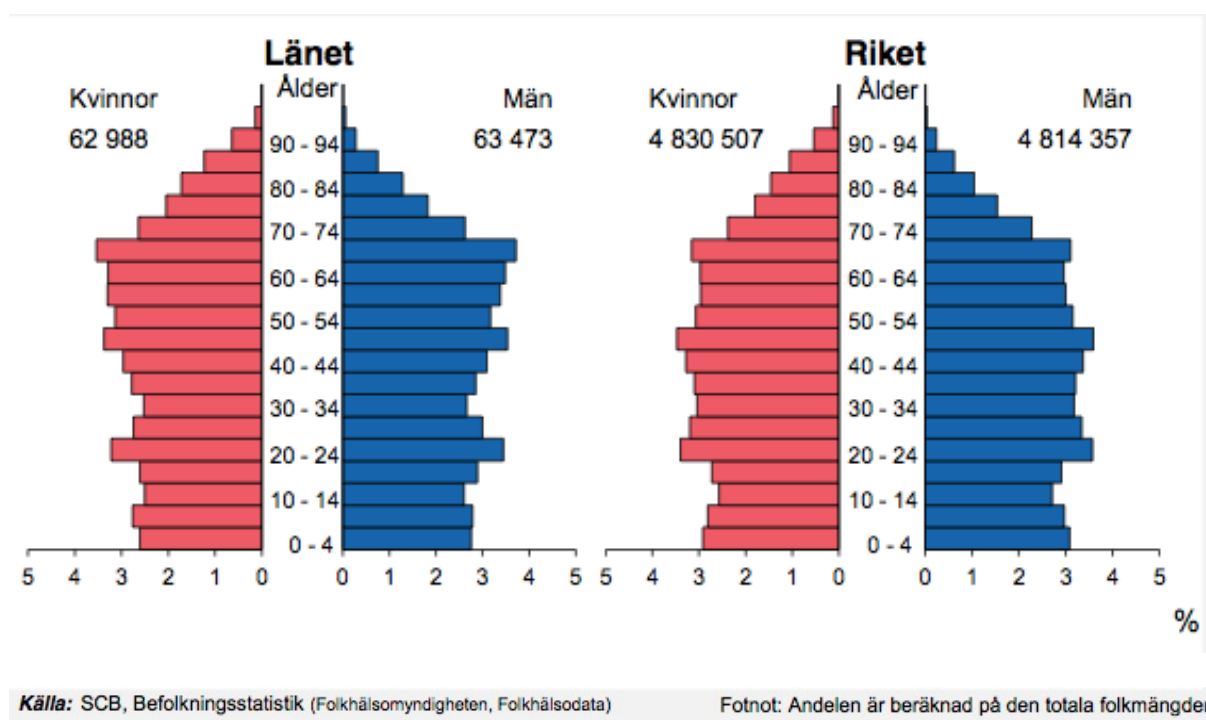
Dnr:RS/67/2015

4 BAKGRUND OCH PLANERINGSFÖRUTSÄTTNINGAR

4.1 Demografi och några socioekonomiska faktorer

4.1.1 Befolkningsutveckling

Folkmängd 31 december 2013



Befolkningsstrukturen i Jämtlands län visar en något åldrande befolkning med fler kvinnor i de höga åldrarna även om det är något fler män totalt sett. Medellivslängden i Jämtlands län ökar för både män och kvinnor. I genomsnitt blir kvinnor i länet 83,2 år och män 79,3 år. Motsvarande siffror i riket är 83,5 år respektive 79,7 år.

Länets befolkning har minskat under en följd av år och det är främst de yngre, särskilt kvinnor, som flyttar till större orter i eller utanför länet. Andelen äldre ökar i befolkningen liksom andelen utrikes födda, den senare gruppen ligger dock fortfarande betydligt lägre än riksgenomsnittet.

Antalet förvärvsarbetare som uppnår pensionsåldern under den närmaste tioårsperioden är betydligt större än det antal unga som tillträder på arbetsmarknaden. Detta innebär att behovet av arbetskraft i framtiden är stort.

I Sverige har åldersgruppen 16-64 år ökat med 261 718 personer eller 4,5 % sedan år 2005. Under samma period har motsvarande grupp i Jämtlands län minskat med 3 378 personer eller -4,2 %. Endast Västernorrland och Gotland uppvisar en större procentuell minskning.

Handläggare
Karin Jonsson

Datum
2015-08-25

Dnr:RS/67/2015

Befolkningsutveckling åldersgrupp 16-64 år					Förändring 2005-2014	
	År 2005	År 2008	År 2011	År 2014	Antal	%
Stockholms läns landsting	1 254 074	1 314 375	1 371 673	1 421 619	167 545	13,4%
Landstinget i Uppsala län	201 252	215 817	220 433	221 689	20 437	10,2%
Region Skåne	748 265	780 327	794 478	801 237	52 972	7,1%
Region Halland	177 920	183 197	185 574	186 468	8 548	4,8%
Västra Götalandsregionen	981 624	1 007 515	1 017 294	1 022 891	41 267	4,2%
Region Östergötland	265 266	270 773	272 624	273 719	8 453	3,2%
Region Kronoberg	112 054	114 934	114 698	114 589	2 535	2,3%
Region Jönköpings län	204 878	210 288	209 728	209 025	4 147	2,0%
Landstinget Sörmland	163 605	167 316	166 943	166 782	3 177	1,9%
Region Örebro län	173 494	175 772	175 144	175 774	2 280	1,3%
Västerbottens läns landsting	165 487	166 165	165 309	163 597	-1 890	-1,1%
Landstinget i Värmland	169 851	171 202	168 214	165 757	-4 094	-2,4%
Landstinget Blekinge	93 709	94 634	93 362	91 394	-2 315	-2,5%
Region Gävleborg	172 691	173 441	169 835	167 436	-5 255	-3,0%
Landstinget i Kalmar län	144 653	145 099	142 332	139 721	-4 932	-3,4%
Landstinget Västmanland	164 648	158 185	158 189	158 659	-5 989	-3,6%
Landstinget Dalarna	171 620	172 354	169 280	165 299	-6 321	-3,7%
Norrbottnens läns landsting	159 263	158 298	154 957	152 613	-6 650	-4,2%
Region Jämtland Härjedalen	79 493	79 678	77 919	76 115	-3 378	-4,2%
Landstinget Västernorrland	151 150	150 881	147 244	144 441	-6 709	-4,4%
Region Gotland	36 497	36 234	35 674	34 387	-2 110	-5,8%
SUMMA TOTALT	5 791 494	5 946 485	6 010 904	6 053 212	261 718	4,5%

4.1.2 Arbetsmarknad och inkomst

Andel arbetslösa i länet ligger i nivå med riket. Kvinnorna är i lägre grad arbetslösa medan männen ligger något över riket.

Inom flera sektorer finns ett arbetskraftsbehov, inte minst inom delar av vården. Andelen äldre ökar medan andelen i arbetsför ålder successivt minskar. Pågående urbanisering drabbar länets företag och organisationer då det huvudsakligen är människor i arbetsför ålder som lämnar länet. Ur arbetsmarknadsaspekt är det mycket angeläget att människor inte är sjukskrivna mer än vad som är motiverat av medicinska skäl. Långa sjukskrivningsepisoder har dessutom visat sig kunna vara direkt skadliga för individers hälsa då de kan föra med sig både en försämrad ekonomi och ett socialt utanförskap.

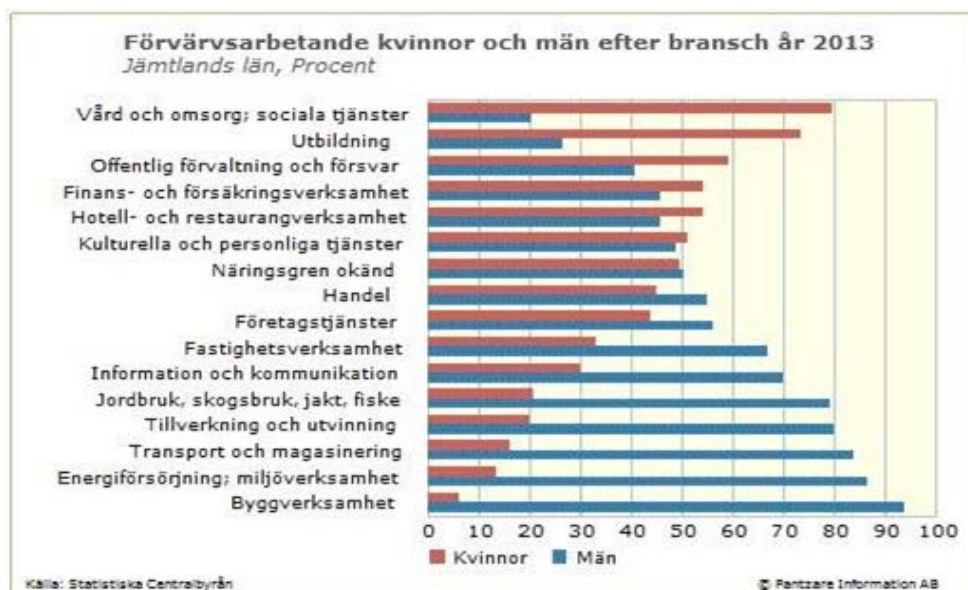
Arbetsstillfällena i mellersta norrland är huvudsakligen koncentrerade till ett fåtal näringar. Omkring hälften av alla arbetsstillfällen finns inom vård, skola och omsorg samt i bygg och tillverkningsindustrin. Inom dessa näringar är könssegregeringen tydlig. Det är en stor majoritet av män inom tillverkningsindustrin och byggsektorn medan vård- och omsorgssektorerna samt utbildningssektorn domineras av kvinnor, framför allt på grundskolenivå³.

³ Regional handlingsplan för Europeiska socialfonden 2014-2020

Handläggare
Karin Jonsson

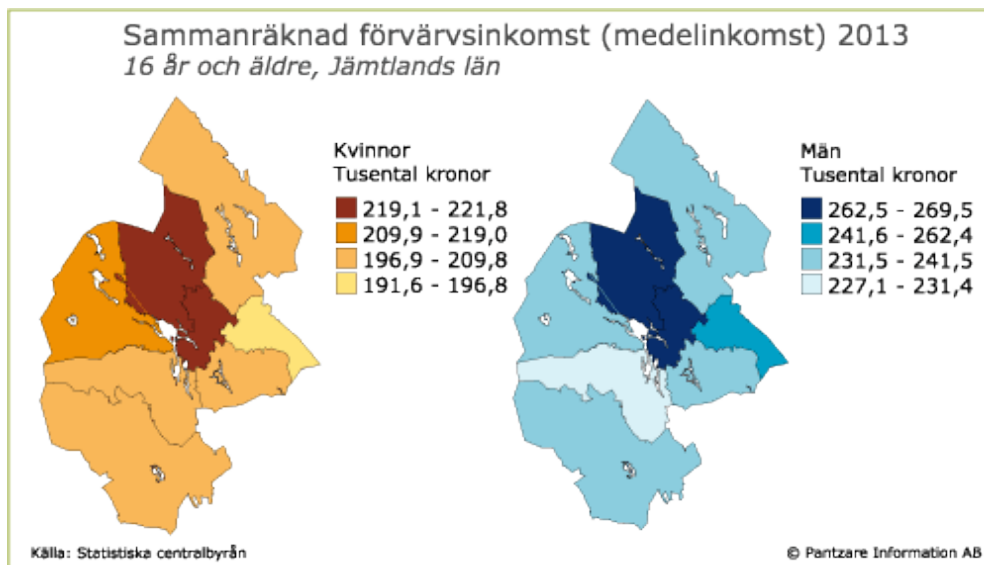
Datum
2015-08-25

Dnr:RS/67/2015



Kvinnor och män verkar även på olika nivåer i företag och organisationer. Män är i högre utsträckning ledare och chefer medan kvinnor verkar på lägre nivåer i organisationen. Större andel kvinnor arbetar deltid vilket får effekt på lönebilden. Männen i Jämtlands län tjänade år 2013 i genomsnitt 46 513 kronor mer än kvinnorna.

I jämförelse med riket var medelinkomsten i Jämtlands län år 2013 den tredje lägsta i landet. Endast Gotland och Värmland hade lägre medelinkomst. Det är för männen som skillnaden är störst. Män i Jämtlands län hade näst lägst förvärvsinkomst i landet år 2013 och tjänade 45 299 kronor mindre än riksgenomsnittet för män. Kvinnorna tjänade 11 947 kronor mindre än riksgenomsnittet och hamnade med det på nionde plats av tjugo län.



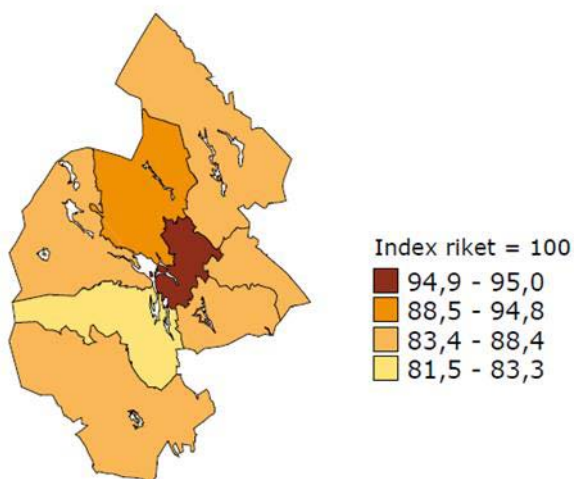
Handläggare
Karin Jonsson

Datum
2015-08-25

Dnr:RS/67/2015

Kommunerna i Jämtlands län har sammantaget låg skattekraft och hög kommunalskatt. Inte i någon kommun når länet upp till medelskattekraften i riket.⁴

Skattekraft 2015 Jämtlands län



Källa: Statistiska Centralbyrån

© Pantzare Information AB

Arbetsförmedlingens rapport om arbetsmöjligheter i Jämtlands län 2015 berättar att arbetsmarknaden i Jämtlands län ger ganska goda möjligheter till jobb med sina små och medelstora företag, låga varsel, sjunkande arbetslöshet och lediga platser som fortsätter att strömma in. Arbetsgivarna är svagt positiva inför 2015, arbetslösheten förväntas fortsätta minska och sysselsättningen öka något.

Länet som helhet har aningen lägre andel inskrivna arbetslösa än riket i genomsnitt och för fem av lägets åtta kommunerna är arbetslöshetssiffrorna lägre än rikets. Endast Ragunda, Bräcke och Strömsund ligger över.

Trots detta finns ett orosmoln som handlar om svårigheter att ersätta pensionsavgångarna. I Jämtlands län är det många äldre som arbetar, ungefär 5 300 är mellan 60-64 år och förmodas gå i pension de närmsta åren. Många arbetsgivare vill ofta ha minst gymnasiekompetens, även om jobben inte har några krav på yrkesutbildning eller särskilda teoretiska kunskaper. Möjligheterna till arbete under 2015 är störst inom vård och omsorg, handel, hotell och restaurang.

Nedan visas hur alla anställda i Jämtlands län fördelar sig mellan olika yrkesområden. De flesta jobbar inom hälso- och sjukvård samt socialt arbete. Nästan lika många arbetar inom försäljning, hotell, restaurang och service. Trots stora naturresurser arbetar få med jord- eller skogsbruk.

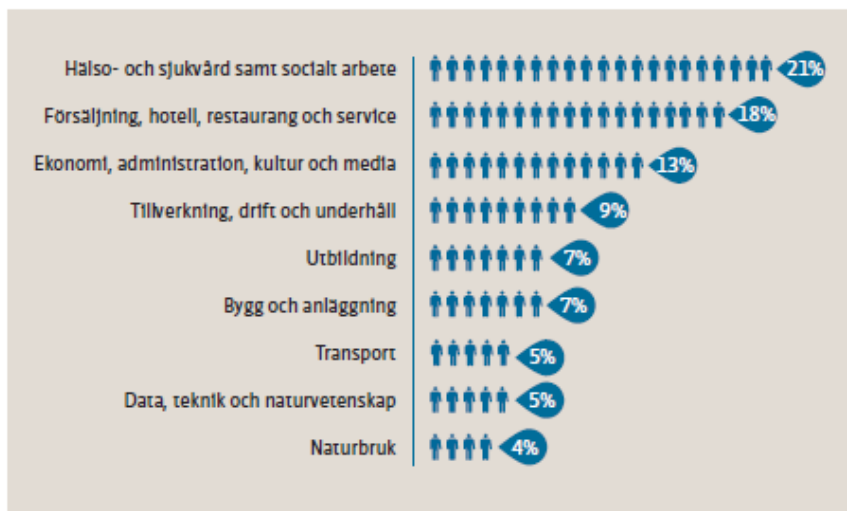
⁴ Kommunalt skatteunderlag utgörs av beskattningsbar förvärvsinkomst för fysiska personer. Skattekraften beräknas som skatteunderlag i kronor per invånare vid taxeringsårets ingång

Handläggare
Karin Jonsson

Datum
2015-08-25

Dnr:RS/67/2015

Andelen anställda per yrkesområde i Jämtlands län



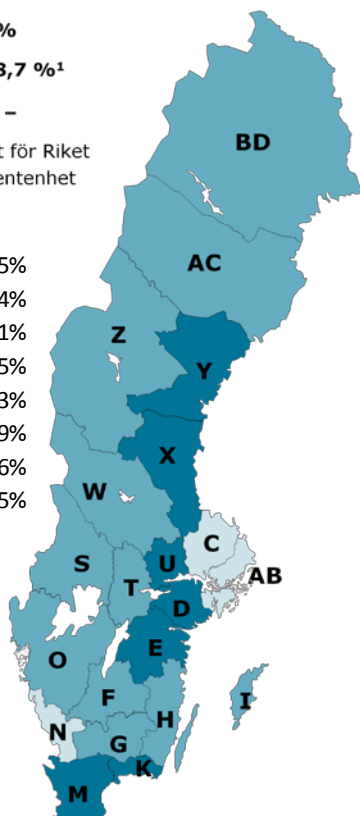
Andelen anställda och egenföretagare per yrke (2012, Jämtlands län 16-64 år) Källa: SCB

Inskrivna arbetslösa i april 2015 som andel (%) av den registerbaserade arbetskraften 16 – 64 år

- = - 6,6 %
- = 6,7 – 8,7 %¹
- = 8,8 % -

¹ Genomsnitt för Riket
+/- 1 procentenhet

Strömsund	10,5%
Bräcke	10,4%
Ragunda	10,1%
Östersund	7,5%
Härjedalen	7,3%
Berg	6,9%
Åre	5,6%
Krokom	5,5%



Län	Inskrivet arbetslösa	Män	Kvinnor	Ungdomar 18-24 år	Utrikes födda
Gävleborg	11,4%	12,2%	10,5%	22,4%	39,6%
Blekinge	10,6%	11,6%	9,5%	23,0%	31,9%
Södermanland	10,4%	11,0%	9,7%	17,0%	30,5%
Skåne	9,8%	10,6%	9,0%	16,5%	24,7%
Västmanland	9,2%	9,7%	8,6%	15,9%	24,7%
Västernorrland	9,1%	10,2%	7,9%	17,6%	33,8%
Östergötland	8,9%	9,4%	8,3%	16,3%	27,0%
Värmland	8,5%	9,4%	7,5%	17,3%	27,1%
Kronoberg	8,5%	8,9%	8,0%	14,4%	27,7%
Örebro	8,2%	9,1%	7,2%	14,3%	26,5%
Gotland	7,9%	8,3%	7,5%	16,8%	21,3%
Riket	7,7%	8,2%	7,1%	12,9%	20,9%
Jämtland	7,6%	8,9%	6,2%	14,4%	31,4%
Norrbottn	7,6%	8,4%	6,6%	14,7%	21,1%
Kalmar	7,6%	8,3%	6,7%	14,2%	27,8%
Västra Götaland	7,0%	7,6%	6,4%	11,0%	20,3%
Dalarna	7,0%	8,0%	6,0%	12,9%	28,8%
Västerbotten	6,9%	7,9%	5,8%	13,2%	22,9%
Jönköping	6,7%	6,9%	6,5%	11,3%	21,7%
Stockholm	6,2%	6,3%	6,2%	7,8%	14,3%
Halland	6,1%	6,5%	5,6%	9,9%	20,4%
Uppsala	5,3%	5,7%	4,8%	8,8%	14,0%
Jämtland plats (av 21)	10	11	5	10	17

Källa: Arbetsförmedlingen

Handläggare
Karin Jonsson

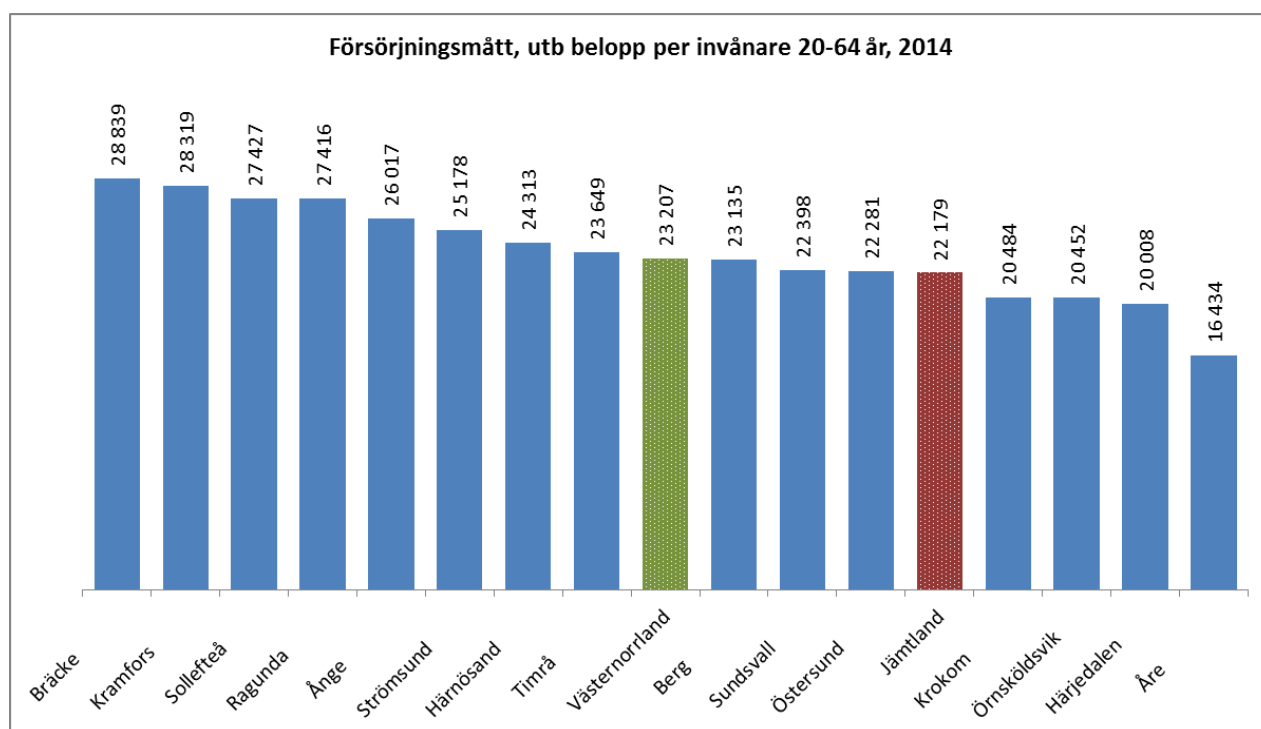
Datum
2015-08-25

Dnr:RS/67/2015

4.1.3 Försörjningsmått

Försörjningsmåttet ger en samlad bild av kostnaderna för offentlig försörjning i en kommun på grund av medborgarnas ohälsa, arbetslöshet och sociala situation. Måttet fångar kostnaderna för Sjukpenning, Rehabiliteringsersättning, Sjuk- eller rehabiliteringsersättning, A-kassa, Aktivitetsstöd och Försörjningsstöd. Kostnaderna är nedbrutna i kronor per individ i arbetsför ålder, per kvartal och per 12-månadersperiod.

Nedan framgår försörjningsmåttet för Jämtlands och Västernorrlands län samt kommuner.



	Sjuk- penning	Sjuk- och aktivitets ersättning	Aktivitets stöd	A-kassa	Etablerings ersättning för nyanlända	Ekonomiskt bistånd	Totalt 12 månader
Jämtland	6557	8354	2449	2613	878	1328	22179
Västernorrland	6230	8188	3412	2916	732	1729	23207

4.1.4 Utbildningsnivå

Enligt Folkhälsomyndigheten finns ett starkt samband mellan utbildningsnivå och hälsa. Ohälsa i form av värk från rygg, nacke och leder eller besvär av ångslan, oro och ångest är betydligt vanligare bland lågutbildade än bland högutbildade. Störst är skillnaden mellan de som enbart har förgymnasial utbildning och de som har eftergymnasial utbildning. Liknande skillnader går även att se i dödlighetsrisker.

Handläggare
Karin Jonsson

Datum
2015-08-25

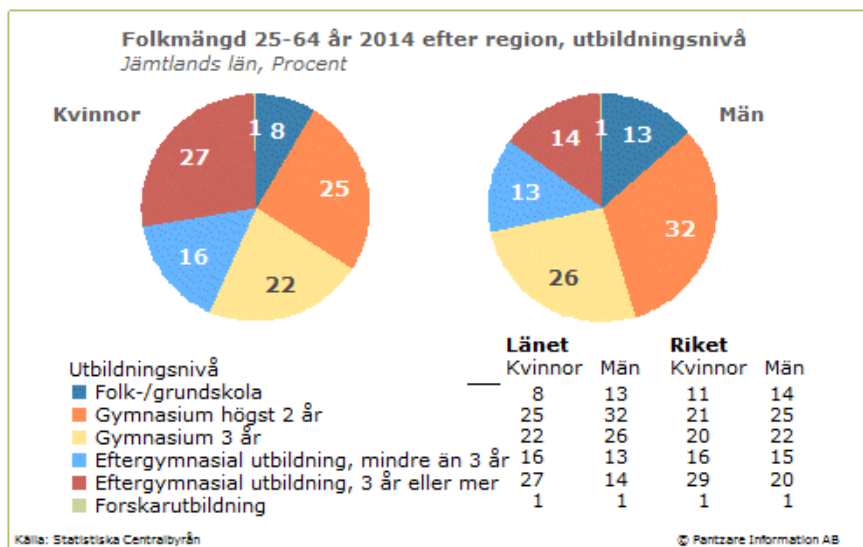
Dnr:RS/67/2015

Utbildning kan påverka hälsan på flera sätt, som lägre hälsorisker i arbetslivet, högre inkomster och mindre ekonomisk utsatthet och stress. Utbildning kan även påverka människors levnadsvanor och hälsorelaterat beteende. Högre utbildning kan alltså ge en bättre hälsa.

Få publicerade studier har kontrollerat om det är utbildningen i sig eller andra mekanismer som förklarar skillnader i hälsa. Forskningen som finns visar dock att utbildning ger individen ett antal samhälleliga fördelar på olika områden, som i sin tur kan förväntas ge en bättre hälsa. Utbildning ger möjlighet till bättre jobb och högre lön, vilket kan minska fysiska och psykosociala risker. Utbildning kan också ge människor bättre förmåga att skaffa, tolka och använda information om exempelvis hälsa och olika risker.

I Jämtlands län har kvinnor högre utbildningsnivå än män. Fler kvinnor än män har eftergymnasial utbildning. I jämförelse med riket är andelen kvinnor i Jämtlands län, med eftergymnasial utbildning, 2 procentenheter lägre än riket. För männen är skillnaden 8 procentenheter.

Inom länet är det stor variation på andelen med eftergymnasial utbildning:



Kommun	Andel över 16 år med eftergymnasial utbildning inkl. forskarutbildning
Ragunda	15,4%
Härjedalen	16,5%
Bräcke	17,2%
Strömsund	17,4%
Berg	18,4%
Krokom	27,0%
Åre	27,5%
Östersund	33,9%
Jämtlands län	26,9%
Riket	32,5%

4.1.5 Folkhälsa

I Folkhälsomyndighetens årsrapport 2014 framgår att trots att Sverige i ett internationellt perspektiv är ett relativt jämlikt samhälle vad gäller både hälsa och välfärdens fördelning, så är hälsan ojämlikt fördelad. Det finns tydliga skillnader mellan grupper med olika utbildningsbakgrund avseende livslängd, självskattad hälsa och förekomst av så gott som alla stora folksjukdomar. Kvinnor med endast grundskoleutbildning har sämre hälsoutveckling än andra grupper i samhället och det finns skillnader i dödlighet även bland barn vars mödrar har olika lång utbildning.

Handläggare
Karin Jonsson

Datum
2015-08-25

Dnr:RS/67/2015

Av Hälsa på lika villkor, rapport för Jämtlands län 2014, framgår att närmare 70 procent av länets befolkning upplever att de har ett gott allmänt hälsotillstånd. Män rapporterar en bättre hälsa än vad kvinnor gör och personer med funktionsnedsättningar skattar sin hälsa lägre än övrig befolkning.

Sedan förra mätningen, år 2010, har folkhälsan i länet förbättrats inom ett flertal områden. Bland unga vuxna syns en positiv utveckling vad det gäller riskabel alkoholkonsumtion och för kvinnor i medelåldern har dagligrökningen minskat betydligt.

Genomgående visar resultatet att utbildningsnivå och ekonomiska förutsättningar spelar en betydande roll. I rapporten lyfts följande områden fram som fokusområden inom folkhälsoarbetet för invånarna i arbetsför ålder:

- **Förbättrat psykiskt välbefinnande för gruppen unga vuxna 16-29 år.** Unga vuxna kvinnor skattar en sämre psykisk hälsa och upplever stress i större utsträckning än tidigare. Som tänkbara bidragande orsaker lyfts den ökade individualiseringen i samhället samt en minskad framtidstro.
- **Minskat tobaksbruk samt minskad övervikt och fetma för gruppen 30-64 år.** Även om dagligrökningen minskar i länet, särskilt bland kvinnor, är det totala tobaksbruket högt. Högre andel än i riket snusar dagligen och andelen ökar. År 2014 är 57 procent av männen och 46 procent av kvinnorna i Jämtlands län överviktiga eller feta. Kvinnor i länet är överviktiga eller feta i högre utsträckning än i riket. Fetma och övervikt är vanligast i åldersgruppen 45-64 år, för både män och kvinnor.

4.2 Sjukpenningtal

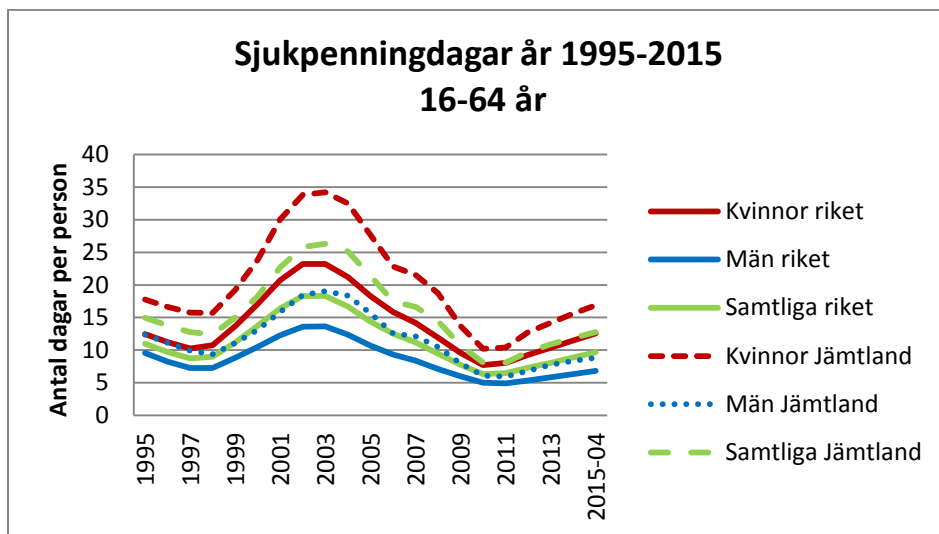
Försäkringskassan har på regeringens uppdrag undersökt vilka faktorer som ligger bakom de stora variationerna i sjukpenningtal över tid. Studier av folkhälsan, med indikatorer från undersökningen om levnadsförhållanden (ULF) och Socialstyrelsens slutenvårds- och dödsorsaksregister, visar att det inte skett några förändringar i folkhälsa som kan förklara den stora variationen i sjukfrånvarons nivå. Andelen i befolkningen med en god eller mycket god hälsa har legat på en relativt stabil nivå och tycks inte samvariera med sjukfrånvarons utveckling.

Ett omfattande arbete hos Försäkringskassan för att åstadkomma en mer rättssäker och effektiv handläggning bedöms däremot ha gett effekt. Införandet av det försäkringsmedicinska beslutsstödet och rehabiliteringskedjan har bidragit till att skapa en mer enhetlig och aktiv handläggning och studier tyder på att detta har hållit nere sjukfrånvaron.

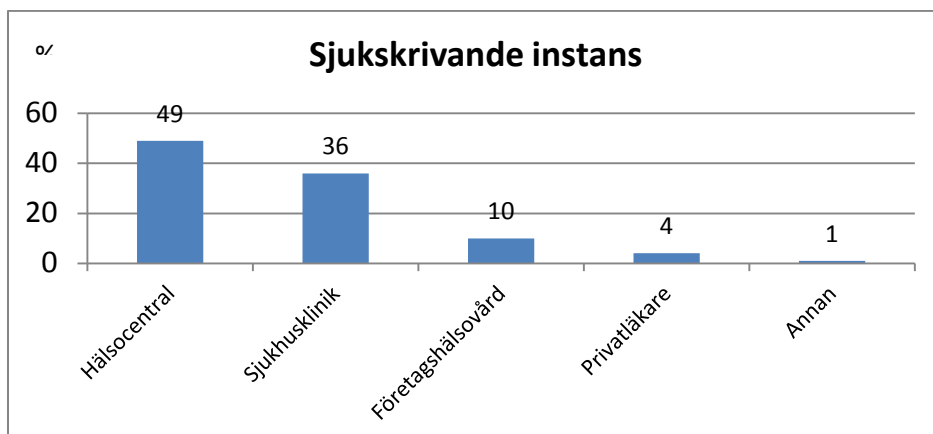
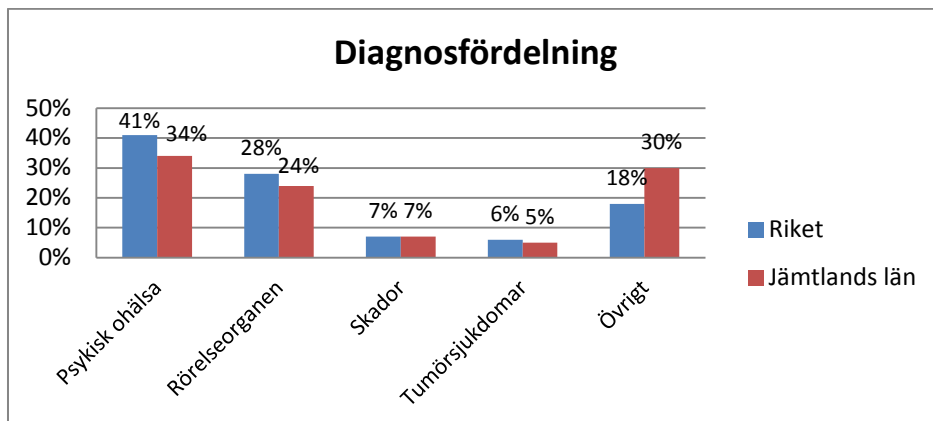
Handläggare
Karin Jonsson

Datum
2015-08-25

Dnr:RS/67/2015



Sjukskrivningsorsakerna skiljer sig något åt i Jämtlands län jämfört med riket. Andelen som sjukskrivs med diagnosen psykisk ohälsa är något lägre än i riket medan gruppen ”övrigt” är högre. I Jämtlands län saknas enligt Försäkringskassan uppgift om diagnos i 16 % av sjukfallen. Det är en högre siffra än för riket i övrigt. Som jämförelse är motsvarande siffra i Västernorrland 10%. Detta kan möjligen förklara den höga andelen i samlingsgruppen ”övrigt” i tabellen nedan.



Handläggare
Karin Jonsson

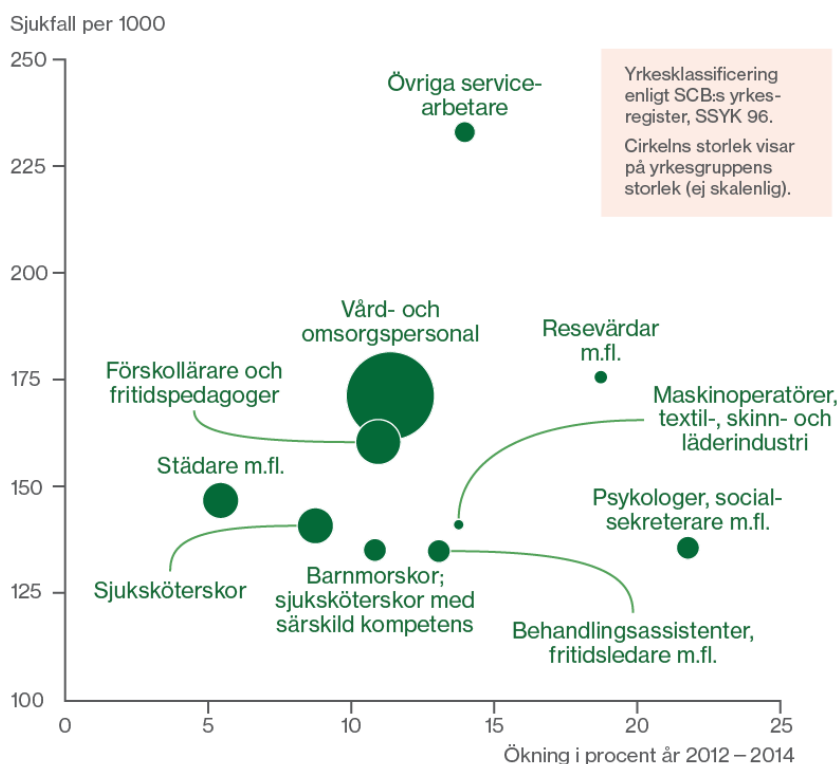
Datum
2015-08-25

Dnr:RS/67/2015

4.2.1 Sjukskrivningar i olika yrken

År 2014 var antalet sjukfall för samtliga yrken i Sverige 103 per tusen anställda och ökningstakten mellan år 2012 och 2014 var 9,5 procent. Flest sjukfall återfanns inom vård- och omsorgsyreten.

Tio yrken med störst antal sjukfall



4.3 Psykisk ohälsa

Psykiska problem står för en stor och växande andel av långtidssjukskrivningarna. En kunskapsöversikt från forskningsrådet Forte visar att det finns ett vetenskapligt samband mellan arbete, psykisk ohälsa och sjukskrivning. Riskfaktorer i arbetslivet är psykiskt ansträngande arbete, höga krav, låg kontroll, obalans mellan ansträngning och belöning samt rollkonflikter medan god kontroll och rättvisa ger minskad risk för sjukskrivning. Det vetenskapliga underlaget för vilken åtgärd som är mest effektiv vid återgång i arbete efter en sjukskrivning på grund av psykisk ohälsa är svagt. Det är dock tydligt att arbetsplatsen måste vara involverad för att medarbetaren ska komma tillbaka i arbete på ett bra sätt. Kunskapsöversikten visar att effekten på den psykiska hälsan är likartad när kvinnor och män utsätts för samma faktorer i arbetet.

Handläggare
Karin Jonsson

Datum
2015-08-25

Dnr:RS/67/2015

Personer i befolkningen som lider av allvarlig psykisk sjukdom har inte ökat under senare år. Däremot ökar andelen personer som upplever olust, ångslan och oro. Detta gäller både personer med diagnostiserbar psykisk sjukdom, och personer med nedsatt psykiskt välbefinnande som inte klassificeras som sjukdom. Framförallt ökar den psykiska ohälsan bland ungdomar i övre tonåren och bland unga vuxna.

Andelen personer som upplever nedsatt psykiskt välbefinnande är relaterad till samhällsfaktorer, medan gruppen personer med psykiska sjukdomar påverkas mindre av förändringarna i samhället. Det är viktigt att notera att en person som har en psykisk sjukdom inte behöver sakna förmåga till arbete. Det finns inte något entydigt samband mellan den diagnos en person får och nedsättning av arbetsförmågan⁵.

Den största enskilda sjukskrivningsorsaken vid psykisk ohälsa är anpassningsstörningar och reaktioner på svår stress. I Jämtlands län visar statistiken att andelen sjukfall för depressiv episod och andra ångestsyndrom ligger i nivå med riksgenomsnittet medan anpassningsstörningar och reaktion på svår stress ligger över riksgenomsnittet, för både kvinnor och män. Det är inte klarlagt varför Jämtland har så höga siffror men medikalisering av normala livshändelser kan vara en förklaring.

Antal sjukintyg och arbetsdagar med sjukskrivning för psykiska diagnoser ökade i Jämtlands län under år 2014, framför allt för kvinnor. Antal kvinnor med sjukskrivning på grund av förstämningssyndrom minskade under året från 399 till 355 medan antalet män ökade svagt från 156 till 160. När det gäller ångest och stress ökade antalet sjukskrivna kvinnor från 444 till 523 och antalet sjukskrivna män från 133 till 192. Utvecklingen oroar och då särskilt allt att kvinnor sjukskrivs i mycket högre utsträckning än män. I handlingsplan skickad till SKL för sjukskrivningsmiljarden anges att det behövs ett omfattande förändringsarbete i Jämtlands län för att komma åt de höga sjukskrivningstalen för psykiska sjukdomar. Rehabkoordinatorernas arbetsrutiner och roll kan ytterligare utvecklas och stärkas med fokus på tidig samverkan och uppsikt på tidiga signaler.

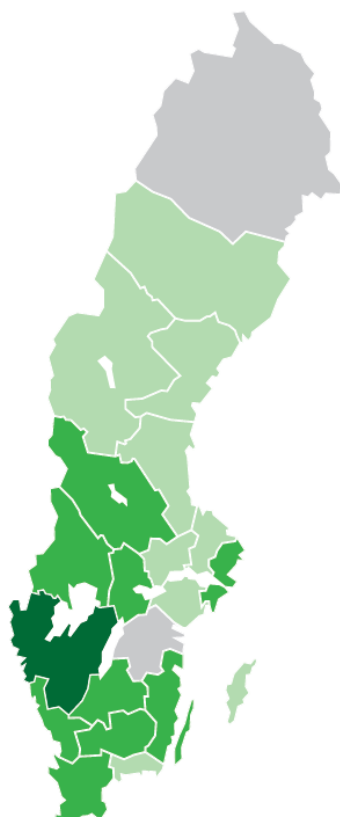
Nedan visas Försäkringskassans karta över andel sjukfall i psykiska diagnoser i procent, per län, publicerad mars 2015.

⁵ Samordna rehabiliteringen - Stöd till utveckling av arbetsinriktad rehabilitering för personer med psykisk sjukdom eller funktionsnedsättning (Skrift från Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting)

Handläggare
Karin Jonsson

Datum
2015-08-25

Dnr:RS/67/2015



Län	Andel sjukfall i psykiska diagnoser (%)
Västra götaland	43
Dalarna	41
Jönköping	41
Halland	40
Kronoberg	40
Skåne	40
Värmland	40
Örebro	40
Kalmar	39
Stockholm	39
Södermanland	38
Västernorrland	38
Västmanland	38
Blekinge	37
Gotland	37
Gävleborg	37
Västerbotten	37
Uppsala	36
Jämtland	35
Norrbotten	34
Östergötland	34
Riket	40

4.3.1 Stress vanligaste orsaken till sjukskrivning

För tredje året i följd ökar antalet sjukfall med psykisk sjukdom i Sverige och 2014 var ökningen större än tidigare. I slutet av år 2012 hade Försäkringskassan 48 tusen pågående sjukfall i psykiska diagnoser. Motsvarande siffra år 2014 var 71 tusen, en ökning med 48 procent på två år.

Psykiska sjukdomar motsvarar 40 procent av alla sjukfall vid Försäkringskassan och den vanligaste diagnosen, Akut stressreaktion, svarar för 14 procent av alla sjukfall. Antalet personer med akut stressreaktion har ökat från 15 tusen år 2012 till 26 tusen år 2014.

Utbildningsnivå, inkomst, var man bor, yrke och arbetsgivare är faktorer som har visat sig ha betydelse för sjukfrånvaron över 14 dagar. Kvinnor som arbetar inom vård, skola och omsorg löper störst risk att bli sjukskrivna.

4.3.2 Omfattande dubbelarbete ökar risken för sjukfrånvaro – även för pappor

En studie vid Försäkringskassan visar att pappor som tar ett stort ansvar i hemmet och har en likvärdig ställning i arbetslivet som sin partner, löper större risk att bli sjukskrivna. Samtidigt minskar mammors risk att bli sjukskrivna när pappan tar ett större ansvar för hemarbetet⁶. Resultatet bygger på

⁶ Försäkringskassans studie, publicerad januari 2015, som är en fortsättning på en tidigare socialförsäkringsrapport.

Handläggare
Karin Jonsson

Datum
2015-08-25

Dnr:RS/67/2015

en studie av samtliga kvinnor och män som fick sitt första barn 2002 – 2009. I studien har samband mellan graden av jämställdhet mellan makarna i såväl hemmet som på arbetsmarknaden och risk för pappans sjukskrivning analyserats.

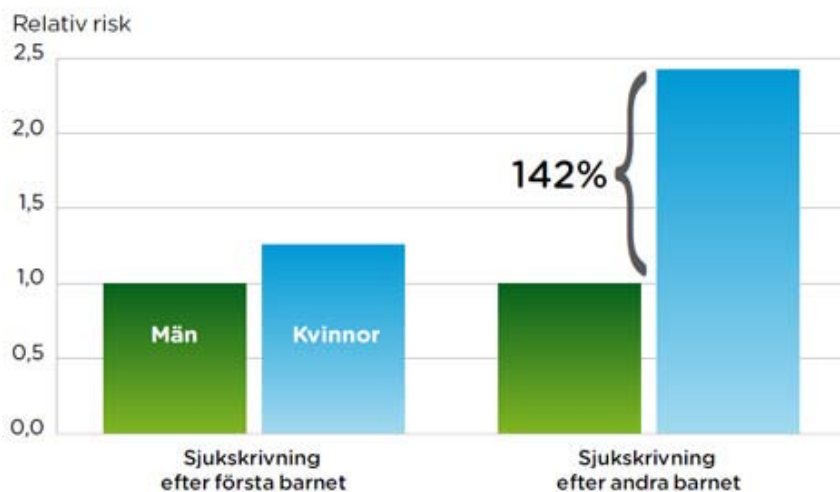
Kvinnor och män närmar sig den jämställda fördelningen från olika håll. Ökad jämställdhet innebär en utjämning av riskerna och därmed också ökad jämställdhet i sjukskrivningsrisker. En arbetsfördelning med mannen som huvudförsörjare och kvinnan som huvudansvarig för obetalt arbete i hemmet minskar mannens risk för sjukskrivning men begränsar möjligheterna att uppnå jämställdhet i arbets- och familjeliv.

Sjukskrivningarna är färre bland kvinnor med högre utbildning och inkomst. Kvinnor som gör karriär/ har en högre position i arbetslivet än mannen och som delar på ansvaret i hemmet löper störst relativ risk att bli sjukskriven. För att förstå resultatet behövs mer forskning men gruppen är förhållandevis liten.

Sedan 1980-talet har kvinnor haft högre sjukfrånvaro än män och sannolikheten att bli sjukskriven är 30 procent högre för kvinnor än män redan 2 år innan första graviditeten. Två år efter andra barnet är sannolikheten för sjukskrivning mer än dubbelt så hög för kvinnor som för män. När arbetsbördan hemma är som tyngst, kombinerat med ansvar på arbetsmarknaden, ökar kvinnors sjukskrivning markant.

Före första barnet är psykiska sjukdomar och rörelseorganens sjukdomar de vanligaste diagnoserna för både kvinnor och män. Efter första barnet är graviditetskomplikationer den dominerande diagnosgruppen för kvinnor. Efter andra barnet är det återigen psykiska sjukdomar som dominerar. För män förändras inte sjukskrivningspanoramats nämnvärt mellan det första barnet och ytterligare barn.

Risken för sjukskrivning (>14 dagar)



Handläggare
Karin Jonsson

Datum
2015-08-25

Dnr:RS/67/2015

4.3.3 Uttag av föräldrapeng

Kön har visat sig vara viktigare än ekonomi vid uttag av föräldrapenning. En studie vid Försäkringskassan om de jämställda föräldrarna visar att sannolikheten för ett jämställt föräldrapenninguttag beror på om det är mammans eller pappans lön som utgör en majoritet av hushållets totala inkomst. När mamman har en hög inkomst och den utgör en majoritet av den totala hushållsinkomsten är det möjligt för familjen att avvara en betydande del av hennes lön för att hon ska vara hemma en längre tid. När papporna är i motsvarande situation är paren i lägre utsträckning beredda att avstå hans inkomst. Detta faktum ifrågasätter förklaringsmodellen om att det är mäns höga inkomster i sig som är anledningen till ojämlikt föräldrapenninguttag och kan delvis förklara varför politiska åtgärder som inkluderar ekonomiska incitament för att öka mäns uttag har haft svårt att uppnå önskad effekt. Studien bekräftar också delvis att de jämställda föräldrarna är högskoleutbildade som bor i landets storstadsregioner och ofta arbetar i offentlig sektor. Nytt i studien är vikten av att föräldrarna är jämngamla och den stora betydelsen av mammans utbildning. Sannolikheten för ett jämställt föräldrapenninguttag fördubblas om mammorna är höginkomsttagare, samtidigt som den minskar om det är papporna som är höginkomsttagare.

Utbildning och inkomst är de två mest betydelsefulla faktorerna. Trots detta delar 80 procent av paren där mamman har en längre högskoleutbildning inte jämställt på föräldrapenningdagarna. Detsamma gäller för 72 procent av paren där mamman är höginkomsttagare.

4.4 Jämställdhet

Jämställdhetsperspektivet handlar om att kvinnor och män ska kunna delta i samma utsträckning på alla områden, i privatlivet liksom i samhällslivet. Jämställdhet innebär även att det ska finnas en jämn fördelning av makt och resurser och ett delat ansvar mellan kvinnor och män i samhället. Det övergripande svenska nationella jämställdhetsmålet är att kvinnor och män ska ha samma makt att forma samhället och sina egna liv.

I Jämtlands län finns tydliga skillnader mellan könen vad gäller arbetsmarknad, sysselsättningsgrad, lönenivåer, utbildningsnivåer och inte minst sjuktal. Båda könen har höga och ökande sjukpenningtal men talen är särskilt höga för kvinnor som ligger drygt 30 % över riksgenomsnittet. Nästan 70 % av länets sjukskrivna är kvinnor.

Den långsiktiga utvecklingsplanen för minskad sjukskrivning ska mynna ut i en process som ger lika förutsättningar för män och kvinnor. Båda könen har höga sjuktal oröar men då sjuktalet är särskilt högt för kvinnorna kommer särskilt fokus att riktas mot den gruppen. Betydelsen av genuskunskap i arbetslivet är central. Sambanden mellan kvinnors höga sjuktal och den könsuppdelade arbetsmarknaden i länet är viktig att belysa liksom synen på kvinnors sjukdomstillstånd och de åtgärder som vanligen erbjuds.

Tillgänglighetsperspektivet är viktigt då det visat sig nationellt att arbetsinriktad rehabilitering och förberedande utbildning domineras av kvinnor medan män i större utsträckning får ta del av Arbetsförmedlingens insatser med olika lönestöd.

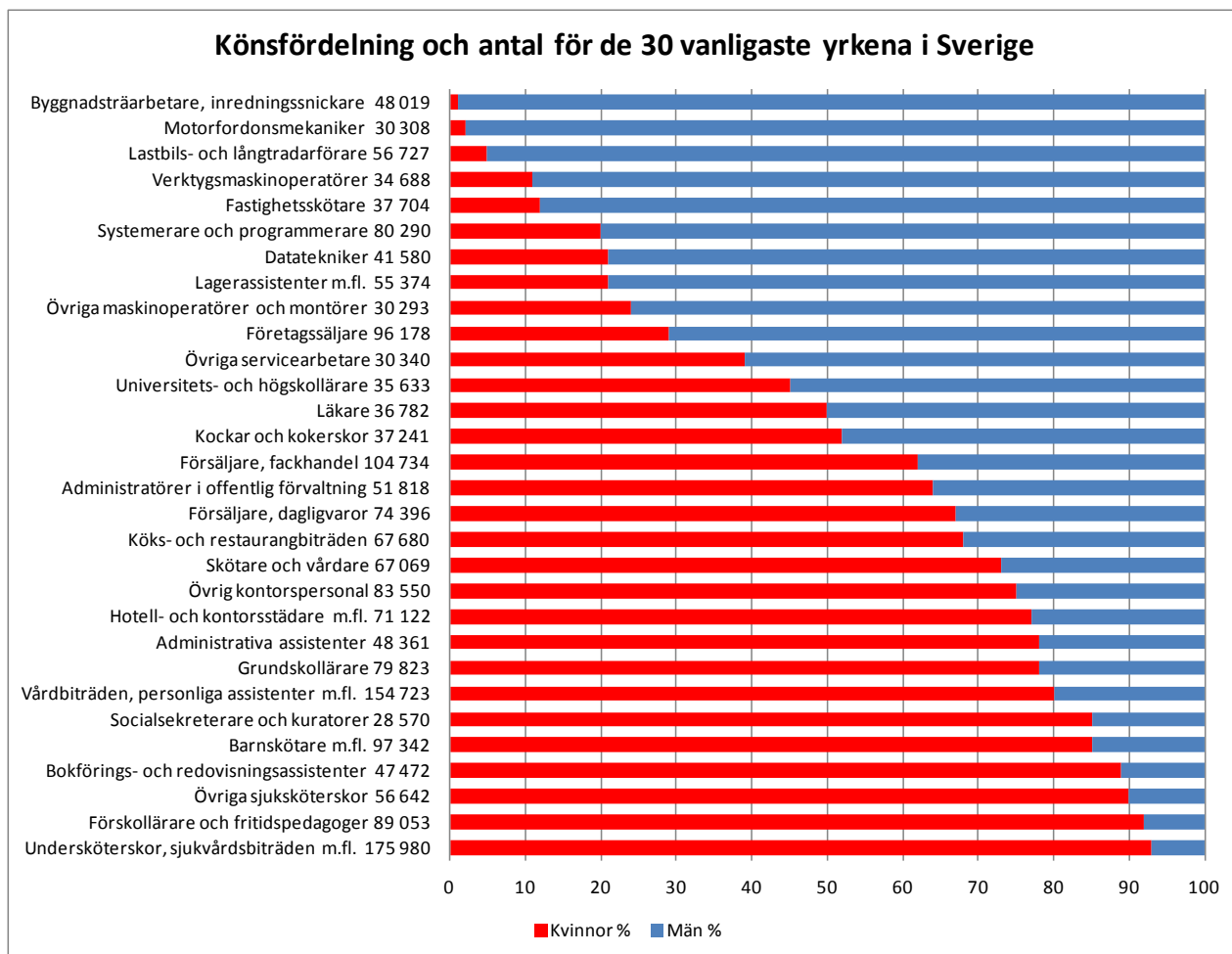
Handläggare
Karin Jonsson

Datum
2015-08-25

Dnr:RS/67/2015

I Arbetsmiljöverkets granskning maj 2015 visas att den svenska arbetsmarknaden är kraftigt könssegregerad. Endast 3 av de 30 vanligaste yrkena har jämn könsfördelning och det är läkare, kockar/kokerskor och universitets- och högskollärare.

Den könssegregerade arbetsmarknaden innebär att män och kvinnor arbetar med olika saker och utsätts för olika risker. Kvinnor dominerar avseende anmälda arbetssjukdomar medan männen oftare drabbas av arbetsolyckor och dödsfall på jobbet. Arbetsmiljöverket har under tre år utrett kvinnors arbetsmiljö och orsaker till att kvinnor skadas och blir sjuka av sina arbeten. Nu ska verket övergå till att studera bilden och betydelsen av manlighet för de arbetsmiljöfaktorer som män utsätts för. Det gäller exempelvis dödsolyckor på jobbet som nu ska granskas ur ett genusperspektiv.



4.4.1 En jämställd sjukskrivningsprocess

Ett viktigt steg i arbetet minskad sjukskrivning är att stödja arbetet med att höja kvaliteten för både kvinnor och män i sjukskrivningsprocessen. Ett SKL-lätt projekt *Jämt sjukskriven – ett genusperspektiv på sjukskrivningsprocessen* visar, som exempel, att det finns risk att depressioner missas på män, att kvinnors alkoholmissbruk inte tas på allvar och att mäns våld mot kvinnor inte upptäcks. Studien uppmärksam- made också att kvinnor och män får olika långa sjukskrivningstider och att kvinnor och män hänvisas till olika typer av undersökningar och rehabilitering.

Handläggare
Karin Jonsson

Datum
2015-08-25

Dnr:RS/67/2015

Sjukvården har ett dubbelt uppdrag i sjukskrivningsarbetet. Dels en medicinsk del som handlar om att utreda om sjukdom föreligger, fastställa diagnos och ge medicinsk behandling och rehabilitering. Dels en försäkringsmedicinsk del som handlar om att bedöma arbetsförmåga, prognostisera behov av åtgärder och tid för återgång i arbete samt utfärda medicinska underlag.

Långa sjukskrivningar kan enligt SKLs rapport vara skadliga och bidra till att kvinnor och män kan bli sjuka. En felaktig sjukskrivning kan ha lika starka biverkningar som ett felaktigt läkemedel. Om människor bedöms utifrån traditionella föreställningar om kvinnor och män finns en risk att det leder till felaktiga sjukskrivningar.

För åren 2014-2015 finns det ett villkor i den sk. Sjukskrivningsmiljarden att landstingen ska ta fram mål, indikatorer och implementeringsstrategier för en jämställd sjukskrivningsprocess som sedan ska följas upp i landstingens ledningssystem/uppföljningssystem för sjukskrivningsprocessen. Utöver detta ska landstingen ta fram riktlinjer och handlingsplaner inom ämnesområdet våld i nära relation. Våld i nära relation kan nämligen finnas som en bakomliggande orsak till en del långa sjukskrivningar, framförallt gällande kvinnor.

4.4.2 Våld i nära relationer

Våld i nära relationer är ett stort samhällsproblem som inbegriper såväl rättsliga som sociala och hälso- och sjukvårdsaspekter. Våldet är alltid en kränkning av de utsattas mänskliga rättigheter och alla som utsatts för våld i nära relationer har rätt till stöd och skydd från samhället.

Våldet drabbar framför allt kvinnor och utövaren är oftast en man. Trots likabehandlingsprincipen fokuserar, enligt Socialstyrelsen, både socialtjänstlagen och samhällets satsningar på våldsutsatta kvinnor. Våldsutsatta kvinnor finns överallt inom hälso- och sjukvården. Ett liv under förtryck leder till ohälsa på många sätt förutom kroppsskador efter fysiskt eller sexuellt våld. Våldsutsatta kvinnor har mer än dubbelt så ofta kroniska smärttillstånd och mag-tarmproblem och upp till fyra gånger så ofta ångest och depression jämfört med andra.

Att identifiera våld i nära relation är ofta svårt eftersom de utsatta kvinnorna sällan berättar spontant om sin situation. Endast en knapp fjärdedel söker vård efter den senaste fysiska misshandeln. Istället har kvinnan ofta utvecklat strategier för att dölja vad som försiggår. Många är inte heller själva medvetna om att symtom som magbesvär, ångest, depression och kroniska smärtor kan orsakas av att leva i ett förhållande där våld och hot förekommer. För att kunna erbjuda patienten god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen måste man därför fråga om våldsutsatthet som en del i sjukhistorien.

Inom Region Jämtland Härjedalen pågår sedan många år ett strukturerat arbete för jämställdhet och mot våld i nära relationer. Arbetet leds av styrgruppen för jämställd och jämlik verksamhet och samrådsgruppen mot våld i nära relation. Sedan år 2012 finns en landstingsövergripande handlingsplan mot våld i nära relation som bland annat innehåller kompetenshöjande insatser riktade till vårdpersonal och information som riktar sig till allmänheten, bland annat i väntrummen. I handlingsplanen framgår även att chefer ska ställa frågan om våldsutsatthet till de egna medarbetarna.

Handläggare
Karin Jonsson

Datum
2015-08-25

Dnr:RS/67/2015

Region Jämtland Härjedalen arbetar med att säkerställa att alla patienter inom sjukskrivningsprocessen faktiskt blir tillfrågade om våldsutsatthet och därtill erbjuds bra stöd och behandling, när detta är påkallat. Arbetet går långsamt framåt men fortfarande är rutinen långt ifrån färdigimplementerad.

4.4.3 Genushanden

Genushanden är en metod som tagits fram vid vårdcentralen i Skurup, Region Skåne, i syfte att öka kvaliteten i vården för kvinnor och män. Genom att granska journalhandlingar kunde de se att de, tvärtemot sina egna ambitioner, hade ställt helt olika frågor till män och kvinnor. De kunde även se att våld är ett stort ohälsoproblem som det sällan pratas om.

Region Jämtland Härjedalen har beslutat införa Genushanden som verktyg inom hälso- och sjukvården. Flertalet verksamheter säger att de har samma rutiner oavsett vem de möter men i verkligheten är det inte alltid så. Kön kan påverka vilka frågor och följdfrågor som ställs och hur svar tas emot. Vid varje möte med individer där det ska göras någon form av bedömning som ska leda till någon insats kan det vara fruktbart att tänka tvärtom vad det gäller kön. Genushanden hjälper verksamheten att få jämställda rutiner så att patienterna får samma frågor oavsett kön, och därmed likvärdig service. Handens fem fingrar symboliserar fem olika ingångar och uppmaningar:

Tumme	Kvinnor tillfrågas om sin familjesituation, men sällan männen. Tänk tvärtom – fråga männen.
Pekfinger	Våld, hot och mobbing är en riskfaktor för exempelvis långvarig sjukskrivning. Mäns våld mot kvinnor dolt problem. Våga fråga, våga se.
Långfinger	Somatisk inriktning på mäns diagnoser och psykosomatisk inriktning på kvinnors diagnoser. Stor risk för att missa mäns depressioner. Risk för medikalisering hos kvinnan.
Ringfinger	Riskbruk och alkohol är mer skamligt för kvinnor. Fråga alltid och gör till rutin att kolla alla långtidssjukskrivna med prov.
Lillfinger	Män får tidigare specialisteremiss och större stöd hos arbetsgivaren. Män rehabiliteras utifrån arbete medan risk för att kvinnor rehabiliteras utifrån sin sociala situation.

Handläggare
Karin Jonsson

Datum
2015-08-25

Dnr:RS/67/2015



Illustration och beskrivande text: Region Skåne

4.5 Försäkringsmedicin

Försäkringsmedicin är ett kunskapsområde om hur funktionstillstånd, diagnostik, behandling, rehabilitering och förebyggande av sjukdom och skada påverkar och påverkas av olika sjukförsäkringars utformning samt därmed relaterade överväganden och åtgärder inom berörda professioner (Definition av Nationellt Försäkringsmedicinskt Forum 2011).

Det försäkringsmedicinska kunskapsområdet handlar bland annat om hur patientens resurser på bästa sätt kan tillvaratas trots sjukdom, hur patienter med självupplevd ohälsa utan påvisbar medicinsk orsak bäst kan bemötas och vem i vårdkedjan eller i patientens omgivning som är bäst lämpad när det gäller att vara ett stöd i rehabiliteringen.

Frågor kring sjukskrivning och rehabilitering är vanliga teman vid instruktion och handledning av AT och ST-läkare och kurs i försäkringsmedicin är obligatorisk för alla AT-läkare samt för ST-läkare i allmänmedicin, ortopedi och psykiatri. Samtliga läkare med utlandsutbildning bjuds också regelbundet in till utbildning i Försäkringsmedicin.

Det har framgått, bland annat vid analys av försäkringsmedicinska underlagen, att kunskapen om försäkringsmedicin behöver fördjupas bland Region Jämtland Härjedalens läkare och andra berörda yrkesgrupper. En försäkringsmedicinsk breddutbildning för läkare och andra vårdaktörer har inte genomförts på många år. Arbete pågår nu med att planera och genomföra försäkringsmedicinska utbildningar. Ett av fokusen på den utbildningen kommer att vara undvikande av medikalisering av normala livshändelser.

Handläggare
Karin Jonsson

Datum
2015-08-25

Dnr:RS/67/2015

4.6 Samordnad tidig rehabilitering

Samordnad tidig rehabilitering handlar om att i ett tidigt skede samverka kring individen i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och att utveckla en funktion för koordinering.

Samverkan är avgörande för att få en helhetsbild av patientens behov av stöd och för att uppnå en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess. Hälso- och sjukvården får tidigt, redan innan en sjukskrivning blir aktuell, kännedom om patientens behov och har därigenom goda möjligheter att tidigt samverka kring individen i sjukskrivningsprocessen med andra aktörer, exempelvis Försäkringskassa, arbetsgivare, Arbetsförmedling och socialtjänst- kommun.

Samverkan kan ske genom att hälso- och sjukvården har en funktion för koordinering som utgör en länk inom sjukvården och mellan sjukvården och olika berörda aktörer. Syftet med denna funktion är att förbättra insatserna för individen, nå en hög effektivitet och förhindra onödigt långa ledtider och perioder av passiv väntan i individens sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess.

Regeringen fördelar årligen stimulansmedel till landstingen kring detta område för att utveckla den organisatoriska strukturen för samverkan och därmed säkra en långsiktighet.

Vid Krokoms hälsocentral drivs i projektform ett arbete med att ta fram en länsmodell för samverkan mellan hälso- och sjukvården, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och kommunens socialtjänst. Projektet pågår fram till våren 2016. En checklista har utarbetats för att tidigt fånga upp signaler från patienter där det finns risk för längre sjukskrivning. Tanken är att försöka förebygga eller åtminstone väsentligen förkorta en sjukskrivning. Checklistan är inte bara tänkt att fånga upp de som ringer och ber om sjukskrivning utan även de som har riskfaktorer för sjukskrivning samt att vara till vägledning för rehabkoordinators insatser. En utvärdering ska göras i projektet för att bedöma effekten av detta strukturerade arbetssätt, och revideringar ska göras vid behov, innan breddinförande.

4.7 Projekt, utredningar och statliga överenskommelser som påverkar arbetet

4.7.1 ESF-projekt Hälsofrämjande ledarskap

Detta projekt handlar om kompetensutveckling av första linjens chefer inom länets kommunala sektor i ett Hälsofrämjande ledarskap. Projektet riktar sig specifikt till chefer med hög sjukfrånvaro i sina arbetsgrupper. Arbetet kommer att inledas med en grundläggande kartläggning och analys av situationen på dessa arbetsplatser. Därefter genomförs en anpassad utbildningsinsats för cheferna med fokus Hälsofrämjande ledarskap och hälsofrämjande åtgärder på individnivå – något som forskning visat har positiv effekt på sjukfrånvaron i arbetsgrupper.

Var tredje sjukskriven i länet är anställd i Region Jämtland Härjedalen eller i någon av länets åtta kommuner. Beaktat att 23 procent av länets sjukskrivna är arbetslösa så är det tydligt att den kommunala sektorn står för en betydande andel av länets sjukskrivna. År 2014 hade Region Jämtland

Handläggare
Karin Jonsson

Datum
2015-08-25

Dnr:RS/67/2015

Härjedalen en sjukfrånvaro⁷ på 6,8 procent, vilket var högst i landet. Kommunerna i länet hade en sjukfrånvaro på 7,1 procent, vilket även det var högst i landet. Variationen inom länet är dock stor. Tre kommuner (Härjedalen, Strömsund och Åre) är bättre än riksgenomsnittet för kommunerna medan övriga fem kommuner ligger över.

Även om den höga sjukfrånvaron inte enbart är arbetslivets fel så är det något som arbetslivet måste hantera. Sänkt sjukfrånvaro är av stort värde för individen, länets kommunala sektor och för staten.

Projektet är särskilt angeläget ur ett jämställdhetsperspektiv eftersom huvuddelen av de anställda vid de aktuella enheterna kvinnor och det är kvinnor som har de högsta sjukpenningtalen i länet. Projektet ska bidra till att varaktigt sänka sjuktalen till riksgenomsnittet.

4.7.2 ESF-projekt Process för sänkta sjuktal

Jämtlands län har sjuktal som vida överstiger landet i övrigt men sambandet med det faktiska hälsoläget i befolkningen är inte klarlagt. Socioekonomiskt har invånarna i Jämtlands län ett svagare läge än landet i övrigt, exempelvis när det gäller medelinkomst, utbildningsnivå och nära tillgång till samhällsservice. Sannolikt spelar flera faktorer in i de höga sjukpenningtalen exempelvis kultur, läkarnas rutiner vid sjukskrivning, Försäkringskassans handläggning och arbetsmarknadsläget.

Detta projekt ska verka för att säkerställa att invånarna i Jämtlands län inte av administrativa, kulturella och organisatoriska skäl är mer sjukskrivna än vad som är motiverat av medicinska skäl.

I projektet ska en tydlig processbeskrivning för sjukskrivning utarbetas. Insatserna riktar sig främst till medarbetare inom Region Jämtland Härjedalen, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen.

Projektet ska bidra till att varaktigt sänka antalet sjukpenningdagar per länsinnevånare i Jämtlands län till riksgenomsnittet.

4.7.3 Rehabiliteringsgarantin

Rehabiliteringsgarantin är en överenskommelse mellan Sveriges kommuner och landsting och Regeringen som för år 2015 ger landstingen möjlighet att få del av 712 miljoner för genomförda insatser. Under år 2015 har regeringen för avsikt att göra en översyn av rehabiliteringsgarantin. Målet är ökad återgång i arbete och att förebygga sjukskrivning bland män och kvinnor i arbetsför ålder. Den nya patientlagen gäller även för rehabiliteringsgarantin. Rehabiliteringsgarantin ger möjlighet för kvinnor och män i åldern 16-67 år att, efter att vården gjort en medicinsk bedömning, få tillgång till:

- Kognitiv beteendeterapi (KBT) eller Interpersonell terapi (ITP) vid ångest, depression eller stress. Terapin inriktar sig på att påverka tankemönster, känslor och beteenden i en positiv riktning. Det finns ett flertal metoder varav några är utvecklade för att behandla

⁷ Sjukfrånvaron i Region Jämtland Härjedalen och länets kommuner mäts som sjukfrånvarotid i förhållande till sammanlagd ordinarie arbetstid.

Handläggare
Karin Jonsson

Datum
2015-08-25

Dnr:RS/67/2015

ångesttillstånd. Behandlingen kan ske individuellt eller i grupp. För att få ersättning inom ramen för rehabiliteringsgarantin krävs att utredning och behandling genomförs av särskilt definierade yrkesgrupper.

- Multimodal rehabilitering (MMR) vid långvarig diffus smärta i axlar nacke och rygg. MMR innebär ett antal välplanerade och synkroniserade åtgärder under en längre tid, ofta fyra till åtta veckor. Insatserna kräver att personalen arbetar i team och är tränade att arbeta i team. Teamen består oftast av olika yrkesgrupper, exempelvis sjukgymnast, arbetsterapeut, beteendevetare och läkare. Insatserna utgår från nödvändigheten av att förstå och rehabilitera smärtans hela komplexitet och dess negativa konsekvenser. Ofta är det både effektivt och uppskattat av patienterna att i huvudsak genomföra MMR i grupper om 6-10 patienter.

Ovanstående sjukdomstillstånd ligger bakom drygt 60 % av alla sjukskrivningar över 14 dagar.

Landstingen ska tillhandahålla insatserna, i egen regi eller via privata utförare som landstingen har avtal med. Landstingen kan generellt inte få ersättning för både MMR och KBT för samma patient. Den ersättningen som utgår är:

- 12 tusen kronor för genomförd kognitiv behandlingsserie, 8-20 behandlingar.
- 25 tusen kronor alt. 45 tusen kronor för genomförd multimodal rehabiliteringsåtgärd (MMR1 och MMR2).

4.7.4 Sjukskrivningsmiljarden

Staten och Sveriges kommuner och landsting har för åren 2007-2013 träffat överenskommelser som ska stimulera hälso- och sjukvården till att utveckla arbetet med sjukskrivningsprocessen och minska ohälsan i respektive län. Avtalen har inneburit att regeringen lämnat särskilt statsbidrag på upp till 1 miljard kronor per år 2007–2013. För åren 2014–2015 har en tvåårig överenskommelse tecknats. Ersättningsmodellen är tvärdelad och består dels av en villkorad del kopplad till konkreta åtgärder, dels av en rörlig del kopplad till förändringar i sjukfrånvaron.

Maximalt 710 miljoner kronor utbetalas år 2015 som villkorat bidrag till landstingen. Bidraget är kopplat till sex villkor och den högsta ersättningen för varje uppfyllt villkor är länets befolkningsandel (för Jämtlands län 1,3 %) multiplicerat med villkorsbeloppet. De sex villkoren är:

- En jämställd sjukskrivningsprocess (50 miljoner kronor)
- Kompetenssatsningar i försäkringsmedicin (150 miljoner kronor)
- Tidig samverkan i sjukskrivningsprocessen (175 miljoner kronor)
- Psykisk ohälsa med fokus på lindriga och medelsvåra besvär (100 miljoner kronor)
- Utökat elektroniskt informationsutbyte (215 miljoner kronor)
- Utvecklingsmedel för stöd till rätt sjukskrivning (20 miljoner kronor), ett för Försäkringskassan och SKL gemensamt utvecklingsarbete

Handläggare
Karin Jonsson

Datum
2015-08-25

Dnr:RS/67/2015

55 miljoner kronor reserveras till kostnader för medicinsk service och 230 miljoner kronor utbetalas som rörligt bidrag till landstingen beroende av hur det relativa antalet sjukpenningdagar i länet har förändrats under 2015. Endast sjukfall upp till 2,5 år inräknas.

I en aktuell studie från Karolinska institutet (KI) beskrivs att sjukskrivningsprocessen blivit en mer närvarande och aktuell fråga inom hälso- och sjukvården på samtliga ledningsnivåer. Sjukskrivningsfrågan är på väg att ses som en ordinarie del av patienters vård och behandling men det finns fortsatt utvecklingsbehov, bland annat när det gäller ledningssystem och kvalitetssäkring av sjukskrivningsprocessen, jämställd sjukskrivningsprocess, försäkringsmedicin samt utvecklad intern och extern samverkan med andra aktörer i sjukskrivningsprocessen.

Sjukfrånvaron minskade i samtliga landsting med i genomsnitt 31 procent under perioden 2006–2011, men har åter börjat öka från 2012. Ökningen gäller särskilt psykiska diagnoser, där den övervägande majoriteten är kvinnor. Det är fortsatt viktigt att jobba med tidiga insatser hos berörda aktörer i syfte att minska risken för långvarig sjukfrånvaro och att förebygga sjukskrivning, där så är möjligt.

4.7.5 Parlamentarisk utredning på remiss - En långsiktigt hållbar sjukförsäkring

Den parlamentariska socialförsäkringsutredningen "En långsiktigt hållbar sjukförsäkring" ligger ute på remiss i landet. Region Jämtland Härjedalen lämnar remissvar augusti 2015. Målen i utredningen är att få en långsiktigt stabil sjukfrånvaro i Sverige som är låg och i nivå med jämförbara länder.

Betänkandet föreslår en rad förändringar i sjukförsäkringen inklusive stödet för återgång i arbete, i arbetsskadeförsäkringen och i arbetslöshetsförsäkringen. Utredningen lämnar ett 50-tal förändringsförslag samt förslag till fortsatt reformarbete.

I utredningen ges hög prioritet åt att förbättra för sjukskrivna som har svårt att återgå i arbete. Stärkt standardtrygghet i socialförsäkringarna värnas och målsättningen är att de flesta sjukskrivna och arbetslösa ska få en inkomstrelaterad ersättning vid sjukdom och arbetslöshet.

En av de större förändringarna i förslaget är att Hälso- och sjukvården ska ha ansvar för samverkan kring individens återgång i arbete samt att upprätta rehabiliteringsplan. För detta utökade ansvar föreslås landstingen få förstärkta och permanenta resurser. Samtidigt förändras Försäkringskassans roll från samordningsansvar till att samverka kring individen och följa upp åtgärder och rehabiliteringsplan.

Om utredningens förslag går igenom kommer Region Jämtland Härjedalen att behöva tillskapa resurser, rutiner och arbetssätt för att hantera detta utökade ansvar. I det arbetet ingår en större utbildningsinsats för all berörd vårdpersonal.

Handläggare
Karin Jonsson

Datum
2015-08-25

Dnr:RS/67/2015

4.7.6 Departementsskrivelse på remiss - Avskaffande av bortre tidsgränsen i sjukförsäkringen

I en departementsskrivelse 30 mars 2015 föreslås den bortre tidsgränsen i sjukförsäkringen avskaffas. Den bortre tidsgränsen innebär att en sjukskriven i normalfallet högst kan få sjukpenning enligt fortsättningsnivån i 550 dagar efter det att sjukpenning enligt normalnivån har lämnats i 364 dagar. Bestämmelsen om att sjukpenning i normalfallet inte lämnas för de tre första kalendermånaderna efter en period med sjuk- eller aktivitetsersättning föreslås också avskaffas. De nya bestämmelserna föreslås träda i kraft den 1 januari 2016.

4.8 Regler för sjuklön

Den som är anställd för minst en månad eller har arbetat sammanhängande i 14 dagar hos samma arbetsgivare har rätt till sjuklön från arbetsgivaren under de första 14 dagarna av en sjukperiod. Den första dagen är en karensdag. Dag 2-14 är sjuklönen 80 procent av lönen. Är den anställda sjukskriven mer än sju dagar måste hon eller han visa ett läkarintyg för arbetsgivaren. I vissa fall kan arbetsgivaren eller Försäkringskassan begära ett läkarintyg redan från den första sjukdagen.

Den som är anställd och som är sjuk mer än 14 dagar kan ansöka om sjukpenning från Försäkringskassan från dag 15 i sjukfallet, det vill säga när sjuklöneperioden upphör.

Den som inte har någon arbetsgivare kan få sjukpenning från Försäkringskassan redan från dagen efter karensdagen. Det gäller den som är arbetslös, uppdragstagare eller egen företagare. Det gäller också den som är ledig med föräldrapenning eller graviditetspenning.

Försäkringskassan betalar sjukpenning på normalnivån i 364 dagar, därefter ytterligare 550 dagar på fortsättningsnivån – totalt 914 dagar. Om den försäkrade efter 914 dagar inte kan återgå i arbete erbjuds inskrivning på Arbetsförmedlingen för tre månaders arbetslivsintroduktion. Om den försäkrade insjuknar efter dessa 3 månader har hon eller han återkvalificerat sig till en ny ersättningsperiod med sjukpenning.

4.8.1 Sjuk- och aktivitetsersättning

Sjuktärsättning är ersättning till personer mellan 30 och 64 år som troligen aldrig kommer att kunna arbeta heltid på grund av sjukdom, skada eller funktionsnedsättning. Sjukärsättning beviljas när Försäkringskassan bedömer att arbetsförmågan är stadigvarande nedsatt med minst en fjärdedel på grund av sjukdom.

Aktivitetsärsättning är en tidsbegränsad ersättning vid nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom eller annan funktionsnedsättning. Ersättningen kan erbjudas unga människor från juli det år man fyller 19 år till månaden innan man fyller 30 år. Arbetsförmågan ska vara nedsatt under minst ett år. Beroende på hur mycket arbetsförmågan är nedsatt kan man få en fjärdedels, halv, tre fjärdedels eller hel aktivitetsärsättning.

Handläggare
Karin Jonsson

Datum
2015-08-25

Dnr:RS/67/2015

4.9 Arbetsgivarens roll och ansvar

Arbetsgivaren betalar sjuklön under de första fjorton dagarna i en sjukperiod, karensdagen undantagen, om den anställda uppfyller villkoren i sjuklönelagen. Efter en veckas sjukfrånvaro ska den anställda lämna ett läkarintyg till arbetsgivaren. Arbetsgivaren avgör sedan om sjuklön kan betalas ut eller om andra tillfälliga arbetsuppgifter kan erbjudas.

Arbetsgivaren ansvarar för rehabiliteringsåtgärder på arbetsplatsen och Arbetsmiljölagen reglerar arbetsgivarens skyldighet att vidta åtgärder för att underlätta återgången i arbete.

Vid ett avstämningsmöte kan rehabiliteringsåtgärder diskuteras tillsammans med den anställda. Då träffas vanligtvis den anställda, Försäkringskassan, den sjukskrivande läkaren och arbetsgivaren. Även andra som har betydelse för rehabiliteringen kan delta. Arbetsgivaren kan i vissa fall få bidrag till arbetshjälpmedel.

4.9.1 Rehabiliteringskedjan

Rehabiliteringskedjan ingår i lagen om allmän försäkring, AFL, och är en bestämd tidsplan för hur rehabiliteringsarbetet ska gå till. Försäkringskassan prövar och avgör vid tre tillfällen om den som är sjuk kan återgå i arbete. Rehabiliteringskedjan gäller fullt ut bara för den som har en anställning. Egna företagares arbetsförmåga bedöms i förhållande till de vanliga arbetsuppgifterna fram till och med dag 180. Sedan bedöms arbetsförmågan i förhållande till sådant arbete som normalt förekommer på arbetsmarknaden. För arbetslösa bedöms arbetsförmågan i förhållande till arbeten som normalt förekommer på arbetsmarknaden redan från första dagen i sjukperioden.

Att olika aktörer känner till hur rehabiliteringskedjan fungerar ökar förutsättningarna för att patienten ska få rätt åtgärder i tid. Det underlättar även samarbetet mellan aktörerna i sjukskrivningsprocessen, till exempel läkaren, arbetsgivaren och Försäkringskassan.

Arbetsförmågan bedöms enligt rehabiliteringskedjan:

- Under de första 90 dagarna som individen är sjukskriven erhålls sjukpenning om individen inte kan utföra sitt vanliga arbete eller ett annat tillfälligt arbete hos sin arbetsgivare.
- Efter 90 dagar erhålls sjukpenning om individen inte kan utföra något arbete alls hos sin arbetsgivare.
- Efter 180 dagar erhålls sjukpenning om individen inte kan utföra sådant arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden. Detta gäller dock inte om Försäkringskassan bedömer att patienten med stor sannolikhet kommer att kunna gå tillbaka till ett arbete hos sin arbetsgivare före dag 366 eller om det kan anses oskäligt att bedöma patientens arbetsförmåga i förhållande till arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden.
- Efter 365 dagar kan patienten bara få sjukpenning om han eller hon inte kan utföra sådant arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden.

Handläggare
Karin Jonsson

Datum
2015-08-25

Dnr:RS/67/2015

Rehabiliteringskedjan



Handläggare
Karin Jonsson

Datum
2015-08-25

Dnr:RS/67/2015

5 UTVÄRDERING OCH REVIDERING AV PLANEN

Den långsiktiga utvecklingsplanen för minskade sjukskrivningar bör revideras minst en gång var 4:e år, under första året av respektive mandatperiod. Den första revideringen ska ske under 2019, därefter vart 4:e år, under första året av respektive mandatperiod.

Inför första revideringen planeras dialog med Försäkringskassa och arbetsförmedling för att få in synpunkter på vad som är viktigast att fokusera på inom sjukskrivningsprocessen samt för att öka förankringen.

Mål och aktiviteter i planen ska preciseras i konkreta handlingsplaner enligt Region Jämtland Härjedalens styrmodell och följas upp löpande enligt gällande rutiner.

Samordningskansliet
Monica Byvald
Tfn: 063-147637
E-post: monica.byvald@regionjh.se

2015-09-29

VVN/28/2015

Svar på remiss: Långsiktig utvecklingsplan för minskade sjukskrivningar - remissversion (VVN/28/2015)

Vårdvalsnämnden uppfattar att arbetet med en långsiktig utvecklingsplan för att minska sjukskrivningarna och öka frisktalerna i Jämtlands län är av stor vikt. Jämtlands län och även arbetsgivaren Region Jämtland Härjedalen utmärker sej när det gäller sjukskrivningar. Bland landets landsting och regioner har medarbetarna i Region Jämtland Härjedalens högst sjukfrånvaro. Region Jämtland Härjedalen hade år 2014 en sjukfrånvaro på 6,8 % vilket är 21 procent över riksgenomsnittets 5,6 procentenheter. På motsvarande sätt placerar sig invånarna i Jämtlands län på en förstaplats med högst andel sjukpenningdagar i landet. I april 2015 var genomsnittet i Jämtlands län 13,0 sjukpenningdagar mot riksgenomsnittets 9,8 dagar.

Det inte är klarlagt i vilken grad sjukpenningtal speglar det faktiska hälsoläget i befolkningen. Till en del kan det handla om exempelvis läkarnas rutiner vid sjukskrivning och arbetsmarknadsläget. Den andra delen handlar om sämre hälsa.

Vårdvalsnämnden anser att långsiktig utvecklingsplan för minskade sjukskrivningar väl beskriver vilka faktorer som kan ge befolkning och medarbetare bättre hälsa. Det handlar bland annat om socioekonomisk status samt andel av befolkningen med eftergymnasial utbildning.

Vårdvalsnämnden anser att även nedanstående punkter bör tydliggöras i planen:

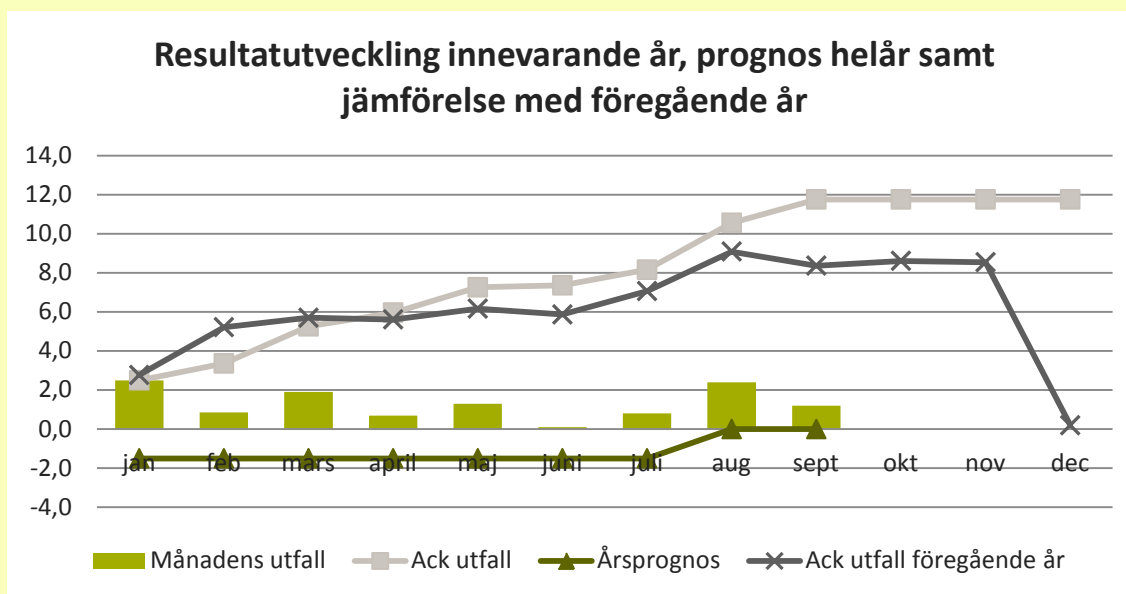
1. Analys av hur långsiktig utvecklingsplan för minskade sjukskrivningar kan påverka förfrågningsunderlagen för primärvård, fotvård och barntandvård. Här kan vårdvalsnämnden vara behjälplig.
2. Tydligare beskrivning av verksamma åtgärder för att komma till rätta med situationen. Det kan vara mycket tidskrävande, men långsiktig utvecklingsplan för minskade sjukskrivningar kan innehålla mer resonemang om hur lämpliga åtgärder ska identifieras och genomföras.
3. Tydlighet om vad Region Jämtland Härjedalen kan påverka bland de hälsofaktorer som redovisas och vilka delar som kan anses ligga utanför regionens inflytande. Ett sätt att göra den avvägningen är att analysera vad regionen kan påverka på kort och lång sikt. Det bör också tydligare ligga inom regionens inflytande att påverka situationen för de egna anställda.

David Berglund
Ordförande vårdvalsnämnden

Björn Eriksson
Regiondirektör

Månadsrapport september 2015

Centrum för Vårdvalsnämnden



Aktuell nettokostnadsutveckling: 1 % Utveckling jfm augusti 2015= 1% →

Vårdvalsnämndens verksamhet

Verksamhet

Vårdvalsnämnden är ny för 2015 och ansvarar för tre kostnadsställen, hälsovalet primärvård, privata vårdgivare och barntandvård, nödvändig/upsökande tandvård.

De aktiviteter som planerats inom hälsovalet ligger i fas men eftersom kostnaderna varierar över tid så uppstår det ibland skillnader mellan utfall och budget.

Ekonomi

Resultatet efter nio månader är 11,8 mkr. Detta beror på att vissa aktiviteter ännu ej fått utfall, medan intäkterna/regionbidraget är periodiserade lika över hela året.

Prognos: +-0 Mkr i september.

Personal

Ej aktuellt då det inte finns personal inom verksamheten.

Björn Eriksson

Regiondirektör tillika centrumchef

Ekonomiskt utfall 2015 jämfört med budget och föregående år

Centrum 27

RR-kod 10-80

RR	Ack utfall	Ack utfall fg år	Ack utf-Ack fg år Diff	Utf ack - Ack fg år%	Utfall fg år	Årsbudg	Årsprogn	Årsprogn- Årsbudg Diff
Landstingsbidrag	486 911	478 774	8 137	2	638 459	649 304	649 304	0
Summa Landstingsbidrag	486 911	478 774	8 137	2	638 459	649 304	649 304	0
Kommuner o landsting	750	797	-47	-6	1 229	0	0	0
Tjänster,material,varor	148	148	0	0	188	0	0	0
Bidrag	53 076	59 193	-6 117	-10	77 406	5 612	5 612	0
Övriga intäkter	2 618	-742	3 360	-453	599	0	0	0
Summa Intäkter	56 592	59 397	-2 805	-5	79 422	5 612	5 612	0
Länekostnader	-535	-1 227	692	-56	-1 594	0	0	0
Övr personalkostnader	-4	-391	387	-99	-579	0	0	0
Summa Personalkostnader	-539	-1 618	1 079	-67	-2 173	0	0	0
Köpt vård	-481 031	-477 405	-3 626	1	-645 673	-591 956	-591 956	0
Med diagnostik samt övr tjänst	-8 532	-8 456	-76	1	-10 996	-14 145	-14 145	0
Inhyrd personal	0	-2	2	-100	-2	0	0	0
Läkemedel	-9 531	-9 597	66	-1	-12 834	-15 343	-15 343	0
Övr verksamhetsnära kostn	-29 593	-29 202	-391	1	-41 130	-33 150	-33 150	0
Summa Verksamhetsnära kostnader	-528 687	-524 661	-4 026	1	-710 635	-654 594	-654 594	0
Lokaler,el,utrustning,rep	-258	-337	78	-23	-369	-22	-22	0
Transporter,resor	-1	0	-1	0	0	0	0	0
Sjukresor	-232	-198	-34	17	-264	-300	-300	0
Tjänsteresor, logi	-49	-65	15	-24	-208	0	0	0
Övrigt	-1 930	-2 920	990	-34	-4 029	0	0	0
Ohanterad obalans	0	0	0	0	0	0	0	0
Summa Övriga kostnader	-2 470	-3 520	1 049	-30	-4 870	-322	-322	0
Summa Kostnader	-531 696	-529 799	-1 897	0	-717 679	-654 916	-654 916	0
Summa Verksamhetens nettokostnad	-475 104	-470 403	-4 702	1	-638 257	-649 304	-649 304	0
RESULTAT	11 807	8 371	3 436	41	202	0	0	0

Utfall på resp kostnadsställe	Utf ack	Utf ack fg år	Senaste årsprognos
7037 Hälsoval kapitering	8,0	6,0	0
7055 Privata vårdgivare	1,9	1,2	0
7056 Beställartandvård	1,9	1,2	0
	11,8	8,4	0

De positiva resultat som finns för alla tre verksamheterna inom Vårdvalsnämnden per 30 september kommer att försvinna via slutreglering vid årets slut.

Kommentarer till ekonomiskt resultat

Redogör för avvikelser mot ack utfall föregående år

Ack utfall t o m september är 3,4 mkr bättre än motsvarande tid föregående år. Anledningen är fördröjning av utbetalning för vissa tjänster inom hälsovalet.

Redogör för årsprognosens avvikelse mot budget:

Prognos för helår kommer troligen att bli +/- 0 Mkr.

Budgeten är lagd med underfinansiering jämfört med de avtal och ambitioner som finns från föregående år motsvarande - 0,8 mkr för privata vårdgivare och -0,7 mkr inom beställartandvården

Nu när mer än halva året gått ser det ut som att den för låga budgetramen går att hantera under året genom att de privata aktörerna inte arbetar upp till taket i sina avtal och att beställartandvården ger överskott.

Orsaker till ändrad prognos jämfört med föregående månad:

Samma prognos som föregående månad

Status på beslutade åtgärder för budget i balans:

Behov av ytterligare åtgärder för att komma i budgetbalans:

Vårdvalsnämndens verksamhetsplan 2016

VERSION 1 2015-09-23

BESLUTAD AV: VÅRDVALSNÄMNDEN 2015-11-XX

DNR: RS/XXX

REGION
JÄMTLAND
HÄRJEDALEN



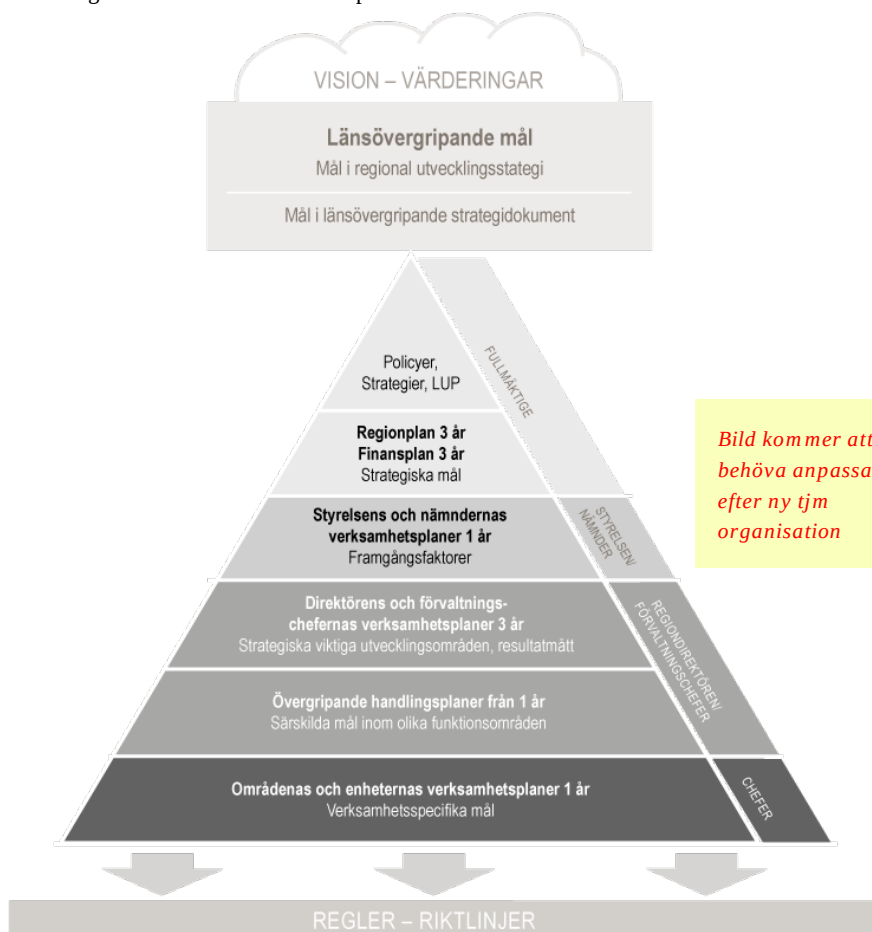
Vårdvalsnämndens verksamhetsplan

Regionfullmäktige har i sin regionplan beslutat om ett antal strategiska mål för perioden 2016-2018.

I Finansplan återfinns finansiella mål och ekonomiska ramar. Målen i de två planerna är det övergripande uppdraget från regionfullmäktige som regionstyrelsen och nämnderna ska verkställa i form av åtgärder och beslut.

I Vårdvalsnämndens verksamhetsplan finns för de strategiska mål som nämnden berörs av framgångsfaktorer i form av utvecklingsområden. Framgångsfaktorerna är en markering, formellt till regiondirektören, av vad nämnden bedömer vara viktiga utvecklingsområden att fokusera på i verksamhetsstyrningen det närmaste året för att verkställa det uppdrag och övergripande mål som fullmäktige har beslutat om. I nästa steg beslutar regiondirektören om strategiska utvecklingsområden och resultatmått i sin verksamhetsplan. Allt planerings- och uppföljningsarbete inom Region Jämtland Härjedalen, och därmed också målen, utgår från fyra områden: samhälle, patient, medarbetare och verksamhetsresultat.

Vårdvalsnämndens verksamhetsplan innehåller också en sammanträdesplanering med uppföljningsplan som visar vilka områden nämnden ska följa upp under året. De områden som ska följas upp har en koppling till utvecklingsområdena i verksamhetsplanen.



Innehåll

Uppdrag och planeringsförutsättningar .	4
Vårdval	5
Strategiska mål	8
Framgångsfaktorer i form av utvecklingsområden	9
Samhälle	10
Patient	12
Verksamhetsresultat.....	13
Budget 2016	14
Sammanträdesplan inklusive uppföljningsplan	16
Sammanträdesplanering och uppföljningsplan 2016.....	18

Uppdrag och planeringsförutsättningar

Vårdvalsnämnden ska tillsammans med regionstyrelsen, gentemot länets invånare, erbjuda de tjänster som omfattas av regionens ansvar för beställd vård inom hälso- och sjukvården och tandvården. Nämnden ska också se till att de vårdgivare som finns inom regionens vårdutbud gör detta på ett sådant sätt att medborgarnas vårdbehov tillgodoses på ett kvalitativt sätt.

Region Jämtland Härjedalen

Region Jämtland Härjedalens mest omfattande uppdrag utifrån ekonomi och antalet anställda är hälso- och sjukvård och tandvård. Regionen har också ett regionalt utvecklingsuppdrag som bland annat innebär ansvar för regionalt tillväxtarbete och transportinfrastruktur.

Uppdragen regleras till stora delar av lagstiftning, exempelvis Hälso- och sjukvårdslagen, Kommunallagen, Patientlagen och Tandvårdslagen.

Politisk styrning av hälso- och sjukvården

Inom Region Jämtland Härjedalen delas det övergripande ansvaret för Hälso- och sjukvården mellan Regionstyrelsen och Vårdvalsnämnden. Syftet med det är att stärka den politiska styrningen för hälso- och sjukvård genom att bland annat tydliggöra skillnaden mellan den som beställer vården och den som utför den. Det ger också en möjlighet att tydliggöra den politiska viljeriktningen för vårdvalen samt annan beställd vård och skapa en god vård för alla invånare i hela länet på samma villkor. Genom att dela ansvaret mellan två politiska organ blir det också enklare att regionen som finansierar av tjänsterna som omfattas av valfrihet iakttaga konkurrensneutralitet enligt de grundläggande EG-rättsliga principerna.

Vad gäller beställd vård har en uppdelning gjorts mellan vårdvalsnämnden och regionstyrelsen som innebär att vårdvalsnämnden ansvarar för de avtal som upphandlas utifrån Lagen om valfrihetssystem, lagen om läkarvård ersättning, lagen om ersättning för fysioterapi samt för reformerat tandvårdsstöd medan regionstyrelsen ansvarar för de avtal som upphandlas utifrån Lagen om offentlig upphandling.

Utgångspunkten för både styrelsen och vårdvalsnämnden är befolkningens behov, med

beaktande av de ekonomiska ramar och de mål som regionfullmäktige fastställt.

Vårdvalsnämndens uppgifter

Enligt nämndens reglemente är nämndens uppgifter:

- Leda hälso- och sjukvården inom regionen enligt 10 § hälso- och sjukvårdslagen vad avser beställning av hälso- och sjukvård enligt valfrihetssystem för primärvård eller annan vård och frågor som rör lagen om läkarvård ersättning och lagen om ersättning för fysioterapi.
- leda tandvården inom regionen enligt 11 § tandvårdslagen vad avser beställning av barn- och ungdomstandvård enligt valfrihetssystem för barn- och ungdomstandvård och tandvård enligt 8a § tandvårdslagen,
- bereda ärenden som ska handläggas av fullmäktige inom sitt verksamhetsområde
- verkställa fullmäktiges beslut inom nämndens ansvarsområde, i övrigt fullgöra de uppdrag som fullmäktige har lämnat över till nämnden.

Utmaningar enligt planeringsförutsättningarna

- Utveckla Hälsovalet och övriga vårdval så att de motsvarar befolkningens behov
- Fokus på åtgärder som syftar mot att nå en ekonomi i balans och god ekonomisk hushållning. Detta arbete är helt nödvändigt för att regionen ska undvika att hamna i situationen att via lån behöva finansiera löpande drift.

Vårdval

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 valfrihetssystem (LOV); Hälsoval Region Jämtland Härjedalen (primärvård), Vårdval inom medicinsk fotvård och Vårdval inom barn- och ungdomstandvård. Det finns också ett antal privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster/fysioterapeuter inom regionens vårdutbud enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning (LOL) eller lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi (LOF).

Lagstiftning

Lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) utgör grunden för vad som gäller för vårdvalssystem. LOV omfattar all socialtjänst, inklusive insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS samt hälso- och sjukvård. Lagen ger verktyg för att informera tänkbara leverantörer om möjligheten att leverera välfärdstjänster inom dessa områden och för hur det går till att pröva om en leverantör ska godkännas. Lagen bygger på grundläggande EG-rättsliga principer som ger god jordmån för konkurrens: icke-diskriminering, öppenhet och proportionalitet.

Valfrihetssystem enligt LOV är ett alternativ till lagen (2007:1091) om offentlig upphandling (LOU).

De båda lagarna är i många delar lika. Formellt krävs för båda annonsering, att anbud kommer in, att det finns någon form av kvalificeringsfas, att ett avtal skrivs och möjlighet till överprövning. Men LOV kräver dessutom löpande annonsering, att alla anbudsgivare som uppfyller kraven ska antas, att ersättningen följer medborgarens, brukarens och patientens val, att kommunen, landstinget eller regionen ger information till medborgarna för att möjliggöra ett medvetet val och att ett i förväg bestämt ickevalsalternativ ska finnas. Enligt LOV går det heller inte att begränsa antalet deltagare eller göra en geografisk avgränsning.

Lagen (1985:125) om tandvård innehåller bland annat mål och krav som tandvården ska uppfylla.

Lagen (1993: 1651) om läkarvårdsersättning (LOL) innehåller bestämmelser om vissa offentliga ersättningar till läkare i privat verksamhet i primärvården och den öppna hälso- och sjukvården i övrigt och om patientavgifter i samband därmed (läkarvårdsersättning).

Lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi (LOF) innehåller bestämmelser om vissa offentliga ersättningar till fysioterapeuter i privat verksamhet i den öppna hälso- och sjukvården och om patientavgifter i samband därmed (fysioterapiersättning).

Patientlag (2014:821) innehåller bestämmelser om tillgänglighet, information, samtycke, delaktighet, fast vårdkontakt och individuell planering, val av behandlingsalternativ och hjälpmedel, ny medicinsk bedömning, val av utförare, personuppgifter och intyg och synpunkter, klagomål och patientsäkerhet.

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) reglerar landstingens skyldighet att inrätta ett vårdvalssystem inom primärvården.

Kommunallagen (1991:900) reglerar fullmäktiges skyldighet att kontrollera och följa upp den verksamhet som överlämnats till en privat utförare. Den innehåller också bestämmelser om att genom avtalet tillförsäkra sig information som gör det möjligt att ge

allmänheten insyn i den verksamhet som lämnas över.

Hälsoval Region Jämtland Härjedalen

Region Jämtland Härjedalens vårdval inom primärvården går under namnet Hälsöval Region Jämtland Härjedalen.

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen blev det 2010 obligatoriskt att införa vårdval i primärvård i enlighet med lagen om valfrihetssystem (LOV). Då infördes Hälsöval Jämtlands län (som det kallades innan regionbildningen) med ett samlat åtagande för invånarnas behov av primärvård i länet. Genom det individuella valet av utförare följer en ersättning till vårdgivaren.

Regionen är som sjukvårdshuvudman ansvarigt för att gentemot länets invånare tillhandahålla de tjänster som omfattas av Hälsöval Region Jämtland Härjedalen. Regionen är vidare ansvarig för att tillse att den vårdgivare som åtar sig att för regionens räkning ge vård inom Hälsöval Region Jämtland Härjedalen gör detta på ett sådant sätt att befolkningens vårdbehov tillgodoses på medicinskt kvalitativt bästa sätt.

Syftet är att primärvården ska fortsätta att utvecklas som basen för hälso- och sjukvården i länet. Primärvården ska tillgodose vården för dem som har behov av en nära och frekvent kontakt med hälso- och sjukvården. Patienterna ska erbjudas en god och säker vård med hög tillgänglighet så att de känner trygghet och har förtroende för vården.

Alla som ansöker, och uppfyller de krav som regionen ställer, kan få starta en hälsocentral i länet.

Befolkningens behov av hälso- och sjukvård ska tillgodoses inom ramen för följande verksamheter:

- Mottagningsverksamhet för såväl akut som planerad utredning, vård och behandling
- Rehabilitering
- Psykosocial verksamhet
- Läkarinsatser inom den kommunala hälso- och sjukvården

- Rådgivning
- Jour och beredskap
- Mödrahälsovård
- Barnhälsovård
- Medicinsk service
- Hälsofrämjande- och sjukdomsförebyggande insatser
- Smittskydd och vårdhygien
- Utbildningsansvar

2015 var följande vårdgivare anslutna inom hälsovalet:

- *Regiondriven primärvård* -18 godkända värdenheter med 13 filialmottagningar.
- *Aktiebolag* - Nya Närvården AB i Hoting med filialer i Strömsund och Hammerdal.
- *Ekonomisk förening* - Offerdals hälsocentral och Fjällhälsan Hede med filial i Vemdalen.
- *Gemensam nämnd* - Närvård Frostviken.

Varje månad byter eller väljer i snitt mellan 250-350 kvinnor och män aktivt en hälsocentral. Läkarkontinuitet och flytt inom länet är två anledningar, men det finns även andra orsaker som påverkar listningsströmmarna, till exempel arbetspendling.

Vårdval Barntandvård

I Jämtland och Härjedalen har alla barn och ungdomar som är i åldrarna 3-19 år, och folkbokförda i Jämtland och Härjedalen, rätt att välja vilken tandvårdsmottagning som ska utföra tandvården. Det fria vårdvalet gäller både hos regionens folktandvårdskliniker och de privata tandvårdsmottagningar i Jämtland och Härjedalen som har tecknat avtal med Jämtlands läns landsting - Region Jämtland Härjedalen.

Jämtlands läns landsting hade under 2015 tecknat avtal med Folktandvården och med 26 privata tandläkare.

Vårdval medicinsk fotvård

Jämtlands läns landsting införde den 1 januari 2013 vårdval inom medicinsk fotvård. Det betyder att patienter med remiss har möjlighet att välja fotvård hos vårdgivare som har avtal

med Region Jämtland Härjedalen. Patienter med diabetes, reumatoid artit samt arteriell insufficiens i de nedre extremiteterna är enligt beslut i landstingsfullmäktige aktuella för subventionerad fotvård.

Jämtlands läns landsting hade under 2015 tecknat avtal med 29 medicinska fotvårdare.

Övriga privata vårdgivare med ersättning från Region Jämtland Härjedalen

Det finns också ett antal privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster/fysioterapeuter inom regionens vårdutbud enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning (LOL) eller lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi (LOF). Lagarna kräver att det finns ett samverkansavtal med Region Jämtland Härjedalen. Det finns också privata läkare och sjukgymnaster som har rätt till ersättning enligt den nationella taxan utan att ha ingått något samverkansavtal.

Inom Jämtlands län finns idag 28 sjukgymnaster/fysioterapeuter med avtal enligt LOF och två läkare enligt LOL.

Region Jämtland Härjedalen har också upphandlat viss hälso- och sjukvård enligt lagen om offentlig upphandling (LOU) och har avtal inom: ortopedi, gynekologi,

idrottsmedicin och naprapater. Dessa upphandlingar och avtal ansvarar regionstyrelsen för.

Reformerat tandvårdsstöd

Vårdvalsnämnden ansvarar också för det reformerade tandvårdsstödet till äldre och funktionshindrade samt för de som har stora behov av tandvård på grund av sjukdom eller funktionsnedsättning. Vilket bland annat innebär att patienten betalar samma patientavgifter för tandvård som för övrig vård.

Strategiska mål

Regionfullmäktige har i regionplanen 2016-2018 beslutat om 28 strategiska mål inom områdena Patient, Medarbetare, Samhälle och Verksamhetsresultat. Det är de målen som regionstyrelsen och nämnderna har i uppgift att verkställa.

Samhälle

- Stimulera innovativa och framtidsinriktade idéer som utvecklar miljöteknik, miljödriven näringslivsutveckling och cirkulär ekonomi.
- God beredskap och snabb hantering att möta företag och ge besked om stöd.
- Infrastrukturstrategi för förnyelsebara fordonsbränslen.
- Samordna och utveckla arbetet för en bra infrastruktur kring vägar, järnvägar och flyg.
- Bidra till digital infrastruktur, som skapar förutsättning för utvecklade digitala tjänster och arbetsmetoder i hela regionen.
- En demokratisk region präglad av insyn och delaktighet
- Utveckla kulturens roll för hälsa, delaktighet, inflytande och personlig utveckling.
- Följa upp intentionerna i integrationsstrategin för länet.
- Aktivt verka för jämlikhet och jämställdhet i alla samhällssektorer.
- Förbättrad psykisk hälsa.
- Hälsofrämjande och trygghetsskapande levnadsvillkor.
- Samordna det regionala utvecklingsarbetets olika delar och aktörer för positiv påverkan av det demografiska utvecklingen i hela regionen.

Patient

- Vård efter behov och hälsofrämjande arbete
- Minska ojämlikheten i hälsa genom jämlik och jämställd hälso- och sjukvård
- Den vård som är möjlig ska ges i hemmet eller så nära hemmet som möjligt

- Skapa en sammanhållen barn- elev- och ungdomshälsa
- God kvalitet, bra bemötande, anpassad kommunikation och begriplig information på patientens villkor
- Ökat patientinflytande och delaktighet individuellt och genom brukarråd
- Stärk utsatta grupper i mötet med vården

Medarbetare

- Attraktiv arbetsgivare till kompetenta medarbetare med ett tydligt uppdrag
- En arbetsmiljö som stimulerar och premierar kreativitet, innovation, forskning och lärande
- Hälsofrämjande arbetsmiljö
- Kompetensutveckling och karriärvägar för anställd personal
- En kompetensförsörjning som understödjer omställning till framtidens behov
- Alla arbetsplatser ska ha ett aktivt jämlik- och jämställdhetsarbete

Verksamhetsresultat

- God ekonomisk hushållning med solidarisk fördelning där resurserna fördelas jämlikt och jämställt
- Långsiktigt hållbar verksamhet utifrån socialt, miljömässigt och ekonomiskt perspektiv
- Effektiva processer

Framgångsfaktorer i form av utvecklingsområden

I det här avsnittet redovisas framgångsfaktorer i form av utvecklingsområde för 2016. Utvecklingsområdena utgår från de strategiska mål som regionfullmäktige har fastställt i regionplanen och finansplanen för 2016-2018. De markerar de områden som vårdvalsnämnden bedömer vara viktiga utvecklingsområden att fokusera på i styrningen för att verkställa det uppdrag och övergripande strategiska målen som fullmäktige har beslutat om. Vårdvalsnämnden har inte fastställt några framgångsfaktorer inom område medarbetare eftersom nämnden inte har någon egen förvaltning eller egen personal. Eventuella utvecklingsområden för vårdgivarnas arbetsmiljö med mera inryms inom område samhälle och verksamhetsresultat.

Område Samhälle ska spegla befolkningsaspekter där regionen kan bidra.

Här samlas mål:

- ✓ 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

Samhälle

Strategiska mål inom området samhälle

- Stimulera innovativa och framtidsinriktade idéer som utvecklar miljöteknik, miljödriven näringslivsutveckling och cirkulär ekonomi.
- God beredskap och snabb hantering att möta företag och ge besked om stöd.
- Infrastrukturstrategi för förnyelsebara fordonsbränslen.
- Samordna och utveckla arbetet för en bra infrastruktur kring vägar, järnvägar och flyg.
- Bidra till digital infrastruktur, som skapar förutsättning för utvecklade digitala tjänster och arbetsmetoder i hela regionen.
- **En demokratisk region präglad av insyn och delaktighet**
- Utveckla kulturens roll för hälsa, delaktighet, inflytande och personlig utveckling.
- Följa upp intentionerna i integrationsstrategin för länet.
- **Aktivt verka för jämlikhet och jämställdhet i alla samhällssektorer.**
- **Förbättrad psykisk hälsa.¹**
- **Hälsofrämjande och trygghetsskapande levnadsvillkor.¹**
- Samordna det regionala utvecklingsarbetets olika delar och aktörer för positiv påverkan av den demografiska utvecklingen i hela regionen.

¹⁾ Ur mål för gemensam hälso- och sjukvårdspolitik 2014-2025

Ovanstående strategiska mål kommer att verkställas både av Regionstyrelsen, Vårdvalsnämnden och Regionala utvecklingsnämnden. Vårdvalsnämndens huvudsakliga fokus ligger på de strategiska mål (fet stil ovan) som har en koppling till områdena hälso- och sjukvård, tandvård och folkhälsa samt till övergripande ansvarsområden inom styrelsens uppdrag. Nedan redovisas framgångsfaktorer i form av utvecklingsområden. De anger vad vårdvalsnämnden ska fokusera på 2016 för att de strategiska målen inom område samhälle ska uppnås.

Vårdvalen ska utformas så att länets medborgare kan göra aktiva och medvetna val

Utvecklingsområden att fokusera på 2016:

- Ge information om vårdvalen till medborgarna på olika sätt så att de blir mer kända
- Följa det nationella arbetet med konsekvenser av nya patientlagen vad gäller listningsregler med mera, och så snart lösningar finns införa

det i Region Jämtland Härjedalen

- Inför regionfullmäktiges sammanträde i juni utarbeta ett förfrågningsunderlag för hälsoval, barn- och ungdomstandvård och medicinsk fotvård 2017 med utgångspunkt från strategiska mål i regionplanen.

Vårdvalssystemen ska främja utveckling av länets näringsliv inom hälso- och sjukvårdssektorn

Utvecklingsområden att fokusera på 2016:

- Följa utvecklingen för vårdgivarna i gränstrakter och turistorter kring hur de arbetar för att bli attraktiva för utomlänspatienter.

Arbeta för jämlik tandhälsa i länet och tillgodose särskilt utsattas behov av tandvård t ex bedömningstandvård och nödvändig tandvård

Utvecklingsområden att fokusera på 2016:

- Öka kunskapen hos länets medborgare om det reformerade tandvårdsstödet

Följa nationell utveckling

- I regeringens budgetpropositionen hösten 2015 finns fler förslag som Vårdvalsnämnden behöver beakta resultatet av både för 2016 och kommande år.

Området patient ska fånga patienternas uppfattning om och medicinska resultat av given vård.

Här samlas mål:

- ✓ Där patienter själva värderar vården.
- ✓ Med fokus på 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.

Patient

Strategiska mål inom området patient:

- Vård efter behov och hälsofrämjande arbete
- Minska ojämlikheten i hälsa genom jämlik och jämställd hälso- och sjukvård
- Den vård som är möjlig ska ges i hemmet eller så nära hemmet som möjligt
- Skapa en sammanhållen barn- elev- och ungdomshälsa
- God kvalitet, bra bemötande, anpassad kommunikation och begriplig information på patientens villkor
- Ökat patientinflytande och delaktighet individuellt och genom brukarråd
- Stärk utsatta grupper i mötet med vården

Ovanstående strategiska mål kommer att verkställas både av Regionstyrelsen och av Vårdvalsnämnden. Nedan redovisas vilka **framgångsfaktorer** med viktiga utvecklingsområden som vårdvalsnämnden ska fokusera på 2016 för att de strategiska målen inom område patient ska verkställas.

Hälsovalet ska utformas så att primärvården blir likvärdig i hela Jämtland och Härjedalen med hög kvalitet så att ovanstående övergripande mål kan nås.

Utvecklingsområden att fokusera på 2016:

- Följa upp hälsovalet 2015
- Se över tilläggsuppdraget för folkhälsoinsatser inför 2017
- Se över uppdraget gällande distansoberoende teknik och e-hälsa
- Följa utvecklingen gällande standardiserade vårdförlopp

Vårdvalet för barntandvården ska utformas så att den blir likvärdig i hela länet och med hög kvalitet så att ovanstående övergripande mål kan nås.

Utvecklingsområden att fokusera på 2016:

- Följa upp vårdvalet 2015.

Den medicinska fotvården ska utmärkas av kvalitet, lättillgänglighet, kontinuitet, professionellt bemötande och god service

Utvecklingsområden att fokusera på 2016:

- Följa upp vårdvalet 2015.

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.

Här samlas :

- ✓ Mål för viktiga processer: Till exempel tillgänglighet till vård.
- ✓ Mål för finansiella utfall: Nettokostnadsutveckling.

Verksamhetsresultat

Strategiska mål inom området verksamhetsresultat:

- God ekonomisk hushållning med solidarisk fördelning där resurserna fördelas jämlikt och jämställt
- Långsiktigt hållbar verksamhet utifrån socialt, miljömässigt och ekonomiskt perspektiv
- Effektiva processer

Nedan redovisas vilka **framgångsfaktorer** med viktiga utvecklingsområden som regionstyrelsen ska fokusera på 2016 för att de strategiska målen inom område verksamhetsresultat ska verkställas.

De vårdval som regionen har ska vara tydliga och stödja utveckling av effektiva processer mellan olika vårdgivare och olika vårdhuvudmän.

Utvecklingsområden att fokusera på 2016:

- De vårdvalssystem som regionen har ska löpande följas upp och kraven och resultaten ska utvärderas.

Vårdvalssystemens ersättningsmodeller ska utformas så att de får en styrförmåga som leder till tillgänglig, likvärdig vård som arbetar aktivt med ständiga förbättringar, forskning, utveckling och innovationer.

Utvecklingsområden att fokusera på 2016:

- Med lärdom från Vinnova-projekt för utveckling av ersättningsmodeller analysera nuvarande ersättningsmodell för att se om behov av förändringar finns.
- Utveckla avtalsrelationen med folktandvården och länets kommuner när det gäller uppsökande tandvård och nödvändig tandvård.

Privata vårdgivare ska ges samma förutsättningar som regionens egna vårdgivare

Utvecklingsområden att fokusera på 2016:

- Utveckla relationen med utförarna.
- Följa upp hur "program med mål och riktlinjer för privata utförare" som tagits fram under 2015 fungerar.
- Granska 10 privata vårdgivare som arbetar enligt nationella taxan ur ett patientsäkerhets- och ekonomiskt perspektiv. Syftet är, dels att se om vårdgivaren lever upp till de krav som ställs i patientdatalagen, dels att se om regionen betalar ut rätt ersättning till vårdgivarna.

Budget 2016

Kommuner och landsting ska enligt 8 kap 4 § kommunallagen (1991:900) varje år upprätta en budget för nästkommande år. I det här avsnittet redovisas budget 2015 för Regionstyrelsens verksamhetsområden.

Budget 2016

Regionfullmäktige har i finansplan 2016-2018 beslutat om finansiella mål, ekonomiska ramar för verksamheten och en budget för Region Jämtland Härjedalen. Utifrån de ekonomiska ramar som fullmäktige beslutat om har regionstyrelsen och nämnderna i uppdrag att fördela dem till sina respektive verksamhetsområden i sina verksamhetsplaner

I finansplanen fastställs Vårdvalsnämnden till 646 400 000 kronor

Dessa fördelas så här:

Hälsoval 2016		Beställartandvård 2016	
Ersättning listad	248 175 000		
CNI	82 726 000	LOV barntandvård	29 542 400
Glesbygdsersättning	68 000 000	Tandvårdsstöd	12 042 240
Läkemedel	157 061 000	Tredje steget i tandvårdsförsäkringen	2 355 200
Momskompensation	1 228 000	Sjukresor	153 600
Fast ersättning	557 190 000	SUMMA	44 093 440
Särskilda boenden	8 945 000	Intäkt 6 % momsersättning	-420 000
Ers deltagande grp	1 000 000	TOTALT BESTÄLLARTANDVÅRD	43 673 440
Familjecentral	1 000 000		
Fortbildning mm	1 000 000		
Tilläggsers Folkhälsa	1 100 000	Privata vårdgivare 2016	
Ambulans Gäddede	4 824 000		
AT, obj 6711	4 704 000		
ST, obj 6713	15 778 000		
OH-kompensation	322 000	SUMMA	603 202
Tilläggsers	38 673 000		
Summa Hälsoval	595 863 000		
Lab o Rtg obj 6529	8 716 358		
Intäkt 6 % momsersättning	-2 456 000		
TOTALT Hälsovalet	602 123 358	TOTAL RAM VÅRDVALSNÄMNDEN	646 400 000

Sammanträdesplan inklusive uppföljningsplan

Vårdvalsnämndens sammanträdesplan inklusive uppföljningsplan omfattar de aktiviteter som tas upp på nämndens sammanträden under 2016. Uppföljningsplanen innehåller de uppföljningar som ska genomföras av nämndens ansvarsområde under 2016.

Utöver ordinarie uppföljning kompletteras uppföljningsplanen med en separat internkontrollplan. Syftet med intern kontroll är att säkra en effektiv förvaltning och att undgå allvarliga fel. En god intern kontroll ska bidra till att ändamålsenligheten stärks och att verksamheten med medborgarnas bästa för ögonen bedrivs effektivt och säkert.

Vårdvalsnämndens uppföljningsplan

Vårdvalsnämndens uppföljning sker i huvudsak genom månadsrapporter, delårsbokslut och årsbokslut samt genom särskilda redovisningar och informationer. Inför att de områden som finns med i vårdvalsnämndens uppföljningsplan ska redovisas finns särskilt utarbetade rutiner. Rutinerna innebär bland annat att en skriftlig rapport med tillhörande förslag ska lämnas till vårdvalsnämnden inför redovisningen.

Uppföljning 2016

Följande områden ska följas upp under 2016:

XXXX

Rutin för redovisning

Inför redovisning till regionstyrelsen om de områden som för 2016 ska följas upp upprättas en skriftlig rapport utifrån följande frågeställningar:

- Vad är syftet med genomfört arbete?
- Vad är resultatet av arbetet?
- Vilka åtgärder/förslag till beslut finns?

Inför arbetet upprättas ett ärende i Platina. En utsedd handläggare ansvarar för att upprätta rapporten och i samverkan med samordningskansliet utarbeta ett förslag till beslut. Under arbetet med den skriftliga rapporten och förslag till beslut görs nödvändiga avstämningar med exempelvis tjänstemannaledning.

Samordningskansliet samordnar arbetet med både uppsiktsplikten och uppföljningen.

Övriga informationer och avstämningar

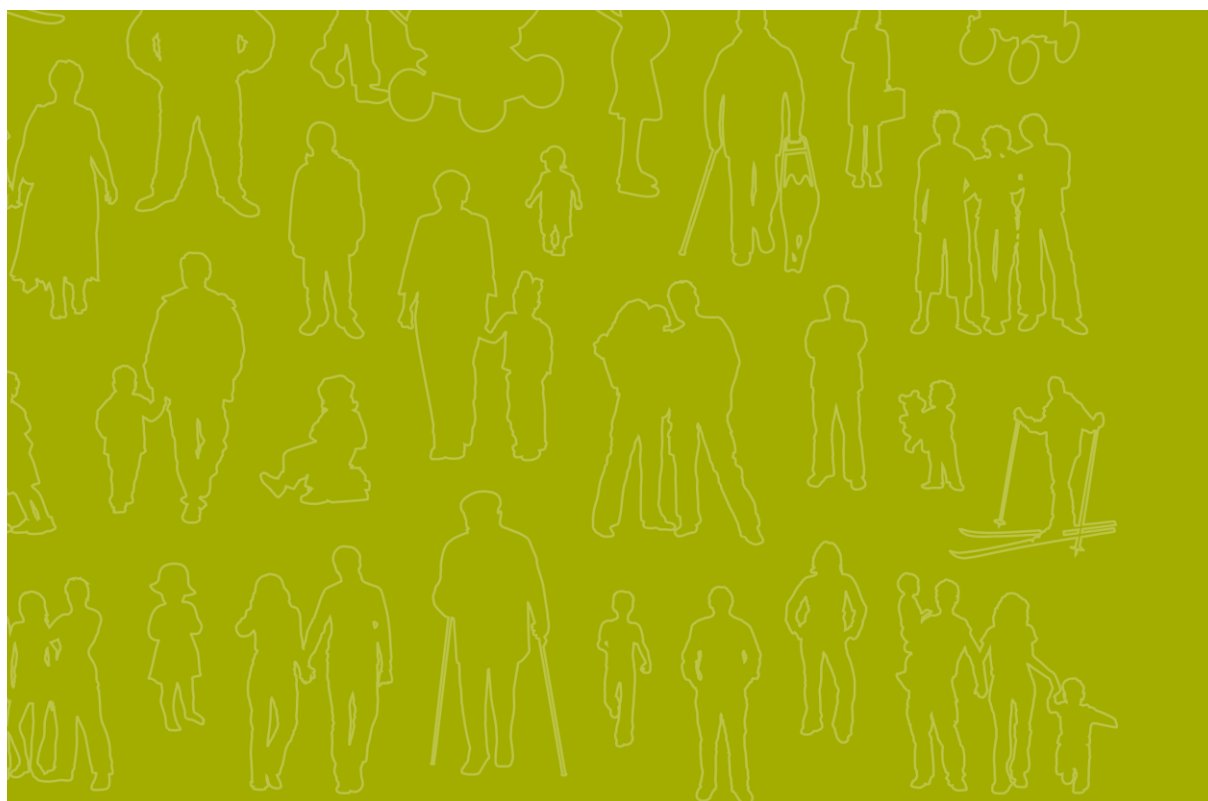
Övriga informationer och avstämningar redovisas till regionstyrelsen på valfritt sätt

Sammanträdesplanering och uppföljningsplan 2016

Från Monica 1/7....reviderat Ingela J 20151006

Ämnesområde	Föredragande tjänsteman	Datum
		Presidiummöte Kansliberedning 22/12 VVN 28/1 Styrelse 23-24/2 Fullmäktige 11-12/4
Diskussion - Planeringsförutsättningar att beakta vid utformning av förfrågningsunderlag	Beställarchef och Planeringschef	28 januari
Beslut - Årsbokslut nämnd prel - Ev delegationsbeslut		28 januari
		Presidiummöte Kansliberedning 3/2 VVN 3/3 Styrelse 26-27/4 Fullmäktige 14-15/6
Uppföljning - Uppföljning beställd primärvård - Uppföljning nationella taxan/ersättningsetablering - Månadsrapport hälsoval primärvård, privata vårdgivare, nödvändig – uppsökande tandvård och barntandvård	Projektledare beställarenheten Chef beställarenheten Chef beställarenheten	3 mars
Diskussion - Förfrågningsunderlag (Hälsoval, fotvård, barntandvård)		3 mars
Beslut - Årsbokslut hälsoval (till RF) - Uppföljning internkontrollplan? - Månadsrapport - Ev delegationsbeslut		3 mars
		Presidiummöte Kansliberedning 6/4 VVN 28/4 Styrelse 24-25/5 Fullmäktige 14-15/6
Uppföljning - Uppföljning beställd barntandvård - Uppföljning medicinsk fotvård - Nationella patientenkäten? - Resultat vårbarometern? - Månadsrapport hälsoval primärvård, privata vårdgivare, nödvändig – uppsökande tandvård och barntandvård	Projektledare beställarenheten Chef beställarenheten Projektledare beställarenheten Chef beställarenheten Chef beställarenheten	28 april
Diskussion		28 april
Beslut - Förfrågningsunderlag Hälsoval, fotvård, barntandvård (till RF) - Delårsbokslut (presidiet får i uppdrag att fastställa) - Underlag inför redovisning i styrelse hur nämnden fullgör sitt uppdrag utifrån styrelsens uppsiktsplikt - Uppföljning granskning privata vårdgivare? - Månadsrapport - Ev delegationsbeslut		28 april

		Presidie möte Kansliberedning 3/8 VVN 1/9 Styrelse 1-2/11 Fullmäktige 22-23/11
Uppföljning - Månadsrapport hälsoval primärvård, privata vårdgivare, nödvändig – uppsökande tandvård och barntandvård - Uppföljning av VVN:s verksamhetsplan 2016	Chef beställarenheten	1 september
Diskussion - Verksamhetsplan med uppföljningsplan 2017 - Dialog utförare - Pris årets hälsocentral 2015		1 september
Beslut - Ev hälsovalsärenden (ska till RF) - Internkontrollplan 2017 (inklusive uppföljning av 2016 års plan) - Delårsbokslut (presidiet får i uppdrag att fastställa) - Sammanträdesdatum 2017 - Uppföljning granskning privata vårdgivare? - Månadsrapport - Ev delegationsbeslut		1 september
		Presidie möte Kansliberedning 7/9 VVN 6/10 Styrelse 1-2/11 Fullmäktige 2016-02
Uppföljning - Månadsrapport hälsoval primärvård, privata vårdgivare, nödvändig – uppsökande tandvård och barntandvård	Chef beställarenheten	6 oktober
Diskussion - Utvärdering verksamhetsplan 2016 och diskussion om planeringsförutsättningar inför 2018		6 oktober
Beslut - Verksamhetsplan med uppföljningsplan 2017 - Ev rev förfrågningsunderlag - Inspel verksamheternas budget för 2017 till ekonomiutskottet - Månadsrapport - Ev delegationsbeslut		6 oktober
		Presidie möte Kansliberedning 7/9 VVN 10/11 Styrelse 2016-01 Fullmäktige 2016-04
Uppföljning - Månadsrapport hälsoval primärvård, privata vårdgivare, nödvändig – uppsökande tandvård och barntandvård	Chef beställarenheten	10 november
Diskussion		10 november
Beslut - Inspel till planeringsförutsättningar 2018 - Internkontrollplan 2017 (inkl uppföljning av 2016 års plan) - Månadsrapport - Ev delegationsbeslut		10 november



Planeringsförutsättningar 2016-2018

Planeringsförutsättningarna för 2016-2018 innehåller en beskrivning av kända faktorer som är viktiga att ta hänsyn till i i Region Jämtland Härjedalens planeringsarbete. Exempelvis aktuell statistik, förändringar i lagar, problemområden och nationella rapporter. Planeringsförutsättningarna innehåller också särskilda avsnitt från centrumen inom regionstyrelsens förvaltning och från och regionala utvecklingsförvaltningen om deras förutsättningar och framtidsbilder.



Innehåll

PLANERINGSFÖRUTSÄTTNINGAR 2016-2018.....	3	VERKSAMHETSRESULTAT	39
POLITISK ORGANISATION OCH STYRNING	4	REGIONSTYRELSENS FÖRVALTNING	41
STYRMODELL	6	Centrum primärvård	41
PLANERINGSPROCESS FÖR REGIONENS STYRDOKUMENT	9	Centrum opererande specialiteter	42
SAMHÄLLE	11	Centrum medicinska specialiteter	43
Det regionala utvecklingsuppdraget	12	Centrum barn, kvinna och psykiatri	44
Länets befolkningsutveckling och socioekonomi.....	14	Centrum diagnostik, teknik och service	47
Folkhälsa	17	Centrum folktandvård	48
Miljöarbetet.....	21	FÖRVALTNINGEN FÖR REGIONAL UTVECKLING	49
Inspel från fullmäktigeberedningar utifrån genomförda medborgardialoger.....	23	EKONOMI	53
PATIENT	25	Skatteintäkter, utjämningsbidrag samt specialdestinerade statsbidrag	54
Hälso- och sjukvården	26	BILAGOR.....	57
Patientnämndens ärenden	31	Bilaga 1: Policyer och andra fastställda styrdokument	58
Vårdval och privata vårdgivare.....	32	Bilaga 2: Bild från RUSen över vision, prioriteringar och mål	61
Tandvård	33	Bilaga 3: Befolkningsutveckling mm fördelat på länet och kommunerna	62
MEDARBETARE	34	Bilaga 4: Öppna jämförelser i överblick	66
Attraktiv arbetsgivare	35		
Forskning, utveckling och utbildning.....	38		

Planeringsförutsättningar 2016-2018

Planeringsförutsättningarna för åren 2016-2018 ger underlag för regionens övergripande mål som ska fastställas i regionplanen och i regionstyrelsens och nämndernas verksamhetsplaner. De är också utgångspunkter för mål och resultatmål 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. Faktorena 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 2015-2017).

Planeringsförutsättningarna är starten på arbetet med regionplan 2016-2018 som kommer att pågå under våren 2015. Under våren kommer ytterligare dokument som är av vikt för det arbetet att utarbetas. Till exempel årsredovisning, personalbokslut, analyser av öppna jämförelserna som summerar 2014 och en analys av lärdomar utifrån de mål, handlingsplaner och aktiviteter som prioriterats.

Frågeställningar som beaktas

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

- Hur verkligheten ser ut just nu, till exempel utifrån statistik.
- Rapport, 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 som finns beskrivna

Inledningsvis redovisas följande områden:

- **Politisk organisation och styrning**
- **Styrmodell**
- **Planeringsprocess för regionens styrdokument**

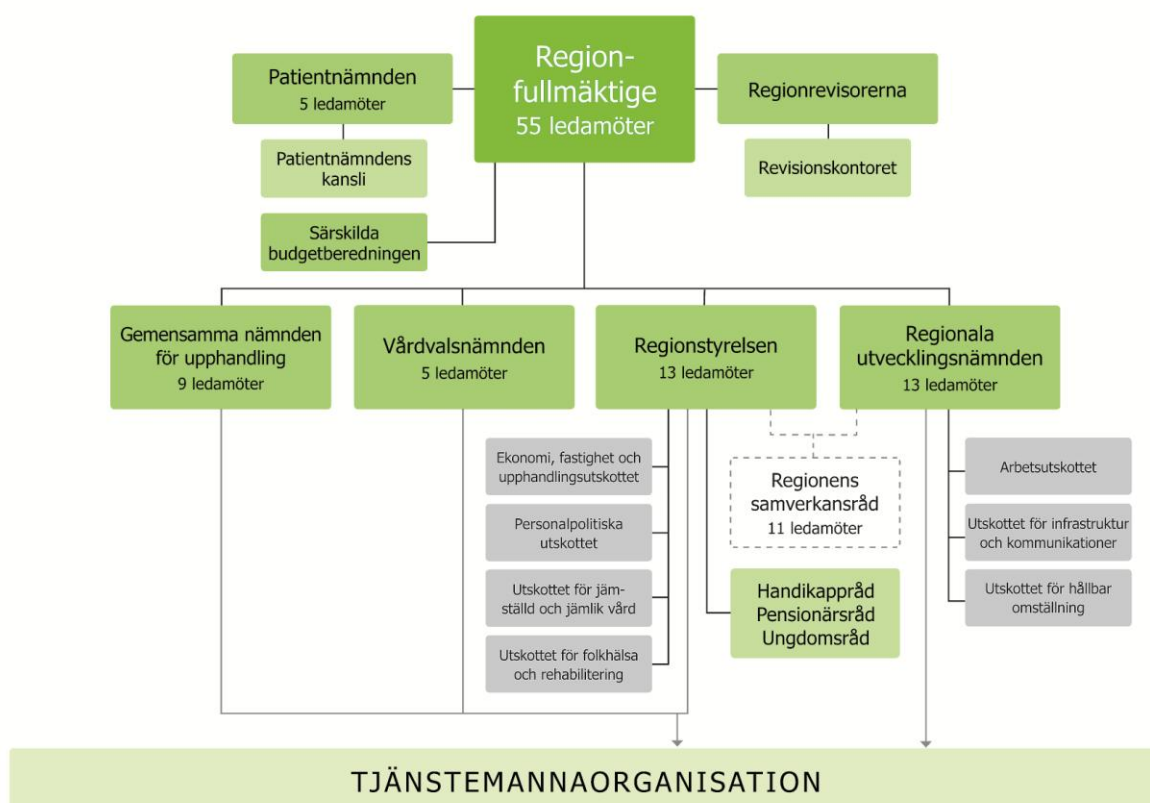
Därefter redovisas områden kopplade till *Samhälle, Patient, Medarbetare* och *Verksamhetsresultat*. Det är de fyra målområdena som allt planerings- och uppföljningsarbete inom Region Jämtland Härjedalen utgår från.

- **Samhälle**
 - Det regionala utvecklingsuppdraget
 - Länets befolkningsutveckling och socioekonomi
 - Folkhälsa
 - Miljö
 - Inspel från fullmäktiges beredningar
- **Patient**
 - Hälso- och sjukvård
 - Patientnämndens ärenden
 - Vårdval och privata vårdgivare
 - Tandvård
- **Medarbetare**
 - Attraktiv arbetsgivare
 - Forskning, utveckling och utbildning
- **Verksamhetsresultat**
 - Centrumens verksamhet och framtidsbilder
 - Regional utvecklingsförvaltningens verksamhet och framtidsbilder
 - Ekonomi

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 januari 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. Styrelsens uppgifter är bland annat att leda hälso- och sjukvården och tandvården (utom det som är vårdvalnämndens ansvar) samt att arbeta med frågor om folkhälsa, jämställdhet och mångfald, forskning och utveckling och utbildningsfrågor.

Vårdvalsnämnden utför beställning av hälso- och sjukvård och tandvård. Nämnden har också hand om frågor som rör det reformerade tandvårdsstödet, lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för fysioterapi.

Regionala utvecklingsnämnden har hand om de regionala utvecklingsfrågorna i samverkan med hela länet, det statliga tillväxtuppdraget och fungerar som regional kollektivtrafikmyndighet.

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 utvecklingsnämndens 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.

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

Fastställs av regiondirektören men anmäls till regionstyrelsen och vårdvalsnämnden. Innehåller strategiskt viktiga utvecklingsområden i form av mål och resultatmätt avseende regionstyrelsens och vårdvalsnämndens verksamhetsområden. Planen konkretiserar styrelsens och vårdvalsnämndens framgångsfaktorer med avsikt att driva på och följa utvecklingen. Planen gäller i tre år men revideras varje år.

Verksamhetsplan för förvaltningschefer för nämndernas förvaltningar

Fastställs av respektive förvaltningschef men anmäls till berörd nämnd och gäller för tre år. Innehåller strategiskt viktiga utvecklingsområden i form av mål och resultatmätt för respektive förvaltning. Planen konkretiserar respektive nämnds framgångsfaktorer med avsikt att driva på och följa utvecklingen. Revideras varje år.

Övergripande handlingsplaner

Upprättas inom områden som är i särskilt fokus (exempelvis jämlik och jämställd verksamhet, miljö, tillgänglighet). De beskriver vad som ska göras kopplat till mål i de politiskt fastställda verksamhetsplanerna samt till lagstiftning, nationella riktlinjer och andra överenskommelser. Planerna har olika löptider, från ett till flera år. Vilka handlingsplaner som ska finnas framgår av regiondirektörens verksamhetsplan.

Verksamhetsplaner för centrumen inom regionstyrelsens förvaltning och för områden inom regionala utvecklingsnämndens förvaltning

Fastställs av regiondirektör respektive förvaltningschef. Planerna ska innehålla verksamhetsspecifika mål för ett år med utgångspunkt från regiondirektörens verksamhetsplan (centrumens) eller

förvaltningschefens verksamhetsplan (områdena).

Verksamhetsplaner för områdena och enheterna inom regionstyrelsens förvaltning

Fastställs av närmast högre linjechef. Planerna ska innehålla verksamhetsspecifika mål för ett år med utgångspunkt från regiondirektörens och centrumens verksamhetsplaner samt från övergripande handlingsplaner.

Planeringsdokument

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

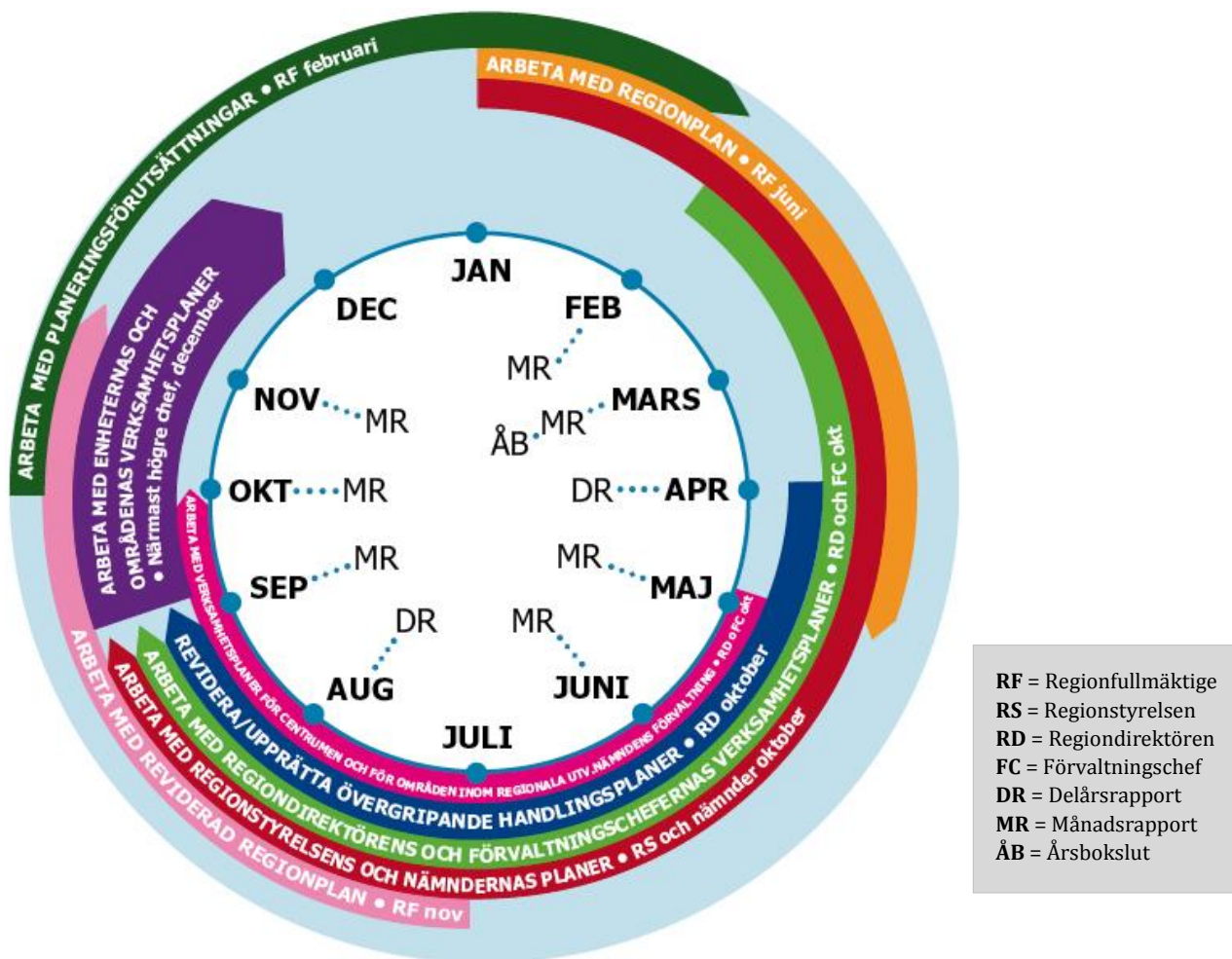
- Planeringsförutsättningar
- Övergripande politiska inspel och prioriteringar
- Inspel från centrumen och regionala utvecklingsförvaltningen
- Ekonomiska ramar
- Månadsrapporter om resultat och ekonomi och Årsredovisningar
- Uppföljningsplan med sammanträdesplanering för respektive styrelse och nämnd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

I bilaga 1 finns en sammanställning över regionens styrdokument

Planeringsprocess för regionens styrdokument

För att verkställa grundidén med styrmodellen om att det ska finnas en röd tråd från de övergripande målen till genomförande och uppföljning på verksamhetsnivå sker planeringsarbetet med de olika styrdokumenterna parallellt. Figuren nedan redogör för processen med att planera, besluta och följa upp styrdokumenterna. Figuren omfattar inte de länsövergripande styrdokumenterna.

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. På nästa sida ges en beskrivning av planeringsprocessens olika delar.

Planering och beslut

Länsövergripande styrdokument

Processen för hur de länsövergripande styrdokumenterna upprättas och följs upp ser olika ut beroende på vilket dokument det handlar om och vilken varaktighet dokumentet har. Gemensamt för samtliga dokument är att andra aktörer, exempelvis kommuner och näringsliv deltar i processen. I samband med revideringar och upprättande av länsövergripande styrdokument ska det i den mån det är möjligt göras avstämningar i pågående arbetsprocesser med övergripande styrdokument för Region Jämtland Härjedalens organisation.

Styrdokument för region Jämtland Härjedalen

Arbetet med att planerna och upprätta styrdokument för Region Jämtland Härjedalen verksamhetsplaner pågår under hela året och omfattar flera processer.

- ✔ Utskott och nämnder inkommer under hösten med sina inspel till verksamhetsplaner och dokumentet med planeringsföresattningar.
- ✔ Centrumen under regionstyrelsen inkommer under hösten med en skrivning om deras föresattningar och framtidsbilder inför nästkommande år.
- ✔ Arbete med vision, mål och ekonomiska ramar i regionplanen pågår i en politisk styrgrupp under perioden februari-maj. Den politiska styrgruppen består av ledamöter från den politiska majoriteten i regionstyrelsens och nämndernas presidium.
- ✔ Verksamhetsplaner för regionstyrelsen och nämnderna samt för

regiondirektören och förvaltningscheferna parallellplaneras med regionplanen och pågår under perioden februari till september. I arbetet med regiondirektörens verksamhetsplan involveras regionens verksamhetsstrategier. Det görs också ett arbete i ledningsgruppen för styrelsens och vårdvalsnämndens förvaltning.

- ✔ Centrumens verksamhetsplaner parallellplaneras med regiondirektörens verksamhetsplan och fastställs av Regiondirektören i november.
- ✔ Områden/enheternas verksamhetsplaner parallellplaneras med centrumens verksamhetsplaner och fastställs av respektive centrumchef i december.
- ✔ De övergripande handlingsplaner som upprättas för Region Jämtland Härjedalen fastställs av regiondirektören under oktober månad. Gällande handlingsplaner revideras under perioden maj till september och parallellplaneras med regiondirektörens verksamhetsplan.

Under 2015 kommer arbetsformerna inom styrmodellen med de olika planerings- och styrdokumenterna att utvecklas utifrån bildandet av Region Jämtland Härjedalen. Det behövs för att hitta former för samspelet mellan de olika nämnderna samt för att hitta samspelet mellan den politiska styrgruppen för regionplanen och tjänstemannastödet. Slutligen behövs det för att skapa en bra balans i beskrivningar och styrning av regionens alla olika verksamheter och uppdrag.

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. I avsnittet redovisas också de inspel inför planperioden 2016-2018 som fullmäktiges beredningar under 2014 inkommit med.

Det regionala utvecklingsuppdraget

Det statliga uppdraget för regional utveckling i Jämtlands län ligger från och med 2015 på Region Jämtland Härjedalen. Staten styr uppdraget via lagstiftning och årliga regleringsbrev. Att implementera den övergripande strategin i Europa 2020 är den utmaning regionen står inför. 2015 är det också uppstart för EU:s nya programperiod och implementeringen av flera viktiga styrdokument - däribland den nya regionala utvecklingsstrategin (RUS) "Jämtland Härjedalen 2030 Innovativt & Attraktivt".

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 prioriteringarna 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, Gaaltje sydsamiskt kulturcentrum, besöksnäringen, idrottsrörelsen och många fler.

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

RUSens prioriteringar

Jämtlands län gör prioriteringar inom områden där förutsättningarna är goda för ett hållbart och expanderande näringsliv med stor hänsyn tagen till resurseffektivitet, jämställdhet, mångfald, god folkhälsa och ungas möjligheter. Prioriteringarna har stor överensstämmelse med de fem övergripande prioriteringarna i Europa 2020 – en strategi för smart och hållbar tillväxt för alla. Prioriteringarna baseras på omvärldsanalyser, uppföljningar av regionala utvecklingsstrategin 2007-2013 samt inte minst en bred dialog i länet.

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

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



De sju prioriteringarna är:

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

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

Strategins genomförande

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

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

Region Jämtland Härjedalen behöver finnas med på alla de arenor, internationellt, nationellt, regionalt och lokalt, som kan påverka länets framtid. Många måste bidra i det arbetet och alla goda krafter som vill utveckla länet behövs. Under en tid har resurserna i form av skatteintäkter och statsbidrag minskat och behoven ökat i vårt län. Då blir det allt viktigare att med säkerhet veta att det är rätt prioriteringar som görs i det regionala utvecklingsarbetet. Länet ska vara en bra grogrund för nya och framtida yrken.

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

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

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

Region Jämtland Härjedalens ansvar

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

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

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

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 vad den får för konsekvenser 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

Den 1 november 2014 hade Jämtlands län 126 580 invånare. Det är en ökning med 258 personer jämfört med november 2013. Det är det andra året med ökning av invånare efter flera år med sjunkande invånartal. Analyser för helåret 2014 kan ännu inte göras, men i bilaga 3 finns analyser efter första halvåret 2014. Den analysen visar att länet senaste års ökning helt beror på inflytt av utrikesfödda (till exempel asylsökande som fått utfärdade uppehållstillstånd).

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

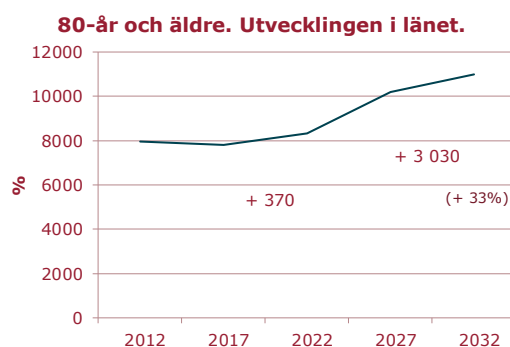
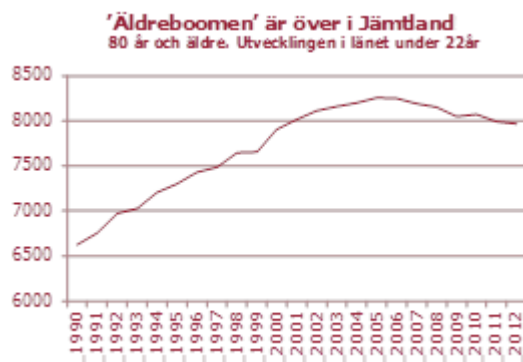
Sammantaget för länet är det uppenbart att ett mycket aktivt arbete med mångkulturellt inkluderande och mottagligare arbetsmarknad samt attityd och välkomnande är centralt för att länet inte ska fortsätta att minska antalet invånare. Att få så många som möjligt av de personer som nu håller uppe siffrorna, det vill säga inflyttade utrikesfödda, 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. 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.

I åldersgruppen 25-69 år sker en stor minskning med 8 000 invånare. 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 %.

I bilaga 3 finns också ytterligare statistik om läget i länets befolkning som redovisar andel öppet arbetslösa, ohälsotal, medelinkomst, andel med eftergymnasial utbildning och barn i ekonomiskt utsatta hushåll.

Diagrammen nedan visar att andelen personer som är 80 år och äldre kommer att vara oförändrad under de närmaste åren, men öka igen från och med år 2025.



Socioekonomi

Som socioekonomisk faktor används bland annat CNI (Care Need Index) som en del vid beräkning av ersättning till hälsocentraler. CNI visar sjukdomsbördan vid olika hälsocentraler och används i ersättningssystemet med syfte att utjämna sjukdomsbördan. Högt CNI i en population indikerar socialt utsatthet och berättigar till mer primärvårdsresurser.

De variabler som används är :

- ålder över 65 år och ensamboende,
- ålder yngre än 5 år,
- ensamstående föräldrar med barn till och med 17 år,
- lågutbildade 25 - 64 år,
- arbetslösa eller i åtgärder 16 - 64 år,
- personer födda i Öst- och Sydeuropa (ej EU), Afrika, Asien eller Latinamerika, personer 1 år eller äldre som flyttade in i området.

Socioekonomi

Hälsocentral	CNI>1,0 (mer belastning än genomsnittet)	Hälsocentral	CNI < 1,0 (mindre belastning än genomsnittet)
Z-gränd	1,186	Odensala	0,995
Strömsund	1,163	Brunflo	0,993
Hammarstrand	1,130	Kälarne	0,961
Backe	1,112	Lugnvik	0,953
Bräcke	1,111	Gäddede	0,940
Sveg	1,106	Frösön	0,921
Järpen	1,108	Föllinge	0,916
Nya Närvården	1,107	Funäsdalen	0,877
Svenstavik	1,066	Myrviken	0,873
Stugun	1,018	Lit	0,864
Fjällhälsan	1,007	Offerdal	0,855
		Hallen	0,845
		Krokom	0,835
		Åre	0,831

Genomsnittet i länet för den socioekonomiska tyngden är 1,0, det vill säga det som Brunflo, Odensala och Fjällhälsan har. Z-gränd har 18% svårare socioekonomiskt läge än länsgenomsnittet. Åre och Krokom har en befolkning med 17 % bättre socioekonomiskt läge.

Besöksnäringen

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 besökslänen i landet.

Inom hälso- och sjukvården är det främst akutsjukvården och primärvården som behöver beakta den ökande turismen i länet.

Flyktingar i länet och integration

I december 2011 tecknades en regional överenskommelse om mottagning och etablering av nyanlända kvinnor och män, flickor och pojkar. Under 2014 har Regionförbundet utarbetat en strategi för ökad inflyttning och förbättrad integration 2014-2020 som varit ute på remiss under hösten. Den kommer att beslutas av regionfullmäktige under 2015.

Kvotflyktingar och asylsökande i Jämtlands län 1 oktober 2014

Kommun	Kvot-flyktingar	Anknytnings-invandring	Asyl-sökande	Ensam-kommande	Totalt
Berg	39	16	123	9	187
Bräcke	24	6	41	11	82
Härjedalen	26	3	244	7	280
Krokom	35	4	230	11	280
Ragunda	18	2	52	10	82
Strömsund	49	10	183	7	249
Åre	49	1	175	11	236
Östersund	166	52	370	12	600
Summa	406	94	1418	78	1996
Jmf per 131231	(292)	(121)	(785)	(43)	(1241)

Utifrån beskrivningen av befolkningsutvecklingen är regionens utmaning de närmsta åren:

- Förutom att ge bra hälso- och sjukvård till länets befolkning också 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

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. Andra viktiga planeringsunderlag är de undersökningar om människors hälsa som genomförts i länet.

Folkhälsopolicy och folkhälsostrategi

Visionen i den antagna folkhälsopolicy 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. Det framgår bland annat av den folkhälsoundersökning "Hälsa på lika villkor" som genomfördes under 2014.

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. Syftet med strategin är att synliggöra skillnaderna i hälsa och arbeta för att åtgärda dem. Det ska på sikt också bidra till en bättre hälsa för hela länets befolkning. En nödvändig förutsättning är att skapa en struktur för systematiska förbättringar inom folkhälsoarbetet avseende planering, genomförande av aktiviteter, utvärdering med analys och förbättringar.

Utifrån regionbildningen behöver omtag tas för att implementera strategin i en ny organisation. Uppdraget till regionens verksamheter är att

tillsammans bidra till förbättringar inom ovan nämnda utvecklingsområden. Folkhälsostrategin 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

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

Resultat från 2014 års undersökning visar bland annat följande:

- Hälsan är 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.

Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser

Det finns goda vetenskapliga belägg för att hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser i hälso- och sjukvården är effektiva för att förbättra folkhälsan (Statens folkhälsoinstitut 2011). Små förbättringar i folkhälsan kan bidra till stora samhällsekonomiska besparingar. Det visar exempelvis studien "Ekonomiska besparingar i landstingen genom mera hälsosamma levnadsvanor" som upprättats av Annika Johansson vid Mittuniversitetet och rapporter från Folkhälsomyndigheten¹. 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 kommer vara nödvändigt framgent.

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 kvinnor². 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. Även den undersökningen visar att barn och ungas psykiska

hälsa försämrats över tid. Psykosomatiska besvär bland flickor såsom stress och stress kopplat till skolarbetet är särskilt tydligt. Nätverket för föräldrastöd i länet samordnas av Folkhälsocentrum³ och syftar till att bidra till trygga uppväxtvillkor och hälsofrämjande miljöer.

Skolbarns hälsovanor (2013/2014)

Folkhälsomyndighetens studie om Skolbarns hälsovanor är också ett viktigt instrument för att följa utvecklingen av barnens och ungdomarnas psykiska hälsa och välbefinnande. Studien genomförs vart fjärde år och bygger på uppgifter som drygt 8000 11, 13 och 15 åringar lämnat i Sverige. Undersökningen började år 1985/86.

Resultatet visar att majoriteten har en god hälsa. Undersökningen visar dock på 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.

Psykisk hälsa bland unga

Under 2014 publicerade Rädda Barnen rapporten Ung Röst, som undersöker hur barn i åk 6, 8 och första året på gymnasiet upplever sin vardag. Ingående kommuner från Jämtlands län är Åre (n=266 barn; 52 procent pojkar), Bräcke (n=186

¹Ekonomiska beräkningar och bedömning – Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010
<http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/11893/R2011-20-Ekonomiska-berakningar-o-bedomningar-Kunskapsunderlag-Folkhalsopolitisk-rapport-2010.pdf>

² Hälsa på lika villkor 2014

³ Folkhälsocentrum är en samordning av regionens folkhälsoinsatser och är placerat, organisatoriskt sett, inom regiondirektörens staber för Hälso- och Sjukvård.

barn; 69 procent pojkar) och Strömsund (n=232 barn; 50 procent pojkar). Av faktorer relevanta för barns psykiska hälsa kan följande nämnas:

Andel barn som uppger att de känt sig nedstämda och ledsna många gånger under det senaste året uppgår till omkring 21 procent av flickorna i samtliga ingående kommuner. För pojkarna är siffrorna splittrade och uppgår till sex procent i Åre, 11 procent i Strömsund och 20 procent i Bräcke. Bara ungefär en femtedel av barnen vet var de kan vända sig för att få hjälp när de mår psykiskt dåligt. Jämtlands siffror motsvarar ungefär rikets, utom för pojkar i Bräcke som avviker negativt.

Ungefär 30 procent av flickorna i Åre och Bräcke har känt sig mobbade eller kränkta under det senaste året och för omkring åtta procent har det hänt många gånger. Motsvarande siffror för pojkar är omkring 23 respektive fem procent. Strömsund bryter av med lägre siffror: 21 procent av flickorna och 14 procent av pojkarna har upplevt mobbing eller kränkande behandling under det senaste året och för tre respektive en procent har det hänt många gånger. Det nationella genomsnittet är 20 procent varav fyra procent uppger att det hänt många gånger. (De nationella siffrorna är inte könsuppdelade för den här frågan.)

Flickor och pojkar kan också må dåligt eftersom någon i deras familj är svårt sjuk. När en vuxen som barn bor med drabbas av sjukdom eller avlider har hälso- och sjukvården skyldighet att ta hänsyn till barns behov av information, råd och stöd. Detta regleras av 2§ i Hälso- och sjukvårdslagen och gäller minderåriga vars förälder eller annan vuxen som barnet bor med:

- 1) har en psykisk störning eller funktionshinder
- 2) har en allvarlig fysisk skada eller sjukdom,
- 3) är missbrukare
- 4) avlider.

Inom Region Jämtland Härjedalen pågår implementeringsarbetet av rutiner med anledning av denna lagstiftning.

Hälsosituationen bland samer

Region Jämtland Härjedalen har en samrådsgrupp med samiska representanter i syfte att erbjuda samerna, i deras ställning som nationell minoritet, inflytande i verksamhet som berör dem. Regionens arbete för att stärka samernas rättigheter i vården

baseras till lika delar på nationell forskning och på vad som framkommer i samrådsgruppen.

Forskning visar att renskötande samer i sydsamiskt område, där Jämtlands län ingår, löper högre risk än andra grupper att drabbas av psykisk ohälsa och självmord. Förklarande faktorer till detta står att finna i erfarenheten av att vara same i Sverige idag. Detta är kunskap och erfarenheter som svensk vårdpersonal saknar varför kompetensen att ge adekvat behandling till denna grupp är begränsad. Forskning visar dessutom att förtroendet för hälso- och sjukvården, och i synnerhet för primärvård och psykiatri, är lågt bland de renskötande samerna. Denna bild bekräftas av de samiska representanterna i samrådsgruppen.

Jämtlands läns landsting arbetade under 2014 fram ett avtal med SANKS (Samisk nationalt kompetanscenter – psykisk helsevern) som kommer att ge Region Jämtland Härjedalen möjlighet att remittera patienter till SANKS men som också erbjuder kompetenshöjande åtgärder. Arbete återstår med att realisera de kompetenshöjande åtgärderna. Syftet med detta arbete är att kunna erbjuda vårdsökande samer en jämställd och jämlik vård.

Förekomst av våld

Samtidig statistik i texter nedan avseende sexuellt, fysiskt och psykiskt våld kommer från Nationellt centrum för kvinnofrids stora omfångsundersökning som släpptes i februari 2014. I den tillfrågades 10 000 kvinnor och 10 000 män mellan 18-74 år om sina erfarenheter av våld under barndomen och i vuxen ålder. Dessutom ställdes frågor om hälsa och livssituation och studien visar på en koppling mellan utsatthet för våld och ohälsa. Inom Region Jämtland Härjedalen är arbetet mot våld i nära relationer främst inriktat på att upptäcka våldutsatta patienter, både barn och vuxna. Dessutom ingår att ge god vård till de våldutsatta patienter som kommer till hälso- och sjukvården eller identifieras av vårdpersonal. Oro för våldutsatta eller försummade barn ska anmälas till socialnämnden enligt SoL14. Detta görs idag inte i tillräckligt hög utsträckning. Överlag är det förebyggande arbetet idag begränsat.

Kvinnor och mäns erfarenheter av våld

Ungefär 46 procent av kvinnorna och 38 procent av männen hade någon gång i livet varit utsatta för allvarligt sexuellt, fysiskt eller psykiskt våld. Det var mycket vanligare bland kvinnor än bland män att ha

drabbats av allvarligt sexuellt våld, både i barndomen och i vuxenlivet. Det var även betydligt vanligare bland kvinnor att ha drabbats av allvarligt psykiskt våld i vuxenlivet. Det var något vanligare bland män att ha drabbats av allvarligt fysiskt våld, både i barndomen och i vuxenlivet.

Våld och hälsa

Hos personer som varit utsatta för allvarligt våld är det vanligare, ibland flerfaldigt vanligare, med psykisk och fysisk ohälsa. Bland kvinnorna var andelarna som uppvisade psykisk och fysisk ohälsa relativt lika oavsett om våldet var sexuellt, fysiskt eller psykiskt. Förekomsten av ohälsa skiljde sig inte åt oavsett om utsattheten hade skett i barndomen eller i vuxen ålder.

Mer än var fjärde kvinna som hade utsatts för allvarligt våld visade tecken på Posttraumatiskt-stressymtom (PTSD-symtom). Det innebär att sådana symtom var tre till fyra gånger vanligare hos den utsatta gruppen jämfört med kvinnor som inte var utsatta. Omkring var femte kvinna som utsatts för allvarligt våld uppgav symtom som tyder på depression. Av de utsatta kvinnorna upplevde en fjärdedel fysisk ohälsa och en femtedel betydande psykosomatiska symtom. Det är ungefär dubbelt respektive tredubbelt så vanligt som hos icke utsatta kvinnor.

Bland männen i studien sågs stora skillnader i andelen som uppvisade tecken på ohälsa beroende på ålder då våldet skedde liksom beroende på våldstyp. De män som blivit utsatta för allvarligt sexuellt våld i vuxen ålder visade lika stora eller större andelar ohälsa som. Kopplingar till ohälsa var minst uttalade för män som uppgav upplevelser av allvarligt fysiskt våld i vuxen ålder.

Sammantaget visar resultaten att de kvinnor och män som någon gång i sitt liv blivit utsatta för allvarligt sexuellt, fysiskt eller psykiskt våld bär på en oproportionerligt stor andel av den psykiska och fysiska ohälsa som studerats här.

Särskilt utsatta grupper Regeringen har lyft fram fem grupper som riskerar att vara särskilt utsatta när det handlar om våld i nära relationer. De fem grupperna är kvinnor med utländsk bakgrund, äldre kvinnor, kvinnor med funktionsnedsättning, personer som utsatts för hedersrelaterat våld samt kvinnor med missbruks- och beroendeproblematik.

I detta sammanhang är det av särskild vikt att också uppmärksamma de barn som på ett eller annat sätt lever med våld. Rädda Barnens rapport Ung Röst 2014 visade att 12-15 procent av flickorna och 6-10 procent av pojkarna i Bräcke, Åre och Strömsund är oroliga för att utsättas för våld av andra barn; 6-11 (flickor) respektive 3-6 (pojkar) procent är oroliga för att utsättas av våld från vuxen. På nationell nivå rapporterar 12 procent oro för att utsättas för våld av annat barn och sju procent oro för att utsättas för våld hemma.

Utifrån aktuella uppgifter om folkhälsa är regionens utmaning de närmsta åren:

- Fortsatt samverkan med länets kommuner för förbättrad folkhälsa
- I samverkan med kommunerna inrätta en kommission för att utjämna skillnader i hälsa
- Tobacco Endgame Rökfritt Sverige 2025
- Insatser behövs för att öka tryggheten och tillgängligheten i offentliga miljöer
- Arbeta långsiktigt för att förbättra den psykiska hälsan bland unga
- Hälsa och livsvillkor hos personer med funktionsnedsättningar behöver belysas ytterligare
- Identifiera våldutsatta i nära relationer samt flickor och pojkar som riskerar att fara illa.
- Tillhandahålla ett väl fungerande omhändertagande av våldutsatta patienter.
- Utveckla samverkansfrågor mellan psykiatri och somatik.

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. Regionen 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.

Regionens 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 regionens långsiktiga utvecklingsplan (LUP), område miljö 2014-2026 (revideras 2015) finns regionens utmaningar, långsiktiga mål och prioriterade aktiviteter för den egna verksamheten beskrivna. LUP miljö utgör ett grundläggande dokument för planeringsförutsättningarna för regionens egna arbete 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.

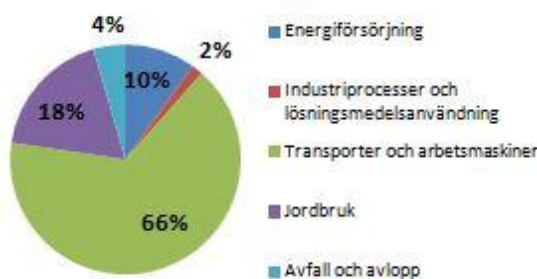
Ett prioriterat område i den långsiktiga utvecklingsplanen är regionens egna hantering av kemikalier och kemiska ämnen i varor, som förutom en negativ miljöpåverkan kan utgöra en arbetsmiljörisk för personal och patienter.

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 kollektivtrafiksörjningen. 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.

- Offentlig verksamhet och offentligt ägda företag samt branschorganisationer för areella näringar 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.

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.

Inspel från fullmäktigeberedningar utifrån genomförda medborgardialoger

Under mandatperioden 2010-2014 hade landstingsfullmäktige permanenta beredningar. Under 2014 var Beredningen för Vård- och rehabilitering och Beredningen för Demokrati och folkhälsa verksamma. Beredningarna arbetade under 2013-2014 med medborgardialoger utifrån valda fokusområden. Utifrån dialogernas resultat har beredningarna lämnat inspel till regionplanen 2016-2018.

Medborgardialog

Medborgardialog är ett samlingsnamn för att engagera medborgare i offentligt beslutsfattande. Medborgardialogen kan ses som en del i styrprocessen och som ett av flera underlag för de förtroendevalda vid beslutsfattande. Genom medborgardialog fogas de värderingar som råder bland invånarna samman med de faktakunskaper som tjänstemän tar fram inför ett beslut.

Medborgardialog Familjecentraler

Beredningen för vård och rehabilitering fokuserade under verksamhetsåret 2014 på barn och ungas hälsa. Under perioden oktober 2013 till och med mars 2014 arbetade beredningen med medborgardialoger vid familjecentraler i Jämtland och Härjedalen.

Beredningen valde familjecentralerna utifrån att de ansåg att det finns en potential i familjecentralernas arbetet med barn och föräldrar som kan bidra till bättre hälsa hos barn och till tryggare föräldrar. Det ligger också i linje med länets gemensamma styrdokument "Mål för gemensam hälso- och sjukvårdspolitik 2014-2025" (LS/726/2012).

Syftet med medborgardialogerna var att lyssna in besökares tankar och åsikter kring hur arbetet med familjecentralverksamheten bedrivs i Jämtland och Härjedalen men också att få en bild kring hur familjecentralens medarbetare upplever att arbetet fungerar. Dialogerna genomfördes både enskilt och i grupp med de besökare som just den aktuella dagen befann sig på öppna förskolan.

Beredningens inspel till regionplan år 2016-2018:

- Lokalernas utformning och läge kan förstärka verksamheten. Det finns behov av en beskrivning/rekommendation av hur lokalerna bör utformas.

- Informationen om familjecentralerna bör finnas på flera språk och spridas på särskilt sätt till nyinflyttade länsbor från andra länder.
- Familjecentralerna bör vara en del av integrationsarbetet i länet. Föräldrar och barn träffas med barnen i fokus vilket kan bidra till en ömsesidig ökad kulturförståelse och språkutveckling.
- Familjecentralerna bör ha ett mer förebyggande uppdrag och kan vara en arena för hälsofrämjande arbete (livsstilsfrågor, tandvård mm).
- Region Jämtland Härjedalen bör arbeta för att skapa så likvärdiga avtal som möjligt med alla kommuner i länet.
- Regionen bör initiera ett fortsatt samarbete och stöd till länets familjecentraler.
- Familjecentraler bör erbjuda stöd till familjer med barn längre upp i åldrarna.
- Etiska frågor och värdegrund är viktigt att beakta i familjecentralers arbetet.

Medborgardialog – demokrati och valdeltagande

Beredningen för demokrati och folkhälsa arbetade under perioden hösten 2013 – våren 2014 med medborgardialog om demokrati och valdeltagande i Jämtlands län. Dialoger fördes med handikapp och pensionärsorganisationer.

SCB:s analyser om det svenska valdeltagandet låg till grund för att beredningen valde att fokusera på demokrati och valdeltagande. Analyserna visar att det finns tydliga skillnader i valdeltagande mellan olika grupper. Exempelvis är andelen röstande betydligt mindre bland ensamstående, lågutbildade,

låginkomsttagare, arbetare, arbetslösa, utrikes födda, utländska medborgare och personer utanför arbetskraften.

Frågor som politikerna i beredningen utgick från i dialogerna var:

1. Vad tänker du på när du hör ordet demokrati?
2. Kan du motivera varför det är viktigt att rösta?
3. Om du tycker att det är viktigt att rösta, vad tror du då skulle få folk som inte röstar att börja göra det?
4. Har du läst eller kommer du att läsa något/några av partiernas partiprogram inför valet?
5. Brukar du diskutera om politik och samhällsfrågor med människor som du möter?

Sammanfattande slutsatser från dialogerna och beredningens inspel till regionplan år 2016-2018:

- Demokrati och solidaritet är hörnstenar samhället, som vi alla behöver vårda för en positiv utveckling.
- Organisationer och föreningar är en viktig del i demokratin i alla olika nivåer och en stark påverkansfaktor i olika sakfrågor som stärker samhällsbyggandet.
- Kunskap om hur samhället fungerar och hur politiken påverkar framtiden är avgörande för röstdeltagandet.
- Begriplig och lättillgänglig information från politiska partier och förenklade sätt att rösta kan öka valdeltagande.
- Skolan är viktig som demokratilärande instans.

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 sjukvården

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, utrikesfödda och inrikesfödda, oavsett funktionsnedsättning, sexuell läggning, könsidentitet eller uttryck, ålder, kulturell bakgrund, utbildning, bostadsort, ekonomiska förutsättningar eller annat. Utifrån politiskt övergripande mål har regiondirektören satt upp tre prioriterade fokusområden för hälso- och sjukvården 2015. De är; tillgänglighet till vård, mest sjuka äldre och effektivitet = kvalitet och produktivitet. Nedan finns en beskrivning om de tre områdena samt kvalitetsdimensionerna för god vård.

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. Siffrorna motsvarar antal dagar. Det innebär att flickor, kvinnor, pojkar och män ska få tillgång till hälso- och sjukvård utifrån sina medicinska behov, inom rimlig tid. Det är en fortsatt en högt prioriterad fråga för hälso- och sjukvården i regionen och till dess att sätta målvärden är nådda. Sammanfattningsvis kan sägas att kvinnor, män, flickor och pojkar i Region Jämtland Härjedalen inte får sin vård inom vårdgarantins lagkrav.

- **Andelen besvarade telefonsamtal 0-an** betyder att patienten ska få kontakt med primärvården samma dag som man ringer.
- **Besöksgarantin till läkare inom 7 dagar**, innebär att om primärvården bedömer att patienten behöver läkarkontakt ska sådant besök erbjudas inom högst sju dagar.
- **Första besök i specialiserad vård:** Om patienten efter medicinsk bedömning av distriktsläkare, som är specialist i allmänmedicin, behöver besöka den specialiserade vården, ska han/hon få en tid där så snart som möjligt, men senast 90 dagar efter beslutet om remiss.

- **Behandling i specialiserad vård:** Om man inom den specialiserade vården bedömer att patienten behöver behandling, ska behandling erbjudas så snart som möjligt, men senast 90 dagar efter beslutet.

Aktiviteter för att förbättra tillgängligheten till första besök och behandling ska vara högt prioriterade för att förbättra patientens väg genom vården. Byte av vårdadministrativt system till COSMIC möjliggör att få tillgänglighetsdata fördelat på män respektive kvinnor. Det bidrar till att analyser lättare kan göras och åtgärder för förbättring kan bli mer riktade.

”Mest sjuka äldre”

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. Riskerna kan vara följd av sviktande kroppsfunktioner orsakade av åldrande, sjukdom eller skada. Det primära målet är ett bättre liv och sammanhållen vård för de mest sjuka äldre i Jämtlands län, genom att skapa hållbara processer.

Den kunskap som byggts upp i länet om förebyggande arbetssätt för att undvika att en person med risker (t.ex. för fall, trycksår, munhälsa och undernäring) behöver fortsatt utvecklas. Det samma gäller kunskapen och kompetensen om god vård i livets slutskede.

Överbryggande strukturer för kunskapsstyrning behöver fortsatt stöd för att möjliggöra utveckling i hela regionen.

Både för de äldre männen och kvinnorna, men även för yngre personer med långvariga sjukdomar kan vissa vårdbehov tillgodoses genom användande av distansöverbryggande teknik, som utvecklats och används allt mer. Den distansöverbryggande tekniken underlättar för personer med vårdbehov på flera sätt. Det underlättar för männen och kvinnorna genom att de kan slippa åka långa sträckor vilket sparar tid och de kan fortsätta ha ett flexibelt liv.

Fler patienter än tidigare kan med rätt stöd ge sig själva vård i hemmet. Genom att använda digital teknik ökar möjligheten att uppnå en god, jämlik och tillgänglig hälsa för alla i samhället. Det handlar om att ge alla kvinnor och män 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. För att uppnå det förutsätter arbete med eHälsa att även vårdnära personal får kompetensutveckling i för att kunna stödja patienterna på rätt sätt.

Effektivitet = kvalitet och produktivitet

Regionens målmedvetna satsning att införa Lean filosofi bidrar på sikt till att förbättra tillgängligheten och vårdens kvalitet då en av grunderna i filosofin är att arbeta med ständiga förbättringar av verksamheternas flöden. För att få arbetet med Lean att hänga ihop med målsättningen om en jämställd och jämlik vård är könsuppdelad statistik och analys en viktig del. Det räcker dock inte att könsuppdelad statistik finns, den behöver också användas i förbättringsarbeten och i analyser av resultat. Det finns relativt stora könsskillnader inom flera områden i hälso- och sjukvården i region Jämtland Härjedalen och för att veta om skillnaderna är motiverade eller omotiverade krävs att statistiken analyseras.

Produktions- och kapacitetsplanering som metod har påbörjats med syfte att förbättra verksamheternas processer. Implementering är långsiktig och kräver systematik och kontinuerlig kompetensutveckling hos berörd personal.

Kvalitet och produktivitet är nära förknippat med aspekterna i en jämställd och jämlik vård.

För att åstadkomma effektivitet är det viktigt att inför förändringar i verksamheten beakta olika risker genom att göra riskanalys. Egenkontroll och kvalitetsuppföljning är viktiga komponenter för att med ständiga förbättringar som ledord åstadkomma effektivitet lika med kvalitet och produktivitet.

Jämställdhetsarbetet en kvalitetsfaktor

Region Jämtland Härjedalen har beslutat att arbeta med jämställdhetsintegrering som strategi och intersektionalitet som analysverktyg för att uppnå en jämställd, men även jämlik, vård. Beslutet togs i och med undertecknandet av CEMR-deklarationen⁴ 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.

En hel del avseende jämställdhet och jämlikhet är svårt att mäta, exempelvis maktförskjutningar, men det behövs mål och mått som leder till en jämställd och jämlik vård så att det går att utläsa om arbetet utvecklas åt rätt håll. En viktig del för att få fram användbara mål och mått är behovsanalys.

Det finns fortfarande många stora och svåra utmaningar för att få till ett systematiskt arbetssätt 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 kvarstår fortfarande.

Arbetet med en jämställd och jämlik vård är främst förankrat inom den politiska organisationen och centrum för lednings- och verksamhetsstöd. Enligt revisionsrapporten är

⁴ Europeiska deklarationen för jämställdhet mellan kvinnor och män på lokal och regional nivå.

arbetet med jämställd vård ett utvecklingsområde som inte nått ut i linjeorganisationen.

Medicinsk kvalitet och patientsäkerhet

Förutsättningar för att hälso- och sjukvården ska anses ha god kvalitet är att den utformas så att den bedrivs kunskapsbaserat och ändamålsenligt, säkert, patientfokuserat och jämlikt, effektivt, och ges inom rimlig tid.

Patientsäker vård och behandling är en grundnivå för kvalitet. Skador som bedöms kunna undvikas kallas för vårdskador. Patientsäkerhet är därför en central fråga inom sjukvården och kunskapen om förekomst av vårdskador har ökat genom nationella satsningar. Dock visar mätningar att mellan 14 % av sjukhusvårdade kvinnor och män drabbas av någon form av vårdskada.

Utifrån de mätningar och beräkningar som Sveriges kommuner och landsting har gjort av vårdskador i Sveriges framgår att en hög andel av vårdens resurser går till att behandla vårdskador. Den största utmaningen är att minska vårdrelaterade infektioner, vilket skulle minska behov av vårdplatser. En analys av vårdrelaterade infektioner som under våren 2014 gjordes av Patientsäkerhetsenheten vid Jämtlands läns landsting och FOU (Forskning och utbildning) visar att en högre andel av männen hade drabbats av vårdrelaterade infektioner jämfört kvinnor under sjukhusvistelsen. Den för Region Jämtland Härjedalen antagna patientsäkerhetsstrategin är grund för fortsatt arbete på alla nivåer för att förbättra patientsäkerheten.

Grunden för kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård är att strukturerat arbeta med ordnat införande av nya och utmönstra icke ändamålsenliga metoder. Hit hör t.ex. implementering av nya nationella riktlinjer och byggande av strukturer inom vårdverksamheter, ledningar och stabsstöd så att förutsättningar skapas att ge rätt vård och behandling efter medicinska behov. Det handlar också om att använda resultat från kvalitetsregister i respektive verksamhets förbättringsarbete.

Patientfokuserad vård innebär att vården ges med respekt för individens behov och förväntningar och vägs in i de medicinska besluten.

Jämlik vård innebär att den man eller kvinna, pojke eller flicka, oavsett utbildningsnivå, religiös tillhörighet, geografi eller annat, som har de största behoven av hälso- och sjukvård ska ges företräde. Vård inom rimlig tid innebär att medicinsk bedömning om en individs hälsotillstånd ska ges snarast. Förutsättningarna kan synas vara självklara, dock är utvecklingen snabb och kunskap en färskvara. Det finns många studier som visar att den vård som erbjuds idag varken är jämställd eller jämlik och att den inte görs tillgänglig på lika villkor för alla. De som är mest drabbade av att vården inte är tillgänglig och erbjuds på lika villkor är kvinnor, män, flickor och pojkar som bor i resurssvaga områden. Med resurssvaga områden menas områden där en hög andel av de kvinnor och män som bor där har låg utbildning, låg inkomst, hög arbetslöshet och att en hög andel har utländsk bakgrund. Många har också en ökad risk för dålig hälsa. Områden i Jämtland med höga ohälsotal är Torvalla inom Östersunds kommun samt kommunerna Ragunda och Strömsund.

Diskriminering är förbjuden i fråga om hälso- och sjukvård och annan medicinsk verksamhet (Diskrimineringslagen 2008:567). Vården ska i största möjligaste mån utformas med utgångspunkt i den enskilda patientens behov och önskemål.

Kompetensutveckling är viktig i alla led, såväl kliniskt som i de olika funktionerna som ska vara stöd till vårdverksamheterna, det är förutsättning för utveckling.

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 läkemedelbehandling

⁵ Skador i vården – skadeområden och undvikbarhet – markörbaserad journalgranskning januari 2013 – juni 2014 (<http://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7585-189-1.pdf?issuusi=ignore>)

motsvarar dess kostnad. Nationellt finns en målsättning att användningen av nya läkemedel ska bli mer jämlik över landet, ändamålsenlig och kostnadseffektiv. Till grund för beslutet om ett läkemedel ska ingå i den nationella processen finns bland annat en hälsoekonomisk bedömning. Om beslutet blir att läkemedlet ska införas kan det innebära höga kostnader på kort tid som inte hunnit budgeterats. Även om Regionen tar beslutet att inte följa det nationella beslutet kan kostnaden ändå tillfalla Regionen Jämtland Härjedalen. Patienten har enligt den nya patientlagen rätt att åka till närliggande landsting som förskriver läkemedel regionen prioriterat bort. Läkemedelskostnaden faktureras därefter regionen.

Livsnödvändiga läkemedel måste finnas tillgängliga på plats när de behövs. Patient som skrivs in för behandling i slutenvård ska inte använda sina egna läkemedel under vistelsen. Vården rekviderar de läkemedel som behövs under den tid som kvinnan, mannen, flickan eller pojken vårdas. Det ställer krav på en säker och kostnadseffektiv läkemedelsförsörjning inom heldygnsvård och mottagningar i Region Jämtland Härjedalen. Läkemedelsförsörjningen 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.

Några utmaningar

Sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbete behöver bli tydligare delar av processerna för bland annat hjärtinfarkt och stroke. Resultaten visar att alltför få patienter lyckas sluta röka eller ändra motionsvanor, efter att ha vårdats för hjärtinfarkt eller stroke.

Inom cancervården finns både bra och svagare resultat. Enligt bästa tillgängliga kunskap är så kallad multidisciplinär konferens en rekommenderad åtgärd. Hur många patienter som får en sådan åtgärd varierar i alltför hög grad beroende på vilken sorts cancer patienten har.

Sedan tidigare har länet höga självmordstal. Det finns ingen enkel förklaring till det. Hög arbetslöshet, utflyttning, bristande framtidstro och en attityd som underlättar självmord har

föreslagits som förklaringar. Sammantaget avlider fler män än kvinnor till följd av självmord. Det finns dock andra län med liknande strukturella problem som har betydligt lägre självmordstal. Ett känt faktum är att Jämtland-Härjedalen har högst vapentäthet i landet och att det är vanligare att män begår självmord med vapen här i länet jämfört med män i riket i övrigt. Det planeras och genomförs många insatser inom suicid prevention. Till exempel samverkan mellan blåljusmyndigheter, strukturerad suicidbedömning, arbeta fram nya rutiner, övergripande suicidvårdsprogram.

Aspekter att beakta, sådant som förändras, åläggs oss

EU:s patientrörlighetsdirektiv

Tillämpning av EU:s patientrörlighetsdirektiv från den 1 oktober 2013 innebär förbättrade möjligheter för kvinnor, män, flickor och pojkar att få vård i annat EES-land. Försäkringskassan ansvarar för handläggning och information med stöd från kontaktperson inom respektive landsting/region. En viss ökning av medicinska åtgärder som inte genomförs i länet har noterats från det att direktivet kom till.

Patientlagen

Den nya patientlagen som trädde i kraft den första januari 2015 har påverkat tillgängligheten för kvinnor, flickor, män och pojkar som är i stånd att resa till andra delar av landet. Den nya lagen ger den enskilde möjlighet att förutom primärvård även söka öppen specialiserad vård och öppen högspecialiserad vård (inklusive dagkirurgi) i andra landsting/regioner.

Patientlagen ställer större krav på landsting/regioner genom att varje landsting/region är skyldigt att ta emot alla dem som söker öppenvård i regionen. Det är den medicinska bedömningen som avgör prioriteringen. De delar av regionen som ligger i fjällnära områden kan komma att få en ökad tillströmning av patienter från andra delar av landet. Samtidigt som avstånd och kostnader för resa och uppehälle kan vara avgörande för att boende i regionen avstår från att söka vård i andra landsting/regioner.

Patientlagen innebär ett tydligare uppdrag för hälso- och sjukvården att ge information och

involvera patienterna i egna vården på ett tydligare sätt, bland annat genom aktivt samtycke och medverkan vid val av behandlingsalternativ. Patientlagen ersätter (ersatte 2015) hälso- och sjukvårdslagen.

Fysisk tillgänglighet i fastigheter

I investeringsplanerna för de kommande tre åren är det 200 000 kronor per år avsatt för nya och ännu ej uppmärksammade behov av förbättrad tillgänglighet. Verksamheten driver ett kontinuerligt förbättringsarbete inom området och har ett bra samarbete med ett tillgänglighetsråd med representanter från flera intressegrupper. De avsatta medlen har hitintills varit tillräckliga för att åtgärda uppmärksammade lätt avhjälpta hinder. Regeringens beslut, som gäller från den 1 januari 2015, att bristande tillgänglighet är en form av diskriminering kan komma att snabba på behovet av insatser.

Den nya diskrimineringslagstiftningen skärper tolkningen ytterligare och kan kräva mer investeringsmedel de kommande åren för att klara kraven. I den nya lagtexten finns bland annat följande skrivning om bristande tillgänglighet: *"Att en person med en funktionsnedsättning missgynnas genom att sådana åtgärder för tillgänglighet inte har vidtagits för att den personen ska komma i en jämförbar situation med personer utan denna funktionsnedsättning som är skäliga utifrån krav på tillgänglighet i lag och annan författning, där sådana är tillämpliga, och med hänsyn till de ekonomiska och praktiska förutsättningarna, varaktigheten och omfattningen av förhållandet eller kontakten mellan verksamhetsutövaren och den enskilde samt andra omständigheter av betydelse."*

Kvalitetsutveckling i Öppna Jämförelser

Rapporten Öppna jämförelser i överblick är utformad i första hand för olika ledningsnivåer i landstingen. Syftet är att få en vy av hur egna landstinget placerar sig i rangordning i förhållande till andra landsting. (Bilaga 4) Där visas att Jämtlands läns landstings resultat 2011 - 2013 har legat bland de sämsta i jämförelse med de andra landstingen, men glädjande har landstingets resultat 2014 klättrat upp till 7:e plats. Där gör också en jämförelse mellan kvalitet och sjukvårdskostnad. Den jämförelsen visar att

de landsting som har högre kvalitet än Jämtlands läns landsting också har lägre kostnader.

Faktiska resultat i öppna jämförelser behöver granskas på olika sätt. De så kallade övergripande indikatorerna i rapporten är främst avsedda att bidra till hälso- och sjukvårdens ledning och styrning.

Det finns olika sammansatta mätetal t.ex. hälsopolitisk åtgärdbar dödlighet samt sjukvårds politisk åtgärdbar dödlighet. Avseende hälsopolitisk åtgärdbar dödlighet, där utgångspunkten är att olika förebyggande folkhälsoinsatser har betydelse, har kommunernas insatser också betydelse för resultatet. Resultaten har senaste mätintervallet förbättrats för både män och kvinnor i länet. Sjukvårdspolitisk åtgärdbar dödlighet, är ett sammansatt mätetal innehållande diagnoser som valts ut eftersom de bedömts möjliga att påverka med olika medicinska insatser genom tidig upptäckt och behandling. Denna indikator visar ingen säker förbättring jämfört tidigare mätperiod varken för män eller kvinnor. Resultaten för båda mätetalen redovisas i tidsintervall omfattande fyra- års perioder varför resultaten bör användas för planering mer övergripande.

Säker vård redovisas med hjälp av indikatorer såsom överbeläggningar och utskrivningsklara patienter. Jämfört andra landsting/regioner har landstinget under de två år mätningar gjorts färre överbeläggningar jämfört riket. Utskrivningsklara patienter, som endast redovisats nationellt under 2014 visar också att länet har färre utskrivningsklara jämfört riket. Samarbetet med kommunerna har stor betydelse för att undvika att framförallt äldre personer vårdas inom akutvård, får vård inom rätt vårdnivå.

Patienters erfarenheter redovisas utifrån resultat från nationella patientenkäten för primärvård 2013. Resultaten för frågor om bemötande och information visar att länet placerar sig bättre jämfört med riket. Män svarade i något högre grad än kvinnor att de fått ett respektfullt bemötande och att de fått tillräckligt med information.

Ytterligare analyser av öppna jämförelser kommer under våren 2015.

Patientnämndens ärenden

God vård bygger på ömsesidigt förtroende mellan vårdgivaren och patienten. Patientnämnden finns till för att upprätthålla och utveckla relationerna mellan vårdgivaren och patienten.

Synpunkter på vården under 2014

Patientnämnden har noterat att det, liksom tidigare år, är fler kvinnor än män som har lämnat synpunkter på vården. Skillnaden har ökat för varje år och 2014 (20141222) anmälades 62 % av ärendena av kvinnor. Även när det gäller patientförsäkringen, LÖF (Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag), är det fler kvinnor som anmäler skador och även en större andel av kvinnorna som beviljas ersättning. Det talar för att kvinnorna verkligen råkar illa ut i vården i större utsträckning än männen. En av flera möjliga förklaringar kan handla om kommunikation och informationsutbyte.

Generellt sett så är brist på information och missförstånd mycket vanligt förekommande i patientnämndens ärenden. Kvinnor uppger i större utsträckning att de inte blir lyssnade på. Det kan också vara så att de inte får individuellt anpassad information i den utsträckning som skulle behövas. Det blir mer kännbart när vården är tidspressad. Kvinnor och män har inte alltid samma sätt att kommunicera och förmedla information på – och det skulle kunna missgynna fler av kvinnorna.

Det finns även andra grupper som vården har svårt att hjälpa i tillräckligt hög utsträckning. Patientnämnden har iakttagit att personer som har en komplex problematik och flera olika diagnoser idag ofta inte får den hjälp de behöver i vården. Det blir extra sårbart när det är tidspressat och stora delar av primärvården bemannas av stafettläkare. Personerna är i stort behov av en fast läkarkontakt och att någon tar sig tid att lyssna. Det finns en möjlighet enligt rådande lagstiftning, som används för lite, nämligen att tilldela patienten en så kallad fast vårdkontakt, som inte nödvändigtvis behöver vara en läkare. En fast vårdkontakt kan vara av olika profession och är en person som kan hjälpa patienten att samordna de insatser det finns behov av och som patienten kan vända sig till när det finns behov av att ställa frågor om sin hälsa. 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 och en delaktig patient kan bidra till sin egen patientsäkerhet.

Utifrån avsnittet om hälso- och sjukvården och patientnämndens ärenden är utmaningarna de närmsta åren:

- Tillgängligheten
- Patientsäkerheten
- Kvaliteten inom diabetesvård, strokevård, cancersjukvård, och det självmordsförebyggande arbete.
- 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.
- Könsuppdelad statistik tillämpas, analyser görs utifrån kön och att osakliga medicinska skillnader åtgärdas.
- Metoder som säkerställer en jämställd och jämlik vård utvecklas och implementeras i organisationen.
- Ökad kunskap och medvetenhet om omedveten diskriminering.
- Beakta patientnämndens erfarenheter .

Vårdval och privata vårdgivare

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.

Vårdval

I Jämtlands län har man valt att kalla vårdvalet för Hälsoval Region Jämtland Härjedalen. År 2014 finns följande anslutna:

Regiondriven primärvård -18 godkända vårdenheter med 11 filialmottagningar.

Aktiebolag - Nya Närvården AB i Hoting med filialer i Strömsund och Hammerdal.

Ekonomisk förening - Fjällhälsan Hede med filial i Vemdalen och Offerdals hälsocentral.

Gemensam nämnd - Närvård Frostviken.

Varje månad byter eller väljer i snitt mellan 250-350 kvinnor och män aktivt en hälsocentral. Läkarkontinuitet och flytt inom länet är två anledningar, men det finns även andra orsaker som påverkar listningsströmmarna, till exempel arbetspendling.

Region Jämtland Härjedalen införde den 1 januari 2013 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 är 29 stycken.

Regionen införde 1 januari 2014 vårdval inom barntandvård.

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 tre läkare enligt LOL.

Regionen har upphandlat viss hälso- och sjukvård enligt lagen om offentlig upphandling (LOU) och har, avtal inom: ortopedi, kiropraktik, gynekologi, naprapati och idrottsmedicin.

Utifrån avsnittet om Vårdval och privata vårdgivare är regionens utmaning de närmsta åren:

- Utveckla de Hälsovalet och övriga vårdval så att de motsvarar befolkningens behov
- Strategisk upphandling av privata vårdgivare där de kan komplettera vården som bedrivs i egen

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).

Tandvården i Jämtlands län

Tandhälsan i Jämtland är något sämre än övriga Sverige. Flera faktorer kan bidra till detta. Det finns grupper av barn och vuxna som av olika anledningar riskerar att falla ur systemet. Det kan handla om att familjen har en svår social situation och denna ska i så fall uppmärksammas och åtgärder sättas in.

En stor andel nyinflyttade/ asylsökande ställer krav på ökade riktade insatser på individ- och gruppnivå. Samverkan mellan tandvård, barnhälsovård, barnomsorg, socialtjänst, invandrarorganisationer är en framgångsväg.

Tandhälsan beskrivs i en mängd olika epidemiologiska data och jämförelser sker på nationell nivå. I dessa jämförelser är tandhälsan i Jämtland liksom i övriga norrland generellt något sämre än i övriga Sverige, men utvecklingen är positiv. Andelen kariesfria flickor och pojkar i Jämtlands län ökar och ökningstakten är samma som i övriga landet. Vad gäller 4-6 åringar ses en viss avstanning på ökningstakten generellt i Sverige. Riktlinjer för hur vården av barn och ungdomar ska bedrivas är framtagna vid Umeå universitet i samarbete mellan de fyra norrlandslandstingen.

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

I Jämtlands län har flickor och pojkar i åldersgruppen 3-19 år 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 Jämtlands läns landsting har tecknat avtal med folktandvården och med 22 privata tandläkare. Cirka 13 % av barnen går till privata tandläkare.

Inom gruppen patienter med särskilda behov finns de flesta i åldersgruppen 65 år och äldre. Denna grupp förväntas öka med 15% till 2021. Allt fler äldre kommer att ha kvar egna tänder med många olika typer av lagningar och ersättningar i munnen.

Tandvårdslagen anger vilka patientgrupper som är prioriterade:

- patienter med akuta besvär
- regelbunden och fullständig tandvård till barn och ungdomar t.o.m. 19 år
- specialisttandvård till 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 bedöms lämpligt

Folktandvården

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

Utifrån avsnittet om tandvård är regionens utmaning de närmsta åren:

- Arbetet med att ge en jämlik tandhälsa i länet

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

Jämtlands läns landsting har under 2014 utarbetat en strategisk plan för att attrahera och behålla kompetenta och engagerade medarbetare inom Region Jämtland Härjedalen. Målet är att vara en attraktiv arbetsgivare för kvinnor, män och queera 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.

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.

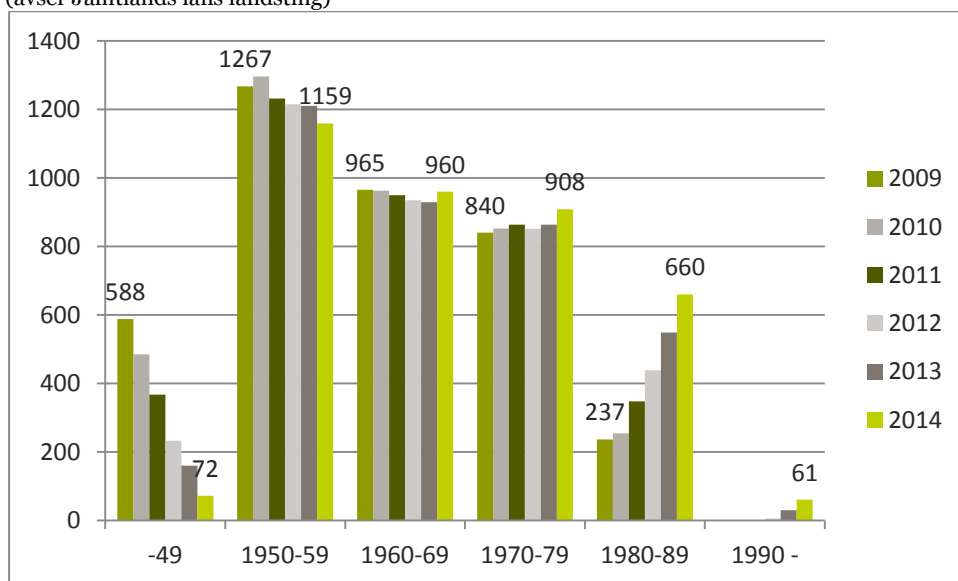
En prioriterad och viktig del inom det regionala utvecklingsområdet är kopplingen mellan utbildningssystemet och näringsliv/samhälle. Regeringen har tidigare gett regionerna i uppdrag att inrätta Kompetensplattformar i alla län. Regionförbundet har arbetat med att inrätta kompetensplattform som blir 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 fortsätter analyser kring ”vem gör vad i vården?” dvs förändringar så att arbetsuppgifter ska flyttas så att alla arbetar på toppen av sin kompetens och för effektivare nyttjande av de personalresurser som finns.

Generationsväxling

(avser Jämtlands läns landsting)



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

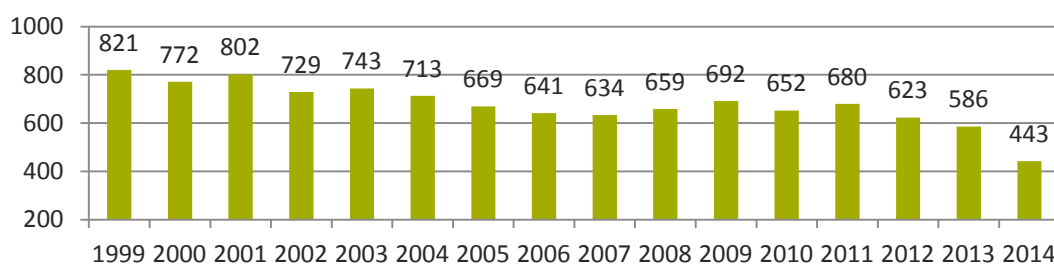
Kompetensväxlingen utifrån att medarbetare födda på 40-talet gått i pension har kunnat hanteras utan några märkbara konsekvenser för möjligheten att rekrytera och bemanna. Inom vissa yrkesgrupper är det personalbrist, framförallt vad gäller specialistläkare. Bristerna bedöms inte hänga samman med generationsskiftet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

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 minskar drastiskt, framförallt här i länet, ända fram till ungefär 2017. Även om alla som går i pension inte ska ersättas så förväntas en hårdare konkurrens om den framtida arbetskraften.

Hel- och deltid inom Jämtlands läns landsting

Antal deltidsanställda 1999-2014



Antalet deltidsanställda inom Jämtlands läns landsting var 2014 443 personer. I gruppen ingår deltidsanställda som har haft varaktig sjuksättning och blivit beviljade SAP på deltid. Antalet deltidsanställda har minskat under senare tid.

Det personalpolitiska utskottet har givit uppdrag om att verksamheterna ska förverkliga det politiska målet: "Heltid är en rättighet och deltid en möjlighet". Det innebär att heltid ska vara nor. Arbetet med att erbjuda heltidsanställningar påbörjades under 2014. Det har bidragit till minskningen av antalet deltidsanställda. Arbetet med att erbjuda heltid försätter under 2015.

Personalförändringar med anledning av det regionala utvecklingsuppdraget

I och med att Region Jämtland Härjedalen bildats sammanförs landstingets och Regionförbundets medarbetare. Regionförbundet hade 2014 totalt 185 personer och 5 personer övertas från Länsstyrelsen 2015.

Hälsofrämjande arbetsmiljö

Sjukfrånvaron inom Jämtlands läns landsting minskade från 6,9 % 2013 till 6,7% 2014.

Sjukfrånvaron för både kvinnor och män har minskat. Men fortfarande har kvinnorna högst

sjukfrånvaro på 7,3% och männen har 4,7% under 2014. I jämförelse med andra landsting i Sverige är sjukfrånvaron hög i regionen. Ett högt utgångsläge kräver mer insatser för att nå en hälsofrämjande arbetsmiljö. En stor del av sjukfrånvaron (63 %) 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.

Beslut har tagits under 2014 om att en Långsiktig utvecklingsplan för sjukskrivning ska utarbetas under 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 och beakta folkhälsostrategins uppdrag att vårdsektorns ska vara en förebild för andra

Forskning, utveckling och utbildning

Dagens sjukvård är i ständig utveckling och går mot en mer specialiserad vård. Samtidigt gör distansoberoende teknik och nya innovationer att mycket av framtidens sjukvård kommer flyttas i närheten av eller in i patienternas hem. Därför är forskning, utveckling och utbildning (FoUU) en förutsättning för att sjukvårdens verksamheter ska kunna möta kunskapssamhällets behov i framtiden.

FoUU bidrar till kompetensväxling och skapar en grund för förändring och förbättring av verksamheten samtidigt som det bidrar till en lärandemiljö som stimulerar till kritiskt tänkande och livslångt lärande. På så sätt kan nya metoder som gagnar den kliniska vardagen eller patientnyttan komplettera eller ersätta befintliga metoder. Forskning och utveckling, tillsammans med den kliniska utbildningen av blivande medarbetare, skapar en kunskapsbaserad hälso- och sjukvård av hög kvalitet som gör Region Jämtlands Härjedalen till en attraktiv arbetsgivare för alla yrkeskategorier samtidigt som det stärker länets utveckling och regionens varumärke.

Region Jämtland Härjedalen satsar årligen ca 6,5 mkr per år på forskning och utveckling. Dessa medel stöder både avancerad klinisk forskning och enklare utvecklingsprojekt med avsikt att förbättra medarbetares eller patienters vardag. En stor andel av FoU-medlen används också för finansiering av deltidstjänster för forskarstudier eller meritering mot docentur eller professor. Årligen disputerar en till fyra doktorander och regionen visar en positiv trend gällande ökningen av andelen disputerade medarbetare. Idag har Region Jämtland Härjedalen cirka 50 disputerade medarbetare, varav nio personer är lektorer med förenad anställning vid Umeå Universitet, ytterligare två är docenter och tre är professorer. Dessutom finansieras även tre halvtidstjänster som industridoktorander vid Mittuniversitetet, samt två doktorandtjänster till den Mittskandinaviska forskarskolan för sjuksköterskor. Två allmänläkare med inriktning mot äldre vård planeras rekryteras till hälsocentralerna i Bräcke och Ragunda. Tjänsterna ska kombineras med forskarutbildning vid KTH.

För att ytterligare stärka den kliniska forskningen inom regionen inrättas 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.

Inför arbetet med planeringsförutsättningarna fick regionala utvecklingsförvaltningen och centrumen inom regionstyrelsens förvaltning i uppdrag att redovisa sina förutsättningar och framtidsbilder inför åren 2016-2018. De redovisningarna finns beskrivna i det här avsnittet samt en beskrivning av regionens verksamhetsstrategi, ekonomiskt läge och den långsiktiga planen för god ekonomisk hushållning.

Regionens verksamhetsstrategi

Bästa hälsa utan väntan



Lean innebär att:

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

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

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

Mer information hittar du på [Leansidan](#)

vad vi gör och hur

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

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

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

I långsiktig plan för God ekonomisk hushållning finns målsättningar för ett långsiktigt leanarbete och särskilt avsatta medel.

Under 2015 pågår arbete med varumärket Region Jämtland Härjedalen. Där kommer fördjupningar kring värdegrund, vision och verksamhetsidé att ske.

Regionstyrelsens förvaltning

Regionstyrelsens förvaltning servar förutom regionstyrelsen också vårdvalsnämnden. Inom förvaltningen finns sju centrum med ansvar för var sitt verksamhetsområde; Centrum primärvård, Centrum opererande specialiteter, Centrum medicinska specialiteter, Centrum Barn, Kvinna, Psykiatri, Centrum Folktandvården, Centrum diagnostik, teknik och service och Centrum för lednings och verksamhetsstöd. I det här avsnittet ges en bild av centrumen och områdena med vårdverksamhet, dels verksamhetens nuvarande innehåll och dels dess framtida utmaningar.

Centrum primärvård

Centrum Primärvård består av följande hälsocentraler (HC) och antal listade per hälsocentral.

Landstingsdrivna	Antal listade
Svenstaviks HC	3 917
Myrvikens HC	3 287
Bräcke HC	4 736
Kälarne HC	1 411
Svegs HC	5 872
Funäsdalens HC	2 084
Krokoms HC	10 011
Föllinge HC	1 579
Hammarstrands HC	3 833
Stuguns HC	1 269
Strömsunds HC	4 787
Backe HC	1 390
Järpens HC	4 296
Åre HC	4 667
Hallens HC	1 507
Zätagränds HC	12 539
Frösö HC	12 761
Odensala HC	14 816
Lugnviks HC	7 436
Lits HC	3 679
Brunflo HC	10 005
Privata	
Fjällhälsan	2 323
Hälsorum Offerdal	2 255
Nya Närvården	5 285
Närvård Frostviken	802
Totaler	126 547

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.⁶

Viktiga framtidsbilder:

- Den landstingsdrivna primärvården har under de senaste åren gått med underskott. En utredning är tillsatt och ska under 2015 presenteras förslag till förändringar för att verksamheten ska klara inom tilldelade medel.
- Att komma bort från staffettläkarberoendet är ett högt prioriterat uppdrag
- Utredning pågår också om hur primärvårdens jour och beredskapsverksamhet ska vara
- 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.

Ekonomi

Den landstingsdrivna primärvården finansieras på samma villkor som de privata hälsovalsaktörerna.

⁶ Delrapport 1 Paket 6, Långsiktig utvecklingsplan för ekonomisk hushållning – Förändra strukturen för den landstingsdrivna primärvården (dnr LS/1758/2012)

Centrum opererande specialiteter

Centrum opererande specialiteter består av följande avdelningar:

Avdelning	Antal Vård-platser	Belägg-nings-procent	Medel vård-dagar
Avd 211 ögon/öron/urologi	18	94	4
Avd 213 mag-tarm kirurgi	22	98	7
Avd 413 kärl-bröst-endokrin kirurgi	22	91	5
Avd 209 - ortopedi	24	77	5
Avd 409 - ortopedi	24	84	6
SUMMA	110		

I nedanstående tabell anges antal patienter, det vill säga unika invånare som besökt mottagningarna. Varje patient kan besöka mottagningen flera gånger under ett år. Besök= både fysiska besök och telefonkontakter hos alla yrkeskategorier.

Mottagning	Antal patienter	Antal besök
<i>Uppgifterna avser alla vårdgivarkategorier</i>		
Akutmottagning, IVA	23 530	37 467
Endoscopy	2 855	3 685
Kurator kirurgi	751	2 343
Kirurgi inskrivn/dagvård	866	1 921
Kirurgimottagn	7 269	14 485
Uroteralmottagningen	918	3 268
Stomiterapimottagn.	395	1 733
Onkologmottagn	525	4 152
Storsjögläntan	267	2 262
Ortopedmottagningen	7 846	14 274
Ryggkirurgisk mott	872	2 239
Ögonmottagn.	11 685	22 134
Öron-näsa-hals	4 846	8 976
Logopedmottagningen	570	2 009
Arbetssterapi/ sjukgymn	1 875	5 463
Hörcentralen	4 094	11 027
Syncentralen	651	1 962
SUMMA	69 815	139 400

Utöver dessa avdelningar och mottagningar finns också ambulans, obs-platser, centraloperation,

tolkcentralen för syn och hörseltolkning inom Centrum opererande specialiteter.

Viktiga framtidsbilder:

Medicinsk kvalitet

- Snabb teknisk och medicinsk utvecklingen medför fortsatt stort investeringsbehov.
- Uppdrag att utreda möjligheten att inrätta en onkologisk verksamhet vid Östersunds sjukhus
- Fortsatt utveckling av dagkirurgi.
- Nya patientlagen med högre krav på patientens delaktighet.

Tillgänglighet

- Fortsatt högt akutinflöde. För att klara patienter färdiga på akutmottagningen inom 4 timmar behöver hela akuta flödet från primär-vård till vårdavdelning och hemgång ses över.
- Fortsatt hög produktion på centraloperation är en förutsättning för att kunna klara tillgängligheten. Örons renoverade operationssal ger möjlighet till omfördelning och ökad produktion.
- Fortsatta med "Rätt kompetens till rätt uppgift"
- Fortsatt planering inför ombyggnationen av kirurg- och ortopedmottagningen.
- Tillgängliga vårdplatser, rätt patient på rätt plats, bra samverkan med kommuner.
- Produktions- och kapacitetsplanering enligt femstegsmodellen ska genomföras under 2015 på alla berörda verksamheter.
- Tidigare bortprioriteringar av sterilisering ska fortsättningsvis utföras.
- Fortsatt utveckling av E-hälsotjänster.

Medarbetare

- Brist på specialistkompetens inom urologi, plastikkirurgi, onkologi, öron- ögonkirurgi, bröstkirurgi, fot- och ryggkirurgi samt barnortopedi medför fortsatt behov av stafettläkare.
- Brist på allmänsjuksköterskor medför svårighet att bemanna vårdavdelningarna och risk för stängda vårdplatser.
- Brist på medicinska sekreterare.
- Brist på audionomer medför behov av stafetter.
- Befarad brist på IVA- och operationssjuksköterskor.

Ekonomi

- Centrumets verksamhet har under de senaste åren inte kunna klaras inom tilldelad budget.
- Hög nettokostnadsutveckling.
- Fortsatt stort behov av riks - och regionsjukvård.

Centrum medicinska specialiteter

Centrum medicinska specialiteter består av följande avdelningar:

Avdelning	Antal Vård platser	Belägg- nings- procent	Medel vård- dagar
Avd. 30 Infektion	17	89	6
Lungavd.	16	93	7
Avd 408 Endokrin/ Hematologi	16	94	5
Hjärtintensiv	23	89	3
Mag-tarm- njuravd.	20	90	6
Medicin Strokeavd.	19	93	5
Rehabavd.. (Remonthagen)	30	81	28
SUMMA	141		

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	Antal patienter	Antal besök
Uppgifterna avser alla vårdgivarkategorier		
Hud o könsmottagning	3 954	11 381
Infektion-smitt skyddsmottagning	2 288	4 003
Strokemottagning	182	242
Mobilt stroke team	184	1 425
Mag-tarmmottagn	939	1 835
408 hematologi endokrin dagvård	808	4 725
Dialys- njur mottagning	474	8 603
Hjärtmottagn	2 961	6 400
Lung o allergi- mottagningen	2 607	7 671
Medicinmottagning	2 837	8 970
Neurologi mottagning	1 697	3 472
Dietistmottagning	1 361	4 125
Reumatologimott (Remonthagen)	2 121	16 930
Smärtmottagning	452	3 168
Smärtrehab	166	940
Öppen rehabilitering	948	11 915
SUMMA	23 979	95 805

Viktiga framtidsbilder:

Patient

- Starkare patientperspektiv, pålästa kunniga patienter.
- Större valfrihet och krav på högre delaktighet.
- Verktyg till patient exempelvis Appar, Mina Vårdkontakter med mera.

Förändrad vårdflöden/vårdplatsstruktur

- Utökad specialistsjukvård i hemmet inkl rehabilitering.
- Integration av mottagning och avdelning – bemanningsfördelar, lokalfråga.
- Utökad ”distansoberoende sjukvård”
- Högre grad av svårt sjuka på vårdavdelning.
- Ökade insatser för att förhindra återinsjuknande.
- PCI⁷ (ballongvidgning vid hjärtinfarkt) – verksamhet startar 2015 – full effekt 2016.

Läkemedel

- Snabb medicinsk utveckling
- Effektiva men dyra läkemedel

Kompetens

- Kompetensförskjutningar
- Specialistsjuksköterskor
- Ökad grad av multiprofessionella team
- Hemtagning av viss riks- och regionvård ex inom hematologi och enklare thoraxkirurgi
- Ökad grad av interaktiva utbildningar

Rekrytering

- Fortsatt svårt att rekrytera sjuksköterskor och vissa specialister
- Rätt person gör rätt saker
- Utökad möjlighet till forskning
- Karriärstegar (utbildning och lön)

Nationella riktlinjer

- Regionalt Cancer Centrum (RCC) – ”Målet är att alla invånare i Norrbotten, Västerbotten, Västernorrland och Jämtland ska ha tillgång till bästa möjliga och likvärdig cancervård.”
- Nya nationella riktlinjer kommer 2016 för MS/Parkinsons sjukdom

Ekonomi

- Centrumets verksamhet har under de senaste åren inte kunna klaras inom tilldelad budget.
- Hög nettokostnadsutveckling
- Fortsatt stort behov av riks- och regionsjukvård

⁷ Percutan Coronary Intervention

Centrum barn, kvinna och psykiatri

Centrum barn, kvinna och psykiatri består av följande avdelningar:

Avdelning	Antal Vård-platser	Belägg-nings-procent	Medel-vård-dagar
Avd 108 barn ungdoms medicin	12	43	3
Avd 109 spädbarnsavgdelning	8	57	8
Avd 107 gynekologi	9	73	3
BB-avdelningen	12	83	2
1B - Beroende enheten/tillnyktring	6	81	6
3A - Psykos/vårddömda	10	90	65
3B - Psykiatrisk akutvård	10	74	5
4A - Psykos och ätstörningar	10	88	32
4B - Allmänpsykiatri och äldre	14	88	22
SUMMA	91		

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	Antal patienter	Antal besök
<i>Uppgifterna avser alla vårdgivarkategorier</i>		
Barn o ungdomsmedicin	5 755	12 680
Avd 108 barn o ungdom	915	2 257
Avd 109 neonatal	117	228
Föräldra- barn hälsan	296	1 270
Ungdomspsykiatrisk mottagn (UPM)	418	3 304
Barn-ungdoms-habilitering (BUH)	466	6 954
Vuxenhabilitering	294	2 597
Enheten f kvinnosjukv	5 936	16 908
Kvinnohälsan	649	1 689
Trauma-ångest mottagn	382	4 027

Mottagning	Antal patienter	Antal besök
Neuropsyk mottagning	440	2 080
Psyk akutmottagning	1 379	3 967
Barn- och ungdoms-psykiatri (BUP)	1 363	14 646
Ätstörningsenhet	145	2 132
Affektiva öppenvård	741	9 861
Beroende öppenvård	544	7 040
Psykos öppenvård	432	2 647
Äldrepsykiatri Öppenvård	161	773
SUMMA	20 433	95 060

Från och med 2015 finns också Rett center inom detta centrum.

Viktiga framtidsbilder:

Område kvinna:

- Under 2015-2018 beräknas antalet förlossningar att successivt öka till 1500 år 2018 med reservation för antalet flyktingar.
- Lotsfunktion via telefon kommer att tillkomma/öka (våld i nära relationer).
- Delar av privatpraktiserandes specialistvård överförs (motsvarande 50% specialisttjänst) inkl. infertilitet (ca 40 per/år) och IVF-patienter.
- År 2015 återupptas steriliseringar för kvinnor
- År 2015 utökas antal IVF och möjligheten till landstingsfinansierad PGD (preimplantatorisk genetisk diagnostik).
- Från september 2015 erbjuds sannolikt alla gravida kvinnor KUB (kombinerat ultraljud och biokemi).

Område Barn

- 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 barnpopulationen. 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 multistjuka 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.

Område Psykiatri

- 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 ej.

- 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. Ser också en 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.

Område Barn Unga Vuxna

- Generellt gäller att de stora barnkullarna – åren kring 1990 - nu själva börjar bli föräldrar, vilket kan påverka samtliga verksamheter inom BUV.
- Flyktningmottagandet i länet innebär ökad inströmning av barn och familjer med omfattande problematik. 2014-2016
- Fler mycket tidigt födda barn medför fler barn med olika former av funktionsnedsättningar.
- Ökad kunskap om neuropsykiatriska funktionsnedsättning i samhället ger ökad behov av diagnostik och behandling medicinskt, funktionellt och psykiatrisk.
- Kunskap om anknytning och om trauma och våld i nära relationer ger ett annat fokus i frågeställningarna
- Anpassning till barnkonventionen för barn och ungdomar med behov av slutenvård och vård enligt Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT). Det innebär vårdplatser skilda från vuxenpsykiatri
- Skapande av en mellanvårdsform med intensiv behandlingsform för barn och ungdomar med risk för placering eller slutenvård
- Den psykiska ohälsan hos unga kvinnor, och därmed även hos gravida har ökat. Ett försenat vuxenblivande, psykosocial otrygghet och arbetslöshet bidrar.
- Större medvetenhet/kompetens om kognitiva svårigheter i vardagen ökar behovet av habiliterande insatser, till exempel efter hjärnskakning, narkolepsi, hjärtransplantationer och epilepsi.

- Behov av intyg för stöd för att få LSS, körkort, parkering, färdtjänst, vårdbidrag, läkarutlåtande om hälsotillstånd m.m. Detta konsumerar vård som inte primärt möter patienten utan mer andra samhällsaktörers ökade behov av dokumentation och intyg.

Ekonomi

- Centrumets verksamhet har under de senaste åren med svårighet klarats inom tilldelad budget.
- Hög nettokostnadsutveckling.
- Fortsatt stort behov av riks - och regionsjukvård.

Centrum diagnostik, teknik och service

Centrumet för diagnostik, teknik och service ansvarar för att fullgöra landstingets sjukvårdsuppdrag för Jämtlands län avseende;

- radiologisk verksamhet inom medicinsk röntgen
 - klinisk fysiologi och neurofysiologi
 - laboratorieverksamhet inom klinisk kemi och transfusionsmedicin med blodcentral samt klinisk mikrobiologi
 - nuklearmedicin
 - klinisk patologi/cytologi via avtal m NUS⁸
 - service av medicinteknisk utrustning
 - bedriva blodverksamhet
 - lokalvård
 - lokalförsörjning
 - tvätt och textil
 - kost
 - vakt, inre transporter, post och bud
 - avfallshantering
 - förråd och transport
 - reception, kontakt mot patienthotell
 - tryckeri, kopiering och skyltning
 - arkiv och scanning samt sjukhusfotograf
 - hjälpmedelscentral
 - lagerhållning och distribution av sjukvårdsartiklar inom Jämtlands län
 - vårdnära service ; kost, förråd, städ och patienttransporter
 - konst och konstnärlig miljögestaltning.
- Minskat antal kostnader – färre och sjukare ineliggande patienter – förändring av kostorganisationen är nödvändigt.
 - 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 landstinget. Specifikt för centrumet framför allt kök, laboratoriet och röntgen.
 - Ekologiska livsmedel driver kostnaden och få produkter finns på marknaden.
 - Stort patientflöde via receptionen – självcheckning bör införas. Receptionen läggs ut på entreprenad tillsammans med övriga receptioner och växel.
 - Patologin upphandlas.
 - Vårdnära service har permanentats för kost, förråd, patienttransporter och städ och är under ständig utveckling.
 - Oklart hur mycket administration som utförs av verksamhetspersonal men som kan/borde utföras av administrativ personal eller tas bort.
 - Landstingets fastigheter håller god standard och är energieffektiva.
 - Energimålen klaras men förutsättningen är kontinuerligt arbete med energinvesteringar, teknikutvecklingen driver på energiförbrukningen.

De uppgifter som utförs inom centrumet får inte utföras inom någon annan enhet i regionen om inte annat särskilt beslutats. Det innebär att centrumet uppträder som huvudleverantör, och endera utför verksamheten i egen regi, genom annan leverantör eller i samverkan med länets kommuner.

Viktiga framtidsbilder:

- Ökat behov av diagnostik – nationella riktlinjer styr i viss mån men även en allmänt ökad efterfrågan av främst DT(datortomograf)och MR(magnetrontgen) men även av snabb analys av laboratorieprover. Tidsfaktorn i kombination med högre kvalitet är generellt viktiga flödesaspekter.

Ekonomi

- Centrumets verksamhet finansieras genom interna köp från övriga verksamheter, eller genom externa intäkter t ex hjälpmedelscentralen servar också länets kommuner.

⁸ NUS = Norrlands universitetssjukhus i Umeå

Centrum folktandvård

Folktandvården finns i hela Jämtlands län, från Gäddede i norr till Sveg i söder. Totalt finns 21 kliniker. I Östersund finns specialist- och sjukhustandvården.

Folktandvårdens framtida verksamhet inom allmäntandvården är beroende av tillgången på patienter och möjligheten att rekrytera tandläkare, främst då till kliniker utanför Östersundsområdet.

I dagsläget har ca 46 % av länets kvinnor, män, flickor och pojkar valt folktandvården som vårdgivare dessa benämns revisionspatienter. Andelen barn är 76 % och andelen vuxna 38 %. Till det tillkommer ett antal patienter som inte är revisionspatienter, utan som "ringer själv" när de vill komma. Det är inte heller helt ovanligt att patienter hos privata tandläkare uppsöker folktandvården under de tider som den ordinarie vårdgivaren inte är på plats, det vill säga på helger och under delar av sommaren. Genom länets turism förekommer även akuta besök av icke länsinnevånare.

Alla 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.

Viktiga framtidsbilder:

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

- Det ökande flyktingmottagandet i länet märks tydligt på Folktandvårdens kliniker. Många är i behov av akut tandvård. Därför är det viktigt att Folktandvården får en mer given plats vid planering av flyktingmottagandet än tidigare.

För att säkerställa medborgarnas tillgänglighet till en kvalitativ och konkurrenskraftig tandvård med god ekonomisk balans, har Folktandvården på regiondirektörens uppdrag gjort en rapport⁹ om Folktandvårdens framtida struktur inom allmäntandvården.

Det är generellt sett svårare att rekrytera nya medarbetare till små kliniker än till större enheter. Redan idag har Folktandvården svårigheter att bemanna vissa kliniker. Erfarna medarbetare har behov av kollegialt utbyte och nytutexaminerade medarbetare ska alltid kunna erbjudas handledning och stöd från rutinerade kollegor. Verksamheten på små kliniker är sårbarare vid personalfrånvaro. Enligt prognoser kommer befolkningsunderlaget utanför Östersund att minska ännu mer, vilket minskar patientunderlaget för redan små kliniker ytterligare. För att säkerställa att Folktandvården, även under kommande år, kan tillämpa ny teknik och nya metoder och upprätthålla en tandvård med hög kvalitet, har Folktandvården tagit fram ett förslag till ny framtida standard.

För att kunna uppnå den framtida standarden, krävs att antalet kliniker i region Jämtland Härjedalen minskas, så den föreslagna standarden kan verkställas.

Om Regionfullmäktige fattar beslut om detta under 2015 kommer den stora utmaningen för Folktandvården att vara att verkställa enligt föreslagna standard.

⁹ Framtida struktur för folktandvården dnr RS/73/2015

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 första halvåret av 2015 kommer även EUs strukturfonds- och interregprogram att komma 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 utvecklingen i länet genom samarbeten och medfinansiering av den näringslivsstruktur 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 näringslivsinriktat landsbygdsutveckling ska stärkas.

I Jämtlands län är besöksnäringen en basnäring med större betydelse för sysselsättning och tillväxt än i många andra regioner. Tillsammans med en

tradition av småföretagande och entreprenörskap är företagandet inom turism och upplevelser stark. Det har bidragit till att länet är ett av de större besöks- länen i landet. En fortsatt utveckling inom området ska stimuleras.

Viktiga samarbetspartner i stödet för regionens näringslivsutveckling är bland andra:

- ALMI Företagspartner Mitt AB
- Jämtland Härjedalen Turism/Länets turistdestinationer
- Länsstyrelsen Jämtlands län
- Mittuniversitetet
- Länets kommuner
- Företagens intresseorganisationer
- Inlandsinnovation
- Mid Sweden Science Park AB (MSSP AB)
- Torsta AB
- Coompanion – Kooperativ utveckling i Jämtlands län ekonomisk förening

För att ytterligare stärka och skapa en starkare utveckling i länet har Region Jämtland Härjedalen valt att vara delägare i några strategiska företag samt medlem i ekonomiska föreningar:

- ALMI Företagspartner Mitt AB (24,5 %)
- VattenbruksCentrum Norr AB (20 %)
- Mid Sweden Science Park AB (15 %)
- Torsta AB (40 %)
- Naboer AB (11,8 %,)
- Jämtland Härjedalen Turism (ek. för.)
- Coompanion – Kooperativ utveckling i Jämtlands län (ek. för.)

Område Utbildning och kompetensförsörjning

Här finns en särskild prioritering gällande området integration. Antalet kommunplacerade utrikes födda i länet har flerdubblats de senaste åren och prognosen är att antalet kommer att fortsätta att öka. Det höga trycket hos Migrationsverket innebär dessutom att det kan behöva öppnas boenden för asylsökande med kort framförhållning i länets kommuner. Då det gäller integration och mottagning av nyanlända är det flera myndigheter och aktörer som har ansvar för olika delar: Migrationsverket, arbetsförmedlingen, länsstyrelsen, kommunerna, upphandlade utförare t ex SFI, civilsamhällets organisationer.

Med så många aktörer finns behov av samordning och samverkan och Region Jämtland Härjedalen har därför åtagit sig den rollen dels genom den regionala överenskommelsen RÖK och dels genom de behov

av samordning och utvecklingsarbete som kommunerna i länet har uttryckt.

I den regionala utvecklingsstrategin RUS lyfts följande mål mot 2030:

- Länets elever genomgår utbildning med uppnådd gymnasieexamen
- Fler i högre utbildning
- Näringslivsanpassade utbildningar
- Livslångt lärande för tillväxt och personlig utveckling

Verksamhet som påbörjas 2015 med sikte på framtiden

- Den andel ungdomar som slutar skolan i förtid ska vara under 10 %.
- Fler personer utbildar sig på en högre nivå än idag, minst 40 % av den yngre generationen ska ha avslutad högre utbildning.
- Utveckla vidare den regionala kompetensplattformen för tryggad kompetensförsörjning och tillväxt i länet. Insatser för bättre matchning mellan tillgång och efterfrågan på kompetens.
- Implementering av ungdomsstrategin med syftet att vara en attraktiv region för unga.
- Ny Integrationsstrategi för ökad inflyttning till regionen och förbättrad integration.
- Utveckla förutsättningarna för mer näringslivsanpassade utbildningar t ex yrkeshögskolan och lärlingsutbildning.
- Utveckla lärcentra och vuxenutbildningen i regionen. Implementera det operativa programmet för livslångt lärande
- Insatser för att närma skolan till arbetslivet.
- Utveckla studie och yrkesvägledningen.
- Ökad kunskap om EU i regionen genom Europa. Direkt, ökad mobilitet och utbyten med övriga regioner.
- Utveckla plattformen Zonline för länets skolor och utbildningar.
- Vidareutveckla folkhögskolornas roll och verksamhet i det livslånga lärandet.

Enheter inom detta område är folkhögskolorna

Birka Folkhögskola startade sin verksamhet år 1901 och är en av de 43 av totalt 150 offentligägda svenska folkhögskolor. De offentligägda skolornas huvudsyfte är att driva utbildningar och verksamhet som gagnar den egna regionen och dess prioriteringar. På skolan studerar totalt knappt 200 kursdeltagare, fördelade på allmän kurs, musikutbildningar, yrkesinriktade kurser, internationell kurs, korta kurser och distanskurser.

Bäckedals folkhögskola är regionens folkhögskola i Härjedalen. De övergripande målen och de yttre ramarna för verksamheten vid skolan bestäms av huvudbidragsgivarna, d.v.s. staten och regionen samt av våra kursdeltagare och andra brukare, vilkas önskemål och behov utgör en viktig utgångspunkt för planeringen av verksamheterna. På skolan finns kurser i allmänna ämnen som ger behörighet till fortsatta studier. Här finns sedan trettio år unika kurser i hantverk med äldre tekniker i olika material. Kurser ger ökad förståelse för samspelet mellan människa, natur och teknik.

Område Infrastruktur

Regionen har två huvuduppgifter inom detta område:

- Uppdrag från staten att ansvara för den regionala infrastrukturplaneringen
- Fungera som regional kollektivtrafikmyndighet enligt den nya kollektivtrafiklagen som började gälla 1 januari 2012.

Även inom detta område har regionen hel- eller delägda bolag:

- Länstrafiken i Jämtlands län AB (helägt i och med skatteväxlingen 2015)
- Transitio AB (delägt)
- Norrtåg AB (indirekt genom deläggande hos Länstrafiken i Jämtlands län AB)

Modern infrastruktur och bra kommunikationer är viktiga grundförutsättningar för företagande, arbetsliv och studier. Bra kommunikationer behövs för att nå service i både kommunernas huvudorter och centralorten Östersund. Bra infrastruktur och goda kommunikationer behövs för att företag i länet ska kunna konkurrera med marknader i Sverige och övriga världen. Kampen för att besöksnäringens behov ska tillgodoses fortgår med krav på ändrade beräkningsgrunder för medelstilldelning. Snabb och säker tele- och datakommunikation är en förutsättning för företagande, hälso- och sjukvård och distansutbildning i hela länet. Vägar är i behov av upprustning. Järnvägarna, både i öst-västlig riktning och tillika inlandsbanan, behöver investeringar för att klara ökad trafik och resande. Anslagen till Jämtlands län har minskat kraftigt och det är en politiskt prioriterad uppgift att få fler infrastrukturinvesteringar till länet.

Område Attraktionskraft och livsmiljö

Målen för området attraktion och livsmiljö utgår från de övergripande målen i den regionala

utvecklingsstrategin 2014-2030, vilken i sin tur har tydlig koppling mot såväl Nationell strategi för regional tillväxt och attraktionskraft 2014-2020 som Europa 2020 - en smart, hållbar tillväxt för alla. På en övergripande nivå ska resurseffektivitet gällande nyttjande av naturresurser, liksom sociala resurser, alltid beaktas i planarbete och andra styrdokument. En hållbar utveckling är för länet en självklarhet.

Området arbetar huvudsakligen inom fyra av de sju utvecklingsområden som den regionala utvecklingsstrategin har lagt fast men har aktiviteter inom flera andra områden också. Målbilden är att Jämtlands län ska vara en öppen plats där alla åldrar kan leva och utvecklas och där många gärna återvänder. Ett väl fungerande folkhälsoarbete och regionalt utvecklingsstöd för vård och omsorg är en förutsättning för annan utveckling.

Länet ska upplevas som kreativt och tillåtande och locka till inflyttning. Tillgången till en ren och vacker natur, attraktiva boendemiljöer och närheten till fjällvärlden med goda kommunikationer, god offentlig och kommersiell service samt ett rikt kultur- och idrottsutbud är viktiga beståndsdelar i länets attraktionskraft. Den goda miljön och attraktiva omgivningar ger goda förutsättningar för både hälsa och välbefinnande. Området Attraktion och Livsmiljö delar även mål med enheterna Näringsliv samt Kompetens och utbildning

Uppdragets fullständiga genomförande kräver ett systemskifte ur många aspekter. Den belastning som vår nuvarande livsstil innebär på klimat, biologisk mångfald och våra naturresurser är inte långsiktigt hållbar, det gäller såväl privat som inom näringslivet. Området är delaktigt i det nationella arbetet inom Reglab¹⁰ att ta fram ett bredare mått hur regional utveckling mäts och följs upp.

Sambanden mellan hållbar tillväxt och fysisk planering blir allt tydligare och målsättningen är att nå en integration av de båda delarna med respekt för det kommunala planmonopolet. Genom en breddad syn inom området kan det ömsesidiga beroendet mellan stad – land bättre lyftas fram.

Det utvecklingsarbete som under senare år skett inom social välfärdsområdet måste präglas av

¹⁰ Reglab är mötesplats för regioner, nationella myndigheter, forskare och andra som vill öka sin kompetens kring frågor om regional utveckling. (www.reglab.se)

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 präglade 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 2015-2017 budgeteras ekonomiska resultat för Region Jämtland Härjedalen enligt följande:

År 2015	-96,0 mkr
År 2016	-23,9 mkr
År 2017	+ 8,2 mkr

För år 2014 prognostiseras ett underskott på ca 134 mkr och resultatförbättringen 2015 -2017 baseras på oförändrad skattesats samt besparingar i nivån 120 mkr under planperioden.

Vid planeringsperiodens slut beräknas det samlade behovet att återställa resultat, enligt balanskravet, vara ca 432 mkr.

Omvärlden

Från slutet av 2014 förväntas en allt starkare tillväxt i omvärlden. Det i kombination med en svagare krona gör det troligt att exporten kommer att öka. Samma faktorer talar också för att den svenska exporten kommer att växa betydligt snabbare 2015 jämfört med 2014. Sänkta skatter, låg inflation, låga räntor och växande sysselsättning medverkar till att hushållens reala inkomster stiger i snabb takt. Hushållens

sparande ligger nu på en historiskt mycket hög nivå. Sveriges kommuner och landsting (SKL) förutser att hushållens konsumtionsutgifter framöver växer i snabbare takt och att nivån på sparandet efterhand reduceras. Det ger ytterligare draghjälp till tillväxten i den svenska ekonomin. Utvecklingen på arbetsmarknaden kan beskrivas som splittrad. Trots relativt svag tillväxt har sysselsättningen utvecklats bra. Samtidigt har antalet personer i arbetskraften fortsatt att växa, vilket är bra, men med den begränsade efterfrågan på arbetskraft har arbetslösheten kvarstått runt 8 %. SKL räknar dock med att arbetslösheten sjunker under 2015.

Skatteunderlagets reala tillväxt beräknas till 2,4 % för 2015 vilket är en bra bit över den trendmässiga tillväxten på 0,9 %. Den förväntade konjunkturuppgången medför att det reala skatteunderlaget förväntas öka med omkring 1,8 % under 2016 och 1,5 % 2017.

Skatteunderlaget

SKL prognostiserar, i december 2014, att skatteunderlag och landstingsprisindex utvecklas enligt nedan:

Faktiskt skatteunderlag

Procentuell förändring	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2013-2018
SKL, december 2014	3,4	3,3	5,2	4,7	4,5	4,2	28,0

SKL gör dessutom löpande prognoser för landstingens kostnadsutveckling. Regionen använder LPIK nedan för uppräknings av budgetramar.

Prognos för Landstingsprisindex (LPIK)

Årlig procentuell förändring	2014	2015	2016	2017	2018
LPIK inkl läkemedel	1,8	1,9	2,3	2,6	2,7
- Timlön	2,6	2,8	3,0	3,2	3,3
- Socialavgifter	2,6	3,2	3,1	3,8	3,6
- Läkemedel	-1,4	-2,1	-1,1	-0,8	-0,2
- Förbrukning	1,6	1,4	2,2	2,2	2,3
LPIK exkl läkemedel	2,3	2,5	2,8	3,0	3,1

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting

Skatteintäkter, utjämningsbidrag samt specialdestinerade statsbidrag

Skatteintäkterna under planeringsperioden baseras på en oförändrad befolkningsutveckling jämfört med november 2013. Det i kombination med ett ökat skatteunderlag förstärker regionens ekonomi något eftersom prognostiserade kostnadsökningar (LPIK) bedöms bli lägre än intäktsökningarna. En förutsättning för detta är också att regionens kostnadsökningar inte blir högre än den bedömda utvecklingen av LPIK och att besparingsåtgärderna i den långsiktiga ekonomiska utvecklingsplanen (LUP) genomförs.

En befolkningsminskning med ca 1000 personer i länet skulle påverka skatteintäkterna med ca 25-30 mkr per år. Förändring av skattesatsen med 50 öre påverkar intäkterna med ca 120 mkr.

Det råder fortfarande osäkerhet beträffande statsbidraget för läkemedelsförmånen där ännu ingen långsiktig överenskommelse träffats.

När det gäller de specialdestinerade statsbidragen råder fortfarande en viss osäkerhet. Klart är att tillgänglighetssatsningens kömiljard kvarstår under 2015. Från och med 2016 utvecklas den till en samordnings- och tillgänglighetsmiljard där fokus ligger på att skapa sammanhållna vårdkedjor. Ny satsning vad gäller cancervård tillkommer och medlen ska fördelas till landstingen efter prestation

Bedömningen är att regionens ekonomi kan förstärkas något eftersom nya statsbidrag i större omfattning blir generella istället för prestationsbaserade. Än så länge är det svårt att bedöma

storleken av detta.

Pensionskostnader

Regionens pensionskostnader förväntas öka under planeringsperioden. Regionens pensions-skuld redovisas enligt den sk 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.

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 ytterligare behövs som buffert för variationer i skatteintäkterna
- Vad som behövs i form av eventuellt sparande för större 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

finansskrisen, är en normal avvikelse mellan budgeterade och slutliga skatteintäkter för Region Jämtland Härjedalen +/- 30 miljoner kronor.

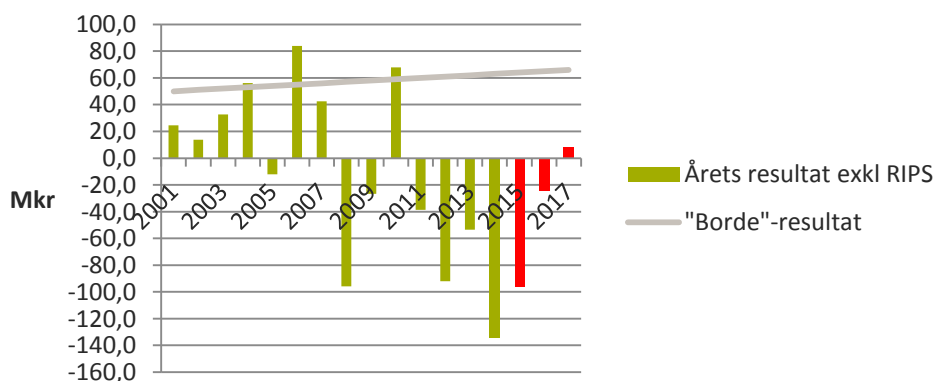
Efter en beräkning av alla uppräknade komponenter förutom sparande för nytt sjukhus, hamnar resultatmålet för god ekonomisk hushållning för Region Jämtland Härjedalen på cirka 60 miljoner kronor per år, med uppräkning över tiden. Det motsvarar ca 2 procent av verksamhetens nettokostnader.

Följande bild visar hur resultatet för Jämtlands läns landsting har sett ut åren 2001- 2013, prognostiserat resultat för 2014, samt region Jämtland Härjedalens resultatmål för åren 2015

– 2017 enligt regionplanen. Landstinget fick ett tillfälligt konjunkturbidrag 2010 på 52,9 miljoner kronor. Utan detta hade resultatet hamnat på endast ca 15 miljoner kronor. Med undantag för 2010, har landstinget haft negativa resultat hela tiden sedan 2007. Endast under tre år – 2004, 2006 och 2010 - har resultaten varit i nivå med god ekonomisk hushållning. Det kan tilläggas att 2010 var ett av få år då kostnaderna för riks- och regionvård sjönk.

Sammanfattningsvis beror de låga resultaten på att landstinget både haft en svag utveckling av skatteintäkter och kommunala utjämningsbidrag samt en nettokostnadsutveckling som varit för hög i förhållande till intäkterna.

Jämtlands läns landstings resultat exkl RIPS-effekter 2001-2013, prognos per augusti 2014 och budgeterat resultat region Jämtland Härjedalen 2015-2017



Långsiktig utvecklingsplan för god ekonomisk hushållning

Under 2014 beslutades om en långsiktig plan för god ekonomisk hushållning. Det övergripande målet är **God ekonomisk hushållning** = positivt resultat minst 60 mkr d v s 2% av nettokostnaderna senast vid utgången av 2018 år. Det ska enligt planen uppnås genom :

Mål 1 God kostnadskontroll och ständiga förbättringar

Mål 2 Åtgärder i 9 paket för kostnadsminskningar:

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

Planen innehåller också 6 satsningsområden:

Mål 3 Kompetensförsörjning
5 mkr/årligen (omdisponering)

Mål 4 Förebyggande hälso/sjukvård
inom befintliga resurser

Mål 5 Långsiktigt Lean-arbete
2 mkr/årligen

Mål 6 Teknisk utveckling- distansoberoende
teknik 2 mkr/årligen

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

Mål 8 Samverkan
inom befintliga resurser

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

Utifrån avsnitt om Ekonomi är utmaningen för regionen de närmsta åren

- Uppnå en ekonomi i balans och god ekonomisk hushållning
- Enligt regionplanen 2015-2017 finns dessutom målet
” God ekonomisk hushållning med solidarisk fördelning där resurserna fördelas jämnt och jämställt”

Bilagor

I det här avsnittet redovisas de bilagor som det finns hänvisningar till i föreliggande avsnitt.

Förteckning över bilagor:

Bilaga 1: Policyer och andra fastställda styrdokument

Bilaga 2: Bild från RUSen över vision, prioriteringar och mål

Bilaga 3: Befolkningsutveckling mm fördelat på länet och kommunerna

Bilaga 4: Öppna jämförelser

Bilaga 1: Policyer och andra fastställda styrdokument

Policyer

Policyer som fastställts inom Jämtlands läns landsting gäller även för den nya regionen.

Dokument	Dnr	Fastställd	Beslutad av
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	Gemensam nämnd avs. samordnad upphandling, lagerhållning och distribution
Jämställdhetspolicy för förtroendevalda	LS/31/2012	2013-11-27	Beredningen demokrati och folkhälsa
Kommunikations- och informationspolicy	LS/1518/2010	2011-02-16	Landstingsfullmäktige
Miljöpolicy	LS/1059/2011	2012-06-20	Beredningen demokrati och folkhälsa
Parkeringspolicy	LS/740/2007	2007-10-17	Landstingsstyrelsen
Personalpolitiskt policy	LS/685/2010	2010-06-23	Landstingsstyrelsen
Policy 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 uthyrning av landstingets lokaler	LS/12/2011	2011-02-16	Landstingsstyrelsen
Policy för ägarstyrning	LS/339/2005	2006-04-25	Landstingsstyrelsen
Skytlpolicy för invändig skyltning inom JLL	LS/474/2007	2007-06-27	Landstingsstyrelsen
Upphandlingspolicy	LS/1509/2012	2014-02-11	Landstingsstyrelsen

Länsövergripande styrdokument

Dokumenterna nedan har upprättats inom Regionförbundet Jämtlands län och fastställts av förbundets styrelse. 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.

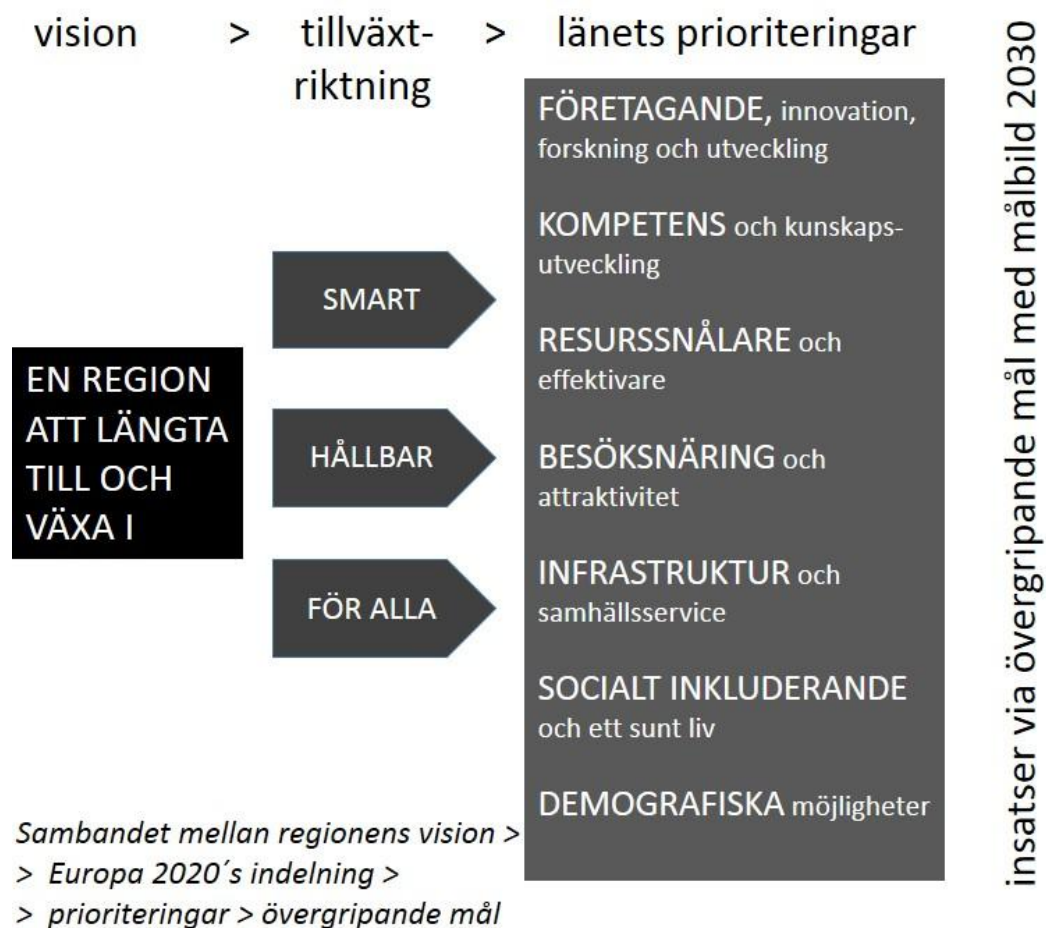
Dokument	Varaktighet	Dnr	Beslutad av
Bredbandsstrategi för Jämtlands län – mot 2020	2014-2020	RS/2013-64	Regionförbundets styrelse
Innovativt Jämtland Härjedalen 2025 (Innovationsstrategi)	2014-2025	RS/2011-121	Regionförbundets styrelse
Integrationstrategi	2015-2020	RS/2013-177	Regionstyrelsen (Beslutas under 2015)
Jämtland Härjedalen 2030 Innovativt och attraktivt (Regional utvecklingsstrategi)	2014-2030	RS/2011-121	Regionförbundets styrelse
Jämtlands län en region för kvinnor och män - Handlingsplan jämställd regional tillväxt	2013-2014	RS/2012-09	Regionförbundets styrelse
Jämtlands läns ungdomsstrategi 2014-2020	2014-2020	RS/2011-2016	Regionförbundets styrelse
Kulturplan för Region Jämtland Härjedalen 2015-2017	2015-2017	RS/2013-133	Regionförbundets styrelse
Länsgemensam folkhälso-policy för Jämtlands län 2011-2015	2011-2015	RS/2011-49	Regionförbundets styrelse
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
Regionalt tillväxtprogram för Jämtlands län (RTP)	2015-2020	RS/2014-70	Regionförbundets styrelse
Regionalt trafikförsörjningsprogram 2013-2015	2013-2015	RS/2012-516	Regionförbundets styrelse

Andra styrande dokument

Dokument	Dnr	Fastställd	Organ
Långsiktig utvecklingsplan för god ekonomisk hushållning 2015-2025	LS/1810/2013	2014-10-15	Landstingsfullmäktige
Långsiktig utvecklingsplan för miljö	LS/1792/2012	2013-11-27	Landstingsfullmäktige
Mål för gemensam hälso- och sjukvårdspolitik i Jämtlands län 2014-2025	LS/727/2012	2014-03-- 2014-06	Landstingsfullmäktige och länets samtliga kommuner
Nationell eHälsa – strategin för tillgänglig och säker information inom vård och omsorg	LS/1058/2011	2012-02-15	Landstingsfullmäktige
Placeringsreglemente för förvaltning av pensionsmedel	LS/1386/2013	2012-11-27	Landstingsfullmäktige
Reglemente för kortsiktig likviditetsförvaltning, finansiering och skuldförvaltning	LS/1358/2013	2012-11-27	Landstingsfullmäktige
Strategi för eSamhället	LS/1058/2011	2012-02-15	Landstings fullmäktige
Regional kris- och katastrofmedicinsk beredskapsplan 2014	LS/1636/2013	2013-12-11	Landstingsstyrelsen
Internkontrollreglemente	LS/349/2013	2013-10- 22–23	Landstingsfullmäktige
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

* Styrdokument från regionförbundet som fastställts i landstingsfullmäktige för att kunna gälla även för den nya regionen.

Bilaga 2: Bild från RUSen över vision, prioriteringar och mål



- Fler arbetstillfällen och fler företagare
- Ökade investeringar och god tillgång till riskkapital
- Ökade förädlingsvärden och mer försäljning utanför länet
- Konkurrensstarka landsbygdsnärings inom mjölk och kött
- Fler kluster och gränsöverskridande nätverk
- Universitetet upprätthåller spets inom länets profilområden
- Länets samtliga elever uppnår gymnasieexamen
- Fler i högre utbildning
- Näringslivsanpassade utbildningar
- Livslångt lärande för tillväxt och personlig utveckling
- En säker, uthållig och hållbar energitillförsel. Ingen uranbrytning.
- Hög energieffektivitet inom alla områden
- Ledande nettoexportör av förnybar energi via ökad produktion
- Transporter, industri och värme oberoende av fossil energi
- Kraftfullt arbete inom för att hantera klimatförändringar
- Värden från länets naturresurser bör återföras till bygden
- Besöksnäringen är tillväxtmotor med hållbarhet som signum
- Fler personer besöker och bosätter sig i länet
- Europaledande på naturbaserade upplevelser
- Fler är aktiva och skapande i kulturlivet, särskilt barn och unga
- Den ideella sektorn har stärkt sin roll i kulturlivet
- Förbättrade kommunikationer överbryggat långa avstånden
- Fler cykel- och gångvägar gagnar miljö och trafiksäkerhet
- Bredbandsnät med hög kapacitet når hela länet
- En god service kan erbjudas alla invånare
- Hälsa på lika villkor för hela befolkningen
- Alla har lika förutsättningar oavsett funktionsförmåga
- Jämtlands län upplevs som landets tryggaste län
- En väl fungerande jämlik och jämställd social välfärd
- Hälso- och sjukvården erbjuder alla högkvalificerad vård
- Andelen utomnordiskt födda motsvarar riksgenomsnittet
- Länet tillhör de mest attraktiva för i landet för unga kvinnor
- Det är attraktivt för unga vuxna att bosätta sig i länet
- Bra och välutvecklat mottagande av alla nya länsinneboende
- Att åldras i länet innebär möjligheter för individ och samhälle

Bilaga 3: Befolkningsutveckling mm fördelat på länet och kommunerna

Befolkning Jämtland första halvåret 2014 och skillnader mot 31 dec 2013 (SCB)

(detaljer för resterande året på kommunnivå ännu ej publicerade)

Kommun	Folkmängd	Folkökning	Levande födda	Döda	Födelse-överskott	Inflyttade				Utflyttade				Flyttningsnetto			
						Totalt	Egna länet	Därav från Övriga Sverige	Utlandet	Totalt	Egna länet	Därav till Övriga Sverige	Utlandet	Totalt	Egna länet	Därav mot Övriga Sverige	Utlandet
Riket	9 694 194	49 330	58 721	44 554	14 167	56 440	.	.	56 440	22 140	.	.	22 140	34 300	.	.	34 300
Jämtland	126 410	-51	664	759	-95	2 221	.	1 570	651	2 200	.	2 043	157	21	.	-473	494
Berg	7 133	-27	34	55	-21	179	50	63	66	186	82	95	9	-7	-32	-32	57
Bräcke	6 538	-21	24	43	-19	174	82	70	22	175	101	70	4	-1	-19	0	18
Härjedalen	10 254	-27	30	74	-44	325	52	198	75	308	62	230	16	17	-10	-32	59
Krokom	14 677	34	92	69	23	456	282	120	54	445	256	173	16	11	26	-53	38
Ragunda	5 444	-14	20	54	-34	134	50	70	14	116	39	66	11	18	11	4	3
Strömsund	11 965	-19	50	91	-41	347	67	167	113	332	118	203	11	15	-51	-36	102
Åre	10 323	-97	51	46	5	303	76	180	47	406	91	294	21	-103	-15	-114	26
Östersund	60 076	120	363	327	36	1 528	566	702	260	1 457	476	912	69	71	90	-210	191

Ordlista (från SCB)

Folkmängd: antalet personer som finns folkbokförda vid en viss tidpunkt, inom ett visst område. Folkmängden är synonymt med antalet invånare i ett visst område. I folkmängden ingår alla invånare oavsett medborgarskap. Asylsökande ingår inte i folkmängden.

Folkökning: antalet personer som folkmängden ökar (eller minskar) med från en tidpunkt till en annan. Folkökningen för ett visst år beräknas som skillnaden mellan folkmängden det året och året innan.

Flyttningsnetto: Flyttningsnetto är skillnaden mellan antalet inflyttade och utflyttade personer under en viss tidsperiod till och från ett visst område. Det är alltså antalet inflyttade minus antalet utflyttade. Värdet kan vara positivt eller negativt. Om värdet är positivt talar man om ett flyttningsöverskott, vilket innebär att fler personer har flyttat in i ett område än ut. Om värdet är negativt talar man om ett flyttningsunderskott; vilket innebär att färre personer har flyttat in i ett område än ut.

Analys

Riket har ökat med knappt 50 000 invånare varav 34 300 är en nettoökning från inflytt från utlandet. Asylsökande som ej fått uppehållstillstånd ingår inte i statistiken. Födelseöverskottet är drygt 14 000 vilket är en kraftig ökning mot årets första tre månader. Storstadstillväxten fortsätter; Stockholm +18 300 , Västra Götaland + 8 300, Skåne +6 200, Uppsala, Södermanland och Östergötland tillsammans + 5 000 . Resterande ökning om 12 200 (4 600 första kvartalet) personer har fördelats på övriga landet. Av dessa landar 1007 personer (670 första kvartalet) i norrlandslänen undantaget Gävleborg, alltså en minskad andel. **I riket ökar nu samtliga län utom Jämtland.**

Länet fortsätter att minska, nu med 51 personer (-8 första kvartalet). Siffrorna hålls uppe, trots minskningen, av utrikes inflytt med ett överskott om 500 personer, baserat på utfärdade uppehållstillstånd. Nästan 500 personer fler flyttade ut till län utanför Jämtland än in från övriga län. Övriga asylsökande i länet tillkommer. Dominansen är stor för inkommande från Syrien.

Alla länets kommuner tappar befolkning undantaget Östersund och Krokom (läs Ås församling). Siffrorna för Krokom är särskilt intressanta, här finns ett födelseöverskott om

23 personer, 92 födda barn, vilket innebär att kommunen fortsatt ligger bland de i landet med högst andel små barn. Åre fortsätter att tappa befolkning trots ett balanserat födelsenetto, huvudsakligen beroende på utflytt till övriga Sverige vilket även skedde under högsäsongen första kvartalet. Åre är dock en kommun med stora svängningar genom åren / säsongerna. In till Östersund flyttar netto 90 personer från övriga länet men nettot in-/utflytt från/till Sverige är för Östersund -180 personer (en ökning mot första kvartalet, kanske examinerade studenter?) så Östersunds folkökning med 120 personer beror helt på ett överskott från utrikes inflytt. Berg och Strömsund har fortsatt störst utrikes nettoinflytt i förhållande till sin storlek.

Sammantaget för länet är det uppenbart att ett mycket aktivt arbete med mångkulturellt inkluderande och mottagligare arbetsmarknad samt attityd och välkomnande är centralt för att länet inte ska fortsätta att gå bakåt. Att få så många som möjligt av de 500 personer som nu håller uppe siffrorna, samt de som ej har uppehållstillstånd och ligger utanför dessa siffror, långsiktigt etablerar sig i länet är mycket viktigt ur ett flertal aspekter.

Se även figur nästa sid för nationell bild

(analys av Ulf von Sydow, regionala utvecklingförvaltningen)

Befolkningsförändringar i Sveriges kommuner under första halvåret 2014



Ytterligare statistik om läget i länets befolkning

År	Indikator	Riket	Jämtlands Län	Berg	Bräcke	Härjedalen	Krokom	Ragunda	Strömsund	Åre	Östersund	Källa
2013	Andel öppet arbetslösa samt sökande i program av registerbaserade arbetskraften											
	16-64 år	8,5	8,4	8,4	9,8	8,6	6,2	11,6	11,2	6,1	8,4	Arbetsförmedlingen/ tidigare statistik
	18-24 år	17,2	18,6	16	22	18,1	16,8	26,1	23,3	10,9	18,8	Arbetsförmedlingen/ tidigare statistik
2013	Ohälsotal, antal dagar	26,8	32,9	36	41,8	28,2	33,3	40,1	33,4	25	33	Försäkringskassan, ohälsotal
	Män	21,8	26,6	27,6	36,2	25,6	26,3	30,3	29,9	20	25,8	
	Kvinnor	32	39,5	45,2	48,1	31,1	40,7	50,8	37,4	30,3	40,1	
2012	Medelinkomst av tjänst	197,7	180,2	162,1	167	173,2	175,3	169,7	169,6	169,7	191,3	Inkomster och skatter/ inkomster, SCB
	Män	223,6	194,9	171,4	177,3	187,7	189,2	189	183,7	180,4	208,5	
	Kvinnor	171,9	165,4	152,1	155,5	157,9	160,8	149,7	154,8	158,6	174,9	
2013	Andel med eftergymnasial utbildning	32	27,4	18,4	17,2	16,5	27	15,4	17,4	27,5	33,9	
	Män	29,3	22,4	13,8	12,5	12,1	21,8	12,1	13,1	21,2	29,7	befolkningens utbildning, SCB
	Kvinnor	35,7	32,3	23,4	22,3	21,3	32,4	18,9	22	34,1	37,8	16 år och äldre

Barn 0-17 år i ekonomiskt utsatta hushåll 2010			
Kommun/länet /riket	Totalt antal barn	Antal barn i fattigdom	Andel barn i fattigdom
Berg	1356	200	14,7
Bräcke	1305	200	15,3
Härjedalen	1714	220	12,8
Krokom	3391	300	8,8*
Ragunda	982	112	11,4
Strömsund	2083	362	17,4
Åre	2075	215	10,4
Östersund	11312	1014	9,0**
Jämtlands län	24219	2623	10,8
Riket	1912071	242303	12,7

Källa: Jämtlands läns landsting rapport, Barnhälsovårdens kvalitetsutveckling i Jämtlands län

Bilaga 4: Öppna jämförelser i överblick

Rapporten Öppna jämförelser i överblick är utformad i första hand för olika ledningsnivåer i landtingen. Syftet är att få en vy av hur egna landstinget placerar sig i rangordning i förhållande till andra landsting. Rapporten är ett komplement till huvudrapporten Öppna jämförelser 2013. Således är det samma faktaunderlag som ligger till grund för presentationen, som för huvudrapporten.

I rapporten redovisas beräkningar av landstingsindex som på olika aggregeringsnivåer ger ett sammanfattande värde av indikatorerna i Öppna jämförelser. Indexen är beräknade med en enkel formel och beskriver medelvärde för respektive landstings position i förhållande till övriga landsting för grupper av indikatorer. **Jämförelse mellan landstingens indextal måste därför göras med försiktighet och mer ses som en signal om var en djupare analys av skillnader är mest angelägen än som ett slutligt omdöme av kvalitet och resultat.**

Det landsting som har det bästa resultatet får värdet 1 och det landsting med det sämsta resultatet får värdet 0. Indexvärdet talar om var det enskilda landstingets värde för indikatorn ligger i förhållande till landstingen med högsta respektive lägsta värdet. Indexvärdet 0,5 anger att det aktuella indikatorvärdet ligger mitt emellan högsta och lägsta värde.

Fördelen med index är att det kan skapa överblick i ett omfattande datamaterial. I många sammanhang finns behov av att få en sammanfattande bild av landstingets resultat. Index ger en enkel signal om var det förbättringsarbete som Öppna jämförelser syftar till i första hand ska sättas in.

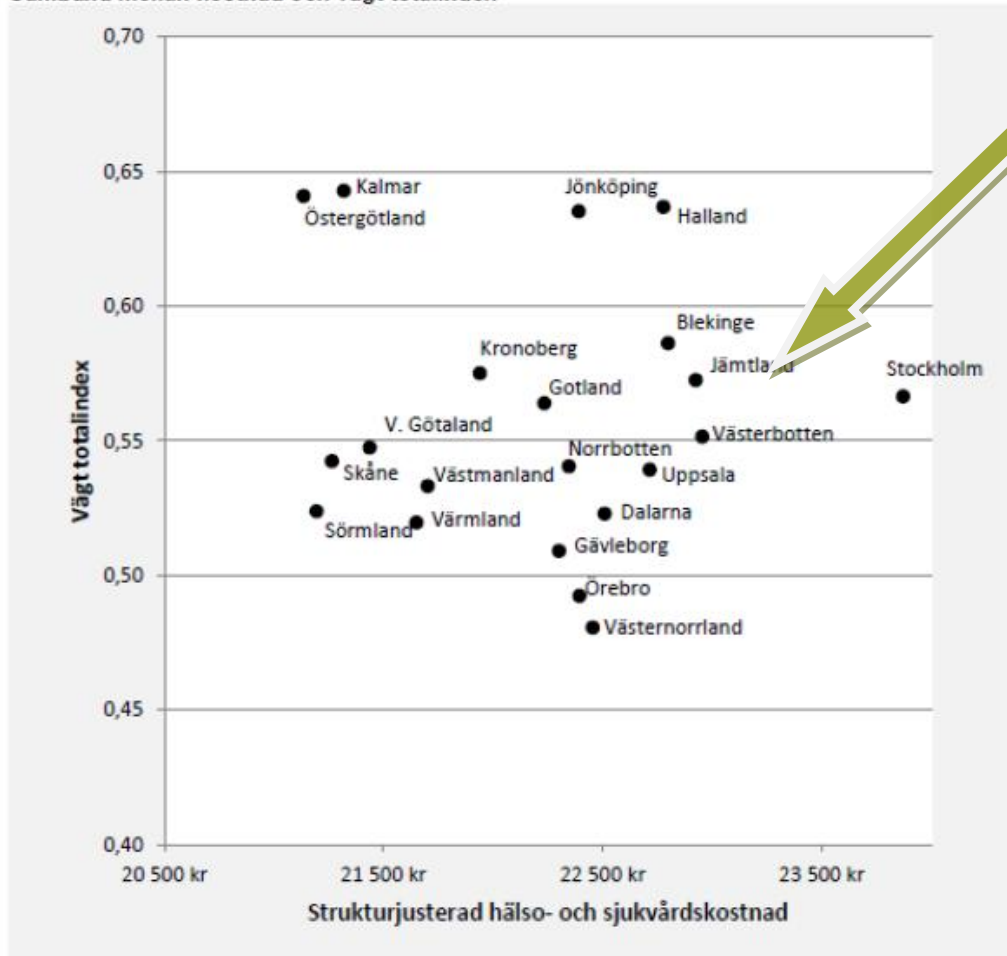
Landsting	2011*	2012*	2013*	Vägt index 2014
Kalmar	3	5	3	0,64
Östergötland	9	4	5	0,64
Halland	1	1	1	0,64
Jönköping	10	3	4	0,64
Blekinge	11	6	16	0,59
Kronoberg	2	2	2	0,58
Jämtland	18	19	18	0,57
Stockholm	14	7	9	0,57
Gotland	15	10	6	0,56
Västerbotten	7	11	12	0,55
Västra Götaland	4	9	11	0,55
Skåne	12	18	21	0,54
Norrbottn	5	13	14	0,54
Uppsala	6	17	20	0,54
Västmanland	21	21	7	0,53
Sörmland	17	12	17	0,52
Dalarna	19	20	19	0,52
Värmland	8	8	13	0,52
Gävleborg	16	14	15	0,51
Örebro	13	16	10	0,49
Västernorrland	20	15	8	0,48

*Index med tidigare vägning och delvis andra indikatorer

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

I nästa bild jämförs kvalitet i y-axeln (lodrät) med kostnad i x-axeln (vågrät)

Samband mellan kostnad och vägt totalindex



Av den här bilden kan utläsas att de landsting som har högre kvalitet än Jämtlands läns landsting också har lägre kostnader.