

Tid: kl. 08:30-16:00

Plats: 28/3 Hörsalen och 29/3 Styrelserummet

Ordförande

Ann-Marie Johansson (S)

Ledamöter

Bengt Bergqvist (S), 3:e vice ordförande

Robert Uitto (S)

Anders Frimert (S)

Jenny Sellsve (S)

Christer Siwertsson (M), 1:a vice ordförande

Susanné Wallner (M)

Jan-Olof Andersson (M)

Thomas Andersson (C)

Elin Lemon (C), 2:e vice ordförande

Anton Nordqvist (MP)

Jörgen Blom (V)

Bengt-Åke Arendolf (SD)

Ersättare

Carina Fröberg (S)

Björn Sahlin (S)

Linn Berglin (S)

Niklas Rhodin (S)

Kristina Holm (S)

Lise Hjemgaard-Svensson (M)

Elise Ryder Wikén (M)

Thomas Gutke (M)

Eva Hellstrand (C)

Lennart Ledin (L)

Lars-Erik Olofsson (KD)

Elin Hoffner (V)

Thomas Johansson Nordqvist (SD)

Övriga

1. Program för regionstyrelsen 28-29 mars 2017

Beslutsunderlag

- Program för styrelsen 28-29 mars 2017

2. Val av justerare och tid för justering

3. Fastställande av föredragningslista

Ärendebeskrivning

Enligt reglemente för regionstyrelsen har preliminär föredragningslista över de ärenden som avses bli behandlade vid sammanträdet utsänt till ledamöter och ersättare.

Förslag till beslut

Preliminär föredragningslista fastställs som slutlig föredragningslista.

4. Regiondirektörens rapport 2017 (RS/4/2017)

Ärendebeskrivning

- Bemanningsprojektet
- Nationell Patientenkät Akutmottagningar 2016
- Handlingsplan för mottagande av asylsökande och nyanlända flyktingar
- Resultatförbättrande åtgärder
- Förvaltningschefernas bedömning av ofinansierade behov
- Rutiner vid inköp/upphandling av livsmedel

Förslag till beslut

Regionstyrelsen har tagit del av rapporten, ställt frågor och fått svar.

5. Månadsrapport februari 2017 (RS/5/2017)

Ärendebeskrivning

Årets första två månader visar en ökning av nettokostnadsutvecklingen som efter februari uppgick till 4,2 procent (i februari 2016 3,4 procent). Resultatet per februari uppgick till -5,8 miljoner kronor. Bedömningen är därför ett oförändrat resultatutfall jämfört med 2016, vilket innebär en helårsprognos på -195 miljoner kronor.

Bruttokostnaderna för perioden har ökat med 34 miljoner kronor jämfört med samma period 2016. Den största ökningen avser kostnad för bemanningsföretag, en ökning med 21,2 procent. Även kostnader för läkemedel ökar kraftigt motsvarande 11,5 procent. Verksamhetens intäkter ökade med 6,7 procent motsvarande 7,5 miljoner kronor, jämfört med samma period 2016. Den största ökningen avser patientavgifter.

Utförd tid ökar 2017 jämfört med 2016 och en stark bidragande orsak är att antal arbetade dagar till och med februari är två fler. Nyttjandet av bemanningsföretag fortsätter öka för sjuksköterskor. En marginell minskning för läkare kan dock noteras.

Likviditeten har förbättrats med 55,9 miljoner kronor sedan årsskiftet vilket till stor del beror på upptagande av lån från Kommuninvest på 40 miljoner kronor.

Region Jämtland Härjedalen som helhet klarar inte målet avseende vårdgarantin.

Förslag till beslut

Månadsrapport februari 2017 godkänns.

Expedieras till

Ekonomidirektör

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse om månadsrapport februari 2017
- Månadsrapport februari 2017

6. Årsrapport över tillgångsförvaltning (RS/1641/2016)

Ärendebeskrivning

Årsrapport över tillgångsförvaltningen är motsvarigheten till likviditetsrapporten med undantaget att likviditeten inte längre redovisas i denna rapport. Likviditeten rapporteras istället direkt i månadsrapporter, delårsbokslut och årsbokslut.

Syfte med rapporten är att följa upp regionens placeringar gällande avkastning mot uppsatta mål, tillgångsfördelning och följsamhet mot ”Reglemente avseende finansiering och skuldförvaltning samt förvaltning av likviditet och pensionsmedel”. Årsrapport över tillgångsförvaltningen innehåller uppföljning av mål, innehavsförteckningar, avstämning mot givna limiter samt uppföljning av dynamiska riskprincipen.

På grund av den rådande likviditetssituationen i regionen är likviditetsportföljen under avveckling. Detta görs genom att värdepapper som förfaller inte återinvesteras, vilket gör att de kvarvarande värdepapperen inte kommer kunna ligga inom kreditlimiterna för att de får för stor andel av den totala portföljen.

Förslag till beslut

Årsrapport över tillgångsförvaltningen godkänns.

Expedieras till

Finansekonom

Ekonomidirektör

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Årsrapport över tillgångsförvaltningen 2016-12-31
- Årsrapport över tillgångsförvaltningen per 2016-12-31

**7. Regionstyrelsens uppföljning 2017 av aktiva mål
Medarbetare - sjukfrånvaro (RS/19/2017)**

Ärendebeskrivning

Regionfullmäktige har i sin regionplan beslutat om ett antal strategiska mål för perioden 2017 – 2019. I regionstyrelsens verksamhetsplan finns för varje strategiskt mål, två aktiva mål och ett antal framgångsfaktorer i form av utvecklingsområden. De aktiva målen är mätbara och ska följas upp i varje månadsrapport till styrelsen, och som fördjupning två gånger under året. Enligt styrelsens uppföljningsplan ska det aktiva målet Medarbetare – sjukfrånvaro följas upp vid regionstyrelsens sammanträde 28-29 mars.

Mål i regionstyrelsens verksamhetsplan och uppföljningsplan 2017 är att sjukfrånvaron för medarbetare inom Region Jämtland Härjedalen ska minska och komma närmare rikssnittet för landsting och regioner i landet. Målvärdet för 2017 är 6 %.

Sjukfrånvaron har inte förändrats procentuellt under 2016 och ligger kvar på 6,6 procent som året innan.

Förslag till beslut

Regionstyrelsens uppföljning 2017 av aktiva mål Medarbetare – sjukfrånvaro godkänns.

Expedieras till

Personaldirektör

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Uppföljning av aktiva mål Medarbetare - sjukfrånvaro
- Regionstyrelsen uppföljning av aktiva mål 2017 - sjukfrånvaro

**8. Regionstyrelsens uppföljning 2017 av aktiva mål
MEDARBETARE - bemanningskostnader
(RS/20/2017)**

Ärendebeskrivning

Regionstyrelsen har i sin verksamhetsplan satt som mål för 2017 att kostnaderna för köp från bemanningsföretag ska minska till 2015 års nivå, vilket motsvarar max 125,6 miljoner kronor. Omräknat till perioden jan-feb motsvarar det 20,3 miljoner kronor. Målet uppnåddes inte per februari. Kostnaderna översteg målet med 3,6 miljoner kronor – en avvikelse på +18 procent. Kostnaderna för inhyrda läkare var dock 1,3 miljoner kronor lägre än målet (avvikelse – 8 procent), vilket framför allt beror på ett minskat nyttjande inom primärvården. Kostnader för inhyrda sjuksköterskor översteg målet på 2,2 miljoner kronor med 4,9 miljoner kronor – en avvikelse på 221 procent.

Aktiviteter för att uppnå målet på helårsbasis pågår inom ramen för det SKL-stödda projektet Uppnä oberoende av bemanningsföretag. Vid regionstyrelsen sammanträde 28 februari-1 mars fattades beslut om vilka målvärden som ska följas upp i projektet

Uppnå oberoende av bemanningsföretag. Även dessa målvärden och utfall redovisas i bifogade rapport om köp från bemanningsföretag.

Förslag till beslut

1. Regionstyrelsens uppföljning 2017 av aktiva mål MEDARBETARE – bemanningskostnader godkänns.
2. Regiondirektören får i uppdrag att revidera målvärdet för bemanningskostnader i regionstyrelsens verksamhetsplan och samordna det med det beslut om målvärden som regionstyrelsen tog 2017-03-01, § 45.

Expedieras till

Hälso- och sjukvårdsdirektör
Projektledare bemanningsprojektet

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Uppföljning av beroende av bemanningsföretag - regionstyrelsens aktiva mål
- Uppföljning av beroendet av bemanningsföretag - regionstyrelsens aktiva mål

9. Personalbokslut 2016 (RS/359/2017)

Ärendebeskrivning

Personalbokslut 2016 visar att antalet medarbetare vid Region Jämtland Härjedalen har blivit fler både till antalet eller om utförda tiden omräknas i årsarbetare. Personalbokslutet för 2016 redovisar ett plus på 2 årsarbetare. Nedan redovisas några förändringar i personalstrukturen:

Läkare +4 årsarbetare

Sjuksköterska +6 årsarbetare

Undersköterska - 5 årsarbetare

Medicinska sekreterare + 2 årsarbetare

Därtill kommer nyttjandet av bemanningsföretag och som har ökat både för läkare med 14 årsarbetare och för sjuksköterskor med 13 årsarbetare.

Glädjande är att antalet deltider har fortfarande en låg siffra på 424 personer. En liten ökning i jämförelse med 2015 med 9 personer.

Sjukfrånvaron ligger kvar på samma nivå som 2015 med 6,6 %. Männen har minskat från 3,8 % till 3,7 % och kvinnorna ökat från 7,4 % till 7,5 %. Som sjukskrivande instans ser mönstret ut som tidigare år, relativt hög andel inom specialiserade vården. Det innebär att det rör sig om allvarliga eller kroniska sjukdomar som orsak till sjukskrivning.

Friskvårdsombuden och personalföreningen har under året haft många aktiviteter riktade till medarbetarna.

Flera enheter signalerar att arbetet varit stressigt under året, främst på grund av hög arbetsbelastning. Vissa andra uppger att arbetsmiljön är god och hänvisar till

resultatet i arbetsmiljöenkäten. Totalt för organisationen visar enkäten ett arbetsmiljöindex på 4,59.

Under hösten har en enkätundersökning för att ta reda på förutsättningar genomförts bland alla chefer. En handlingsplan på regionnivå har tagits fram och beslut om handlingsplanen kommer att ske under våren 2017 i Utskottet för personal.

Utskottet för personal behandlade Personalbokslutet vid sitt sammanträde 2017-02-22 § 15.

Förslag till beslut

Personalbokslut 2016 godkänns.

Expedieras till

Personaldirektör

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Personalbokslut 2016
- Personalbokslut 2016

10. Kartläggning enhetschefernas förutsättningar (RS/1538/2016)

Ärendebeskrivning

Utskottet för personal har fått uppdrag av Regionstyrelsen RS/8/2016 att kartlägga enhetschefernas förutsättningar att fullgöra sitt nya uppdrag. Utskottet har också fått i uppdrag att vid behov föreslå åtgärder för att komma tillrätta med eventuella hinder.

För att erhålla information om hur enhetscheferna upplever sina förutsättningar att fullgöra sina uppdrag har personalavdelningen, på uppdrag av utskottet för personal, skickat ut en enkät till samtliga enhetschefer med frågor om antal underställda, introduktion, uppdrag, tid för förbättringsarbete och närvarande ledarskap, behov av kompetensutveckling samt hur det administrativa stödet upplevs.

Det insamlade materialet har analyserats och sammanställts i en rapport som också innehåller förslag på åtgärder som syftar till att förbättra stödet för enhetscheferna.

Förslag till beslut

Utskottet för personal föreslår regionstyrelsen

Rapport om kartläggning inklusive åtgärdsplan godkänns med redaktionella ändringar.

Expedieras till

Personaldirektör

Beslutsunderlag

- §12 Kartläggning enhetschefernas förutsättningar
- PM Kartläggning av enhetschefernas förutsättningar

**11. Svar på remiss DS 2016:44 Nationell
Läkemedelslista (RS/111/2017)**

Ärendebeskrivning

Region Jämtland Härjedalen har av Socialdepartementet getts möjlighet att lämna synpunkter på rubricerad remiss.

Utgångspunkten för förslaget i promemorian är att förbättra patientsäkerheten. Idag finns uppgifter om patientens läkemedelsbehandling uppdelad på flera olika källor till exempel patientjournalen, receptregistret och läkemedelsförteckningen. Det övergripande målet är att skapa en samlad bild av en patients läkemedelsbehandling, oavsett var patienten har fått sina läkemedel ordinerade eller var de hämtat ut sina läkemedel.

Region Jämtland Härjedalen är positiv till förslaget om en Nationell läkemedelslista, vilket dock får ses som ett första steg i utvecklingen mot en ökad säkerhet i läkemedelsanvändningen. I landsting/regioner med gemensamt journalsystem har en nationell läkemedelslista som det föreslås i promemorian, inte någon väsentlig fördel då den saknar de läkemedelsordinationer som inte är bundna till ett recept och heller inte möjliggör makulering utanför det egna journalsystemet. Utan full möjlighet till makulering och andra ändringar av ordinationer kan den nationella läkemedelslistan inte kallas läkemedelslista, utan bör i så fall ha namnet Nationellt Receptregister.

Vid utarbetande av förslag på remissvar har Region Jämtland Härjedalen deltagit vid nationella remisskonferenser, och regionens svar har sedan utformats tillsammans med regionjurist Sanna Othman och Läkemedelskommitténs ordförande Kristina Seling.

Förslag till beslut

Svar på remiss DS 2016:44 Nationella läkemedelslista enligt upprättat förslag, daterat 2017-03-01, antas.

Expedieras till

Läkemedelsstrateg,
Chef Område patientsäkerhet

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Svar på remiss: DS 2016:44 Nationell Läkemedelslista
- Svar på remiss Ds 2016:44 Nationell Läkemedelslista
- Missiv till remiss Ds 2016:44 Nationell läkemedelslista
- Sammanfattning av remiss Ds 2016:44 Nationell läkemedelslista

**12. Uppföljning av beslut om samlad jour- och
beredskapsorganisation för Berg, Bräcke,
Ragunda, Krokomb och Östersund (RS/454/2016)**

Ärendebeskrivning

Vid sitt sammanträde den 22-23 mars 2016, § 74 tog regionstyrelsen ett inriktningsbeslut om samlad jour- och beredskapsorganisation för Berg, Bräcke,

Ragunda, Krokom och Östersund och att en utvärdering skulle göras 6 månader efter införande och redovisas i regionstyrelsen. En första uppföljning om hur förändringen av jour- och beredskapsorganisationen har fungerat har nu gjorts tillsammans med kommunerna. En fullständig utvärdering kommer att redovisas senare under året.

Den nya organisationen har i stort sett fungerat bra men en del administrativa och tekniska problem har lyfts fram. Den regiondrivna primärvården ser svårigheter med bemanning av fasta läkare.

Förslag till beslut

Uppföljning av beslut om samlad jour- och beredskapsorganisation för Berg, Bräcke, Ragunda, Krokom och Östersund godkänns.

Expedieras till

Chef Område Primärvård

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Uppföljning av beslut om samlad jour- och beredskapsorganisation för Berg, Bräcke, Ragunda, Krokom och Östersund
- Minnesanteckning från uppföljning jour- och beredskapsorganisationen 2017-02-27
- Protokollsutdrag regionstyrelsen 2016-03-22--23, § 74 Primärvårdens beredskap

13. Ändring av regionstyrelsens beslut 2016-03-23, § 57 punkt 2 om återgång till antalet utförda timmar 2013 (RS/583/2017)

Ärendebeskrivning

Vid regionstyrelsens sammanträde 2016-03-22--23 § 57 beslutades i anslutning till månadsrapport februari om ytterligare resultatförbättrande åtgärder. En av dessa åtgärder var att antal utförda timmar under 2016 skulle återgå till 2013 års nivå, vilket motsvarade en minskning med cirka 140 årsarbetare.

Efter ett års arbete med åtgärder och förberedelser för verkställande av beslutet kan konstateras att för ett genomförande krävs så stora ingrepp i verksamheten att dessa kan riskera patientsäkerheten. Verksamheten har förändrats under åren med bl a introduktion av nya behandlingsmetoder och införandet av helt ny verksamhet (ex PCI).

Parallellt till detta har under de två senaste åren kostnaderna för köp från bemanningsföretag ökat från ca 84 mkr 2014 till ca 175 mkr 2016, d v s en ökning med > 100 %. För att regionen ska lyckas nå en ekonomi i balans är det därför blivit helt avgörande att kostnaderna för bemanningsföretag snabbt minskas. Enligt det nationella projektet som drivs av SKL är det långsiktiga nationella målet att landstingen/regionerna skall vara oberoende av bemanningsföretag 2019. Inom regionen har det lokala arbetet startat. Fokus 2017 är att kraftigt reducera kostnaderna för köp av distriktsläkare och allmän sjuksköterskor. För att nå slutmålet 2019 är det därför nödvändigt att ange ett tydligt etappmål 2017 innebärande en återgång till 2015 års kostnad för köp från bemanningsföretag. Målet innebär en

kostnadsreducering om 49 mkr.

Sammantaget är därför bedömningen att beslutet om återgång till antal arbetade timmar 2013 inte är lämplig. Ett mer dynamiskt och hanterbart uppdrag är därför att beslutet korrigeras till att motsvara ett tydligt ekonomiskt beting. Beslutet innebar ursprungligen 140 årsarbetare, vilket motsvarar ca 70 mkr.

Förslag till beslut

1. Regionstyrelsens beslut 2016-03-22--23 § 57, punkt 2 om att antal utförda timmar under 2016 ska återgå till 2013 års nivå, vilket motsvarar en minskning med cirka 140 årsarbetare skall ändras till att innebära ett ekonomiskt mål om att reducera kostnaderna med 70 miljoner kronor.
2. En central åtgärd för att nå detta är att regionens kostnader för bemanningsföretag kraftigt reduceras.
3. Som etappmål fastställs därför att regionens kostnader för köp från bemanningsföretag under 2017 ska reduceras minst till samma nivå som 2015, d.v.s. en kostnadsminskning om 49 mkr.
4. Lägesrapportering skall kontinuerligt ske till regionstyrelsen i samband med regiondirektörens rapport.

Expedieras till

Ekonomidirektör

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Ändring av regionstyrelsens beslut § 57 2016-03-22

14. Lönesatsning – Minska beroendet av bemanningsföretag (RS/701/2017)

Ärendebeskrivning

Som ett led i att minska beroendet av bemanningsföretag föreslås ytterligare lönesatsningar för sjuksköterskor, barnmorskor, biomedicinska analytiker och röntgensjuksköterskor (nedan benämnda som medarbetare) utöver löneöversyn 2017. Satsningen motsvarar 10 miljoner kronor i årskostnad.

Bakgrund

Löneöversyn 2017 har ett beräknat löneutrymme på 3,8 % för berörda medarbetare. Med detta beslut tillförs ytterligare 1,6 %, vilket ger en total löneutveckling med 5,4 % för gruppen under 2017.

Inriktning

Fördelningen av medlen ska ske till trogna medarbetare med hög kompetens. Satsningen ska i första hand gå till berörda medarbetare i dygnet runt verksamhet och till specialistutbildade sjuksköterskor.

För de medarbetare som får ta del av satsningen ska ny lön betalas ut from 1 oktober 2017.

Förslag till beslut

1. Ytterligare löneökningar motsvarande 10 miljoner kronor (årskostnad) utöver löneöversyn 2017 ska göras inom grupperna sjuksköterskor, barnmorskor, biomedicinska analytiker och röntgensjuksköterskor.
2. För de medarbetare som får ta del av satsningen ska ny lön betalas ut from 1 oktober 2017.
3. Regiondirektören får i uppdrag att besluta om fördelning av medlen.

Expedieras till

Annica Sörensdotter

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Lönesatsning- minska beroendet av bemanningsföretag
- Bilaga Beslut om extra medel 2017 för ssk

15. Uppdrag till regiondirektören om resultatförbättrande åtgärder 2018-2020 (RS/582/2017)

Ärendebeskrivning

Den svenska ekonomin har varit inne i en lång obruten produktionstillväxt, som inleddes efter finanskrisens dagar 2009. Denna period bedöms nu försvagas och den svenska ekonomin går därmed in i ett mer normaliserat konjunkturläge. Det innebär att skatteunderlaget från 2018 men framför allt från 2019 och framåt gradvis kommer försvagas.

Denna situation får till följd att regionens redan hårt ansträngda ekonomi blir än mer utsatt. Hittills beslutade resultatförbättrande åtgärder kommer därför inte att räcka till för att nå en långsiktig stabil ekonomi. Bedömningen är baserat på SKL: s senaste skatteunderlagsprognos (febr 2017) att regionen står inför betydande underskott redan inför 2019. I detta har då beaktat full effekt av hittills beslutade åtgärder.

Det är därför helt avgörande och nödvändigt för regionens ekonomi att skyndsamt inleda arbete med att utreda och värdera nya möjliga resultatförbättrande områden.

Vid regionstyrelsens sammanträde 2017-03-01 presenterade regiondirektören därför följande nya tänkbara områden.

1. Utreda förutsättningarna till ökad samverkan med länets kommuner inom områdena administration (ffa transaktionstunga funktioner) och olika tekniska servicefunktioner, såsom hjälpmedelscentral, centralförråd, transport, kostenheter (exkl. produktionskök) samt eventuellt ytterligare något teknisk serviceområde som under utredningen uppvisar bra förutsättningar att förändra driftsform. Beträffande de tekniska serviceverksamheterna ska även beaktas möjlighet till drift i annan regi (s.k. outsourcing).
2. Fortsatt driva och framför allt intensifiera arbetet med att tillskapa samverkansmöjligheter inom den laboratoriemedicinska verksamheten med

övriga landsting/regioner i norr. Detta kan ske såväl med samtliga som inledningsvis med ett landsting/region.

3. Nuvarande regelverk för primärvårdens hälsoval avseende konkurrensneutral verksamhet är i grunden från 2009. För att se över möjligheterna att ytterligare vässa hälsovalet skall nuvarande regelverk ses över. Översynen ska även omfatta ersättningsystemet.
4. Pågående förändringsarbete (OPUS 2020) inom kirurgi/ögon/öron initierat av den externa genomlysningen hösten 2016 skall kompletteras med en pilotstudie i att utforma produktionsuppdrag för verksamheten. Piloten skall genomföras 2018.
5. Sterilcentralen inom akutområdet står inför omfattande reinvesteringsbehov. Det är därför lämpligt att innan dessa investeringar genomförs utreda alternativa möjligheter. Finns förutsättningar att samverka med annan part, kan vissa gods steriliseras av annan part mm?
6. Inom flertalet medicinska servicefunktioner (lab, radiologi) tillämpas köp/sälj mellan utförare och beställare. Nuvarande modell har inte varit föremål för någon djupare utvärdering sedan införandet. För att ekonomiska styrmodeller ska ge god effekt är det viktigt att kontinuerligt utvärdera och komplettera dessa så att de inte övergår i en ren rutinbaserat hantering. Regionens internhandel bör därför bli föremål för en analys.
7. Många av regionens verksamheter har svårt att säkerställa en god kompetensförsörjning och blir till och från därmed sårbara för mindre störningar. Volymerna är även i vissa fall relativt små, vilket leder till dyr produktion med avsaknad av skalfördelar. Grannlandstingen brottas i mångt och mycket med samma problem. Det är därför återigen nödvändigt att utreda möjligheter och förutsättningar att kunna driva verksamhet gemensamt med annat landsting.

Förslag till beslut

1. Regionstyrelsen beslutar att ge regiondirektören i uppdrag att genomföra nödvändiga utredningar enligt ovan och till styrelsen i maj återkomma med en detaljerad tidplan och uppdragsbeskrivning för varje enskilt utredningsområde.
2. De detaljerade uppdragsbeskrivningarna skall särskilt beakta regionens pågående arbete med att utnyttja ny teknik, digitalisering och distansoberoende lösningar och arbetsmetodiken Lean.

Expedieras till
Ekonomidirektör

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Uppdrag till regiondirektören om resultatförbättrande åtgärder

16. Uppstart av prehospitalt projekt (RS/514/2017)

Ärendebeskrivning

Region Jämtland Härjedalen arbetar utifrån ett övergripande syfte att primärvården ska få en utökad roll i sjukvårdssystemet och att en större andel av sjukvården ska bedrivas där. Det nya arbetssättet inom primärvården ska dels ge förbättrad service till patienterna, och dels göra hälsocentralerna mer attraktiva som arbetsplats. För att ytterligare utveckla den nya strategin föreslås en översyn av dagens ambulansverksamhet för att identifiera hur en framtida prehospital organisation skulle kunna stärkas av ökad integrering i primärvård. Syftet är identifiera om en kraftsamling av resurser, utifrån patientens behov, kan öka tillgängligheten i regionen.

Ett projektdirektiv har upprättats för projektet.

Föreslagen tidplan är 2017-04-01 – 2018-12-31.

Förslag till beslut

Förslag till uppdragsdirektiv för prehospital vård godkänns.

Expedieras till

Ekonomidirektör

Hälso- och sjukvårdsdirektör

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Uppstart av prehospitalt projekt
- Projektdirektiv Prehospital vård Region Jämtland Härjedalen 2020 2030 20170314

17. Hemsjukvårdsavtal mellan Region Jämtland Härjedalen och länets kommuner (RS/730/2017)

Ärendebeskrivning

Det har ända sedan skatteväxlingen 1992 om hemsjukvården (Ädelreformen) funnits avtal mellan sjukvårdshuvudmännen i länet. Under åren har antalet avtal ökat vilket inneburit att det varit svårt för verksamheternas medarbetare och chefer att vet vilka avtal som finns och innehållet. Det har också inneburit att lokala avtal tecknats vilket lett till att det delvis inte varit samma villkor mellan regionens alla kommuner.

Under 2015-2016 har ett gemensamt arbete skett mellan Region Jämtland Härjedalen och länets kommuner som innebär ett sammanhållet avtal om hemsjukvården med detaljer i olika bilagor. Politiska avstämningar och förankring har skett i Sociala vård och omsorgsgruppen, SVOM. 2016-12-16 § 52 beslutade SVOM:

SVOM rekommenderar länets kommuner och Region Jämtland Härjedalen besluta

1. Att teckna samverkansavtal gällande hemsjukvård med bilagor enligt presenterad inriktning
2. Att avtalet ska vara fyraårigt och gälla från och med 2017-04-01 samt att utbildning ska ske febr.- mars 2017

3. Att kommunernas förvaltningschefer och Regionens Hälso- och sjukvårdsdirektör får i uppdrag att slutföra detaljerna i huvudavtalet och bilagorna.

Hemsjukvårdsavtalet som nu är klart är fyraårigt fr.o.m. 2017-04-01 och utbildning skedde 3 februari i Hörsalen med videoupkoppling till 10 orter i länet, inklusive föreläsning från Göran Stiernstedt.

Avtalet har följande läge angående bilagorna:

Bilaga 1 Bedömning av egenvård, riktlinjer för Region Jämtland Härjedalen och kommunerna i Jämtlands län 2015-03-30

Bilaga 2 Samverkan och ansvar mellan primärvård och kommun 2017-03-21

Bilaga 3 Samverkan och ansvar mellan specialiserad vård och kommun (förhandling pågår)

Bilaga 4 Regler, rutiner och ersättning tjänsteköp 2017-03-21

Bilaga 5 Samverkan inom syn- och hörselrehabilitering 2017-03-21

Bilaga 6 Nutrition (förhandling pågår)

Bilaga 7 Samverkan om medicinteknisk utrustning 2017-03-21

Bilaga 8 Kostnadsansvar för sjukvårdsmaterial, medicinteknisk utrustning, hjälpmedel mm 2017-03-21.

Avtalet innebär också att följande tidigare avtal nu upphör:

Avtal om distriktssköterskeinsatser och läkarmedverkan (2011-2016+del av 2017)

Avtal om arbetsterapeutinsatser och sjukgymnastinsatser (2014-2016+del av 2017)

Överenskommelse om förtydligande avseende kommunens respektive landstingets ansvar för sjukvårdsmaterial/-utrustning och individuellt förskrivna hjälpmedel (2004)

Överenskommelse mellan Östersunds sjukhus och kommunerna i Jämtlands län om regler som ska tillämpas när kommunal personal deltar i vården på sjukhuset. (2003)

Avtal om stöd till kommunala vårdenheter vid användning av medicinteknisk utrustning (2013-2016+ del av 2017)

Avtal om syn- och hörselombud (2015-2016 + del av 2017)

Avtal om vårdhygien (2013-2016 + del av 2017)

Förslag till beslut

1. Samverkansavtal mellan Region Jämtland Härjedalen och kommunerna i Jämtlands län gällande hemsjukvård med bilagor godkänns.
2. Regiondirektören får delegation på att underteckna detta avtal.

Expedieras till

Kommunerna i Jämtlands län

Hälso- och sjukvårdsdirektör

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse gällande hemsjukvårdsavtalet
- Huvudavtalet - Hemsjukvård
- Bilaga 1 Bedömning av egenvård
- Bilaga 2 Primärvård - kommun
- Bilaga 4 Regler, rutiner ersättning tjänsteköp
- Bilaga 5 Syn- och hörselombud

- Bilaga 7 Medicintekniskt stöd
- Bilaga 8 Kostnadsansvar mtrl, utrustn, hjälpmedel

18. Anmälan av delegationsbeslut till regionstyrelsen 2017 (RS/2/2017)

Ärendebeskrivning

Beslut fattade av regiondirektör/ bitr. regiondirektör

- Svar på remiss om praktisk tjänstgöring för psykologer med utbildning utanför EU och EES (RS/460/2017)
- Svar på remiss om praktisk tjänstgöring för sjuksköterskor utbildade utanför EU och EES (RS/268/2017)
- Kris- och katastrofmedicinsk beredskapsplan för specialistvården (RS/1581/2016)
- Beslut om användning av det ofördelade utrymmet i investeringsbudget, övriga investeringar 2017, område KIÖÖ (komplettering phacomaskin) (RS/62/2017)
- Beslut om användning av det ofördelade utrymmet i investeringsbudget, övriga investeringar 2017, område DTS (färgkopiator) (RS/62/2017)

Beslut fattade av ordförande eller 1:e vice ordförande

- Christer Siwertsson (M) är beviljad att delta på Sverigemötet i Karlstad 23-25 mars 2017 (RS/603/2017)
- Marie Svensson (V) är beviljad att delta på Ekonomiutskottets dag för budgetförutsättningar (utan ersättning) den 16 mars 2017 (RS/603/2017)

Beslut fattade av chefer

- Anställningsbeslut för perioden 2017-02-17 – 2017-03-16 (RS/602/2017)

Förslag till beslut

Information om delegationsbeslut enligt upprättad förteckning noteras till protokollet.

Beslutsunderlag

- Anmälan av delegationsbeslut RS 28-29 mars

19. Anmälan av inkomna handlingar (RS/3/2017)

Ärendebeskrivning

- SKL sammanträdesplan för 2018.

Förslag till beslut

Information om regionstyrelsens inkomna handlingar enligt upprättad förteckning noteras till protokollet.

Beslutsunderlag

- Anmälan av inkomna handlingar till RS 2017-03-29

20. TILL FULLMÄKTIGE

21. Årsredovisning 2016 (RS/1181/2016)

Ärendebeskrivning

Enligt Lag om kommunal redovisning (SFS 1997:614) ska den löpande redovisningen för varje räkenskapsår avslutas med ett årsbokslut. Årsredovisningen skall redogöra för utfallet av verksamheten, verksamhetens finansiering och den ekonomiska ställningen vid årets slut. I årsredovisningen skall även ingå sådan verksamhet som bedrivs genom annan juridisk person.

Region Jämtland Härjedalens resultat 2016 var -196,8 miljoner kronor. Fullmäktiges resultatkrav för året var noll kronor. Den enskilt största ökningstakten avser köp från bemanningsföretag. Kostnaderna har ökat med 39 procent (49 miljoner kronor) jämfört med 2015. Läkemedelskostnaden har ökat med 9,2 procent (34,3 miljoner kronor). Kostnaden för riks- och regionvård har ökat med 4,8 procent (15,9 miljoner kronor). Verksamhetens intäkter har ökat kraftigt jämfört med föregående år. Den enskilt största ökningen står de riktade statsbidragen för.

Balanskravet innebär att ett negativt resultat för ett räkenskapsår ska regleras under de närmast följande tre åren. Resultatet för 2016 innehåller omställningskostnader med 0,9 miljoner kronor avseende omställningsgrupp samt realisationsvinst på 0,2 miljoner kronor.

Efter år 2016 återstod enligt balanskravet totalt 771,0 miljoner kronor att återställa varav -347,2 miljoner kronor under år 2017. Beräkningen av balanskravet för år 2016 blev, -196,1 miljoner kronor.

Ett långsiktigt arbete pågår för att uppnå en ekonomi i balans via långsiktiga utvecklingsplaner. Flera andra åtgärder har vidtagits för att försöka bromsa kostnadsutvecklingen, bland annat LUP:ens paket med de administrativa åtgärderna samt höjda patientavgifter. Handlingsplaner för kostnadsminskningar har framtagits. Sammantaget uppgår de resultatförbättrande åtgärderna under 2016 till cirka 90 miljoner kronor.

Redovisningen av måluppfyllelse för regionövergripande mål/mått i regiondirektörens verksamhetsplan. Redovisningen visar att av de 35 mål som regiondirektörens verksamhetsplan innehåller så har 15 uppnåtts.

Förslag till beslut

1. Årsredovisning 2016 överlämnas till regionens revisorer för granskning.
2. Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

Årsredovisning för 2016 godkänns.

Expedieras till

Regionens revisorer, ekonomidirektör, regiondirektör samt berörda handläggare vid ekonomi- och personalavdelningen

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Årsredovisning 2016
- Årsredovisning 2016-12-31
- Årsbokslut Regionala utvecklingsnämnden - slutlig 2016-170227
- Årsbokslut 2016 Vårdvalsnämnden

22. Investering/införande av operationsrobot (RS/2498/2016)

Ärendebeskrivning

Allt fler urologpatienter väljer idag att operera sig med hjälp av robotkirurgi. I dagsläget finns ett 70-tal robotar i Norden och flera länssjukhus erbjuder robotkirurgi såsom Falun, Varberg, Halmstad, Växjö, Västerås, Kalmar och Karlstad. Region Jämtland Härjedalen har en växande andel urologpatienter som väljer att operera sig på annat sjukhus med robotteknik, vilket innebär en allt större kostnad, då det är Region Jämtland Härjedalen som bekostar ingreppet.

Region Jämtland Härjedalen har fått erbjudande om att upphandla en begagnad operationsrobot med garantier enligt nyinköp (två år). Inköp av en operationsrobot till Östersunds sjukhus är en investering som ger upphov till ökad patientkvalitet, kortare vårdtider (inom urologi) och färre komplikationer. Detta ger utrymme för en ökning av sjukhusets kapacitet för minimalinvasiv kirurgi (titthålskirurgi) men med risk för ökat behov av operationsutrymme till en början och ses som en nödvändig investering för att behålla vissa patientgrupper och för att säkerställa rekrytering av specialister inom kirurgi, urologi och gynekologi i framtiden. Införandet påverkar inte överenskomna regionala och nationella nivåstruktureringar.

Den totala investeringen uppgår till ca 13 025 tkr. Investeringen omfattar förutom inköp av operationsrobot även kringutrustning knutet till sterilcentralen. Vid oförändrad volym kommer driftskostnaden de två första åren att öka med 550 tkr trots att service och förbrukningsmaterial ingår i köpet. Därefter beräknas driftskostnaden innebära en merkostnad om ca 3,3 miljon kronor, vid oförändrad volym. Kalkylerna blir mer fördelaktiga om volymerna ökar, särskilt om Region Jämtland Härjedalen kan attrahera patienter från andra län, eller Norge, till robotkirurgi.

Norrländstingen anser att det är en tveksam investering för Region Jämtland Härjedalen utifrån att studier visar olika resultat när det gäller vinster med metoden ställt gentemot kostnader och vilket befolkningsunderlag som krävs för att upprätthålla kompetens. Det gäller olika syn på hur mycket vårdtiden kortas, andel komplikationer mm

En SBU-rapport summerar dock att robot-assisterad kirurgi förefaller minst lika bra som laparoskopisk kirurgi och öppen kirurgi vad gäller de onkologiska resultaten och kan innebära fördelen av lindrigare postoperativa förlopp. Välkontrollerade

prospektiva randomiserade studier saknas och det vetenskapliga stödet för robotkirurgi inom gynekologisk kirurgi liksom för annan robotkirurgi är begränsat. Tillgänglig evidens talar för att metoden är till fördel för patienterna men att kostnaderna är högre än för konventionell kirurgi.

En annan tveksamhet från Norrlandstingen är att Västerbottens läns landstings robot inte kommit upp i planerat kapacitetsutnyttjande. Det beror på en kombination av orsaker, som att antalet remisser från den samlade norra sjukvårdsregionen inte uppgår till planerat antal, operationssalstillgång och bemanningsfrågor (t.ex. vårdplatser).

Region Jämtland Härjedalens hälso- och sjukvårdslednings sammanvägning av alla argument kring investering i robotkirurgi vid Östersunds sjukhus:

- Patienter väljer i allt högre grad att nyttja det fria vårdvalet för att få robotkirurgi
- Tillgänglig evidens talar för att metoden är till fördel för patienterna men att kostnaderna är högre än för konventionell kirurgi.
- Allt fler länssjukhus i Sverige investerar i robotkirurgi, t ex Falun, Karlstad
- Robotkirurgi används successivt till fler och fler olika ingrepp
- Den lediga kapaciteten på roboten i Umeå är ingen direkt lösning för region Jämtland Härjedalen när de har problem med operationssalstillgång och vårdplatser.
- Region Jämtland Härjedalens nuvarande urologer vill skapa en attraktiv och utvecklande verksamhet med att också kunna erbjuda patienter i Jämtland och Härjedalen robotkirurgi – den utvecklingen stöds också av gynekologerna.
- Den ökade driftkostnaden på 3,3 miljoner kronor kan jämföras med kostnaden för en stafetturolog (om regionen inte har en attraktiv verksamhet) 40 veckor a 80 000 kr = 3,2 miljoner kronor.
- Successivt blir det minskad vårdtid och reduktion av infektioner motsvarande 2,4 miljoner kronor, när dessa effekter kan realiseras blir driftkostnadsökningen ca 0,9 miljoner kronor.
- Område kirurgi ögon öron har enligt nuvarande beslut ett omställningsarbete att göra som ska leda till minskade kostnader med 15 mkr (2017), 15 mkr (2018 och 15 mkr (2019). Denna investering är en åtgärd som ger positiva effekter på förändringsarbetet och ökar möjligheterna att minska antalet vårdplatser 2019 och därmed uppnå den totala kostnadsminskningen om 45 mkr.
- Kalkylerna bygger på nuvarande volymer. Om ingen robotinvestering görs är det rimligt att anta att ökningen av patienter som väljer robotkirurgi fortsätter öka. Det kommer då att leda till ökade externa kostnader pga det fria vårdvalet och försvåra för område kirurgi att uppnå kostnadsminskningarna.
- Trots regionens svåra ekonomiska läge är därmed den ökade driftkostnaden rimlig, och bidrar till att område kirurgi ögon öron kan verkställa beslutade kostnadsminskningar om totalt 45 mkr.
- Investeringen ryms inom 2017 års finansplan
- Det erbjudande om begagnad robot som regionen fått är ett intressant pris.

- Region Jämtland Härjedalen vill vara en lyhörd organisation för patienternas vilja och en attraktiv arbetsgivare som vill utveckla verksamheten med ny teknik.

Med dessa avväganden rekommenderar hälso- och sjukvårdsledningen att Region Jämtland Härjedalen inför robotkirurgi.

Förslag till beslut

Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

1. Region Jämtland Härjedalen ska införa robotkirurgi vid Östersunds sjukhus.
2. Reservanslagen i investeringsbudgeten i finansplanen 2017 får användas för denna investering.
3. Den ökade driftkostnaden på 550 tkr 2017-2018, och 3,3 mkr fr.o.m. 2019 ska hanteras inom tillgänglig budgetram genom realisering av kostnadsminskningar genom minskad vårdtid, reduktion av infektioner, ökade intäkter genom att erbjuda utomlänspatienter eller norska patienter vård och som en del i omställningsarbetet för att verkställa område kirurgi ögon örons kostnadsminskningar.

Expedieras till

Hälso-och sjukvårdsdirektör
Ekonomidirektör

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse investering operationsrobot
- Utredning - införande av operationsrobot

23. Införande av möjlighet att ställa remisskrav för viss vård och behandling (RS/438/2017)

Ärendebeskrivning

Den 1 januari 2015 infördes Patientlagen (2014:821) vilket bland annat innebär att medborgarna har rätt att söka öppenvård vart man vill i Sverige. Som medborgare har man alltså rätt att söka öppenvård som bedrivs i ett annat landsting/region eller hos privat aktör som har avtal med något landsting/region, och som vårdgivare är du skyldig att ta emot patienter utanför det egna hemlandstinget. Söker man vård utanför sitt hemlandsting får man själv bekosta resor och boende.

När ett besök görs hos en extern vårdgivare verksam i annat län än där man är folkbokförd och som har avtal med ett landsting/region gäller både vårdlandstinget och hemlandstingets regelverk för remisskrav men vårdgivare inom vårdlandstinget har rätt att utfärda remiss.

Om en privat vårdgivare har ett vårdavtal med ett landsting/region får de, enligt riksavtalet, inte själva fakturera ett hemlandsting för utomlänsbesök utan de ska fakturera de landsting/region som de har avtal med som i sin tur får fakturera hemlandstingen för utförd vård. För Region Jämtland Härjedalen innebär det för

närvarande att en tjänst på ca 20 % ägnar sig åt att fakturera hemlandsting för utomlänbesök för utförd vård hos privata aktörer som Region Jämtland Härjedalen har avtal med.

När regionfullmäktige år 2015 införde egen vårdbegäran (RS/219/2015) togs krav på läkarremiss bort som gör att patienterna i praktiken själva kan skriva sin remiss för att få vård och behandling inom den öppna vården vart som helst i Sverige. Det är alltid det medicinska behovet som styr om ett besök ska genomföras samt inom vilket vårdnivå. Primärvården ser exempelvis inte likadan ut i Norrland som i Stockholm. Detta har bland annat medfört att regionen fått minskad kostnadskontroll på vård som länets medborgare tagit del av från vårdgivare i andra delar av landet.

Ibland kan Region Jämtland Härjedalen snabbt behöva upphandla privat vård eller köpa vård från andra landsting/regioner, exempelvis psykologutredningar och smärtbehandlingar vilket då öppnar upp för medborgare i hela Sverige att söka vård utifrån varje landsting/regions regelverk för remisskrav. För att få bättre kontroll föreslås därför att remisskrav återinförs för viss vård- och behandling och att regionstyrelsen får rätt att fatta beslut om för vilka åtgärder remisskrav inom öppen specialiserad vård ska gälla. Remisskravet gäller såväl internt som externt.

Förslag till beslut

Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

1. Möjlighet att ställa krav på läkarremiss till viss vård och behandling inom öppen specialiserad hälso- och sjukvård införs från och med 2017-05-01.
2. Regionfullmäktige ger regionstyrelsen delegation på att fatta beslut om när och för vilka åtgärder läkarremiss återinförs för vård och behandling inom öppen specialiserad hälso- och sjukvård.
3. Rätten att utfärda egen vårdbegäran upphävs för vård och behandling som omfattas av punkten 2.

Expedieras till

Hälso- och sjukvårdsdirektör
Beställarchef
Upphandlingschef

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Införande av möjlighet att ställa remisskrav för viss vård och behandling

24. Svar på motion från Elin Hoffner (V) om medicinsk fotvård till fler patienter (RS/2230/2016)

Ärendebeskrivning

Elin Hoffner (V) har i en motion föreslagit att det ska vara möjligt för fler patientgrupper att beviljas remiss för medicinsk fotvård. Genom att förebygga och behandla fotskador skulle, enligt motionen, bland annat amputationsfrekvensen reduceras. Exempel som ges på aktuella diagnosgrupper är psoriasis, förflamning, neuropati och andra ledsjukdomar.

Region Jämtland Härjedalen subventionerar sedan 1993 medicinsk fotvård för patienter med diabetes, arteriell insufficiens i nedre extremiteterna samt reumatoid artrit. På grund av ändrad behandling klarar idag de flesta reumatiker att själva sköta sin fotvård. Utifrån det ekonomiska läget i regionen beslutade Regionfullmäktige 2016-10-19 § 146 om att reducera fotvårdsförmånen för patienter med reumatism till att gälla enbart de med nedsatt handfunktion.

De grupper som Region Jämtland Härjedalen idag subventionerar för medicinsk fotvård är där amputationsrisken är som störst. På grund av det rådande ekonomiska läget finns i dagsläget inte resurser att utöka till fler diagnosgrupper.

Vårdvalsnämnden tog 2017-02-02, § 4 beslut om att föreslå regionfullmäktige att avslå motionen.

Förslag till beslut

Regionstyrelsen tillstyrker vårdvalsnämndens förslag.

Expedieras till

Elin Hoffner (V)

Vårdvalsnämnden

Beställarchef

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Svar på motion från Elin Hoffner (V)
- §4 Vårdvalsnämnden Svar på motion från Elin Hoffner (V) om medicinsk fotvård till fler patienter
- Motion från Elin Hoffner (V) om Medicinsk fotvård till fler patienter

25. Svar på motion från Lars-Erik Olofsson (KD) om att uppge köttråvarans ursprungsland (RS/2242/2016)

Ärendebeskrivning

Lars-Erik Olofsson (KD) har lämnat in en motion där han föreslår att köttprodukter som upphandlas av Region Jämtland Härjedalen och serveras vid dess olika verksamheter skall märkas med ursprungsland på menyerna.

Lagen om offentlig upphandling (LOU), som är ett EU-direktiv i grunden, styr vilka krav som kan ställas i samband med upphandling. Enligt upphandlingsreglerna ska valet av leverantör ske på affärsmässig grund och baseras på vilken leverantör som erbjuder den bästa varan eller tjänsten till de bästa villkoren. Alla leverantörer, oavsett nationellt ursprung, ska få möjlighet att tävla på samma villkor i varje upphandling. Det går därför inte att favorisera specifika länder i upphandlingen.

I kravspecifikationen i den gällande livsmedelsupphandlingen Dnr LS/1148/2014, ställer Region Jämtland Härjedalen krav om att kött ska vara fritt från hormoner, antibiotika och BSE-smitta.

Köttproducenterna som vi har upphandlat via vår livsmedelsleverantör äger gårdar i flera länder. Då det inte på förhand är känt vilken gård en specifik leverans kommer

ifrån är det inte möjligt att ge svar på köttråvarans ursprungsland förrän leveransen har mottagits.

Kostenhetens menyer planeras fem veckor i taget och skall därför vara klara minst fem veckor i förväg. Beställning av råvaror sker tidsmässigt närmare serveringstillfället, ca två till tre veckor i förväg och leverans sker ca två till tre dagar innan serveringstillfället. Då ursprungsland på köttråvaror inte är känt förrän leveransen har mottagits är det därför inte möjligt att ange köttråvarans ursprungsland i menyn.

Vid tillagningstillfället kan det dessutom hända att en köttråvara från flera olika leveranser måste används i samma maträtt. Detta sker för att det på förhand är svårt att uppskatta vilka exakta mängder som skall tillagas.

Med hänvisning till ovanstående föreslår Kostenheten därför att verksamheten på dagens meny eller muntligen ska kunna uppge köttråvarans ursprungsland i samband med att måltiden serveras vid dess olika verksamheter.

Förslag till beslut

Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

Motionen bifalls.

Expedieras till

Lars-Erik Olofsson (KD)

Enhetschef Kostenheten

Chef Område Teknik, diagnostik och service

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Svar på motion från Lars-Erik Olofsson (KD) om köttråvarans ursprungsland
- Motion från Lars-Erik Olofsson (KD) om att uppge köttråvarans ursprungsland

26. Informationer

Ärendebeskrivning

- Redovisning från konferenser, utskott mm



1

Program för regionstyrelsen 28-29 mars
2017

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

2017-03-21

19527

Program för styrelsen 28-29 mars 2017

Tid: Tisdag 28 mars 8.30 – 15.00 Hörsalen - Öppet sammanträde
 Onsdag 29 mars 8.30 – 16.00 Styrelserummet

Tisdag den 28 mars

- | | | |
|--------|--|--|
| 08.30 | Regiondirektörens rapport
– Bemanningsprojektet
– Nationell patientenkät Akutmottagningar 2016 | Ingela Jönsson
Annika Jonsson
Anita |
| Secher | – Handlingsplan för mottagande av asylsökande och nyanlända flyktingar | Anna Frisk/
Maria Berglund |
| 09:30 | Paus | |
| 10.00 | Månadsrapport februari | Bo Carlbark |
| 10.20 | Årsbokslut 2016 inkl. bolag, förbund och stiftelser
Årsbokslut Regionala utvecklingsnämnden
Årsbokslut Vårdvalsnämnden
Uppföljning riks- och regionvård | Bo Carlbark
Anders Byström
Lena Weinstock Sved
Annika Jonsson |
| 11.30 | Personalbokslut 2016 | Annica Sörensdotter |
| 12.00 | Lunch | |
| 13.00 | Uppföljning av regionstyrelsens aktiva mål – Medarbetare
– Sjukfrånvaro
– Bemanningkostnader | Annica Sörensdotter
Annika Jonsson |
| 13.40 | Lönesatsning för minskat beroende av bemanningsföretag | Annica Sörensdotter |
| 14.00 | Projekt Prehospital vård | Kerstin Norrbin |
| 14.20 | Införande av operationsrobot | Lisbet Gibson |
| 14.40 | Svar på remiss: Nationell läkemedelslista (Ds 2016:44) | Kristina Seling |
| 15.00 | Partigrupper | |

Onsdag den 29 mars

- | | | |
|-------|--|--|
| 08.30 | Regiondirektörens rapport
– Resultatförbättrande åtgärder
– Förvaltningschefernas bedömning av ofinansierade behov
– Rutiner vid inköp/upphandling av livsmedel | Ingela Jönsson

Örjan Strömqvist |
| 09.20 | Uppföljning Primärvårdens beredskap | Anna Granevörn |
| 09:35 | Paus | |
| 10.00 | Enhetschefernas förutsättningar | Annica Sörensdotter |
| 10.20 | Årsrapport över tillgångsförvaltningen 2016-12-31 | Helena Edström |
| 10.40 | Redovisning från konferenser, utskott mm | |
| 11.00 | Partigrupper | |
| 13.00 | Beslutsärenden | |
| 16.00 | Presskonferens | |

Offentligt sammanträde

Första dagens information till regionstyrelsen den 28 mars är offentlig. Det betyder att medarbetare, medborgare och media är välkomna att lyssna på föredragningar i frågor där regionstyrelsens fattar beslut eller där beslut går vidare till regionfullmäktige. Föredragningarna kommer att ske i Hörsalen på Östersunds sjukhus

Medias frågor till politiker eller tjänstemän hänvisas till pauser eller efter mötets slut.

[Länk till Region Jämtland Härjedalens möteshandlingar i Meetings Plus](#)



5

Månadsrapport februari 2017

RS/5/2017



2017-03-20

Ekonomi- och personalavdelningen
Jennie Eriksson
Tfn: 063 – 14 72 25
E-post: jennie.A.eriksson@regionjh.se

RS/5/2017

Månadsrapport februari 2017

Ärendebeskrivning

Årets första två månader visar en ökning av nettokostnadsutvecklingen som efter februari uppgick till 4,2 procent (i februari 2016 3,4 procent). Resultatet per februari uppgick till -5,8 miljoner kronor. Bedömningen är därför ett oförändrat resultatutfall jämfört med 2016, vilket innebär en helårsprognos på -195 miljoner kronor.

Bruttokostnaderna för perioden har ökat med 34 miljoner kronor jämfört med samma period 2016. Den största ökningen avser kostnad för bemanningsföretag, en ökning med 21,2 procent. Även kostnader för läkemedel ökar kraftigt motsvarande 11,5 procent. Verksamhetens intäkter ökade med 6,7 procent motsvarande 7,5 miljoner kronor, jämfört med samma period 2016. Den största ökningen avser patientavgifter.

Utförd tid ökar 2017 jämfört med 2016 och en stark bidragande orsak är att antal arbetade dagar till och med februari är två fler. Nyttjandet av bemanningsföretag fortsätter öka för sjuksköterskor. En marginell minskning för läkare kan dock noteras.

Likviditeten har förbättrats med 55,9 miljoner kronor sedan årsskiftet vilket till stor del beror på upptagande av lån från Kommuninvest på 40 miljoner kronor.

Region Jämtland Härjedalen som helhet klarar inte målet avseende vårdgarantin.

Regiondirektörens förslag

Månadsrapport februari 2017 godkänns.

I tjänsten

Ingela Jönsson
Tf Regiondirektör

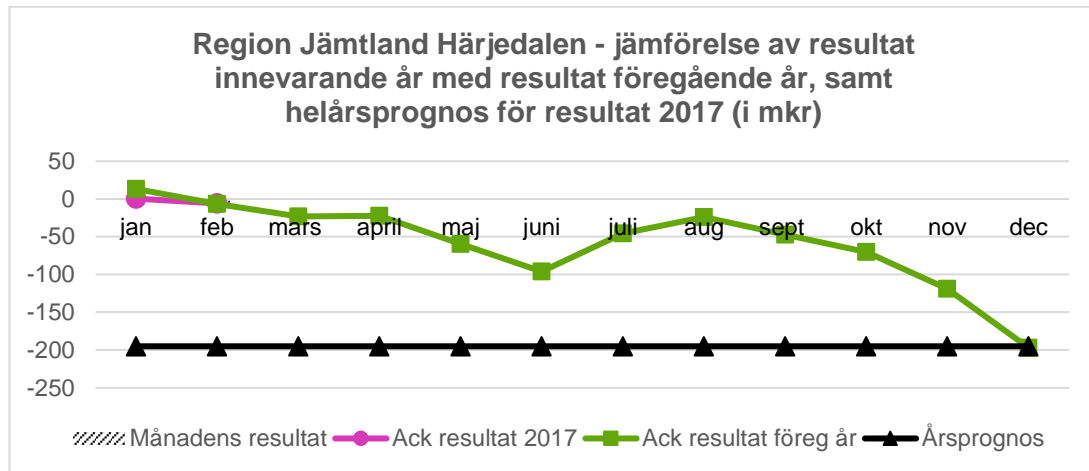
Bo Carlbark
Ekonomidirektör

Utdrag till

Ekonomidirektör

Månadsrapport februari 2017

Region Jämtland Härjedalen



Sammanfattning

Ekonomi

Årets första två månader visar en ökning av nettokostnadsutvecklingen som efter februari uppgick till 4,2 procent (i februari 2016 3,4 procent). De största kostnadsökningarna avser bemanningsföretag och läkemedel.

Bedömningen är därför ett oförändrat resultatutfall jämfört med 2016, vilket innebär en helårsprognos på -195 miljoner kronor.

Personal

En stark bidragande orsak till att utförd tid ökar 2017 jämfört med 2016 är att antal arbetade dagar till och med februari är två fler.

Nyttjandet av bemanningsföretag fortsätter öka för sjuksköterskor. En marginell minskning för läkare kan dock noteras.

Sjukfrånvaron totalt för regionen ligger ackumulerat lägre än tidigare år. Det är framför allt kvinnornas sjukfrånvaro som minskat.

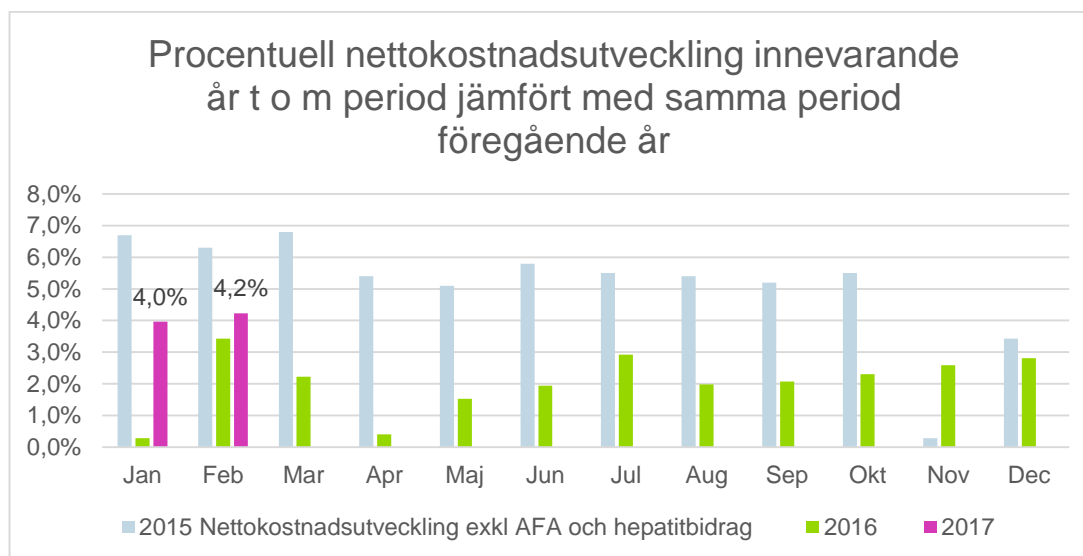
Verksamhet

Område Ortopedi har startat upp en ny verksamhet, Specialistvården Campus. En ny operationssal för donationsverksamhet invigdes i början på året och kommer att tas i bruk under våren. Under årets första månader har ett högintensivt förbättringsarbete (HIFA) genomförts på Urologen. Opus 2020, d.v.s. förändringsarbetet inom område kirurgi fortgår enligt plan. Från januari kan ensamstående söka för assisterad befruktning, 6 personer har anmält sig. Planering pågår för att HBTQ certifiera akutmottagningen.

Inom Regional utveckling har rapporten "Läget i länet" tagits fram i samarbete med länsstyrelsen. Den belyser och analyserar situationen i länet utifrån 35 olika utvecklingsmål.

Ingela Jönsson
Tf Regiondirektör

Utvecklingen av regionens ekonomi januari-februari 2017



Regionen Jämtland Härjedalens ackumulerade resultat per februari 2017 uppgick till -5,8 miljoner kronor.

Nettokostnadsutvecklingen för perioden januari till och med februari 2017 var 26,5 miljoner kronor högre än under motsvarande period 2016. Det ger en nettokostnadsökning för regionen med 4,2 procent. Under de första två månaderna har inte de resultatförbättrande åtgärderna gett förväntad effekt. Några av områdena inom Hälso- och sjukvården kommer därför genomföra särskilda fördjupade dialoger med Hälso- och sjukvårdsledningen för att snabbt säkerställa inbromsning av den negativa trenden med ökad nettokostnadsutveckling. Årsprognosen uppgår till -195 miljoner kronor, d.v.s motsvarande utfall som 2016.

Stora kostnadsökningar återfinns inom områdena läkemedel, riks- och regionvård, bemanningsföretag och sjukresor.

Verksamhetens bruttokostnader

Verksamhetens bruttokostnader fördelade sig enligt följande tabell:

Jämförelse perioden jan-feb	2016	2017	Förändring	i %
Bruttokostnader totalt	739,0	773,0	34,0	4,6%
Varav personalkostn exkl pensioner	363,5	368,1	4,6	1,3%
Varav riks- och regionvård	55,2	50,7	-4,5	-8,1%
Varav läkemedel	63,5	70,8	7,3	11,5%
Varav sjukresor taxi	6,3	6,9	0,6	9,1%
Varav bemanningsföretag	19,7	23,9	4,2	21,2%

Bruttokostnaderna för perioden har ökat med 34 miljoner kronor jämfört med samma period 2016. Den största ökningen avser kostnad för bemanningsföretag, en ökning med 21,2 procent. Även kostnader för läkemedel ökar kraftigt motsvarande 11,5 procent. Trots

insatser för att sänka kostnaderna för sjukresor, så fortsätter kostnaden för sjukresor taxi att öka. Riks- och regionvård har minskat jämfört med samma period föregående år.

Verksamhetens intäkter

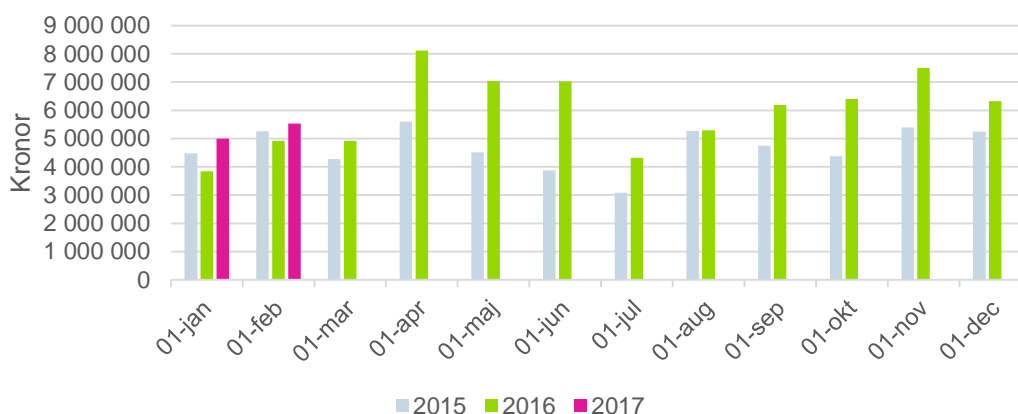
Verksamhetens intäkter fördelade sig enligt följande tabell:

Jämförelse perioden jan-feb	2016	2017	Förändring	i %
Verksamhetens Intäkter totalt	111,0	118,5	7,5	6,7%
Varav patientavgifter exkl tandvård	8,8	10,5	1,7	19,3%
Varav specialdestinerade statsbidrag	36,9	42,7	5,7	15,5%
Varav försäljning hälso- och sjukvård	31,1	33,1	2,0	6,5%

Verksamhetens intäkter ökade med 6,7 procent motsvarande 7,5 miljoner kronor, jämfört med samma period 2016. En stor ökning avser specialdestinerade statsbidrag. Den största ökningen avser dock patientavgifter.

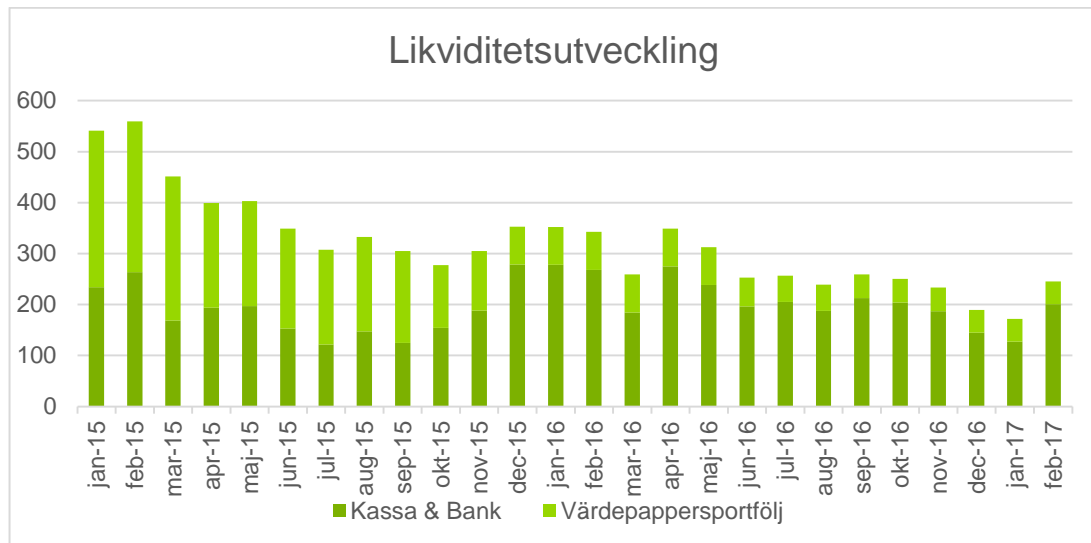
Effekten av beslutet att höja patientavgifterna i april 2016 syns tydligt under 2016 samt under de första två månaderna för 2017. Ökningen av patientavgifterna uppgår till 1,7 miljoner kronor för perioden januari till och med februari 2017 jämfört med samma period 2016.

Patientavgifter per månad



Likviditetsutveckling

Likviditeten har förbättrats med 55,9 miljoner kronor sedan årsskiftet vilket till stor del beror på upptagande av lån från Kommuninvest på 40 miljoner kronor. Den beslutade låneramen i Finansplanen är totalt 100 miljoner kronor innevarande år. Upplåningen ska användas för att finansiera investeringar i verksamheterna.



Resultatförbättrande åtgärder

Förutom de åtgärder som verksamheterna redan genomför krävs ytterligare aktiviteter för att nå en budget i balans. Det är viktigt att varje verksamhet ser över möjligheten att bromsa nuvarande kostnadsökning.

Arbetet med resultatförbättrande åtgärder pågår inom flertalet områden. Inom exempelvis Akutområdet fortgår arbetet med standardisering inom c-op och sterilcentral. E-besök har införts inom område Barn Unga Vuxna.

Samhälle

Inom regional utveckling har rapporten "Läget i länet" i länet tagits fram i samarbete med länsstyrelsen. Den analyserar situationen i länet kopplad till 35 olika utvecklingsmål. En del av det regionala tillväxtuppdraget från regeringen är att genomföra denna kartläggning. Rapporten ska bland annat diskuteras i samband med en Regiondag under våren, med deltagare från näringsliv och offentlig sektor.

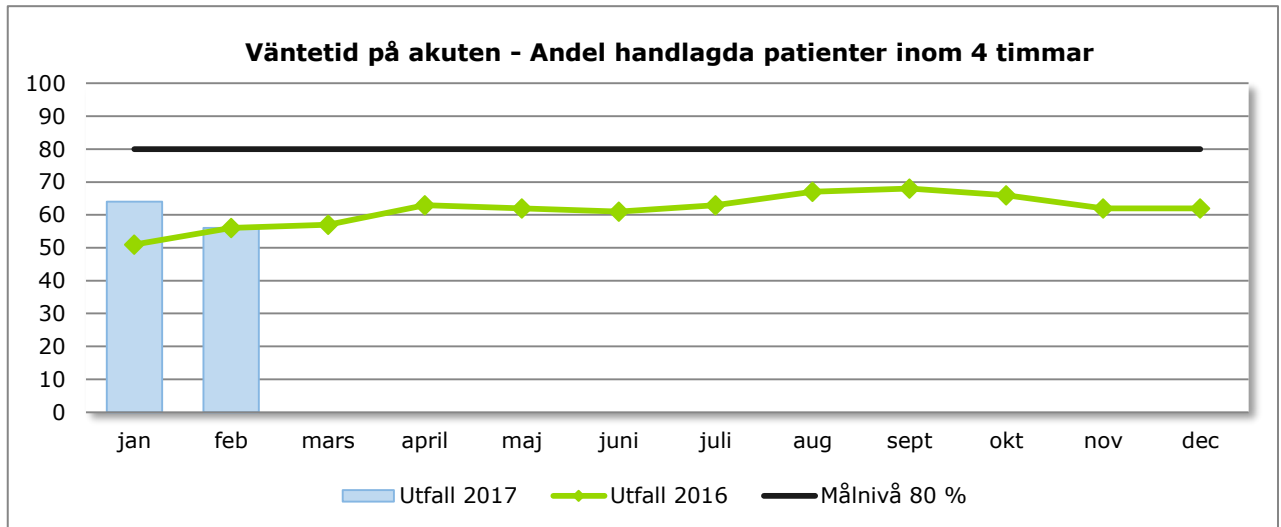
Regionen har även deltagit i den årliga konferensen Europaforum Norra Sverige i Skellefteå med temat "EU - en region i förändring". Konferensen samlade 200 politiker och tjänstepersoner från de fyra nordligaste länen för diskussion om EU-frågor och för att ta gemensamma ställningstaganden i EU-politiska frågor. Under konferensen antogs två gemensamma positioner, om fördelarna med en europeisk sammanhållningspolitik och att EU-finansiering till transportvägar även måste omfatta norra Sverige.

Patient

Väntetid vid akuten

Väntetider inom specialistvårdens akutmottagning.

Målet är att 80 % av patienterna ska vara klara (dörr till dörr) inom 4 timmar.



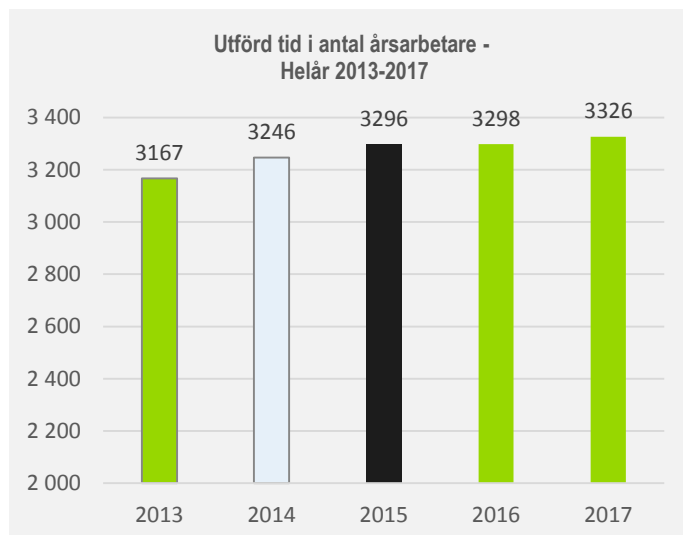
För februari månad blev utfallet 56 procent klara inom 4 timmar. varav kvinnor 52 procent och män 59 procent.

Medarbetare

Utförd tid anställda

Kommentarer till utfall och gjorda åtgärder för att uppnå målet att komma ner till 2013 års nivå:

En stark bidragande orsak till att utförd tid ökar 2017 jämfört med 2016 är att antal arbetade dagar till och med februari är två fler.



Diagrammet ovan visar helår 2013-2016 och rullande 12 för 2017 (febr-dec 2016 och jan 2017) Utförda tiden har ökat med motsvarande 28 årsarbetare under rullande 2017 jämfört med föregående år. Tas hänsyn till antalet vardagar som under rullande 12 var två fler, blir motsvarande ökning 19 årsarbetare. De områden som ökat mest återfinns inom Primärvården, Diagnostik Teknik Service och Regionstaben.

Nyttjande av bemanningsföretag

Nyttjandet av bemanningsföretag beror på vakanta sjuksköterskebefattningar samt fortsatt brist på specialistläkare.

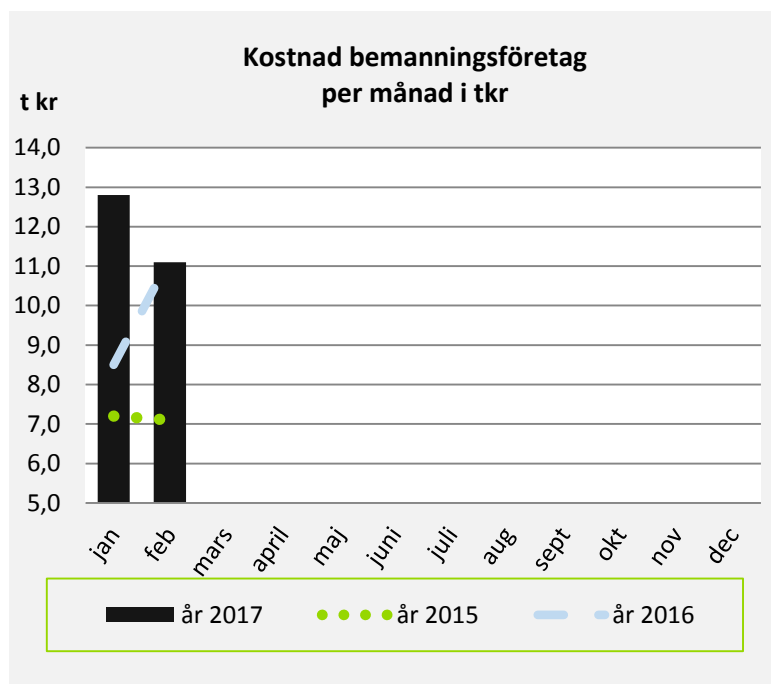
Åtgärder som vidtas för att minska den utförda tiden:

I regionstyrelsens beslut från den 1 mars 2017 fastställdes följande etappmål för att uppnå det övergripande målet om oberoende av bemanningsföretag senast 1 januari 2019:

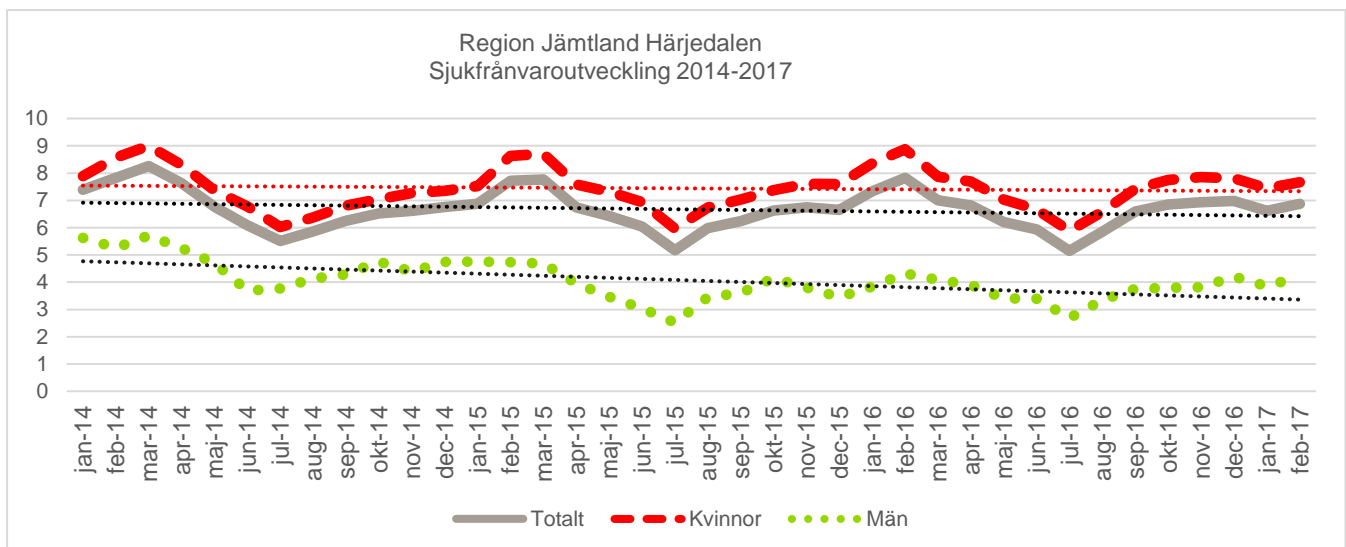
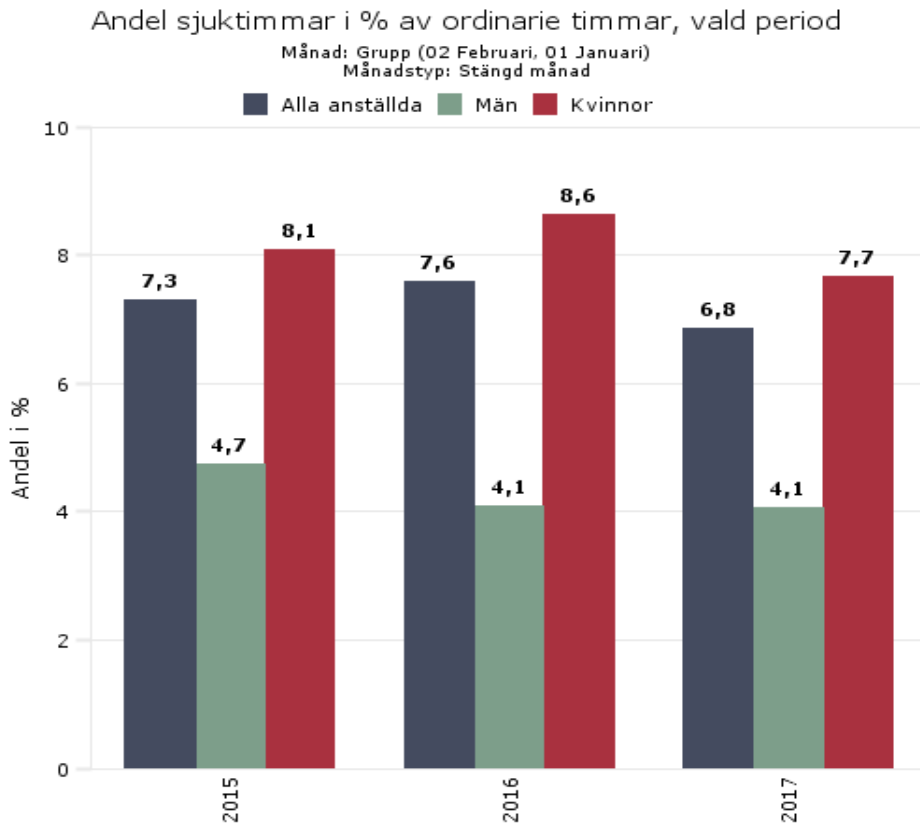
- Utfasning av inhyrda allmänsjuksköterskor på vårdavdelningar ska påbörjas under 2017 och oberoende ska uppnås före 1 januari 2019, vilket innebär kompetensförskjutning på slutenvårdsavdelningar.
- Primärvården ska minska antalet veckor med inhyrda läkare till 700 under 2017. Utfallet för 2016 var 1214 veckor.
- Vid utgången av 2018 ska det finnas 60 ST-läkare i primärvården.

Ytterligare åtgärder som vidtas är utlandsrekrytering, fortsatt rekrytering av ST-läkare, specialistläkare samt sjuksköterskor och även fortsatt arbete med produktions- och kapacitetsplanering för bättre styrning.

Kostnad bemanningsföretag (miljoner kronor)	Jan-feb 2016	Jan-feb 2017	Förändring
Kto 5551 Övrig personal	0,4	0,7	0,3
Kto 5552 Läkare	16,9	16,1	-0,8
Kto 5553 Sjuksköterskor	2,5	7,1	4,6
Totalt	19,8	23,9	4,1



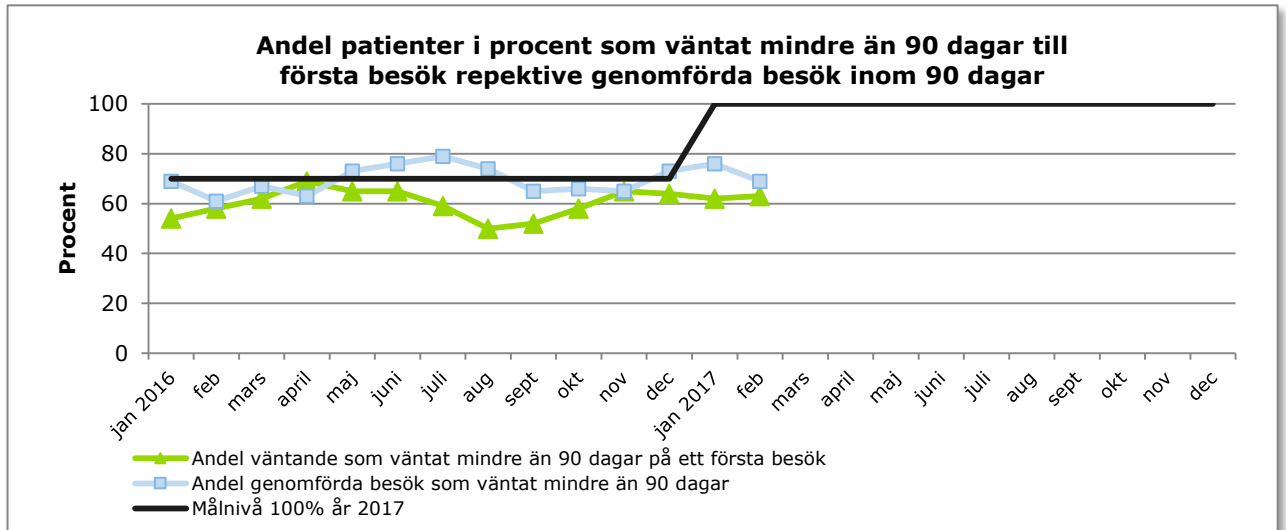
Sjukfrånvaro



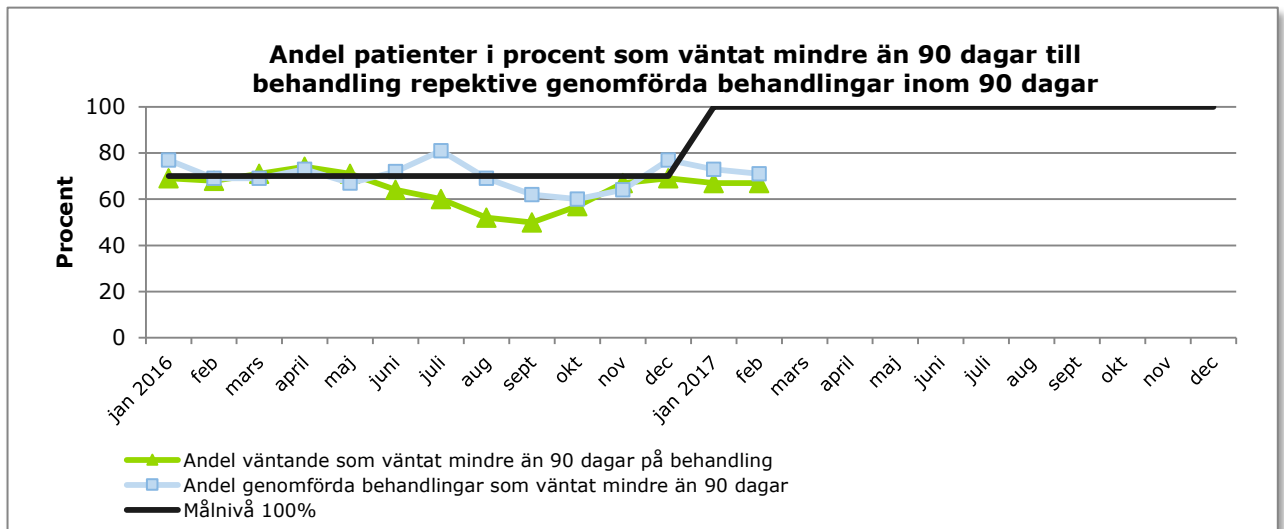
Den totala sjukskrivningen fortsätter minska marginellt. Januari och februari månad ligger lägre än båda föregående åren vilket visar på en nedåtgående trend. Sjukfrånvaron var efter januari 6,62 procent jämfört med 7,33 procent motsvarande period 2016. Totalt har den ackumulerade sjukfrånvaron minskat och det är kvinnornas sjukfrånvaro som har sjunkit.

Verksamhet

Tillgänglighet inom 90 dagar , vårdgarantin



Målnivå 70 % år 2016



Målnivå 70 % år 2016

Könsuppdelad statistik för februari månad 2017:

Väntande till 1:a besök:

Totalt: 62 % varav kvinnor 62 % och män 59%

Genomförda 1:a besök:

Totalt: 69 % varav kvinnor 68 % och män 67 %

Väntande till behandling:

Totalt: 67 % varav kvinnor 64 % och män 66 %

Genomförda behandlingar:

Totalt: 71 % varav kvinnor 69 % och män 71 %

Tillgänglighet primärvården

Läkarbesök inom 7 dagar – 7:an. Mål 100 %.

Telefontillgänglighet samma dag 0:an.

Hälsocentral	0:an	7:an
Myrvikens hc	91	70
Svenstavik hc	91	86
Bräcke hc	60	83
Kälarne hc	93	75
Funäsdalens hc	96	95
Sveg hc	94	96
Föllinge hc	94	95
Krokoms hc	85	78
H-strands hc	Ingen uppgift	73
Backe hc	95	98
S-sunds hc	76	85
Hallens hc	95	83
Järpens hc	87	93
Åre hc	94	100
Brunflo hc	79	78
Frösö hc	77	77
Lits hc	93	89
Lugnviks hc	78	85
O-sala hc	69	89
Z-gränds hc	80	79
Fjällhälsan	100	93
Offerdals hc	88	78
Nya Närvården	95	83
Närvård Frostviken	99	100

Telefontillgänglighet 0:an

Tillgänglighetsmålet nås inte för primärvården totalt under februari månad.

Läkarbesök inom 7 dagar – 7:an

Tillgänglighetsmålet nås inte för primärvården totalt under februari månad.

Aktiva mål 2017 i regionstyrelsens verksamhetsplan

Samhälle

Aktiva mål	Målvärde	Utfall feb-17 och kommentar
Andel barn och unga som får ett första besök inom område barn, unga vuxna, inom 30 dagar.	100% inom 30 dagar	Feb 2017 85 % Jan 2017 82 % Klar förbättring jämfört med samma period under 2016.
Minskning av sjukpenningtal hos länets medborgare	2017: minska med 0,8 dagar	Sjukpenningdagarna har minskat med 0,1 dag under året (jmf 2016-12-31) och minskat med 1,0 dag jmf januari 2016

Patient

Aktiva mål	Målvärde	Utfall feb-17 och kommentar
Andel vårdskador ska minska.	Minska jämfört med resultat oktober 2016.	Ej aktuellt, ingår i tertialrapport.
Minska återinskrivningar.	Lägre andel än 2014	Ej aktuellt, ingår i tertialrapport.

Medarbete

Aktiva mål	Målvärde	Utfall feb-17 och kommentar
Sjukfrånvaron för medarbetare inom Region Jämtland Härjedalen ska minska.	6 % helår	6,8% 2017 (7,6% 2016)
Beroendet av bemanningsföretag ska minska.	2015 års nivå = 125,6 mkr Motsvarar en minskning med 25 % jmf med föregående år. Utfall 2016 t o m februari: 19,8 mkr	Utfall t o m februari; 23,9 mkr d v s en ökning.

Verksamhetsresultat

Aktiva mål	Målvärde	Utfall feb-17 och kommentar
Nettokostnadsförändringen ska minska.	Minus 2%	Nettokostnadsökningen uppgår till 4,2 % i februari, vilket är högre än samma period fg år.
Vårdgarantin ska vara uppfylld	100% 0-7-90-90	Region Jämtland Härjedalen som helhet klarar inte målet i någon av Vårdgarantins dimensioner



6

Årsrapport över tillgångsförvaltning

RS/1641/2016

2017-02-24

Ekonomi- och personalavdelningen
Helena Edström
Tfn:
E-post:

RS/1641/2016

Årsrapport över tillgångsförvaltning

Ärendebeskrivning

Årsrapport över tillgångsförvaltningen är motsvarigheten till likviditetsrapporten med undantaget att likviditeten inte längre redovisas i denna rapport. Likviditeten rapporteras istället direkt i månadsrapporter, delårsbokslut och årsbokslut.

Syfte med rapporten är att följa upp regionens placeringar gällande avkastning mot uppsatta mål, tillgångsfördelning och följsamhet mot ”Reglemente avseende finansiering och skuldförvaltning samt förvaltning av likviditet och pensionsmedel”. Årsrapport över tillgångsförvaltningen innehåller uppföljning av mål, innehavsförteckningar, avstämning mot givna limiter samt uppföljning av dynamiska riskprincipen.

På grund av den rådande likviditetssituationen i regionen är likviditetsportföljen under avveckling. Detta görs genom att värdepapper som förfaller inte återinvesteras, vilket gör att de kvarvarande värdepapperen inte kommer kunna ligga inom kreditlimiterna för att de får för stor andel av den totala portföljen.

Regiondirektörens förslag

Årsrapport över tillgångsförvaltningen godkänns.

I tjänsten

Ingela Jönsson
Tf Regiondirektör

Bo Carlbark
Ekonomidirektör

Utdrag till

Finansekonom
Ekonomidirektör

Årsrapport över tillgångsförvaltningen 2016-12-31

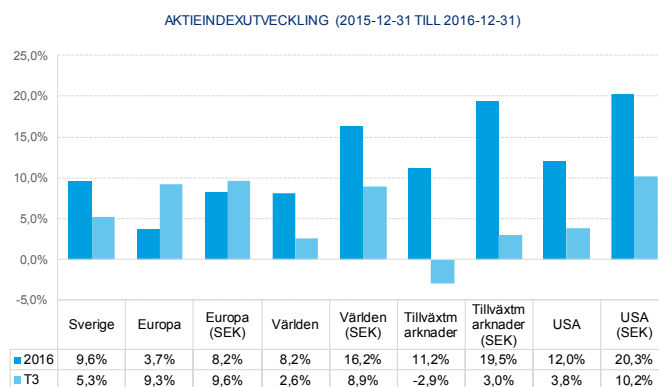


INNEHÅLLSFÖRTECKNING

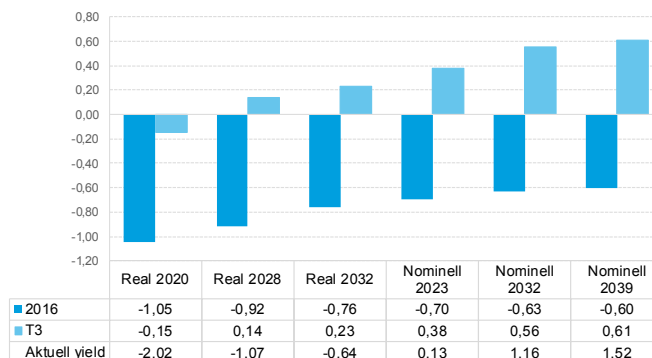
1	VIKTIGA MARKNADSHÄNDELSE 2016, TERTIAL 3	3
2	LIKVIDITETSPORTFÖLJ PER 2016-12-31	4
2.1	Avkastning relativt index och mål	4
2.1.1	Kommentar kring portföljens avkastning sedan årsskiftet	4
2.1.2	Transaktioner sedan årsskiftet	4
2.2	Förteckning över innehaven samt marknadsvärde	4
2.3	Tillgångsfördelning	5
2.4	Avstämning mot reglementet	5
2.4.1	Avstämning mot placeringslimiter	5
2.4.1.1	Kommentar till avvikelse	5
2.4.2	Avstämning mot kreditlimiter	5
2.4.2.1	Kommentar till avvikelse	5
2.4.3	Etisk och miljömässig klausul	6
3	PENSIONSSPORTFÖLJEN PER 2016-12-31	6
3.1	Avkastning relativt index och mål	6
3.1.1	Kommentar kring portföljens avkastning sedan årsskiftet	6
3.1.2	Placeringar/försäljningar av värdepapper	7
3.2	Förteckning över innehaven samt marknadsvärde	7
3.3	Tillgångsfördelning	8
3.4	Avstämning mot reglementet	8
3.4.1	Avstämning mot placeringslimiter	8
3.4.2	Avstämning mot kreditlimiter	8
3.4.2.1	Kommentar till avvikelse	9
3.4.3	Etisk klausul och miljömässig klausul	9
3.5	Uppföljning av dynamiska riskprincipen	9
3.6	Aktuell fördelning enligt kreditlimiterna	9

1 VIKTIGA MARKNADSHÄNDELSE 2016, TERTIAL 3

- Oljekartellen **OPEC** meddelade den 28:e september att de kommit överens om att begränsa oljeproduktionen för första gången på 8 år.
- Den 8:e november valde det amerikanska folket **Donald Trump** till USAs president framför hans konkurrent Hillary Clinton. Flera aktiemarknader reagerade först negativt men redan under den 9:e november hade de flesta marknader återhämtat sig.
- Den 5:e december röstade italienska folket nej till premiärminister **Matteo Renzi's** förslag om grundlagsändring varpå Renzi avgick.
- Det amerikanska aktieindexet **S&P 500**(USAs näst största index) nådde sin dittills högsta nivå någonsin den 13:e december 2016.
- Amerikanska centralbanken **Federal Reserve** valde den 14:e december att höja den amerikanska styrräntan med 0,25 %-enheter vilket betyder att styrräntan nu ligger i spannet 0,50 - 0,75 %.
- 20:e december annonserade **Riksbanken** att reporäntan behålls oförändrad på -0,50 % och att stödköpen av statsobligationer fortsätter under första halvåret 2017 med ytterligare köp av 15 miljarder kronor nominella obligationer och 15 miljarder kronor reala.



RÄNTEFÖRÄNDRING STATSOBLIGATIONER (2015-12-31 TILL 2016-12-31)



2 LIKVIDITETSPORTFÖLJ PER 2016-12-31

2.1 Avkastning relativt index och mål

Hittills under 2016 har portföljen gett en avkastning på ca 0,32%. Det innebär en avkastning som var 0,03 procentenheter sämre än det årliga förvaltningsmålet om utvecklingen på indexet OMRX T-Bill + 1%. I kronor räknat innebär det att den kortsiktiga portföljen har avkastat cirka 16 tusen kronor under målet i år.

TILLGÅNGSUTVECKLING JÄMFÖRT MED INDEX

Tillgångsslag	Index	Tillgångsavgkastning sedan 2015-12-31	Indexavgkastning sedan 2015-12-31	Differens
Totalportföljen	OMRX T-Bill + 1%	0,32%	0,35%	-0,03%

Källa för index: Bloomberg

2.1.1 Kommentar kring portföljens avkastning sedan årsskiftet

Under årets tredje tertiäl förföll *Nordea Kupongobligation Europeiska Utdelningar* till ett totalt värde om 2 mkr. Placeringen förföll till nominellt belopp. Placeringarnas genomsnittliga duration per 2016-12-31 var 0,4 år.

2.1.2 Transaktioner sedan årsskiftet

Sedan årsskiftet har portföljen erhållit ca 969 tkr i kuponger. Totalt har ca 32 MSEK tagits ut ur portföljen varav ca 19 MSEK har flyttats in i Pensionsportföljen. Mer info om transaktionerna finns under avsnittet för pensionsportföljen.

2.2 Förteckning över innehaven samt marknadsvärde

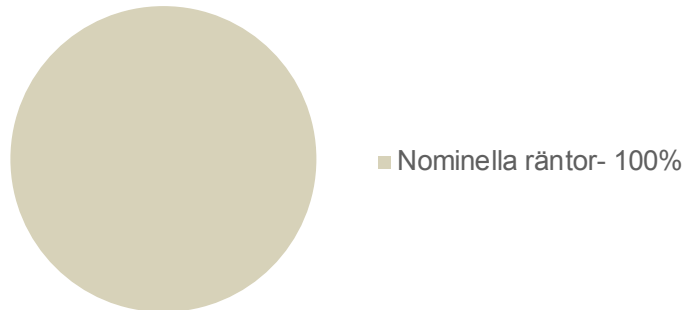
Nedan visas en förteckning över den korta portföljens innehav inklusive marknadsvärde, kreditrating, andel av portföljen och duration. Portföljens marknadsvärde var per den sista december 43,8 MSEK

TILLGÅNGAR	Nominellt belopp Antal andelar 2016-12-31	Marknadsvärde 2016-12-31	Löptid	Rating (Moody's S&P)	Vikt	Duration
NOMINELLA RÄNTOR						
Handelsbanken Kreditcertifikat iTraxx 170710	5 000 000	4 900 000	2017-07-10	Aa2 AA-	11%	0,5
Sveriges Säkerställda Obligationer AB 4,0 % 2017-06-21	20 000 000	20 853 667	2017-06-21	Aaa NR	48%	0,5
Västerås stad FRN 2017-08-28	10 000 000	10 023 450	2017-08-28	WR AAA	23%	0,2
Ålandsbanken FRN 3M stibor + 100bps 2017-06-12	8 000 000	8 013 308	2017-06-12	WR AAA	18%	0,2
Totalt nominella räntor		43 790 424			100%	0,4
Totalt räntor		43 790 424			100%	0,4
LIKVIDA MEDEL						
Likvida medel		0			0%	
Totalt likvida medel		0			0%	
TOTALT		43 790 424			100%	0,4

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

2.3 Tillgångsfördelning

Den korta portföljen utgörs till 100 % av räntebärande tillgångar



2.4 Avstämning mot reglementet

2.4.1 Avstämning mot placeringslimiter

Samtliga innehav ligger inom de övergripande limiterna för tillgångsslagen.

2.4.1.1 Kommentar till avvikelse

Den korta portföljen var tidigare investerad i alternativa investeringar genom innehavet i Carlsson & Norén Macro Fund som inte uppfyllde de krav som är stipulerade i *Reglemente avseende finansiering och skuldförvaltning samt förvaltning av likviditet och pensionsmedel*. Detta innehav flyttades i slutet av september till pensionsportföljen där reglementet tillåter alternativa investeringar, vilket gör att den korta portföljen nu ligger inom de övergripande limiterna för tillgångsslagen.

2.4.2 Avstämning mot kreditlimiter

Ett innehav ligger utanför kreditlimiterna. Nedan anges procentuell fördelning på emittenter i förhållande till limiterna. Under avsnitt 3.6 återfinns limiterna samt den fullständiga avstämningen för samtliga limiter.

KREDITEXPONERING PER MOTPART, LIKVIDITETSPORTFÖLJ DEC 2016		
Motpart	Motpart	Rating-kategori
SCBC	48%	A
Västerås stad	23%	A
Ålandsbanken	18%	B
Handelsbanken	11%	C

2.4.2.1 Kommentar till avvikelse

Sveriges Säkerställda Obligationer AB 4,0 % 2017-06-21 (emittent SCBC) utanför kreditlimiterna. I takt med att portföljen krymper kommer innehaven inte att kunna ligga inom samtliga policylimiter och regionen kan hantera avvikelsen antingen genom att flytta

instrumentet till pensionsportföljen, avyttra det eller fatta ett beslut om att man accepterar att det ligger kvar i denna portfölj och att det då kommer att ligga utanför limiterna.

2.4.3 Etisk och miljömässig klausul

Placeringarna har följt den etiska och miljömässiga klausulen (4.10) i *Reglemente avseende finansiering och skuldförvaltning samt förvaltning av likviditet och pensionsmedel*.

3 PENSIONSPORTFÖLJEN PER 2016-12-31

3.1 Avkastning relativt index och mål

Avkastningen på hela portföljen under perioden var ca 3,96 %, vilket var ca 0,64 %-enheter bättre än ett sammansatt jämförelseindex. Omräknat på årsbasis har förvaltningen haft en real avkastning om 2,09 % de senaste 5 åren, vilket är bättre än det långsiktiga avkastningsmålet om 2% realt per år under en 5-årsperiod.

TILLGÅNGSUTVECKLING JÄMFÖRT MED INDEX					
Tillgångsslag	Index	Tillgångsavgkastning sedan 2015-12-31	Indexavgkastning sedan 2015-12-31	Differens	
Nominella räntebärande värdepapper	OMRX Bond	2,1%	2,6%	-0,5%	
Reala räntebärande värdepapper	OMRX Real	0,1%	7,2%	-7,2%	
Utländska aktier	MSCI AC World TR (SEK)	8,4%	15,9%	-7,5%	
Blandfonder	50% OMRX Bond / 50% SIX PRX	13,4%	6,1%	7,3%	
Totalportföljen	Sammansatt jämförelseindex	4,0%	3,3%	0,6%	

Källa för index: Bloomberg

3.1.1 Kommentar kring portföljens avkastning sedan årsskiftet

I ränteportföljen beror avvikelserna mot index på en markant kortare duration än index, vilket varit negativt då räntorna fallit kraftigt under året. Även den utländska aktieportföljen har underpresterat gentemot index, vilket till stor del beror på en geografisk undervikt mot USA och tillväxtmarknaderna.

Placeringarnas genomsnittliga duration per 2016-12-31 var 1,5 år.

3.1.2 Placeringar/försäljningar av värdepapper

I början av året hade Kommuninvest EMB obligation lån 402 förfall. Portföljen har erhållit kuponger och utdelningar på ca 10 MSEK samt återinvesterade fondrabatter hänförliga till SEB Hållbarhetsfond Global och Carlsson Norén Macro Fund till ett värde om totalt ca 136 tkr. Utöver detta har portföljerna omstrukturerats successivt under året där nedan instrument flyttats från den korta portföljen till pensionsportföljen:

- DNB Nor FRN 2018-05-07, ca 6 MSEK
- Landshypotek FRN 2018-04-27, ca 8 MSEK
- Carlsson Norén Macro Fund, ca 5,2 MSEK

3.2 Förteckning över innehaven samt marknadsvärde

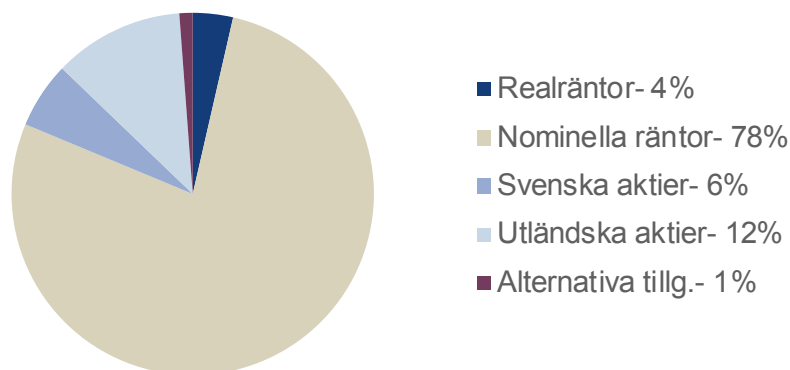
Nedan visas en förteckning över pensionsportföljens innehav inklusive marknadsvärde, kreditrating, andel av portföljen och duration.

TILLGÅNGAR	Nominellt belopp		Marknadsvärde	Löptid	Rating (Moody's S&P)	Vikt	Duration
	Antal andelar	2016-12-31					
NOMINELLA RÄNTOR							
Barclays Fondobligation 2019-03-10		200 000 000	200 000 000	2019-03-10	Baa3 BBB+	45%	2,2
DNB Nor FRN 2018-05-07		6 000 000	6 023 237	2018-05-07	Aa2 A+	1%	0,1
Handelsbanken Korträntefond Sverige- Ack		105 195	10 990 788			2%	0,5
Landshypotek FRN 2018-04-27		8 000 000	8 037 813	2018-04-27	WR AAA	2%	0,1
Länsförsäkringar FRN 2018-05-15		10 000 000	10 058 164	2018-05-15	A1 A	2%	0,1
Nordea Bank Finland FRN CDS Atlas Copco 2018-07-20		5 000 000	4 962 500	2018-07-20	Aa3 AA-	1%	0,2
Nordea Bank Finland FRN CDS SKF 2018-07-20		5 000 000	4 962 500	2018-07-20	Aa3 AA-	1%	0,2
Nordea fondobl 17 Bluebay EM Bonds		2 000 000	2 126 000	2017-11-07	Aa3 AA-	0%	0,9
Nordea Hypotek AB FRN 2019-02-26		20 000 000	20 122 800	2019-02-26	Aaa NR	5%	0,2
Swedbank Hypotek AB 3,75 % 2017-12-20		40 000 000	41 688 967	2017-12-20	Aaa AAA	9%	1,0
Vasakronan FRN 2019-03-19		10 000 000	9 993 383	2019-03-19	WR NR	2%	0,2
Totalt nominella räntor			318 966 151			72%	1,6
REALRÄNTOR							
Svenska staten 3107 0,5% 2017-06-01		15 000 000	15 927 300	2017-06-01	Aaa NR	4%	0,4
Totalt realräntor			15 927 300			4%	0,4
Totalt räntor			334 893 451			75%	1,5
BLANDFONDER							
Carnegie Strategifond G		403 365	52 258 880			12%	2,1
Totalt Blandfonder			52 258 880			12%	2,1
UTLÄNDSKA AKTIER							
Handelsbanken Global Dynamisk 90 Inst		74 511	10 936 020			2%	
SEB Hållbarhetsfond Global		1 693 533	25 974 902			6%	
Totalt direktägda aktier och fonder			36 910 921			8%	
GLOBALA STRUKTURERADE PRODUKTER							
Handelsbanken AIO världen 2018-10-28		14 000 000	14 882 000	2018-10-28	Aa2 AA-	3%	1,9
Totalt globala strukturerade produkter			14 882 000			3%	1,9
Totalt utländska aktier inkl. strukturerade produkter			51 792 921			12%	
Totalt aktier			51 792 921			12%	
ALTERNATIVA TILLGÅNGAR							
Carlsson & Norén Macro Fund		43 876	5 260 501			1,18%	3,5
Totalt alternativa tillgångar			5 260 501			1%	3,5
LIKVIDA MEDEL							
Likvida medel			0			0%	
Totalt likvida medel			0			0%	
TOTALT			444 205 754			100%	1,5

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

3.3 Tillgångsfördelning

Pensionsportföljen utgörs till 81,3 % av räntebärande tillgångar, till 17,5 % av aktier och 1,2% av alternativa tillgångar. Andelen likvida medel uppgår till 0%.



3.4 Avstämning mot reglementet

3.4.1 Avstämning mot placeringslimiten

Samtliga innehav ligger inom de övergripande limiterna för tillgångsslagen.

3.4.2 Avstämning mot kreditlimiten

Samtliga innehav förutom Barclays fondobligation, emitterad av Eksportfinans, ligger inom kreditlimiterna. Sedan den förra rapporten har inga förändringar skett av kreditbetygen för värdepapperen i pensionsportföljen. Nedan anges procentuell fördelning på emittenter i förhållande till limiterna. Under avsnitt 3.6 återfinns limiterna samt den fullständiga avstämningen för samtliga limiten.

KREDITEXPONERING PER MOTPART		
Motpart	Motpart	Rating-kategori
Eksportfinans ASA	45%	E
Swedbank Hypotek (IR)	9%	B
Nordea Hypotek	5%	B
Svenska staten	4%	A
Handelsbanken	3%	C
Länsförsäkringar	2%	D
Vasakronan	2%	F
Nordea Finland	2%	D
Landshypotek	2%	B
DnB NOR	1%	C
Nordea Bank	0%	D

3.4.2.1 Kommentar till avvikelser

Som rapporterats i tidigare likviditetsrapporter, har Region Jämtland Härjedalen en obligation utgiven av det norska bolaget Eksportfinans. Obligationen utgör 45 % av portföljen. I november 2011 fick bolaget sin rating sänkt till en nivå som medför att denna placering ligger utanför kreditlimiterna. Sedan Regionstyrelsen tog del av händelsen i december 2011 har utvecklingen för bolaget varit gynnsam och ratingen har förbättras från BB+ till BBB+. Förvaltningen rekommenderar fortsatt att obligationen skall hållas till förfall 2019-03-10.

3.4.3 Etisk klausul och miljömässig klausul

Placeringarna har följt den etiska och miljömässiga klausulen (4.10) i *Reglemente avseende finansiering och skuldförvaltning samt förvaltning av likviditet och pensionsmedel*.

3.5 Uppföljning av dynamiska riskprincipen

I syfte att minska förlusterna vid kraftiga börsfall styrs andelen riskfyllda tillgångar, i huvudsak aktier, i den långsiktiga kapitalförvaltningen dynamiskt. Målsättningen är att portföljen som mest kan falla 10 % från den högsta nivån som uppnåtts de senaste 24 månaderna.

Under det första halvåret 2016 har risksituationen stärkts. Analysen av portföljen ger en maximal andel aktier om 39 %, vilket är högre än aktuell andel om 18 %. Det är även högre än vid årsskiftet 2015/2016 då maximal andel uppgick till 22%.

Portföljen kan idag falla 13,2 % innan den når den uppsatta skyddsnivån, vilket kan jämföras med en marginal om 9,0 % vid årsskiftet 2015/2016. Givet aktuell allokering är sannolikheten att inom 12 månader falla under skyddsnivån mycket låg.

3.6 Aktuell fördelning enligt kreditlimiterna

KREDITLIMITER ENLIGT POLICY	Durationskategori				Max andel per emittent Motpart
	0-1 år	1-3 år	3-7 år	> 7 år	
<u>Ratingkategori</u>					
A. Stater, kommuner el. motsv. med AAA / Aaa	100%	100%	100%	100%	30%
B. Värdepapper med rating om lägst AAA /Aaa	100%	100%	90%	80%	30%
C. Värdepapper med rating om lägst AA /Aa2	100%	90%	70%	50%	20%
D. Värdepapper med rating om lägst A /A2	80%	60%	40%	20%	20%
E. Värdepapper med rating om lägst BBB/Baa	20%	10%	5%	0%	5%
F. Värdepapper med rating lägre än BBB/Baa	10%	5%	0%	0%	5%

Nedan visas aktuell fördelning i pensionsportföljen

KREDITEXPONERING PENSIONSPORTFÖLJ DEC 2016

<u>Ratingkategori</u>	<u>Durationskategori</u>			
	0-1 år	1-3 år	3-7 år	>7 år
A. Stater, kommuner el. motsv. med AAA / Aaa	76%	48%	0%	0%
B. Värdepapper med rating om lägst AAA /Aaa	73%	48%	0%	0%
C. Värdepapper med rating om lägst AA /Aa2	57%	48%	0%	0%
D. Värdepapper med rating om lägst A /A2	52%	45%	0%	0%
E. Värdepapper med rating om lägst BBB/Baa	47%	45%	0%	0%
F. Värdepapper med rating lägre än BBB/Baa	2%	0%	0%	0%

KREDITEXPONERING PER KATEGORI, PENSIONSPORTFÖLJ DEC 2016

<u>Ratingkategori</u>	<u>Durationskategori</u>			
	K. 0-1 år	L. 1-3 år	M. 3-7 år	N. >7 år
A. Stater, kommuner el. motsv. med AAA / Aaa	4%	0%	0%	0%
B. Värdepapper med rating om lägst AAA /Aaa	16%	0%	0%	0%
C. Värdepapper med rating om lägst AA / Aa2	1%	3%	0%	0%
D. Värdepapper med rating om lägst A /A2	5%	0%	0%	0%
E. Värdepapper med rating om lägst BBB/Baa	0%	45%	0%	0%
F. Värdepapper med rating lägre än BBB/Baa	2%	0%	0%	0%

KREDITEXPONERING PER MOTPART PENSIONSPORTFÖLJ 2016

<u>Motpart</u>	<u>Motpart</u>	<u>Rating- kategori</u>
Eksportfinans ASA	45%	E
Swedbank Hypotek (IR)	9%	B
Nordea Hypotek	5%	B
Svenska staten	4%	A
Handelsbanken	3%	C
Länsförsäkringar	2%	D
Vasakronan	2%	F
Nordea Finland	2%	D
Landshypotek	2%	B
DnB NOR	1%	C
Nordea Bank	0%	D

Nedan visas aktuell fördelning i likviditetsportföljen

KREDITEXPONERING LIKVIDITETSPORTFÖLJ DEC 2016

<u>Ratingkategori</u>	<u>Durationskategori</u>			
	0-1 år	1-3 år	3-7 år	>7 år
A. Stater, kommuner el. motsv. med AAA / Aaa	100%	0%	0%	0%
B. Värdepapper med rating om lägst AAA /Aaa	29%	0%	0%	0%
C. Värdepapper med rating om lägst AA /Aa2	11%	0%	0%	0%
D. Värdepapper med rating om lägst A /A2	0%	0%	0%	0%
E. Värdepapper med rating om lägst BBB/Baa	0%	0%	0%	0%
F. Värdepapper med rating lägre än BBB/Baa	0%	0%	0%	0%

KREDITEXPONERING PER KATEGORI, LIKVIDITETSPORTFÖLJ DEC 2016

<u>Ratingkategori</u>	<u>Durationskategori</u>			
	K. 0-1 år	L. 1-3 år	M. 3-7 år	N. >7 år
A. Stater, kommuner el. motsv. med AAA / Aaa	71%	0%	0%	0%
B. Värdepapper med rating om lägst AAA /Aaa	18%	0%	0%	0%
C. Värdepapper med rating om lägst AA / Aa2	11%	0%	0%	0%
D. Värdepapper med rating om lägst A /A2	0%	0%	0%	0%
E. Värdepapper med rating om lägst BBB/Baa	0%	0%	0%	0%
F. Värdepapper med rating lägre än BBB/Baa	0%	0%	0%	0%

KREDITEXPONERING PER MOTPART, LIKVIDITETSPORTFÖLJ DEC 2016

<u>Motpart</u>	<u>Motpart</u>	<u>Rating-kategori</u>
SCBC	48%	A
Västerås stad	23%	A
Ålandsbanken	18%	B
Handelsbanken	11%	C



7

Regionstyrelsens uppföljning 2017 av
aktiva mål Medarbetare - sjukfrånvaro

RS/19/2017

2017-03-06

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

RS/19/2017

Regionstyrelsens uppföljning 2017 av aktiva mål Medarbetare - sjukfrånvaro

Ärendebeskrivning

Regionfullmäktige har i sin regionplan beslutat om ett antal strategiska mål för perioden 2017 – 2019. I regionstyrelsens verksamhetsplan finns för varje strategiskt mål, två aktiva mål och ett antal framgångsfaktorer i form av utvecklingsområden. De aktiva målen är mätbara och ska följas upp i varje månadsrapport till styrelsen, och som fördjupning två gånger under året. Enligt styrelsens uppföljningsplan ska det aktiva målet Medarbetare – sjukfrånvaro följas upp vid regionstyrelsens sammanträde 28-29 mars.

Mål i regionstyrelsens verksamhetsplan och uppföljningsplan 2017 är att sjukfrånvaron för medarbetare inom Region Jämtland Härjedalen ska minska och komma närmare rikssnittet för landsting och regioner i landet. Målvärdet för 2017 är 6 %.

Sjukfrånvaron har inte förändrats procentuellt under 2016 och ligger kvar på 6,6 procent som året innan.

Regiondirektörens förslag

Regionstyrelsens uppföljning 2017 av aktiva mål Medarbetare – sjukfrånvaro godkänns.

I tjänsten

Ingela Jönsson
Tf Regiondirektör

Annica Sörensdotter
Personaldirektör

Utdrag till

Personaldirektör

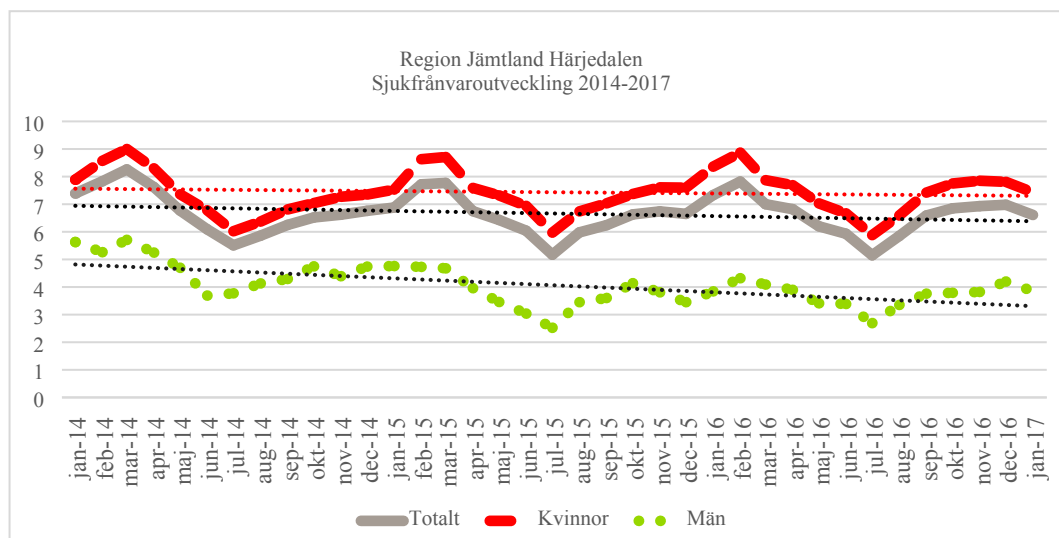
2017-03-01

Uppföljning av regionstyrelsens aktiva mål om sjukfrånvaron 2017

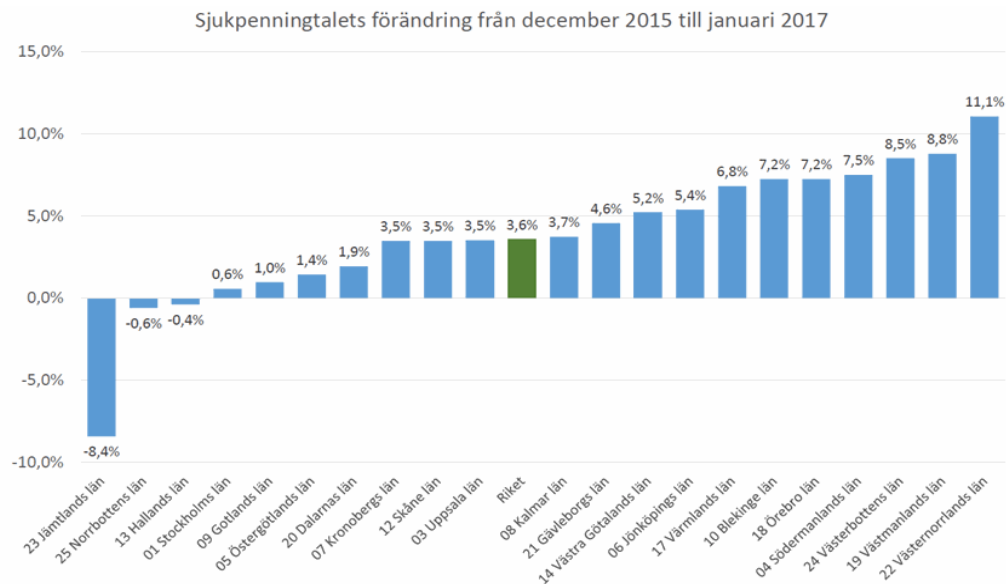
Aktivt mål: Sjukfrånvaron för medarbetare inom Region Jämtland Härjedalen ska minska
Målvärde: 6,0 %

Uppföljning:

Sjukfrånvaron har inte förändrats procentuellt under 2016 och ligger kvar på 6,6 procent som året innan. Sjukfrånvarotimmar uppgår totalt till 478 507 timmar per 161231. Ökningen under 2016 syntes mest i gruppen kvinnor och inom Regionstaben. Männerna har minskat från 3,8 % till 3,7 % och kvinnorna ökat från 7,4 % till 7,5 % senaste året. Trenden sedan början av 2014 är svagt nedåtgående för kvinnor och nedåtgående för männen. 2017 ligger de första 2 månadernas sjukfrånvaro lägre än åren innan och dessa minskningar kan härledas till en minskning av de långa sjukfallen över 180 dagar de senaste två åren. Andelen sjuktimmar 60 dagar eller mer har minskat till 46,8 % av de totala sjukfrånvarotimmarna i januari 2017, den lägsta siffran de senaste tre åren. Det är hälso- och sjukvårdsförvaltningen och regional utveckling som minskar sin sjukfrånvaro i januari både på totalen och den långa medan Regionstaben ökar.



Denna svagt minskade trend kan jämföras med riket där sjukpenningtalet enligt Försäkringskassans statistik visar en ökande trend i samtliga län i Sverige, förutom i Jämtland och Norrbotten och Halland. Region Jämtland Härjedalen har inte samma ökning som riket utan har stannat av sjukfrånvaron.



Prognos att uppfylla målet:

Nuläge per feb 2017: 6,9 %, 2016:7,8 %, 2015:7,3 % med utgångspunkt i tidigare års sjukfrånvaro ligger värdet hittills lägre. Områdescheferna inom regionen ger överlag en prognos på svagt sjunkande sjukfrånvaro medan några signalerar en risk för ökad ohälsa pga. hög belastning och svåra bemanningssituationer. De åtgärder som lyfts för att uppnå prognosen är tidiga rehabiliteringsinsatser, åtgärder i långa sjukfall samt specialiststöd till chefer i rehabiliteringsarbetet.

Region Jämtland Härjedalens förebyggande arbete med återhämtning som tema fortsätter under 2017 med bla. föreläsningar kring sömnens betydelse för hälsan och hjärnergonomi, ACT (acceptance and commitment therapy) och avspänning. Detta som ett led i att lyfta behovet av återhämtning och förebygga stress samt vikten av att komma in tidigt för kunna undvika sjukskrivningar. Även arbetet med att lyfta alternativ till sjukskrivning ex. genom förebyggande sjukpenning samt anpassningar av arbetet kommer att påbörjas under 2017.

Influensavaccinering erbjöds alla personal och år 2015 fick 325st och 2016 var det 843 st. Kopplingar till korttidsfrånvaron är svåra att dra då

influenzasäsongerna sett olika ut. Under 2016 ökade korttidsfrånvaron med 1227 timmar (dag 1) och 4951 timmar (2-14 dagar). Framförallt okt, nov dec ökar under 2016, medan det året innan är högre sjukfrånvaro under februari och mars.

År: 2016

Sjuktimmar	1	2 - 14	15 - 30	31 - 59	60 - 180	181 -	Totalt
01 Januari	1 840	13 062	1 331	1 835	4 316	18 212	40 596
02 Februari	2 094	15 187	2 312	2 587	4 922	19 180	46 282
03 Mars	1 881	13 357	1 435	2 074	4 622	19 030	42 399
04 April	1 544	11 563	1 424	2 191	4 631	19 051	40 403
05 Maj	1 883	7 928	1 815	2 221	4 773	18 809	37 429
06 Juni	1 399	7 121	2 342	2 118	5 129	17 350	35 459
07 Juli	829	4 854	1 232	2 130	5 375	17 169	31 588
08 Augusti	1 379	8 377	1 459	2 053	6 369	18 685	38 322
09 September	2 060	10 377	1 874	2 092	6 353	17 901	40 658
10 Oktober	1 891	11 881	1 790	2 344	6 200	17 016	41 122
11 November	1 890	12 813	2 213	3 283	7 055	15 793	43 048
12 December	2 124	13 115	2 316	2 896	7 544	13 752	41 747
Total	20 814	129 635	21 545	27 824	67 288	211 949	479 055

År: 2015

1	2 - 14	15 - 30	31 - 59	60 - 180	181 -	Totalt
2 072	12 495	1 445	1 850	4 208	17 623	39 693
1 928	15 868	2 325	1 751	4 304	17 697	43 873
1 959	15 614	2 001	2 740	5 857	20 530	48 701
1 557	9 117	1 537	2 638	5 839	18 679	39 366
1 611	7 420	1 758	2 108	5 353	17 894	36 144
1 354	7 882	1 639	2 393	5 626	18 654	37 549
1 162	5 455	1 459	1 820	4 665	19 645	34 207
1 200	9 074	1 974	1 809	3 451	18 746	36 253
1 464	11 135	1 307	1 495	3 792	19 489	38 682
1 777	10 289	1 435	1 290	5 950	20 171	40 912
1 763	9 790	1 773	1 554	5 518	19 693	40 091
1 741	10 544	1 277	1 728	4 607	19 037	38 935
19 587	124 684	19 932	23 175	59 169	227 858	474 405



8

Regionstyrelsens uppföljning 2017 av
aktiva mål MEDARBETARE -
bemanningkostnader

RS/20/2017

2017-03-16

Samordningskansliet
Annika Jonsson

RS/20/2017

Regionstyrelsens uppföljning 2017 av aktiva mål MEDARBETARE - bemanningskostnader

Ärendebeskrivning

Regionstyrelsen har i sin verksamhetsplan satt som mål för 2017 att kostnaderna för köp från bemanningsföretag ska minska till 2015 års nivå, vilket motsvarar max 125,6 miljoner kronor. Omräknat till perioden jan-feb motsvarar det 20,3 miljoner kronor. Målet uppnåddes inte per februari. Kostnaderna översteg målet med 3,6 miljoner kronor – en avvikelse på +18 procent. Kostnaderna för inhyrda läkare var dock 1,3 miljoner kronor lägre än målet (avvikelse – 8 procent), vilket framför allt beror på ett minskat nyttjande inom primärvården. Kostnader för inhyrda sjuksköterskor översteg målet på 2,2 miljoner kronor med 4,9 miljoner kronor – en avvikelse på 221 procent.

Aktiviteter för att uppnå målet på helårsbasis pågår inom ramen för det SKL-stödda projektet *Uppnå oberoende av bemanningsföretag*. Vid regionstyrelsens sammanträde 28 februari-1 mars fattades beslut om vilka målvärden som ska följas upp i projektet *Uppnå oberoende av bemanningsföretag*. Även dessa målvärden och utfall redovisas i bifogade rapport om köp från bemanningsföretag.

Regiondirektörens förslag

1. Regionstyrelsens uppföljning 2017 av aktiva mål MEDARBETARE – bemanningskostnader godkänns.
2. Regiondirektören får i uppdrag att revidera målvärdet för bemanningskostnader i regionstyrelsens verksamhetsplan och samordna det med det beslut om målvärden som regionstyrelsen tog 2017-03-01, § 45.

I tjänsten

Ingela Jönsson
Tf Regiondirektör

Lisbet Gibson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Utdrag till

Hälso- och sjukvårdsdirektör
Projektledare bemanningsprojektet

REGION
**JÄMTLAND
HÄRJEDALEN**



**Uppföljning av beroendet av bemanningsföretag -
regionstyrelsens aktiva mål**

Version: 1

Beslutsinstans:

Annika Jonsson
N/A

ÄNDRINGSFÖRTECKNING

Version	Datum	Ändring	Beslutat av
1.		Nyutgåva	

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	MÅL FÖR OBEROENDE AV BEMANNINGSFÖRETAG	4
1.1	Mål enligt regionstyrelsens verksamhetsplan	4
1.2	Mål för projektet <i>Uppnå oberoende av bemanningsföretag</i>	4
2	MÅLUPPFYLLELSE TOTALT	5
2.1	Utfall per februari 2017 jämfört med februari 2015	5
3	INHYRDA LÄKARE	5
3.1	Avvikelse från mål enligt styrelsens verksamhetsplan	5
3.2	Kostnadsutveckling över tiden	7
3.3	Avvikelse från mål enligt beslut för projektet <i>Oberoende av bemanningsföretag</i>	7
3.3.1	<i>Minskning antal veckor med inhyrda läkare i primärvården</i>	7
3.3.2	<i>Antal ST-läkare</i>	8
4	INHYRDA SJUKSKÖTERS KOR	9
4.1	Avvikelse från mål	9
4.2	Kostnadsutveckling över tiden	10
4.3	Avvikelse från mål enligt beslut för projektet <i>Oberoende av bemanningsföretag</i>	10
5	AKTIVITETER FÖR MÅLUPPFYLLELSE	11
5.1	Projektet uppnå oberoende av bemanningsföretag	11

1 MÅL FÖR OBEROENDE AV BEMANNINGSFÖRETAG

I regionstyrelsens verksamhetsplan för 2017 har ett målvärde definierats som ska användas för att kunna följa upp en minskning av beroendet av bemanningsföretag. Vid regionstyrelsens sammanträde den 1 mars 2017 fattades ett nytt beslut om mål för projektet *Uppnå oberoende av bemanningsföretag*. Det innebär att det nu finns flera, ej samordnade målvärden för samma mål. Vid den uppföljning och eventuella revidering som kommer att ske av regionstyrelsens verksamhetsplan våren 2017 samordnas lämpligen dessa målvärden. I denna rapport följs både målvärdet från regionstyrelsens verksamhetsplan och målvärdena i beslutet från den 1 mars 2017 upp.

1.1 Mål enligt regionstyrelsens verksamhetsplan

Enligt regionstyrelsens verksamhetsplan ska Region Jämtland Härjedalens beroende av bemanningsföretag minska.

Målvärde helår 2017:

Kostnaderna för köp från bemanningsföretag ska minska och vid utgången av 2017 max uppgå till 2015 års nivå, vilket motsvarar 125,6 mkr

I denna rapport har målvärden för helåret 2017 räknats om till perioden januari – februari genom att helårsvärdet 125,6 miljoner kronor har dividerats med 365 dagar och sedan multiplicerats med antalet dagar i januari och februari, d v s med 59 dagar.

1.2 Mål för projektet *Uppnå oberoende av bemanningsföretag*

I regionstyrelsens beslut från den 1 mars 2017 fastställdes följande etappmål för att uppnå det övergripande målet om oberoende av bemanningsföretag senast 1 januari 2019:

Målvärden för projektet Uppnå oberoende av bemanningsföretag:

- **Utfasning av inhyrda allmänsjuksköterskor på vårdavdelningar ska påbörjas under 2017 och oberoende ska uppnås före 1 januari 2019.**
- **Primärvården ska minska antalet veckor med inhyrda läkare till 700 under 2017.**
- **Vid utgången av 2018 ska det finnas 60 ST-läkare i primärvården.**

Annika Jonsson
N/A

**Uppföljning av beroendet
av bemanningsföretag -
regionstyrelsens aktiva
mål**
2017-03-06

5(14)

Dnr:RS/20/2017

2 MÅLUPPFYLLELSE TOTALT

2.1 Utfall per februari 2017 jämfört med februari 2015

Målet för köp från bemanningsföretag uppnåddes inte för perioden jan-feb 2017. För hela regionen översteg kostnaderna för köp från bemanningsföretag målvärdet med 3,6 miljoner kronor - en procentuell avvikelse från målet med 18 procent.

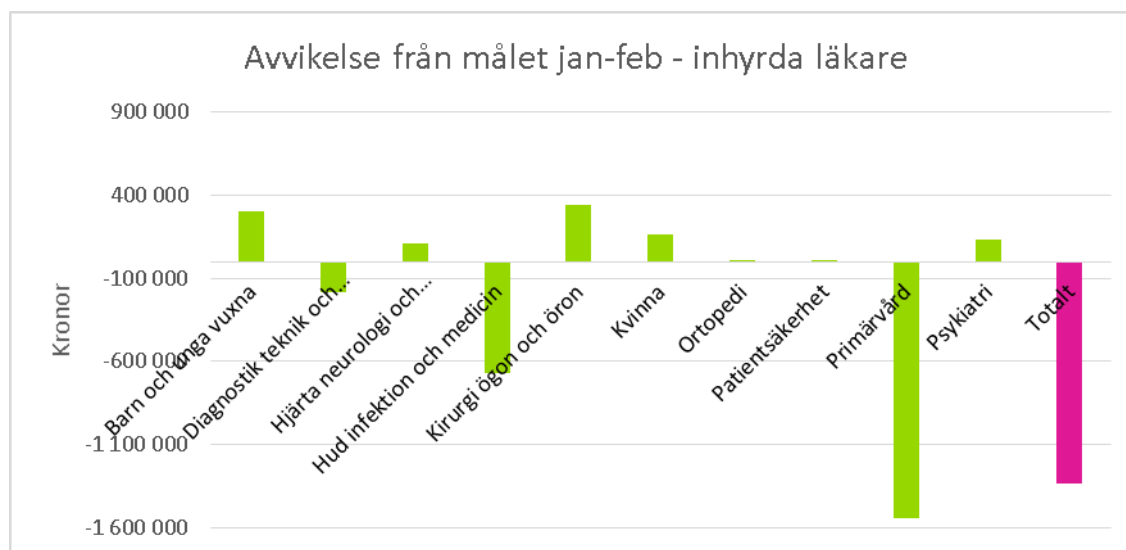
Perioden jan-feb						
Kategori inhyrd personal	2015	2016	2017	Mål	Avvikelse mot mål	Avvikelse mot mål i %
Läkare	11,7	16,9	16,1	17,4	-1,3	-8 %
Sjuksköterskor	2,1	2,5	7,1	2,2	4,9	221 %
Övrig	0,5	0,4	0,7	0,7	0,1	8 %
Summa	14,3	19,7	23,9	20,3	3,6	18 %

Målet uppnåddes när det gällde kostnader för inhyrda läkare. De låg 1,3 miljoner kronor lägre än målet. Kostnaderna för övrig personal, som i sammanhanget är små, översteg målet med 56 000 kronor. De innehåller framför allt kostnader för specialisttandvård och neuropsykiatriska utredningar. Regionen saknar dessa kompetenser och köpen innebär att patienter kan få vård i länet istället för att behöva resa till annat län. Kostnaderna för inhyrda sjuksköterskor översteg målet mest, med 4,9 miljoner kronor.

3 INHYRDA LÄKARE

3.1 Avvikelse från mål enligt styrelsens verksamhetsplan

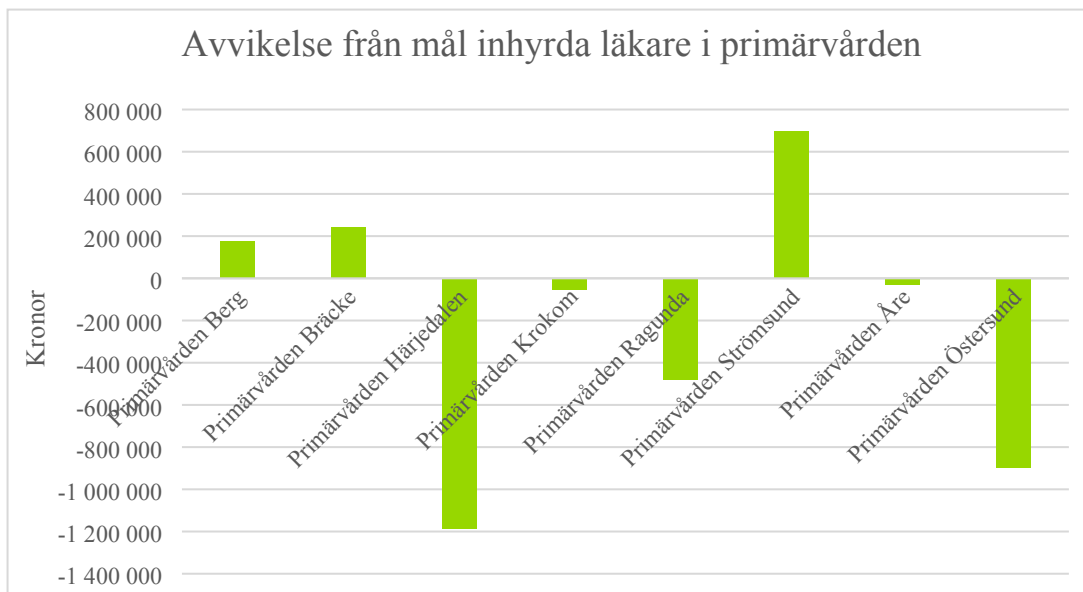
När mål och utfall delas upp per område inom hälso- och sjukvården blir resultatet blandat.



Perioden jan-feb						
Inhyrda läkare per område i tkr	2015	2016	2017	Mål	Avvikelse	i %
Akutvård	0	0	0	0	0	0 %
Barn och unga vuxna	209	68	645	347	299	86 %
Diagnostik teknik och service mm	321	625	564	742	-178	-24 %
Hjärta neurologi och rehabilitering	459	355	614	504	110	22 %
Hud infektion och medicin	798	1 603	1 468	2 142	-674	-31 %
Kirurgi ögon öron	265	474	943	599	344	57 %
Kvinna	659	492	765	599	166	28 %
Ortopedi	302	240	292	289	4	1 %
Primärvård	8 207	11 270	8 769	10 311	-1 541	-15 %
Psykiatri	518	1 747	2 034	1 900	134	7 %
Summa	11 738	16 872	16 096	17 432	-1 336	- 8 %

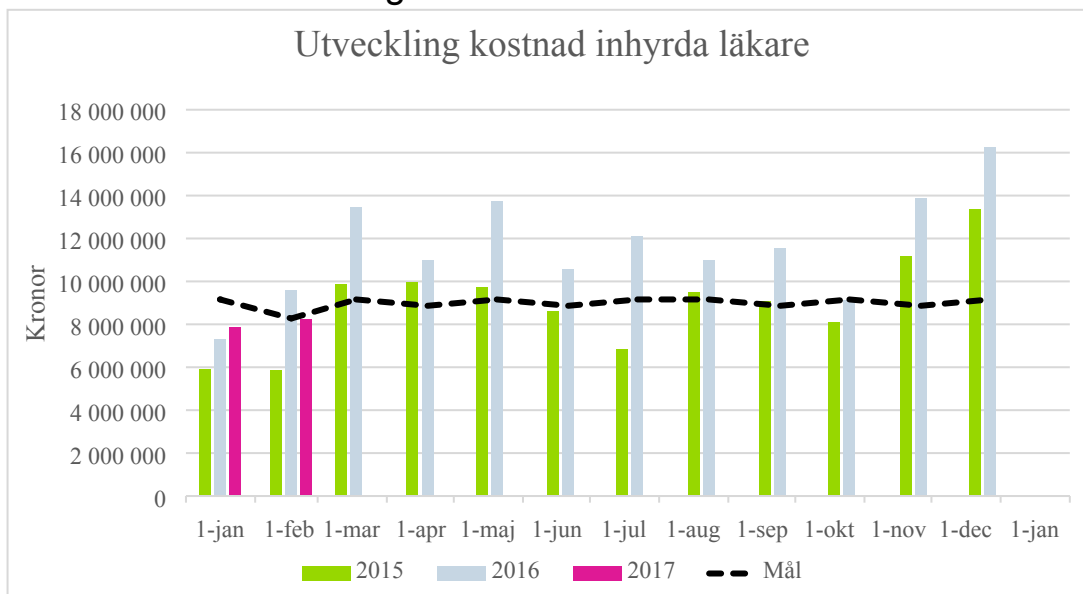
Primärvården uppnådde detta mål per februari. Deras kostnader låg 15 procent under målet och eftersom det är detta område som har de absolut högsta kostnaderna för inhyrda läkare, fick det stor påverkan på totalsiffrorna.

Diagrammet över kostnad för inhyrda läkare jan-feb uppdelat per närvårdsområde inom primärvården visar på att tre av närvårdsområdena klarade målen.



Primärvården lyckades 2016 ordna med fast anställda läkare i Sveg, vilket har lett till en minskning av kostnaderna för inhyrda läkare i Härjedalen.

3.2 Kostnadsutveckling över tiden



Diagrammet visar hur kostnaderna för inhyrda läkare under tidigare år utvecklats månad för månad. Både 2015 och 2016 var kostnaderna lägre under årets första två månader och högre under årets sista två månader. Om målet för året ska kunna uppnås, krävs att månadskostnaden för inhyrda läkare inte stiger mer än marginellt från utfallet i februari.

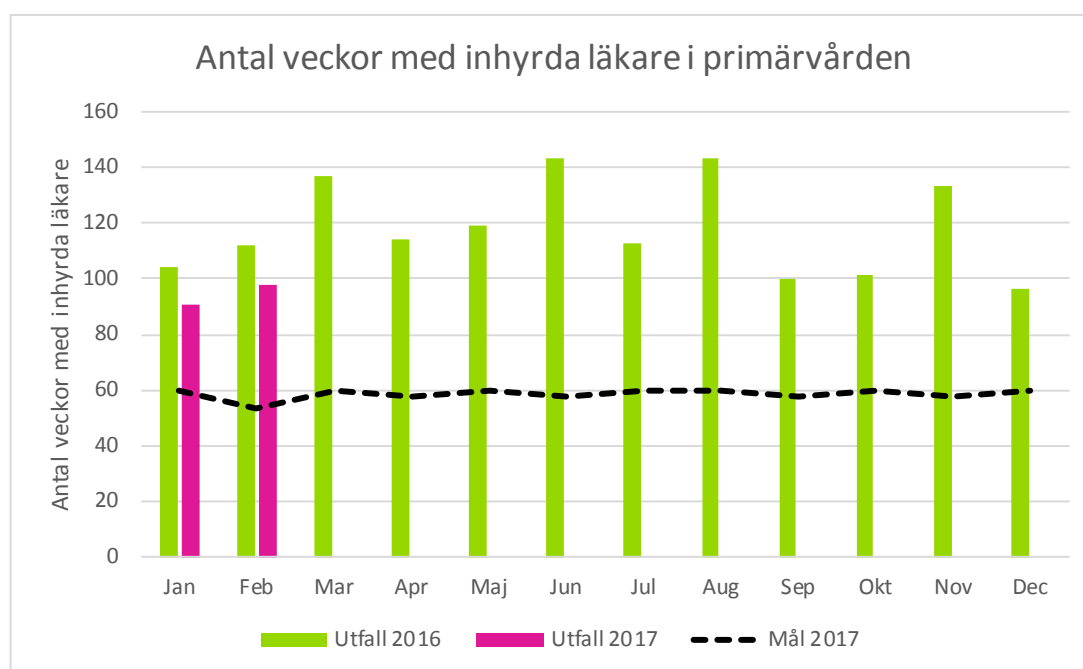
3.3 Avvikelse från mål enligt beslut för projektet *Oberoende av bemanningsföretag*

3.3.1 Minskning antal veckor med inhyrda läkare i primärvården

Om målvärdet max 700 veckor med inhyrda läkare 2017 fördelas jämnt över året blir målet att primärvården högst ska hyra in läkare med 113 veckor perioden jan-feb 2017.

	2016	2017	Mål	Av- vikelse	i %
Antal veckor med inhyrda läkare i primärvården	216	189	113	76	67 %
Antal veckor med inhyrda läkare övriga områden	88	96			
Summa	304	285			

En jämförelse av utfallet 2017 med målet visar att antalet veckor med inhyrda läkare låg 67 procent över målet. Dock var antalet veckor med inhyrda läkare lägre än under samma period 2016, vilket motsvarar en minskning med 14 procent.

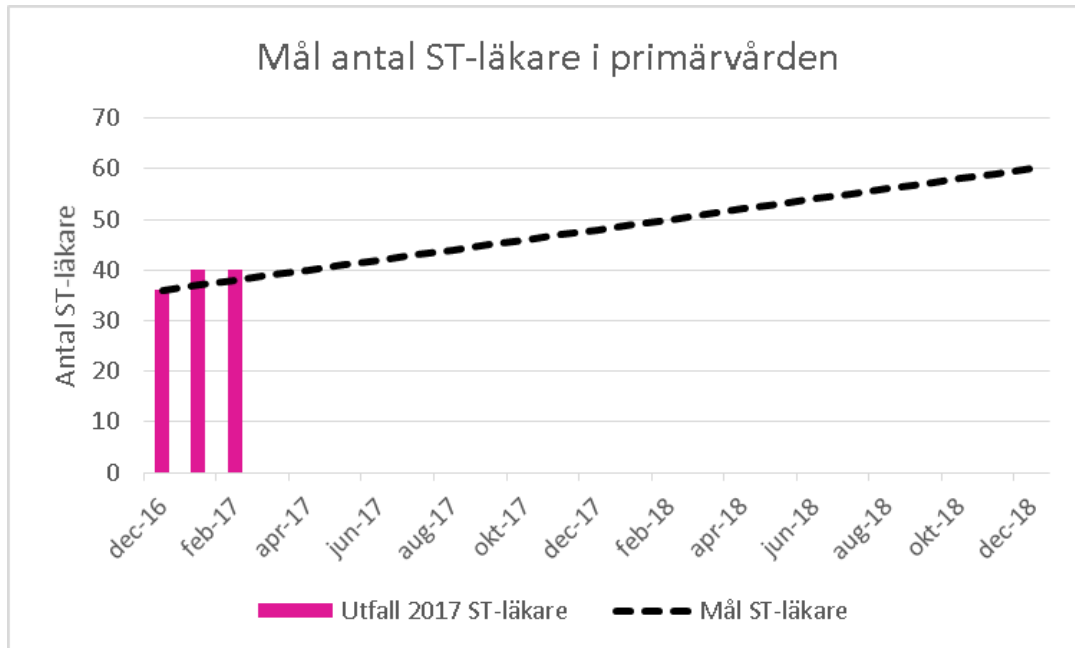


Annika Jonsson
N/A

2017-03-06

Dnr:RS/20/2017

3.3.2 Antal ST-läkare

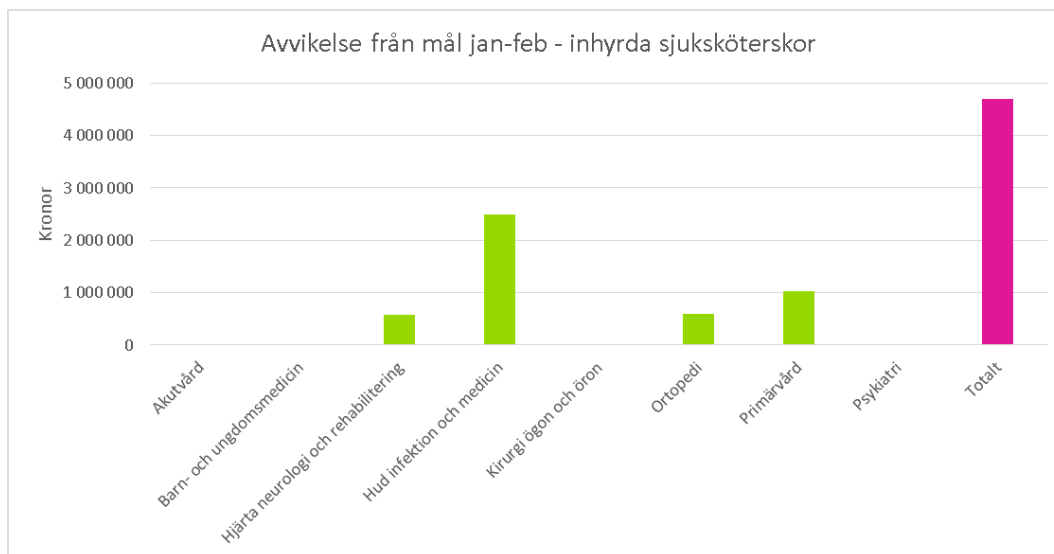


Per februari hade primärvården 40 ST-läkare. Det innebär att primärvården hittills har ökat antalet i den takt som krävs för att uppnå målet 60 ST-läkare i slutet av 2018.

4 INHYRDA SJUKSKÖTERS KOR

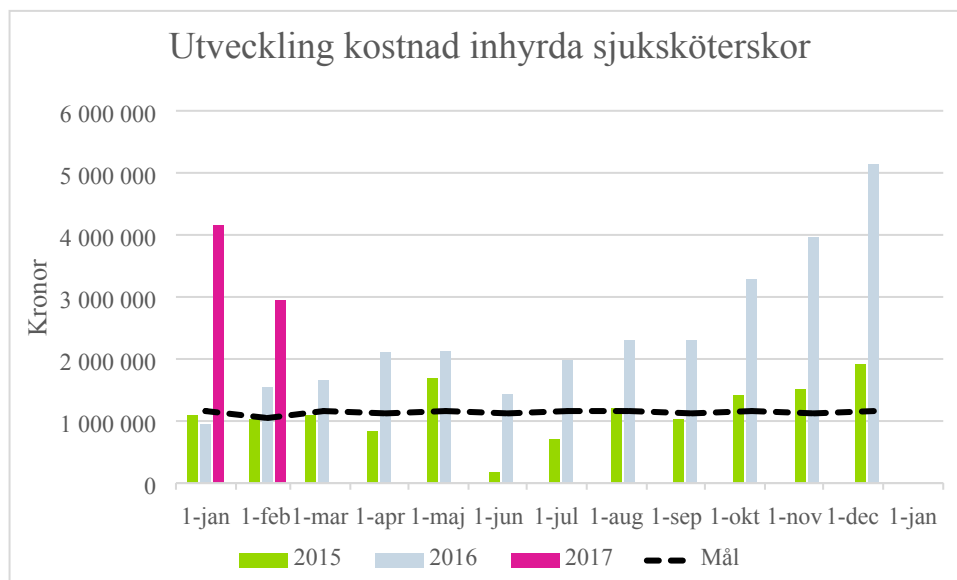
4.1 Avvikelse från mål

Samma områden inom hälso- och sjukvården som hade ett stort beroende av inhyrda sjuksköterskor 2016, hade kostnader som kraftigt översteg målet per februari 2017.



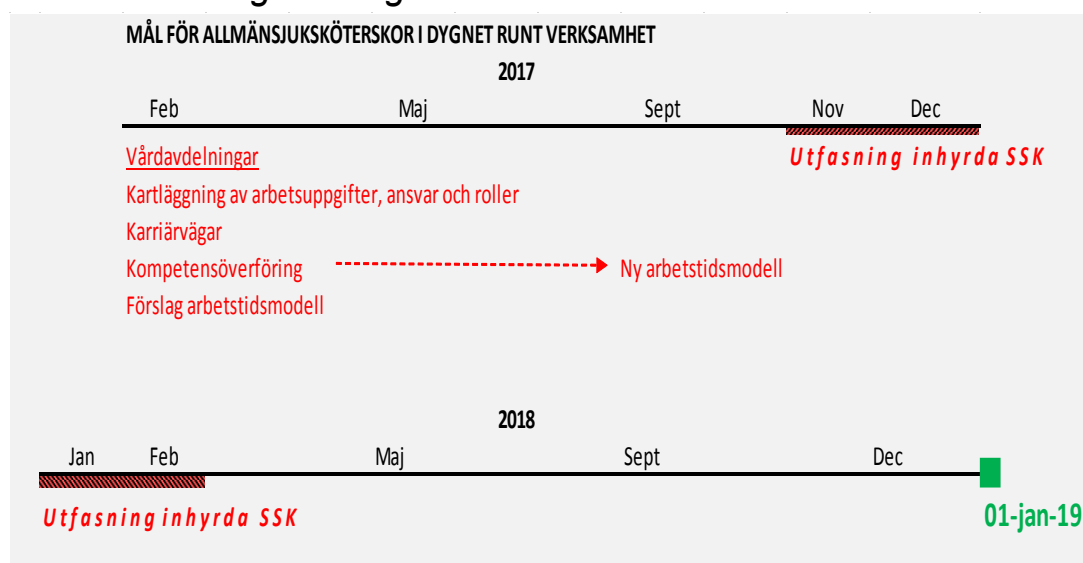
Perioden jan-feb						
Inhyrda sjuksköterskor per område i tkr	2015	2016	2017	Mål	Avvikelse	i %
Akutvård	0	0	0	0	0	0 %
Barn och ungdomsmedicin	0	0	201	0	201	
Hjärta neurologi och rehabilitering	385	628	857	284	572	201 %
Hud infektion och medicin	1 515	1 158	3 939	1 443	2 495	173 %
Kirurgi ögon och öron	0	0	0	0	0	0 %
Kvinna	0	0	0	0	0	0 %
Ortopedi	0	410	656	57	599	1 045 %
Primärvård	229	49	1 451	424	1 026	242 %
Psykiatri	0	239	0	0	0	0 %
Summa	2 128	2 484	7 104	2 210	4 894	221 %

4.2 Kostnadsutveckling över tiden

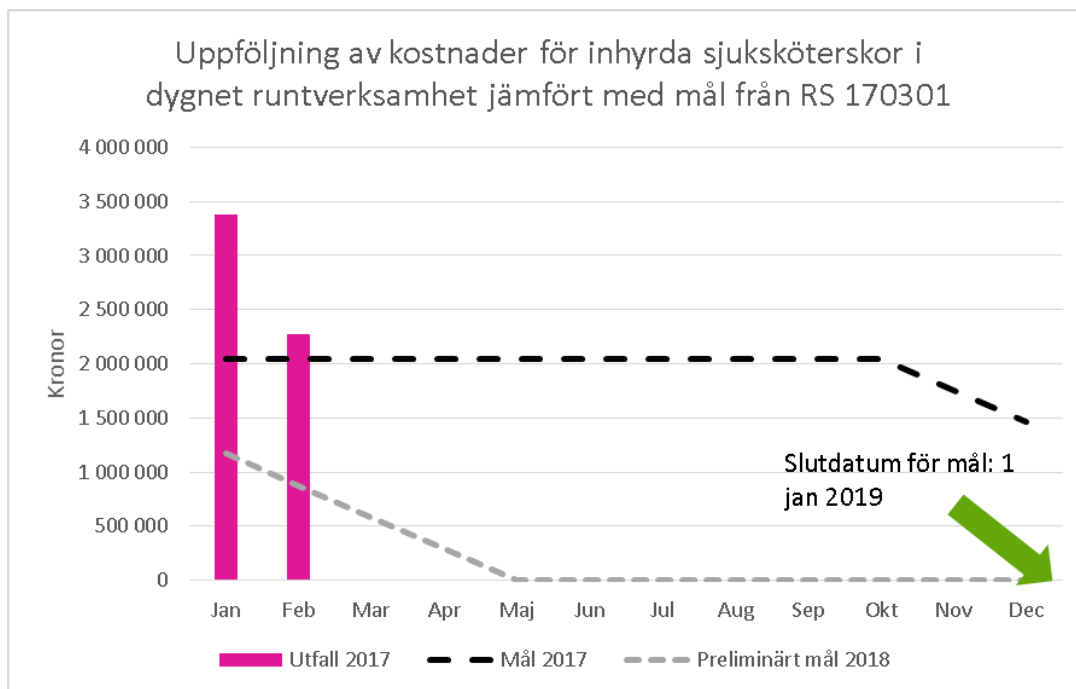


En jämförelse av kostnaderna månad för månad visar att de inte fortsatt att stiga under de två första månaderna 2017, på det sätt som skedde under perioden sept-dec 2016.

4.3 Avvikelse från mål enligt beslut för projektet *Oberoende av bemanningsföretag*



Målet kan översättas till att den genomsnittliga månadskostnaden under 2016 inte ska överskridas under perioden januari t o m oktober. Därefter ska kostnaderna sjunka linjärt tills oberoende uppnås, dock senast den 1 januari 2019.



Kostnaderna för inhyrda sjuksköterskor i dygnet runt-verksamhet (primärvården ingår ej) uppgick till 5,7 miljoner kronor, vilket var 1,6 miljoner kronor högre (+38 procent) än målet på 4 miljoner kronor per februari 2017.

5 AKTIVITETER FÖR MÅLUPPFYLLELSE

5.1 Projektet uppnå oberoende av bemanningsföretag

Aktiviteter för att uppnå målet att minska kostnaderna till max 2015 års nivå kommer att genomföras inom ramen för det SKL-stödda projektet *Uppnå oberoende av bemanningsföretag*. Regiondirektören fattade i december 2016 beslut om en åtgärdsplan.

I åtgärdsplanen har åtgärder som omfattar distriktsläkare i primärvården och allmänsjuksköterskor på vårdavdelningar på Östersunds sjukhus prioriterats.

De aktiviteter som primärvården redan tidigare satt igång fortsätter, t ex överförs arbetsuppgifter från läkare till andra yrkesgrupper och åtgärder sätts in för att göra distriktsläkaryrket mer attraktivt. Fler ST-läkare anställs och under 2017 införs produktions- och kapacitetsplanering.

En projektledare har utsetts för att stötta den genomgång av arbetsuppgifter, ansvar och roller som varje enhet på sjukhuset som har dygnet runt-vård ska göra den närmaste tiden. Ett av målen med genomgången är att åstadkomma en

kompetensförskjutning, d v s att sjuksköterskor utför en mindre del av arbetet i verksamheten och att andra yrkeskategorier utför en större andel. Parallellt med detta arbete ska utformningen av karriärvägar slutföras, med start för sjuksköterskor och undersköterskor. Syftet är att utforma yrkesroller där varje yrkeskategoris och individs kompetens tas tillvara på bästa sätt och där ansvar för vård, arbetsledning och verksamhetsutveckling definieras för olika karriärvägar. För befintliga medarbetare och vid rekrytering av nya, tydliggörs därigenom vilka utvecklingsmöjligheter som finns och hur var och en kan nå högre lönenivåer i takt med mer erfarenhet, utökat ansvar och arbetsuppgifter som kräver mer kompetens. I arbetet ingår även att fastställa och ta fram den utbildning som krävs för att ta ytterligare steg på karriärvägarna. I detta ingår bl a det redan påbörjade arbetet med kompetenskort för undersköterska.

Förslag på nya arbetstidsmodeller håller samtidigt på att tas fram. De kommer sedan att kunna erbjudas verksamhet med dygnetruntvård, på villkor att enheterna gått igenom sin verksamhet på det sätt som beskrivits ovan och fått den godkänd. Tillsammans med de beskrivna åtgärderna bedöms detta göra sjuksköterskeyrket mer attraktivt, vilket kan förebygga att fler sjuksköterskor slutar och samtidigt underlätta rekrytering av nya medarbetare.

För övrigt innehåller åtgärdsplanen ett stort antal åtgärdsområden där arbetet har kommit olika långt. Vissa håller på att genomföras och andra måste först utredas och färdigställas. Vissa åtgärdsförslag kan även komma att bli föremål för politiska beslut.



9

Personalbokslut 2016

RS/359/2017

2017-03-13

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

RS/359/2017

Personalbokslut 2016

Ärendebeskrivning

Personalbokslut 2016 visar att antalet medarbetare vid Region Jämtland Härjedalen har blivit fler både till antalet eller om utförda tiden omräknas i årsarbetare. Personalbokslutet för 2016 redovisar ett plus på 2 årsarbetare. Nedan redovisas några förändringar i personalstrukturen:

Läkare	+4 årsarbetare
Sjuksköterska	+6 årsarbetare
Undersköterska	- 5 årsarbetare
Medicinska sekreterare	+ 2 årsarbetare

Därtill kommer nyttjandet av bemanningsföretag och som har ökat både för läkare med 14 årsarbetare och för sjuksköterskor med 13 årsarbetare.

Glädjande är att antalet deltider har fortfarande en låg siffra på 424 personer. En liten ökning i jämförelse med 2015 med 9 personer.

Sjukfrånvaron ligger kvar på samma nivå som 2015 med 6,6 %. Männen har minskat från 3,8 % till 3,7 % och kvinnorna ökat från 7,4 % till 7,5 %. Som sjukskrivande instans ser mönstret ut som tidigare år, relativt hög andel inom specialiserade vården. Det innebär att det rör sig om allvarliga eller kroniska sjukdomar som orsak till sjukskrivning.

Friskvårdsombuden och personalföreningen har under året haft många aktiviteter riktade till medarbetarna.

Flera enheter signalerar att arbetet varit stressigt under året, främst på grund av hög arbetsbelastning. Vissa andra uppger att arbetsmiljön är god och hänvisar till resultatet i arbetsmiljöenkäten. Totalt för organisationen visar enkäten ett arbetsmiljöindex på 4,59.

Under hösten har en enkätundersökning för att ta reda på förutsättningar genomförts bland alla chefer. En handlingsplan på regionnivå har tagits fram och

beslut om handlingsplanen kommer att ske under våren 2017 i Utskottet för personal.

Utskottet för personal behandlade Personalbokslutet vid sitt sammanträde 2017-02-22 § 15.

Regiondirektörens förslag

Personalbokslut 2016 godkänns.

I tjänsten

Ingela Jönsson
Tf Regiondirektör

Annica Sörensdotter
Personaldirektör

Utdrag till

Personaldirektör

Personalbokslut 2016

1	Inledning	5
1.1	Tillvägagångssätt	5
1.2	Attraktiv arbetsgivare	6
2	Kompetensförsörjning	7
2.1	Utförd tid	8
2.2	Utförd tid totalt för region Jämtland Härjedalen - förvaltning	9
2.3	Utförd tid per område i Hälso- och sjukvårdsförvaltningen	11
2.4	Sommaren 2016	12
2.5	Antal anställda	12
2.6	Antal anställda, kvinnor och män	13
2.6.1	Antal anställda årsarbetare	13
2.6.2	Antal anställda per förvaltning	14
2.6.3	Antal anställda per område i Hälso-och sjukvårdsförvaltningen	14
2.7	Anställningsform	15
2.8	Timavlönade	15
2.9	Deltidsanställda	16
2.9.1	Antal deltidanställda totalt/ fördelat på kön	16
2.9.2	Andel deltidanställda av totalt antal anställda	16
2.9.3	Medelsysselsättningsgrad-totalt/fördelat på kön	17
2.10	Olika typer av ledigheter fördelade på kvinnor och män	17
2.11	Generationsväxling	18
2.11.1	Åldersfördelning	19
2.11.2	Medelålder	19
2.11.3	Antal anställda som är 60 - 67 år	20
2.11.4	Åldersstruktur och medelålder	20
2.12	Ungdomssatsningar	21
2.12.1	Feriearbetare	21

2.12.2	Studiebesök	22
2.13	Introduktion för nyanställda	22
2.14	Bemanning av organisationen	22
2.15	Rekryteringsläge - bemanning av organisationen	28
2.16	Bemanningsföretag	30
2.17	Läkare - total utförd tid	31
2.18	Sjuksköterskor - total utförd tid	31
2.18.1	Fördelning stafettläkarkostnader per område inom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen	32
2.19	Sjuksköterskor – bemanningsföretag	33
2.20	Kostnad - arvodesanställda, konsulter inom folktandvård	33
2.21	Kompetenssammansättning	34
2.22	Kompetensstruktur	36
2.22.1	Antal medicinska sekreterare	37
2.23	Antal läkare - månadslön	37
2.24	Kompetensstruktur läkare	38
2.24.1	AT-läkare kvar i Region Jämtland Härjedalen	39
2.24.2	Personalomsättning läkare	40
2.24.3	Personalomsättning sjuksköterska	40
2.25	Utbildning och kompetensutveckling	41
2.26	Region Jämtland Härjedalens studiemedel	42
2.27	Utbildningsuppdraget	43
2.28	Omställningsarbetet	44
2.29	Avslutningssamtal	46
3	Övertid/kort varsel/arbetad tid	47
3.1	Totalt antal timmar övertid/kort varsel 2014-2016	47
3.1.1	Övertid i timmar - Hälso-och sjukvårdsförvaltningen	48
3.1.2	Övertid i timmar - Regional utveckling	48

3.1.3	Övertid i timmar - Regionstaben	49
3.1.4	Övertid i timmar per område inom hälso-och sjukvårdsförvaltningen	49
3.2	Totalt antal timmar mertid 2009-2016	50
3.3	Arbetad tid för läkare	50
3.3.1	Antal timmar - ersättningsnivå.	50
3.3.2	Kostnad övertid, mertid och läkares arbetade tid	51
4	Chef - och ledarskap	52
4.1.1	Kompetensutveckling	52
4.1.2	Chefsaspirantutbildning	53
4.1.3	Chefsrörlighet	53
4.2	Antal chefer	53
4.2.1	Antal chefer inom Hälso-och sjukvårdsförvaltningen	54
4.2.2	Fördelning kvinnor och män	55
4.2.3	Förutsättningar för chefs-och ledarskapet	55
5	Hälsofrämjande arbete och sjukfrånvaro	56
5.1	Obligatorisk sjukfrånvaroredovisning	62
5.2	Åtgärder via företagshälsovård	63
5.3	Friskvårdsaktiviteter	64
5.4	Personalföreningen- Friskvård o Trivsel	65
5.5	Arbetsmiljö	66
5.5.1	Arbetsmiljöenkäten	68
5.6	Arbetsskador och tillbud	68
5.7	Arbetsförhållanden utifrån jämställdhet och mångfald	69
6	Lönebildning	70
6.1	Löneutveckling	71
6.2	Jämställda löner	72

Personalbokslut 2016

1 Inledning

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

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

1.1 Tillvägagångssätt

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

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

1.2 Attraktiv arbetsgivare

Under året har vi fortsatt att systematiskt arbeta för att Region Jämtland Härjedalen ska vara en attraktiv arbetsgivare. För att jobba långsiktigt har en regionövergripande handlingsplan med aktiviteter för perioden 2016-2018 varit styrande för personalavdelningens arbete.

Nedan redovisas en del av de aktiviteter som är på gång eller har genomförts utifrån handlingsplanen "Attraktiv arbetsgivare":

Under 2016 har två **introduktionsdagar** för nyanställda genomförts, en på våren och en på hösten. Utvärdering visar att dagen har varit uppskattad och ger nyttig information av de nyanställda. Även broschyr "**Min anställning**" som delas ut till alla nyanställda och även till medarbetare ute på enheterna är en bra information om vad som förväntas av alla anställda och vilka förmåner som ges.

Inom kompetensförsörjning arbetade personalstaben med att införa Svensk standard för kompetensförsörjning, ett **systematiskt arbetssätt för kompetenshantering**, karriärvägar, modell för "**Sjuksköterskans första år**" och **kompetenskort** för undersköterskor/skötare/barnsköterska. Inköp och införande av ett IT-baserat **kompetenshanterings-system** inkluderande en lärplattform, Saba Cloud, genomfördes. Under året gjordes en manuell kartläggning av framtida kompetensbehov. Karlägningsmodellen reviderades och en ny kartläggning påbörjades under senare delen av året.

Införande av Svensk standard för kompetensförsörjning med tillhörande kompetenskartläggning samt införande av ett systemstöd, Saba Cloud, är del av mål 3 i Långsiktig utvecklingsplan för god hushållning (LUP).

Under 2016 arbetade två olika arbetsgrupper med representanter från chefer, medarbetare och fackliga företrädare med att ta fram **karriärvägar** för allmänsjuksköterskor och undersköterskor/ skötare/barnsköterskor. Verksamhetsanpassningar och förankringsarbete påbörjades under året.

Under året påbörjade olika arbetsgrupper med yrkes-, chefs- och fackliga representanter arbetet med att yrkes- verksamhetsanpassa karriärvägar för psykologer, specialistsjuksköterskor, bio medicinska analytiker, röntgensjuksköterskor, barnmorskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster.

Överenskommelse träffades mellan Arbetsförmedlingen och Region Jämtland Härjedalen som bl. a. innebar att organisationen anställer en **etableringskoordinator** och att Arbetsförmedlingen står för resurserna. Detta för att hitta nya medarbetare med kvalificerad medicinsk bakgrund bland nyanlända. Under året har ett flertal praktikplatser förmedlats till nyanlända läkare.

Flera **rekryteringsinsatser** genomfördes under året bl.a. deltagande på sjuksköterskestudenternas VFU-start inför termin 4, anordnande av middagsevent för T5 och T6 sjuksköterskestudenter. Samtliga från Mittuniversitetet. Stöd gavs till Umeå universitets läkarstudenters examinationsevent i Östersund. Deltagande i "framtidens specialistläkare" i Malmö, emigrantmässa i Holland, arbetsmarknadsmässa på Uppsala universitet, AT-läkarmässor, Framtidens karriär, Arbetsförmedlingens jobbmässa för marknadsföring av våra yrken. Annonseringsinsatser riktade till bristyrken genomfördes och "Tipsa en kompis" som är en insats för att stimulera medarbetare att hitta nya kollegor. Ett nytt **rekryteringskoncept** utformat av kommunikationsenheten började tillämpas under året. Avtal tecknades med leverantör för annonseringstjänster via Face-Book.

Ett norrlandsgemensamt arbete resulterade i att en ny upphandling av bemanningsföretag kunde påbörjas.

Utbildningen **Ny som chef och Chefsaspirantutbildning** har genomförts under året. **Kunskapsstorget** för chefer har haft flera utbildningstillfällen. Arbetsmiljöutbildning för alla chefer och skyddsombud erbjöds vi två tillfällen, i

samarbete med företagshälsovården och Försäkringskassan.

Grupphandledning i yrkesrollen för chefer startade under hösten med fem deltagare. Efter utvärdering under 2017 kommer ställning att tas till eventuell fortsättning.

Löneöversyn 2016 är genomförd och arbetet med löneöversyn 2017 startade under hösten -16.

Under året har hälsofrämjande teamet skapats som ett led i att sänka sjukfrånvaron och arbete proaktivt med en hälsofrämjande arbetsmiljö tillsammans med organisationens chefer. Arbetet med att skapa en mer **lösningfokuserad rehabiliteringsprocess** har fortsatt under året, där fokus på att **främja rörlighet och tidiga insatser** varit ledord. Arbetsträningar, prövningar och förflyttningar till andra arbetsplatser kan vara en avgörande faktor. I samarbete med företagshälsovården har också förebyggande insatser i form av föreläsningar kring återhämtning erbjudits. Detta är en satsning för att chefer och medarbetare ska uppmärksamma tidiga tecken på ohälsa som är relaterad till återhämtning och stress. Ett första steg har tagits mot att jobba mer med förebyggande sjukpenning i samband vid tecken på stressrelaterad ohälsa, Företagshälsovården har fått tagit fram tjänster för Region Jämtland Härjedalen att använda.

Under 2016 **nyinvides Zefyren** efter ombyggnation och detta har ökat antalet inpasseringar drastiskt under året, även det en del i det hälsofrämjande förebyggande arbetet. Friskvårdsprogrammet med möjlighet till friskvårdspeng också har använts av ett stort antal medarbetare pengarna används framförallt på områden som tidigare uttrycket missnöje med möjlighet till friskvårdstimme. Friskvårdstimmen och pengarna är en förmån som finns för att också stimulera till pulshöjande friskvårdsaktiviteter.

All personal erbjuds också influensavaccination som en förebyggande åtgärd för att sänka sjukfrånvaron.

2 Kompetensförsörjning

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

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

När det gäller läkare och sjuksköterskor så ökar verksamheternas behov. Region Jämtland Härjedalen hade under året fler årsarbetare vad gäller dessa grupper än tidigare år, vilket också gäller nationellt. Följden av det samlade ökade behovet gör att det uppstår en bristsituation. Det i sin tur skapar en marknad för bemanningsföretag som hyr ut sjuksköterskor. Region Jämtland Härjedalen, framförallt medicin, ökade nyttjandet av sjuksköterskor från bemanningsföretag.

Områdenas bedömningar kring bemanning av organisation samt åtgärder för att klara bemanningen, se kap 2.14.

Trots ökning av utförd tid vad gäller läkare och sjuksköterskor rapporterar verksamheterna fortsatt behov av/brist på sjuksköterskor.

För att klara sjuksköterskebemanningen har verksamheterna anställt fler undersköterskor. Bemanningsföretag vad gäller sjuksköterskor har anlitats för att klara den kontinuerliga verksamheten inom område medicin HNR och HIM. Ytterligare information se kap 2.14.

2.1 Utförd tid

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

Utförd tid	Utförd tid 2014	Utförd tid 2015	Utförd tid 2016	Års- arbetare 2014	Års- arbetare 2015	Års- arbetare 2016
Totalt utförd tid	5 712 742	5 801 227	5 803 874	3 246	3 296	3 298
varav kvinnor	4 325 187	4 381 819	4 404 885	2 457	2 490	2 503
varav män	1 387 555	1 419 398	1 398 988	788	806	795
Läkare	632 292	655 586	662 365	359	372	376
- varav kvinnor	278 346	292 087	312 704	158	166	177
- varav män	353 946	362 499	349 661	201	206	199
Sjuksköterska*	1 625 620	1 633 808	1 643 867	924	928	934
- varav kvinnor	1 383 552	1 384 418	1 379 949	786	787	784
- varav män	243 068	249 390	263 919	138	142	150
Undersköterska	959 311	971 336	965 707	545	552	549
- varav kvinnor	776 585	790 444	796 776	441	449	453
- varav män	182 726	180 892	168 931	104	103	96
Medicinska sekreterare	311062	323 551	326 602	177	184	186
- varav kvinnor	311062	323 551	325 999			185,5
- varav män			603			0,5

Källa: ProDiver * exkl. BMA

Utförd tid omräknat till årsarbetare med 1760 tim. I utförd tiden ingår tid i "produktion", utbildning med lön, friskvård och fackligt arbete. I utförd tid ingår inte tid gjord av läkare och sjuksköterskor från bemanningsföretag.

Utförda tiden 2016 har ökat med 2 årsarbetare.

Utförda tiden för **läkare** har ökat med 4 årsarbetare. Inkluderas timmar via bemanningsföretag och arvodesläkare är ökningen 18 årsarbetare.

Utförda tiden för **sjuksköterskor** har ökat med 6 årsarbetare. Inkluderas timmar via bemanningsföretag är ökningen 19 årsarbetare.

Utförd tid för **undersköterskor** har minskat med 3 årsarbetare.

Utförd tid för **medicinska sekreterare** har ökat med 2 årsarbetare.

2.2 Utförd tid totalt för region Jämtland Härjedalen - förvaltning

Utförd tid totalt/ förvaltning			
Förvaltning/totalt	2015	2016	Differens 2015-2016 i årsarbetare
Hälso-och sjukvårdsförvaltningen	5 207 203	5 213 079	+3
Regionala utvecklingsförvaltningen	252 135	223 616	-16
Regionstaben	328 431	352 570	+ 14
Patientnämnd, Revision,	13 457	14 609	+ 1
Region Jämtland Härjedalen	5 801 227	5 803 874	+ 2

Område barn och unga vuxna har startat nya verksamheter på BUP (mellanvårdsteam tillsammans med Östersunds kommun samt egen slutenvård). Avräknat dessa verksamheter samt personalneddragningar inom BUH är området under 2013 års nivå.

Inom område **barn- och ungdomsmedicin** har antalet arbetade timmar under en 10-årsperiod har legat tämligen konstant med undantag för 2013 som avvek med lägre antal arbetade timmar. Utifrån ovan beskrivna situation som förelåg 2013 ses ingen rimlig möjlighet att minska arbetade timmar till denna nivå. Jämförelser av mellan 2015 och 2016 visar på en minskning med motsvarande en årsarbetare. Området kunde inte bemanna med barnsjuksköterskor i tillräcklig omfattning vilket innebar att de fick anlita bemanningsföretag.

Område psykiatri ligger under 2013 års nivå vilket beror på vakanser framförallt vad gäller sjuksköterskor och psykologer samt stängning av avdelning 3A. Antalet timmar för sjuksköterskor har sedan 2013 minskat med ca 20 000 timmar vilket motsvarar 11 tjänster. Inom slutenvården är fördelningen mellan sjuksköterskor och undersköterskor 41/59 %. Området anställer medarbetare från andra yrkesgrupper för att täcka sjuksköterskevakanter.

Område hud, infektion, medicin (HIM) ökade antalet arbetade timmar motsvarande tre årsarbetare. Timmar för läkare ökade med motsvarande 3 heltidsbefattningar. Detta möjliggjorde en minskning av inhyrda läkare. Antalet timmar för sjuksköterskor minskade p g a rekryteringssvårigheter medan timmarna för undersköterskor ökade i motsvarande omfattning. Åtgärder för att komma i 2013 års nivå är i princip verkställda.

Område hjärta, neuro, rehabilitering (HNR) har minskat antalet arbetade timmar med motsvarande 7,2 årsarbetare. Borträknat personal från bemanningsföretag är nettominskningen 1,5 årsarbetare. Orsaker är minskat antal vårdplatser på rehabavdelningen, vakanshållningar samt rekryteringssvårigheter. Åtgärder för att komma i 2013 års nivå är i princip verkställda.

Inom **Område diagnostik, teknik och service** har det, jämfört med 2015, skett en ökning motsvarande fyra årsarbetare. Kategorier som ökar är ST-läkare och undersköterskor inom röntgen. Ökning av ST-läkare är en del i att så

småningom bli självförsörjande på specialistläkare. Ökning av undersköterskor beror på en annan arbetsfördelning i linje med "vem gör vad". Utökad VNS på medicinenheten på plan 8 har inneburit fler årsarbetare. Inom laboratoriemedicin har det skett en minskning av utförda tiden utifrån att man inte kunnat ersätta biomedicinska analytiker som avslutat sin anställning.

Område kvinna har en produktionsökning med ökande förlossningstal, fler besök osv bl a utifrån flyktingsituationen. Utifrån de skälen anser området att det inte är relevant att minska utförda tiden till 2013 års nivå.

Antalet timmar 2016 är i princip jämförbart med 2015. Svårigheter att rekrytera barnmorskor gjorde att man istället rekryterade allmänsjuksköterskor och ytterligare undersköterskor Kvinnosjukvården fick ta del av statliga medel "Förlossningsvård och Kvinnors hälsa" under året, med motsvarande tre heltidsbefattningar.

Område ortopedi har minskat den utförda tiden 2016 jämfört med 2015. Den största minskningen av utförd tid jämfört med 2015 är på läkaravdelningen och det är som en del av besparingsåtgärderna. Området har under 2016 anlitat bemanningssjuksköterskor för att kunna hålla elektiva vårdplatser öppna. Jämfört med 2013/2014 har området 2,0 tjänster extra utifrån nytt uppdrag "Tjänsteköp primärvård" samt 0,5 tjänst överflyttad till området efter omorganisation.

En minskning till 2013 års nivå, anses inte möjlig utan att stänga vårdplatser, och då kan inte full elektiv produktion upprätthållas. Konsekvensen av detta skulle bli att fler patienter åker utanför regionen för åtgärd/behandling enligt vårdgarantin, vilket i slutändan skulle bli betydligt mer kostsamt.

Område kirurgi har ökat utförda tiden med motsvarande 3,8 årsarbetare. Ökningen beror på tillsatta vakanser, strategiska uppbemanningar inför kommande pensionsavgångar, viss uppbemanning av sjuksköterskor inom urologin relaterat till SVF och kommande kompetensförskjutning. Området har ca 40 fler årsarbetare jämfört med 2013.

Inom **område akutvård** är den utförda i princip densamma som 2105. Det som tillkommit är en ökning inom p.g.a. delade dygn i ambulansverk-samheten utifrån arbetsmiljö- och patientsäkerhetssynpunkt. En utökning är gjord av anestesiresurser till endoskopiverksamheten. Centraloperationen har även övertagit ansvaret från ortopedikliniken att tillhandahålla assistenter under operationer. Akutmottagningen införde i april på försök en arbetstidsmodell med tidsviktning för mer återhämtning. Även om mindre tid behöver avsättas för COSMIC behöver avsättas motsvarar modulansvar i akutområdets delar drygt en heltidstjänst.

För att anpassa utförd tid till 2013 års nivå krävs den en minskad bemanning på närmare 17 årsarbetare. Utifrån förändringar i verksamheten över tid ser området ingen rimlig möjlighet att minska antalet arbetade timmar till 2013 års nivå.

I **område primärvård** har utförda tiden har ökat med motsvarande ca 16 årsarbetare jämfört med 2015. Ökningen beror på att asylhälsan har tillkommit och utöver den så har de flesta hälsocentraler utökat bemanningen på b.la distriktsköterskor, barnmorskor, bvc -sköterskor och undersköterskor utifrån den ökade flyktingtillströmningen och de hälsoundersökningar som ska göras. Dessutom har turismen ökat under sommaren framförallt i Åre och Funäsdalens samt att där bemanningen till stor del består av stafettläkare ser primärvården ett större behov av att bemanna upp övriga yrkesgrupper eftersom kringarbetet ökar, framförallt inom gruppen sjuksköterskor.

För att överföra arbetsuppgifter till hårt belastade yrkesgrupper och för att upprätthålla arbetsmiljön har primärvården sett ett behov av utökad bemanningen framförallt inom grupperna undersköterskor och medicinska sekreterare men även sjuksköterskor.

Inom **område folktandvård** ska årsarbetstid/utförd tid nödvändigtvis inte minska. Om nya medarbetare rekryteras ökar tillgängligheten för medborgarna vilket är bra om intäkterna täcker den ökade kostnaden. Totalt har den utförda tiden minskat med motsvarande 12 årsarbetare bl a beroende på nedlagda kliniker. Utförda tiden för tandläkare har minskat med motsvarande fem årsarbetare. Där det varit svårt att rekrytera tandsköterskor har tandvårdsbiträden anställts. Tandläkare utan svensk legitimation har också anställts som tandvårdsbiträden.

Inom **regional utvecklingsförvaltning** har den utförda tiden minskat med 15,5 årsarbetare jämfört med 2015. Minskningen beror främst på omorganisationen som började gälla fr om januari i år. Den största förändringen är att staben för regional utveckling upphört som enhet och att medarbetare placerats i regionstaben.

För förvaltningens verksamheter är ökad utförd tid som regel en positiv utveckling. Det innebär att förtroendet från våra finansiärer ökar och att utvecklingsresurserna ökar. Detta under förutsättning att nettokostnaden inte överstiger tilldelade medel

Inom **regionstaben** har utförda tiden ökat med motsvarande 13 årsarbetare vilket delvis är en konsekvens av den omorganisation som genomförts fullt ut vid senaste årsskiftet.

En av åtgärderna som vidtas för att minska den utförda tiden är de inbesparingar som är planerade vid genomförandet av långsiktig utvecklingsplan för god ekonomisk hushållning (LUP), deluppdrag 8. Uppdraget är att minska administrativa och regionövergripande kostnader med 10.6 miljoner kr inom Regionstaben och inom Regionala utvecklingsförvaltningen med full effekt 2017-01-01. Ett mål som uppnåddes under 2016.

2.3 Utförd tid per område i Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Utförd tid – Hälso- och sjukvårdsförvaltningen			
	2015	2016	Differens 2015-2016 i årsarbetare
Akutområdet	662 779	662 583	0
Barn och ungdomsmedicin	172 207	170 717	- 1
Barn och unga vuxna	187 834	189 095	+ 1
Diagnostik, teknik och service	709 162	720 199	+ 6
Hjärta, neurologi och rehabilitering	402 262	389 694	- 7
Hud, infektion och medicin	454 254	454 011	0

Folktandvården	298 587	277 696	- 12
Kirurgi, Ögon och Öron	525 515	533 053	+ 4
Kvinna	152 436	153 677	+1
Ortopedi	280 146	277 498	- 2
Patientsäkerhet	24 908	26 701	+ 1
Primärvård	882 582	912 024	+ 17
Psykiatri	454 530	442 593	- 7
Totalt hälso - och sjukvårdsförvaltningen	5 207 203	5 213 079	+ 3

Källa: Datalagret (Divern)

2.4 Sommaren 2016

Inför sommaren 2016 utarbetades en handlingsplan med åtgärder inom organisation, bemanning och rekrytering.

Inom hälso- och sjukvård exklusive folktandvård gjordes 217 anställningar av sjuksköterskor varav 80 externrekryterade under perioden 160101–160630.

Under perioden 16 06 01 – 16 08 31 uppgick kostnaderna för sommarpaket, övertid samt kort varsel till ca 23,5 miljoner, en ökning med ca 3 miljoner.

Antalet årsarbetare ökade med 14 varav 10 inom yrkesgruppen sjuksköterskor. Sjuksköterskor från bemanningsföretag ökade med motsvarande 14 årsarbetare. Föräldraledigheter minskade med 14 årsarbetare. Sammantaget så motsvarar ökningen 42 årsarbetare.

Under samma period fullgjordes 791 timmar dubbelpass, en minskning med 47 timmar och 477 timmar arbete under rast, en minskning med 95 timmar.

Sjukfrånvaron var i princip oförändrad jämfört med 2015.

Avvikelse avseende arbetsmiljön ökade från 121 till 220. Förklaringen anses bero på att registrering av avvikelser ökade.

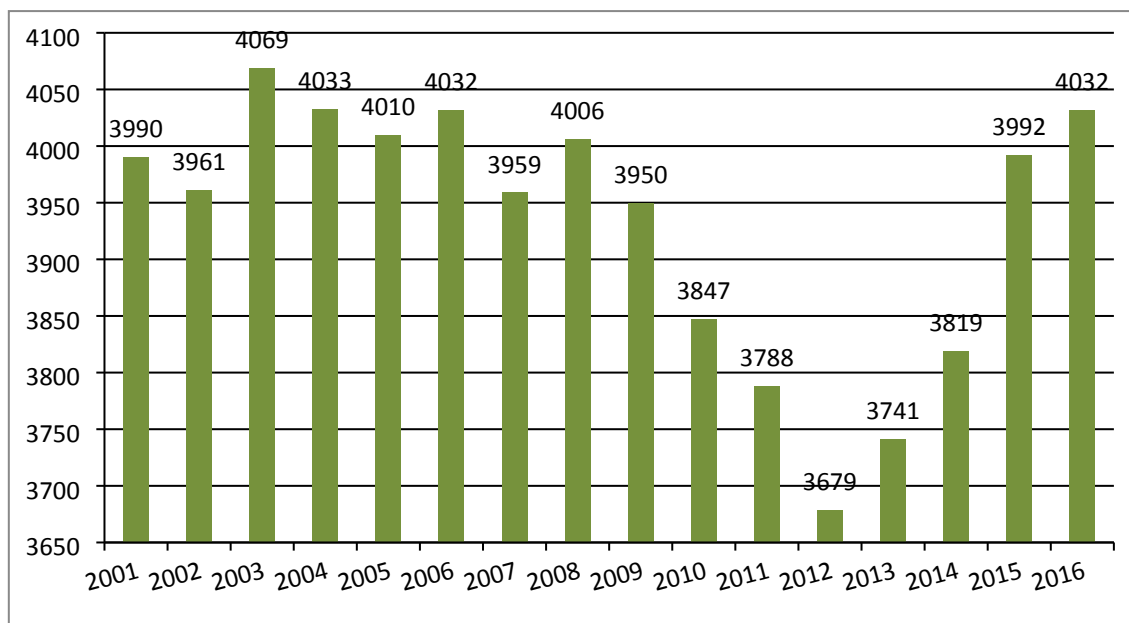
2.5 Antal anställda

Antalet månadsavlönade uppgick den 31 december 2016 till 4032 personer. Av dessa är 3138 kvinnor (78 %) och 894 män (22 %). Förändringen mot föregående år är 40 fler anställda.

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

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

2011-01-01=89 medarbetare 2012-01-01= 86 medarbetare, 2012-07-01= 26 medarbetare. Från Regionförbundet överflyttades 171 månadsavlönade per 2015-01-01.



2.6 Antal anställda, kvinnor och män

Kvinnor och män	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Totalt	3959	4006	3951	3847	3789	3679	3741	3819	3992	4032
Kvinnor	3053	3094	3033	2940	2940	2885	2932	2983	3110	3138
Män	906	912	918	907	848	794	809	836	882	894
Andel män av total	22,8	22,8	23,2	23,5	22,4	21,6	21,6	21,8	22,0	22,0

Källa: Heroma

Antalet anställda har ökat med 40 personer varav 28 kvinnor och 12 män.

2.6.1 Antal anställda årsarbetare

År	Antal anställda	Årsarbetare (1760 tim.)
2016	4032	3 298
2015	3992	3298
2014	3819	3090
2013	3741	3010
2012	3679	2995
2011	3788	3130
2010	3847	3152
2009	3951	3192

2008	4006	3179
2007	3959	3139
2006	4032	3108
2005	4010	3135
2004	4033	3143

2.6.2 Antal anställda per förvaltning

Antal anställda totalt per förvaltning			
Förvaltning	2015	2016	Förändring mellan åren
Hälso-och sjukvårdsförvaltningen	3602	3642	+40
Regionala utvecklingsförvaltningen	161	146	-15
Regionstaben	222	238	+16
Patientnämnd, Revision,	9	8	-1
Region Jämtland Härjedalen totalt	3992	4032	40

2.6.3 Antal anställda per område i Hälsö-och sjukvårdsförvaltningen

Antal anställda i Hälsö- och sjukvårdsförvaltningen				
	2015-12-31	2016-12-31	Förändring mellan åren	Kommentar
Akutområdet	473	480	7	
Barn och ungdomsmedicin	121	121	0	
Barn och unga vuxna	133	127	- 6	
Diagnostik, teknik och service	443	462	19	
Hjärta, neurologi och rehabilitering	370	290	- 80	Organisationsförändring
Hud, infektion och medicin	267	320	53	Organisationsförändring
Folktandvården	184	184	0	
Kirurgi, Ögon och Öron	374	382	8	
Kvinna	111	115	4	

Ortopedi	191	195	4	
Patientsäkerhet	18	16		
Primärvården	632	655	23	
Psykiatri	285	293	8	
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen totalt	3602	3640	+ 38	

2.7 Anställningsform

Antal anställda per anställningsform	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Tillsvidare	3611	3504	3400	3445	3500	3674	3712
– varav kvinnor	2792	2720	2665	2714	2747	2899	2910
– varav män	819	784	731	731	753	807	802
Vikarie	151	205	203	211	226	216	188
– varav kvinnor	104	164	163	165	172	180	139
– varav män	47	41	40	46	54	36	49
Allmän visstidsanställning	50	32	34	40	30	42	48
– varav kvinnor	28	25	25	27	25	31	32
– varav män	22	7	9	13	5	11	16
AT – läkare	35	38	35	31	37	47	52
– varav kvinnor	17	24	25	18	20	26	38
– varav män	18	14	10	13	17	21	14
Övrigt (67 år, provanställning)	0	6	7	14	26	13	33

2.8 Timavlönade

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

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

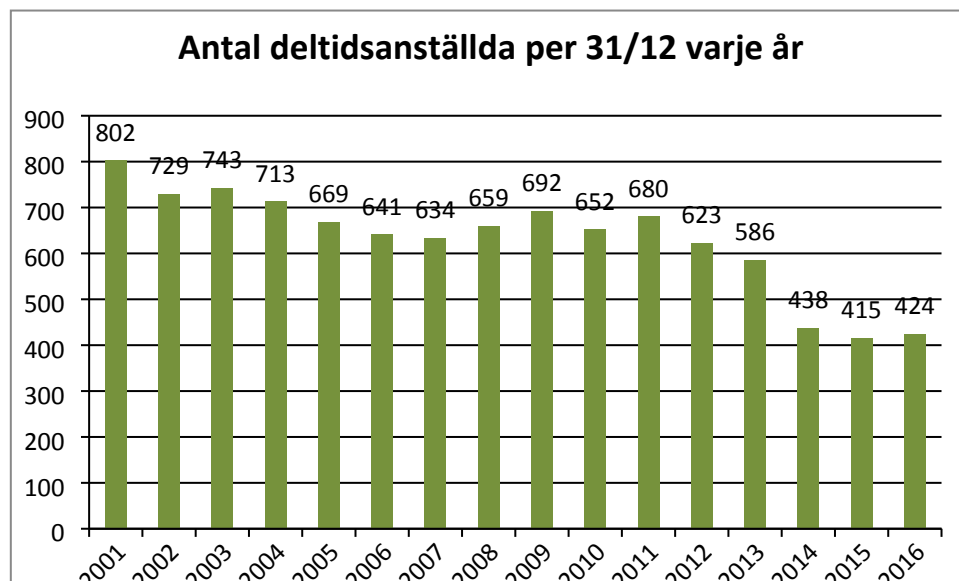
Antal timmar för timanställda	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Antal timmar	213303	251633	221942	194947	233641	253126	250392
– varav kvinnor	Ingen uppgift	184098	167031	145016	172208	187199	184194
– varav män		67535	54911	49932	61433	65926	66198
Omräknat i årsarbetare*	121	143	126	111	133	144	142

* årsarbetare är beräknat på 1760 timmar.

Skäl till timanställningar är att främst täcka upp kortare oplanerad frånvaro men även för att bemanna upp vid hög arbetsbelastning, klara "schemat", tillgängligheten samt tillfälliga vårdbehov.

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

2.9 Deltidsanställda



2.9.1 Antal deltidanställda totalt/ fördelat på kön

Antal deltidanställda, totalt och fördelat på kön	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Totalt	659	692	652	680	623	586	438	415	424
Kvinnor	590	613	565	597	559	524	388	364	359
Män	69	79	87	83	64	62	50	51	65

Av deltidanställda är 85 % kvinnor och 15 % män. En ökning av män i förhållande till kvinnor.

Antal deltidanställda kvinnor av totalt antal anställda kvinnor = 11 %

Antal deltidanställda män av totalt antal anställda män = 7 %

2.9.2 Andel deltidanställda av totalt antal anställda

Antalet deltidanställda är 424 personer och det är en ökning jämfört med föregående år.

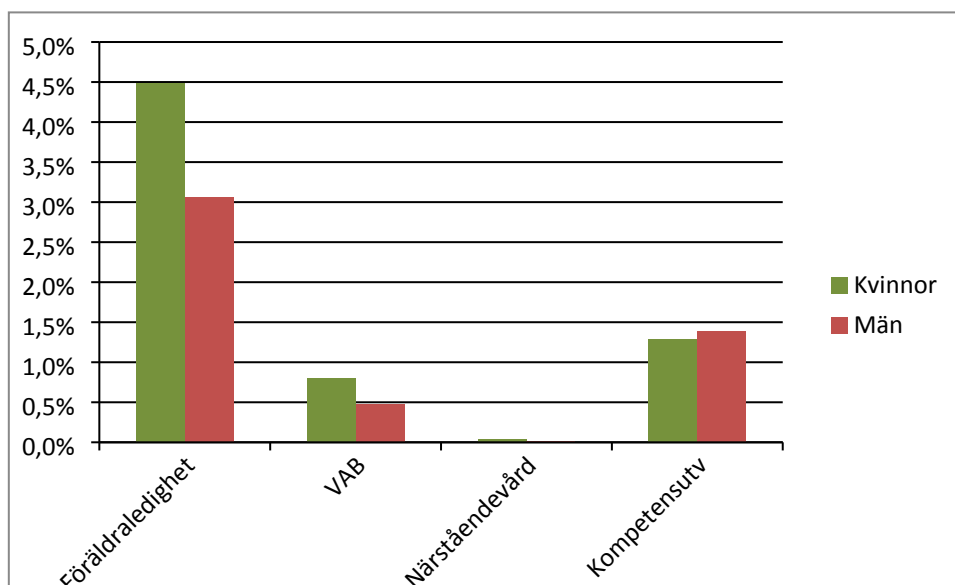
Av de som har deltidanställning återfinns ett antal personer med varaktig sjukersättning och särskild ålderspension. Utifrån dagens systemstöd är det inte möjligt att ange hur många det är.

2.9.3 Medelsysselsättningsgrad-totalt/fördelat på kön

Medel-sysselsättningsgrad	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Totalt	94,7	94,7	94,6	94,9	95,0	96,1	96,3	96,3
Kvinnor	93,9	94,1	94,0	94,2	94,4	95,7	95,9	96,1
Män	97,5	96,7	96,7	97,6	97,0	97,8	97,6	97,3

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

2.10 Olika typer av ledigheter fördelade på kvinnor och män



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

Kvinnors frånvaro i procent av utförd tid (per kön) är högre än männens avseende föräldraledighet, VAB samt närståendevård. Men glädjande har männen ökat sitt uttag gällande både föräldraledighet, VAB och närståendevård. Tid för kompetensutveckling utgör något större andel av utförd tid för män än för kvinnor.

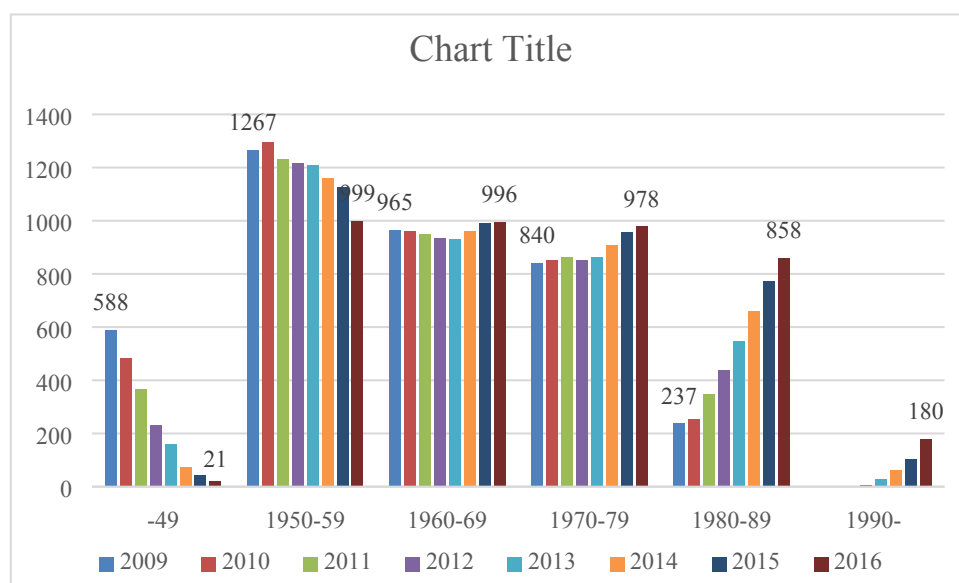
Föräldraledighet: Kvinnor tar ut 82 % av totalt uttagen föräldraledighet och männen tar ut 18 % en ökning av männens uttag. Av uttagen föräldraledighet i procent av utförd tid så tar kvinnorna ut 4,5 % (6,5 % 2015) och männen 3,1 % (3,7 % 2015) så där har båda könen minskat sitt uttag. Det är viktigt att fortsätta uppmuntra fler män till uttag av föräldraledighet för att nå målet om jämställdhet.

Vård av barn (VAB): Kvinnorna står för 84 % av uttagen VAB och män för 16 %. Jämfört med 2015 så har männen även här ökat sitt uttag.

Närståendevård: Uttagna timmar för närståendevård är mycket litet och utgörs endast av enskilda fall. Totalt 2312 timmar varav kvinnor har tagit ut 89 % och männen stod för 11 % av totalt uttagen tid. Männen har ökat sitt uttag sista två åren från 0 % till 11 %.

Kompetensutveckling: Kvinnor har haft 75 % av totalt uttagen tid till kompetensutveckling, män 25 %. Jämfört med 2015 så har kvinnornas tid till kompetensutveckling ökat något. Men om man tittar på tid för kompetensutveckling i procent av utförd tid för kvinnor respektive män så har männen även i år tagit ut mer.

2.11 Generationsväxling



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

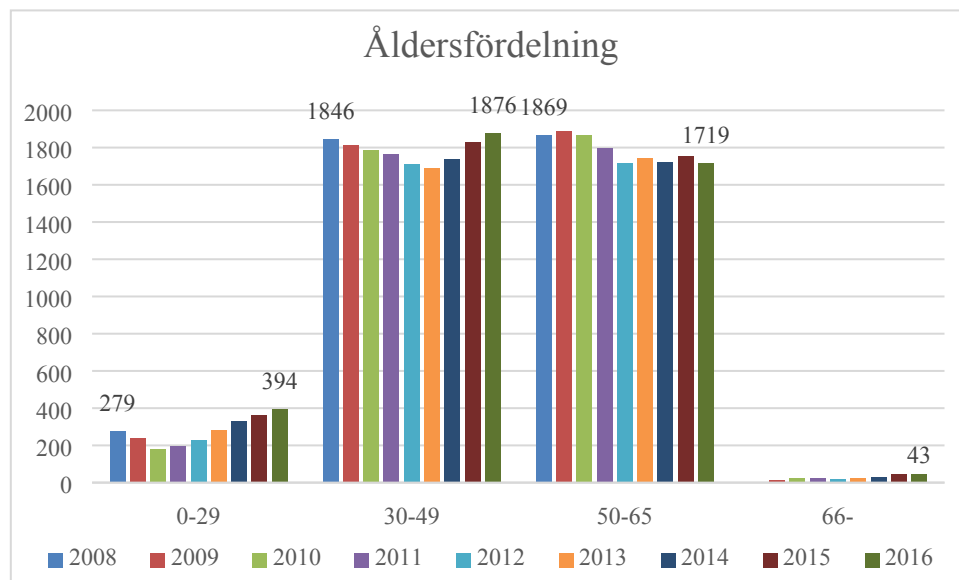
Av de som är födda på 40-talet d v s 67 år och äldre är det 21 personer som arbetar på månadslön.

Att kvinnor och män födda på 90-talet är förhållandevis få kan delvis förklaras med att dagens unga människor etablerar sig sent på arbetsmarknaden (ca 28 år). Inom många yrken inom Region Jämtland Härjedalen krävs någon form av längre högskole- eller universitetsexamen vilket i sin tur påverkar åldersstrukturen.

De kommande pensionsavgångarna ska ställas i relation till minskade ungdomsgrupper. Gymnasieungdomar har minskat drastiskt under en 10-årsperiod, särskilt märkbart här i länet, och det kommer att pågå fram till ungefär 2017. Även om alla som går i pension inte ska ersättas så förväntas en hårdare konkurrens om dagens och framtidens arbetskraft. Det hänger också samman med en icke samstämmig matchning av en höga andel unga arbetsökande och arbetsgivarnas behov av kompetens.

2.11.1 Åldersfördelning

Redovisning per åldersintervall.



2.11.2 Medelålder

Nedan redovisas Region Jämtland Härjedalens medelålder för åren 2007 till 2016. (Timanställda ingår inte)

Medelålder År/kön	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Totalt	47,0	47,0	47,1	47,3	47,6	47,3	47,1	46,7	46,8	46,1
Kvinnor	47,0	47,0	47,2	47,4	47,6	47,3	47,1	46,7	46,7	46,0
Män	46,9	47,2	46,8	47,1	47,6	47,4	47,2	46,8	46,9	46,2

Medelåldern har sjunkit för att vara den lägsta på 10 år.

2.11.3 Antal anställda som är 60 - 67 år

I tabellen nedan visas antalet medarbetare som under år 2016 fyllde 60 - 67 år. Alla månadsavlönade ingår.

Antal i ålder 60-67 år	Antal 2010	Antal 2011	Antal 2012	Antal 2013	Antal 2014	Antal 2015	Antal 2016
60	132	120	107	125	134	123	121
61	129	129	117	109	118	138	119
62	116	122	119	117	107	116	132
63	63	105	105	105	108	100	98
64	81	85	82	93	88	100	78
65	33	29	28	41	44	43	56
66	19	20	8	15	18	29	22
67	5	5	5	5	3	6	9
Totalt	578	615	571	610	620	655	635

2.11.4 Åldersstruktur och medelålder

Av åldersstrukturen att döma och inför kommande pensionsavgångar är det intressant att se hur åldersstrukturen och medelåldern fördelar sig i de olika förvaltningarna.

Åldersstruktur och medelålder						
Förvaltning och totalt	0-29	30-49	50-65	66-	Totalt antal anställda	Medelålder
Hälso-och sjukvårdsförvaltningen	380	1712	1509	41	3642	45,7
Regionala utvecklingsförvaltningen	6	68	70	2	146	48,4
Regionstaben	8	93	135	0	236	49,7
Patientnämnd, Revision,	0	3	5	-	8	49,5
Region Jämtland Härjedalen	394	1876	1719	43	4032	46,1

Åldersstruktur och medelålder per område i Hälso och sjukvårds förvaltning						
	0-29	30-49	50-65	66-	Antal anställda	Medelålder
Akutområdet	34	251	194	1	480	45,9
Barn och ungdomsmedicin	13	63	45	0	121	44,2
Barn och unga vuxna	9	61	56	1	127	46,7
Diagnostik, teknik och service	55	181	222	4	462	46,9
Hjärta, neurologi och rehabilitering	37	143	106	4	290	44,3
Hud, infektion och medicin	55	175	88	2	320	41,8
Folktandvården	9	68	104	3	184	49,7
Kirurgi, Ögon, Öron	69	179	130	4	382	43,4
Kvinna	17	52	46	0	115	44,0
Ortopedi	25	103	65	2	195	43,5
Primärvården	32	297	311	15	655	48,1
Psykatri	25	134	129	5	293	46,4
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen totalt	380	1712	1509	41	3642	45,7

2.12 Ungdomssatsningar

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

2.12.1 Feriearbetare

Feriearbetare	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Antal inom hälso- och sjukvård	41	50	49	41	41	37	25
Antal inom övrig verksam	17	20	10	10	11	14	10
Totalt antal	58	70	59	51	52	51	35

2.12.2 Studiebesök

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

Studiebesök	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Antal elever från grundskola	176	131	200	220	171	210	160
Antal elever från gymnasiet	81	86	47	33	74	82	40
Totalt	257	217	247	243	245	292	200

2.13 Introduktion för nyanställda

Under 2016 har vi fortsatt med gemensam introduktion för nyanställda två gånger per år, i mars och oktober. Ca 160 medarbetare har deltagit. En enkätundersökning bland deltagarna visar att de allra flesta känner sig välkomna och väl omhändertagna på arbetsplatsen både av kollegor och chefer. Även introduktionen till arbetsplatsen och arbetsuppgifterna är de flesta nöjda med, även om det finns förbättringsmöjligheter. Förväntningarna på Region Jämtland Härjedalen som arbetsgivare är bl.a. att få känna delaktighet och få möjlighet att påverka, modern och nytänkande organisation, att vi lever upp till vår värdegrund och har en god arbetsmiljö med stödjande ledarskap och har utvecklingsmöjligheter. De flesta som deltog säger sig också kunna rekommendera regionen som arbetsgivare och tror att de fortfarande arbetar här om fem år. Broschyren "Min anställning" – med information om regionen som arbetsgivare samt vilka förmåner, rättigheter och skyldigheter man har som anställd delas ut till alla nyanställda och finns också på alla arbetsplatser som information till redan anställda.

2.14 Bemanning av organisationen

Generellt är det svårt och mycket svårt att rekrytera specialisläkare, oavsett specialitet, distriktsläkare, övertandläkare, specialistsjuksköterskor samt vissa specialist-/nyckelkompetenser. En grupp som tillkommit är allmänsjuksköterskor och det gäller även nationellt. Det kan vara svårare att rekrytera till glesbygd (undantag Åre) än till Östersund med omnejd även om det inte är lika påtagligt som tidigare. Olika specialiteter kan också ha olika lätt/ svårt att rekrytera trots att det handlar om samma typ av befattning. Det kan bero på attraktionskraften hos den specialitet som har behovet. Det kan också handla om de anställningsvillkor som erbjuds. Längden på anställningen och sysselsättningsgrad kan vara villkor som påverkar möjligheterna att rekrytera.

När det gäller läkare och sjuksköterskor så ökar verksamheternas behov. Region Jämtland Härjedalen hade under året fler årsarbetare av dessa två grupper än tidigare år, vilket också gäller nationellt. Följden av det samlade ökade behovet gör att det uppstår en bristsituation. Det i sin tur skapar en marknad för bemanningsföretag som hyr ut sjuksköterskor. Region Jämtland Härjedalen, framförallt medicin, ökade nyttjandet av sjuksköterskor från bemanningsföretag.

Nedan följer områdenas samlade bedömning av nuvarande och framtida bemanningssituation.

Inom **Område primärvård** ses en trend i att det blir färre och färre som söker lediga befattningar. Det har också blivit tydligt att det är svårt att rekrytera till chefstjänster. Det är få sökanden och de som söker saknar erfarenhet, både som chef och inom hälso- och sjukvård.

Det behöver heller inte vara hälsocentraler i glesbygd längre som utmärker sig kring svårigheterna att rekrytera utan det visar sig även på hälsocentralerna i Östersunds Närvårdsområde.

Störst rekryteringsbehov återfinns bland distriktsläkare. Har primärvården inte dessa så blir det svårt att anställa/rekrytera ST.

I steg två är det distriktssköterskor/barnmorskor/BMA/BVC-sköterskor som anses vara svårrekryterat. För att bredda urvalet har flera hälsocentraler annonserat och rekryterat allmänsjuksköterska.

Under 2016 har det även visat sig vara svårrekryterat vad gäller psykologer, kuratorer och sjukgymnaster.

Konsekvenser av personalbrist blir höga stafettkostnader, brist i kontinuitet, merarbete för övrig personal, ökad belastning, minskad patientsäkerhet, sämre arbetsmiljö, dyra vikarier som till viss del saknar den kompetens primärvården är i behov av, svårt att hålla bra vårdkvalitet om det fattas personal under lång tid, omöjligt att lösa vissa delar av uppdraget.

Andra lösningar för att klara verksamheten är att ordinarie personal tar ett större ansvar. På någon HC uppger man att viss överanställning gjorts framförallt inom yrkesgruppen distriktssköterskor. Systematiskt arbete med rutiner/prioriteringar och "vem gör vad i vården", avgränsning av uppdrag för primärvården. Fokusera på patienter med störst behov av vård, rätt vård på rätt nivå till rätt yrkeskategori, samarbete mellan enheterna med t.ex. telefonpassning, anställning av pensionärer och arvodesanställda samt medarbetare med andra kompetenser än de traditionella är andra lösningar för att klara verksamheten.

För att underlätta rekrytering arbetar primärvården med att förbättra och förändra arbetssättet. Satsning görs på ST läkare för rekrytering framåt. Tar även emot fler AT- läkare samt vikarierande underläkare för framtida ST och fortsatt DL. Arbetar med utlandsrekrytering. Arbetar med delaktighet från alla personalgrupper som kan hjälpa till att sprida primärvårdens behov. Vid svårrekrytering använder sig primärvården av vissa förmåner som kan vara individuellt åtråvärt inom givna ramar.

Överlag kommer det vara svårt att anställa läkare då utbildningstiden är lång. Här bör man arbeta med detta långsiktigt på nationell nivå. Men det finns även de hälsocentraler som ser ljus på framtiden gällande rekrytering.

Primärvården bör använda sig av mer flexibla individuella lösningar, arbeta med att förbättra arbetsmiljön och en lön som motiverar arbete och studier framför bidrag. Se över möjligheter för fler hälsocentraler att kunna anställa ST-läkare

Andra långsiktiga lösningar är att satsa på att få in sjukvårdsutbildade nyanlända i vården, översyn av primärvårdens uppdrag, använda sig av sina kontakter och nätverk. Betald utbildning och lön under utbildningstiden till vissa befattningar t.ex. diabetessköterska, röntgensjuksköterska och BVC-sköterska. Fortsättning av påbörjad kompetensutveckling av psykologer. Utökning av antalet AT och ST-platser inom Regionen. Se över löneläget gentemot marknaden i svårrekryterade yrken. Vidareutbilda sjuksköterskor/distriktssköterskor så att de får utökad kompetens i vissa specialiteter.

Inom **område barn och unga vuxna** är läkare svårrekryterade. Verksamheten behöver arbeta långsiktigt för att göra det mer attraktivt att välja barnpsykiatri när man skall välja specialisering. Deltagande i olika forum samt bjuda in studenter etc. viktiga inslag. Hyrläkare löser behoven kortsiktigt, men till höga kostnader och sämre kvalitet.

För psykologer gäller svårigheten att rekrytera erfarna, specialistutbildade psykologer. Regionens Ptp program har medfört att rekryteringsläget för nyexaminerade har ljusnat. Arbetet med karriärvägar för psykologer är centralt för att behålla och attrahera specialister.

Inom **område barn och ungdomsmedicin** har rekryteringssituationen förändrats under de senaste åren till "mycket svårt att rekrytera" när det gäller såväl vidareutbildade barnsjuksköterskor som allmänsjuksköterskor. För närvarande är det balans i vissa yrkesgrupper. Pensionsavgångarna under de närmaste fem åren kan inom vissa yrkeskategorier bli mycket svåra att klara av. Detta medför ett hot mot upprätthållande av verksamhet och därmed patientsäkerhet utifrån lägre tillgänglighet, ökade köer etc.

För att väcka intresse för områdets specialistområden föreläser medarbetare på MIUN, auskultation erbjuds och grundutbildade sjuksköterskor anställs på slutenvårdsavdelningarna.

Inom **område hjärta, neurologi och rehabilitering** är rekryteringssituationen för sjuksköterskor och specialistläkare mycket svår. Området har gjort satsningar i form av extern annonsering i medicinska tidskrifter, i sociala medier samt deltagit i rekryteringsmässor. Inom vissa subspecialiteter finns idag stora rekryteringsproblem. Området föreslår fortsatt arbete med regionövergripande rekryteringsinsatser, handlingsplan för att behålla den befintlig personal, samt lönesatsningar för svårrekryterade yrkesgrupper. Detta för att lösa både den nuvarande situationen samt framtida rekryteringssvårigheter.

Inom **område hud, infektion och medicin** är rekryteringssituationen för sjuksköterskor, specialistsjuksköterskor och specialistläkare mycket svår. Inom området pågår ständigt rekrytering. Särskilda insatser har genomförts i form av extern annonsering i t.ex. medicinska tidskrifter samt i sociala medier. EC deltagit i rekryteringmässa i Amsterdam dock utan framgång i år. Inom vissa subspecialiteter finns idag inga rekryteringsmöjligheter. Området föreslår bland annat fortsatt arbete regionövergripande med rekryteringsinsatser. Det finns behov av att skapa en handlingsplan för att behålla ordinarie personal samt lönesatsningar för svårrekryterade yrkesgrupper för att lösa både den nuvarande situationen samt framtidens utmaning avseende dessa yrkesgrupper.

Området jobbar aktivt med att se över rätt använd kompetens (RAK) och där har arbetet kommit långt inom medicinenheten.

Inom **område akutvård** är såväl allmänsjuksköterskor som specialistutbildade sjuksköterskor svårrekryterade. Bemanningssvårigheterna är alarmerande i närtid utifrån förväntade pensionsavgångar, men även på längre sikt utifrån att få söka vidareutbildning inom akutområdets specialistområden. Detta medför ett hot mot upprätthållande av verksamhet och därmed patient-säkerhet utifrån lägre tillgänglighet, ökade köer etc. Centraloperationens rekryteringsmöjligheter på sikt ses även minska då specialistutbildningar inom operation och anestesi inte längre erbjuds på MIUN.

För att väcka intresse för områdets specialistområden föreläser medarbetare på MIUN, auskultation erbjuds och på försök har grundutbildade sjuksköterskor anställts på IVA och Centraloperationen för att möjliggöra för intresserade att prova på vad arbetet innebär under en längre tidsbegränsad period. I området erbjuds även kombinationstjänster i syfte att tillvarata medarbetares kompetens och önskemål.

I de fall bemanningsmålet för sjuksköterskor inte kan uppfyllas, ersätts de av undersköterskor. Dock är detta inte hållbart utifrån att säkerställa bemanning under ex. sommarledigheter.

Ambulansverksamheten särskiljer sig från denna beskrivning då det finns ett stort antal sökande vid rekrytering.

Inom **Område ortopedi** är läget vad det gäller rekrytering av sjuksköterskor allt svårare, framförallt till ortopedavdelningen. Något lättare till verksamhet som ej bedriver dygnet runt verksamhet. I stort inga sökanden via traditionell rekrytering, utan nyrekryteringar görs oftast utifrån nyutbildade som gjort VFU på avdelningen. Vid rekrytering av undersköterskor till avdelning uppnår kompetensnivån på de sökande inte alltid kompetenskravet. Vid rekrytering av sjukgymnaster och arbetsterapeuter finns sökanden men konkurrenssituation från andra aktörer driver upp löner till en nivå som är svår att matcha.

För att rekryteringsläget ska förbättras vad det gäller sjuksköterskor vid framförallt dygnet runt verksamhet, behöver en översyn av lön, arbetsmiljö och arbetstidsmodell till. I nuläget är stafettsjuksköterskor nödvändigt för att klara verksamheten.

På läkarsidan sker rekryteringen av specialister till största delen av de som området själva utbildat, problemet i detta är att det tar tid. Vid fåtal tillfällen

lyckas även externa rekryteringar. För underläkare, AT och ST är situationen i balans.

Inom **Område diagnostik, teknik och service** är de mest svårrekryterade grupperna röntgensjuksköterska, BMA, specialistläkare inom röntgen och klinisk fysiologi samt medicinteknisk ingenjör. Dessa högskole-/universitetsutbildningar finns ej i länet, vilket försvårar rekrytering. Inom kategorierna städare och kökspersonal har området under 2016 haft större svårigheter att rekrytera än tidigare år.

Under året har det införts några nya kategorier. På röntgen har en röntgensjuksköterska utbildats till sonograf som ett led i "vem gör vad". d.v.s. denna kategori avlastar läkare genom t ex egen mottagning. Inom inre service är en apoteksvaktmästare anställd samt rekryteringsprocess för AV-tekniker är klar.

Flera ST-läkare i olika faser av sin utbildning har rekryterats. 2016 fanns under en period fler ST än specialister, en satsning på utbildning som lär börja ge utdelning under 2017. Det har också rekryterats en specialist från Holland som de första åren kommer att arbeta både på distans och i Östersund. En överläkare har gått i pension men arbetar kvar på 50 % under ytterligare ett år.

Rekrytering av röntgensjuksköterskor pågår kontinuerligt. Området har sjuksköterskor som går uppdragsutbildning till röntgensjuksköterska. En rekryteringsträff har genomförts på utbildningen i Umeå.

Området har en stor utmaning framför sig vad gäller bemanning till främst Mammografienheten där fler pensionsavgångar sker i närtid. Området har även avgångar och tjänstledigheter i kombination med föräldraledigheter under våren 2017 (5 st röntgensjuksköterskor berörs) som blir betungande för röntgenavdelningen.

Fyra städare har genomgått en certifierad utbildning, SRY yrkesbevis, under 2016. Rekrytering inom städenheten samt kök har förändrats under tid. Svårigheter att rekrytera till den kravprofil som finns. Inom städ är det önskvärt med utbildning i SRY (yrkescertifiering) INSTA 800 (städkvalitetsutbildning). Under några tillfällen 2016 besökte området arbetsförmedlingen för att träffa personer med intresse för städ och kök, dels via jobbmorgon och dels via rekryteringsträff. Städenheten har via arbetsförmedlingen medverkat till att en serviceutbildning riktad mot städ anordnades. Resultatet från utbildningen blev inte som förväntat, ingen anställdes efter avslutad utbildning.

Vid avgång/nyrekrytering av medicintekniska ingenjörer påverkas produktion pga. lång kompetensuppbyggnadsperiod (1-2 år på icke erfaren nyanställd). Vid nyrekrytering inträffar en period där teknikstörningsperiod med avhjälpande åtgärd ökar för utsatt vårdklinik. Övervältringskostnader förekommer under kompetensuppbyggnadsperioden vilket påverkar ekonomiskt men även störningsmässigt med längre svarstider vid teknikproblem. Alternativet är att köpa tjänsterna. Inför hösten 2016 hade området 25 sökande som var intresserade av ingenjörspraktik inom Region Jämtland Härjedalen. Medicintekniska avdelningen hade två tekniska praktikanter hösten 2016. Tekniksprånget är ett praktikprogram där Sveriges arbetsgivare (inklusive Region Jämtland Härjedalen) tillsammans med regeringen, satsar för att säkra framtida kompetensförsörjning genom att locka fler ungdomar till högre tekniska utbildningar. Medicintekniska avdelningen och fastighetsenheten deltar i tekniksprånget för att öka intresset för teknik lokalt.

Biomedicinsk analytiker är en mycket svårrekryterad grupp. Vid brist påverkas laboratoriemedicin genom att det bl.a blir färre som kan arbeta jourtid. Rekrytering av andra professioner sker, men det kräver inskolningar och mer inläring av kunskap. För långsiktig hållbarhet behövs även ett arbete kring

arbetsmiljö och inställning, attityd, till kollegor som kanske inte har samma utbildning men gör ändå ett bra arbete.

Område psykiatri har svårt att bemanna vakanta sjukskötersketjänster. Annonsering efter sjuksköterska med VUB görs inte längre då det inte ger några sökande. Detsamma gäller för specialisläkare. De två sista kategorierna kan istället rekryteras genom personliga kontakter.. Området har sedan några år tillbaka anställt trainee sjuksköterskor som får rotera under en längre period innan personen stationeras på en enhet. Trainee har varit populärt och medfört flera nya sjuksköterskor. Inför 2017 har området tagit fram en strategi för rekrytering och detsamma har gjorts för psykologer. Området ser ingen förändring de närmaste åren för de grupper som är svåra att rekrytera. Området har de senaste fyra åren haft 20 chefer anställda varav tio stycken har slutat av olika skäl. En personalomsättning på 50 % är påfrestande för kvarvarande chefer och även för medarbetare som får tillfälliga lösningar. Konsekvenser för verksamheten totalt sett på grund av vakanser och hög personalomsättning bland chefer är att prioriterade förändringsprocesser försenas eller stoppas upp.

Inom **Område folktandvård** finns en fortsatt oro kring framtidens bemanningsmöjligheter. Det saknas specialister varför viss förstärkning köps in från andra landsting/regioner. Det finns även svårigheter att rekrytera inom alla övriga yrkeskategorier. Till viss del varierar möjligheterna mellan olika orter i länet.

Inom specialisttandvården har två medarbetare avslutat specialistutbildning under 2016 (käkkirurgi och parodontologi). Ytterligare en medarbetare har startat sin ST-utbildning med mål att bli ortodontist. I slutet av 2016 anställdes en pedodontist med tillträde under 2017.

Vad gäller allmäntandläkare så är den totala bemanningen relativt god, men flera föräldradigheter, viss sjukfrånvaro och några uppsägningar har påverkat situationen under framför allt hösten 2016. Bemanningen "tillåter inte" mycket frånvaro utan att negativa effekter uppstår, både för patienter och medarbetare. Antalet ambulerande har minskat under 2016. Rekryteringsinsatser har där inte fallit väl ut.

Inom gruppen tandhygienister är rörligheten låg. Två vakanser har funnits under en längre tid. Tandsköterskor saknas både inom specialisttandvård och allmäntandvård.

Den planerade framtida standarden i allmäntandvården innebär att ett team ska bestå av 1,0 tandläkare, 1,0 tandhygienist och 2,5 tandsköterska. I och med att folktandvården även har ett uppdrag att öka sin marknadsandel, krävs utökade rekryteringssatser. Rekrytering ska ske samtidigt som pensionsavgångarna ökar främst inom tandsköterskegruppen.

Under hösten startade tandsköterskeutbildning upp i Östersund, vilket bedöms ge en stor möjlighet att kunna rekrytera tandsköterskor till verksamheten. Ytterligare en utbildning planeras, vilket gör att det förhoppningsvis är ca 50 nyutbildade sköterskor som avslutar utbildningen under 2017 eller 2018.

Utbildningen av tandhygienister och tandläkare sker liksom tidigare på ett avstånd långt från vårt län.

Ett fortsatt arbete med att erbjuda studenter sommararbete pågår. Detta har visat sig vara den mest lyckade rekryteringsinsatsen hittills. Kön för att komma till folktandvården för ett sommarjobb finns varje år. Resurser att erbjuda alla sökande jobb är begränsade, både av utrymmes och ekonomiska skäl. En möjlighet att sommarjobba som tandsköterske- och tandhygieniststuderande kommer också erbjudas, i syfte att knyta upp kontakter inför kommande

yrkesliv. Att ta emot praktikanter från de tandvårdsutbildningar som finns underlättar också för framtida rekryteringsmöjligheter.

Efter en längre tids uppehåll deltog folktandvården vid den odontologiska riksstämman under 2016. Planering för att besöka tandläkarutbildningen i Umeå påbörjades under årets senare del.

Socialstyrelsens har tidigare uttalat sig om att tandvården framöver måste organiseras så att färre tandläkare tar hand om fler patienter med stöd av tandhygienister. Man säger vidare att tandsköterskans roll kommer att få en ökad betydelse i framtiden. Vikten av att rätt sak görs på rätt kompetensnivå är fortsatt viktig för att klara framtiden. Ett kontinuerligt arbete med att se över fördelning av arbetsuppgifter i verksamheten måste ske.

Inom **regionstaben** är upphandlare och lönekonsulter svårrekryterade, där är det få sökande med rätt kompetens. Det finns också en lokal konkurrens om sökande utanför Region Jämtland Härjedalen. Andra befattningar som är svåra att rekrytera till och är konkurrensutsatta är IT-specialister till eHälsa- och IT-avdelningen vilka beskrivs enligt följande: Vid årsskiftet var 2,0 Utvecklare/projektledare beslutsstöd och 1,0 Projektledare IT-infrastruktur vakanta. Konsekvenserna blir minskat stöd till verksamheten och senareläggning/ bortprioritering av utvecklingsinsatser. Lösningar för att klara verksamheten blir köp av externa resurser från IT-konsultbolag. Området ser fortsatt oförändrad, hög konkurrens om personal från IT-leverantörer, konsultbolag, Statens servicecenter.

Inom **Regionala utvecklingsnämnden** blir lärare allt mer en svårrekryterad grupp. Speciellt vissa ämneslärare. Det har också blivit en hårdare konkurrens med den kommunala skolan gällande behöriga lärare. Det är viktigt att arbeta med hela frågeställningen och se över alla faktorer som kan påverka rekryteringssituationen positivt. Det är kopplat till anställningsvillkor, personalförmånerna bör tydliggöras samt lönenivå bör ses över i jämförelse med andra folkhögskolor.

2.15 Rekryteringsläge - bemanning av organisationen

Teckenförklaring till nedanstående tabell Förkortningarna avser områden/motsvarande ; M=HIM, HNR, A= akutsjukvård, KÖÖ=kirurgi,ögon,öron, O=ortopedi, DTS=Diagnostik, teknik och service, B=barn och ungdomsmedicin, BUV=barn och unga vuxna, K= kvinna och psykiatri, P=Psykiatri, Pv = primärvården, Ftv=folktandvård, RS=regionstaben, RU= Regional utveckling.

Bemanning av organisationen/ befattning och tillgång av kompetens	Mycket svårt att rekrytera	Svårt att rekrytera	Balans	Lätt att rekrytera
Sjuksköterska	B, KÖÖ, M, O, P, Pv	A, O, Pv	BUV, DTS, Pv	Pv
Specialistutbildad sjuksköterska/BMA. Ange specialitet alt om det är BMA (biomedicinsk analytiker)	Barnmorska inom Pv. Specutb inom barn, distrikt, medicin, psyk, IVA, operation,	Barnmorska inom Pv och K. Specutb inom ortopedi, distrikt Uro-	Barnmorska inom pv Specutb inom Ambulan s Distrikt	

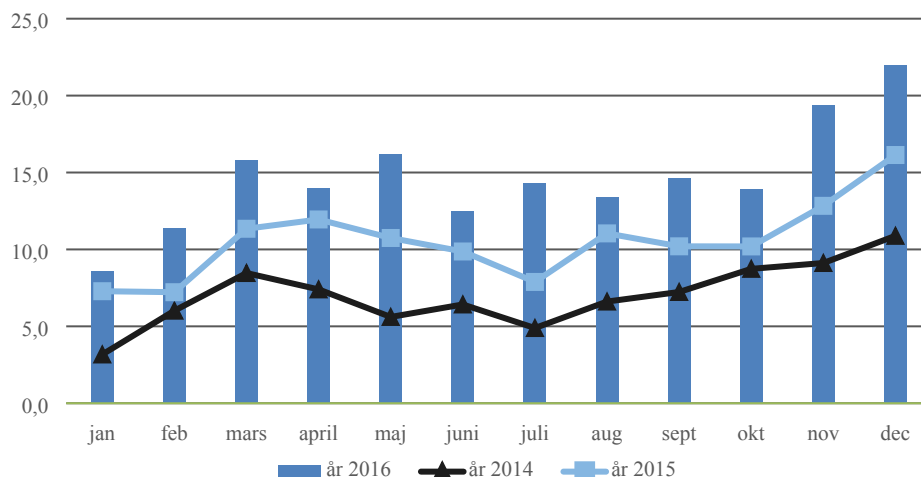
Bemanning av organisationen/ befattning och tillgång av kompetens	Mycket svårt att rekrytera	Svårt att rekrytera	Balans	Lätt att rekrytera
	anestesi, ögon, onkologi, röntgensjuk, BMA	/stomiterapeut	BUV	
Undersköterska/barnsköterska/skötare		KÖÖ, O, PV	A, M, K, O, P, Pv	B, BUV, Pv
Psykolog	M, Pv	BUV, P, PV	Pv	
Sjukgymnast	PV	M, O, Pv	BUV, P, Pv	
Arbetsterapeut		M, O	BUV, P	
Kurator		KÖÖ, Pv	B, BUV, M, K, RU, P, Pv	
Specialistläkare inkl distriktsläkare	Samtliga förutom se kolumner t h	PV	B	A
ST-läkare	Pv	BUV, KÖÖ, P, PV	B, DTS, K, M, O, Pv	A, M
Specialist-/Övertandläkare	Ftv			
Tandläkare		Ftv		
Tandsköterska		Ftv		
Tandhygienist		Ftv		
Lärare		RU		
Ledning	PV		DTS	
Medicinska sekreterare		A, M, KÖÖ, DTS, Pv	B, BUV, K, M, O, P, Pv	
Administrativ personal		PV, RS	M, O, Pv, RS, RU	A, B, BUV, DTS, KÖÖ, P, PV
Medicinteknisk personal, teknisk personal	DTS	DTS	RU	
Ekonomi- och transport		DTS	RU	DTS
Annan specificerad yrkesgrupp	Ortoptist, Vuxendövttolk, Steriltekniker	Audionom, optiker	Dietist, Studier och yrkesvägledare, Kulturarbete, Turism- och fritidsarbetet	Lekterapeut

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

Svårt = möjligt efter flertal rekryteringsinsatser.
 Balans = finns ett tillräckligt urval av sökande vid rekrytering.
 Lätt = finns ett stort urval vid rekrytering. Sökande finns utan specifika rekryteringsinsatser.

2.16 Bemanningsföretag

Kostnad bemanningsföretag per månad i miljoner kronor



Kommentarer till köp av bemanningsläkare:

Vakanser, svårigheter att rekrytera specialläkare, brist på bakjurskompetenta läkare är skäl som anges till köp av bemanningsläkare. På Reumatologimottagningen har nyttjandet av bemanningsläkare ökat utifrån att fler riktade läkemedelsgenomgångar genomförs. Syftet är att minska läkemedelskostnaderna.

Kommentarer till köp av bemanningssjuksköterskor:

Områdena HIM och HNR nyttjar bemanningssjuksköterskor kontinuerligt p.g.a. vakanser och rekryteringssvårigheter. Områdena barn och unga vuxna, psykiatri, ortopedi samt primärvård har nyttjat bemanningssjuksköterskor i perioder.

Kommentarer till köp av övrig personal:

Område barn och unga vuxna köper psykologutredningar. Område psykiatri köper utredningar på grund av bristen på neuropsykologer.

Vidtagna åtgärder för att minska köp från bemanningsföretag:

Åtgärder för att minska köp från bemanningsföretag är bl. a kontinuerliga rekryteringsåtgärder inklusive utlandsrekrytering, anställning av ST-läkare, anställning av pensionärer, översyn av "vem gör vad i vården", samt förbättrad produktions- och kapacitetsplanering.

Deltagande i det regionövergripande arbetet kring stafettoberoende fr.o.m. senast 2019.

I primärvården har ett arbete påbörjats med att utforma en bemanningsplan på var och en av de hälsocentraler som använder bemanningsläkare.

Kostnad	2015	2016	Förändring
---------	------	------	------------

bemanningsföretag (tkr)			i kronor
Kto 5551 Övrig personal	5 111,7	8 776,8	3 665,1
Kto 5552 Läkare	107 919,4	139 274,3	31 354,9
Kto 5553 Sjuksköterskor	13 669,1	28 843,3	15 174,2
Totalt	126 700,1	176 894,4	50 194,2

Inga internstafetter redovisade för 2016

2.17 Läkare - total utförd tid

LÄKARE – UTFÖRD TID Bemanningsföretag och arvodesanställda	2013	2014	2015	2016	Andel i % år 2016
Utförd tid anställda timmar exkl arvodesanställda	597 020	632 292	646 045	653 115	87 %
Arvodesanställda i timmar	9 983	9 029	9 541	9 250	1 %
Bemanningsföretag	43 170	56 060	62 667	87 865	12 %
Internstafetter	40	80	120		
Totalt utförd tid läkare	650 213	697 461	718 373	750 230	100 %
Motsvarar antal årsarbetare	369	396	408	426	

Ökning av totala utförda tid motsvarar 14 årsarbetare för bemanningsföretag och 4 årsarbetare för arvodesanställda (inräknat i utförd tid för anställda).

2.18 Sjuksköterskor - total utförd tid

SJUKSKÖTERS KOR* – UTFÖRD TID Köp från bemanningsföretag	2014	2015	2016	Andel i % år 2016
Utförd tid anställda	1 737 173	1 746 510	1 752 205	97 %
Bemanningsföretag	10 793	22 795	45 804	3 %
Arvodesanställda		569		
Totalt utförd tid sjuksköterska	1 747 966	1 769 874	1 798 009	100 %
Motsvarar antal årsarbetare	993	1 007	1 022	

*Inkl BMA

Ökning av totala utförda tid motsvarar 13 årsarbetare.

2.18.1 Fördelning stafettläkarkostnader per område inom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Totalt fördelar sig stafettläkarkostnaderna per område enligt nedan:

Obs anges i miljoner kr

Fördelning av stafettläkarkostnader per område och totalt för Hälso- och sjukvårdsförvaltning					
	2013	2014	2015	2016	Förändring 2015/2016
Akutområdet					
Barn och ungdomsmedicin	0,3				
Barn och unga vuxna	0,2		2,1	3,2	+1,1
Diagnostik, teknik och service	4,4	3,5	4,5	9,5	+ 5,0
Hjärta, neurologi och rehabilitering	5,9	1,3	3,1	4,6	+1,5
Hud, infektion och medicin	0,1	6,3	13,3	12,7	- 0,6
Folktandvården					
Kirurgi, Ögon, Öron	3,9	2,9	3,7	10,7	+ 7,0
Kvinna	3,5	4,1	3,7	4,1	+ 0,4
Ortopedi	1,4	1,4	1,9	1,4	- 0,5
Patientsäkerhet					
Primärvården	27,7	41,3	63,8	78,8	+ 15,0
Psykiatri	11,1	12,1	11,8	14,1	+ 2,3
Hälso - och sjukvårdsförvaltningen totalt	58,5	72,9	107,9	139,3	+ 31,4

2.19 Sjuksköterskor – bemanningsföretag

Sjuksköterskor från bemanningsföretag nyttjas främst för att bemanna den kontinuerliga verksamheten. Övrigt nyttjande har varit för att klara tillfälliga behov och sommarbemanning.

Totalt fördelar sig kostnaderna per område enligt nedan:

OBS anges i tkr

Fördelning av kostnad för stafettsjuksköterskor per område i Hälsa och sjukvårdsförvaltningen				
	2014	2015	2016	Förändring 2015/2016
Akutområdet	51,3			
Barn och ungdomsmedicin			98,4	+ 98,4
Barn och unga vuxna				
Diagnostik, teknik och service				
Hjärta, neurologi och rehabilitering	1074,7	1759,9	6040,1	+ 4280,2
Hud, infektion och medicin	3476,7	8929,1	16208,9	+ 7279,8
Folktandvården				
Kirurgi, Ögon, Öron				
Kvinna				
Ortopedi		354,5	1852,9	1498,4
Patientsäkerhet				
Primärvården	1701,6	2625,5	4153,9	1528,4
Psykiatri	380,4		384,7	384,7
Hälsa-och sjukvårdsförvaltningen totalt	6684,7	13669,1	28738,9	15069,8

2.20 Kostnad - arvodesanställda, konsulter inom folktandvård

Inom område folktandvård köps tjänster enligt tabell nedan. Obs Kostnaderna ingår i gruppen Övrig personal ovan.

Köp av tjänster sker inom specialisttandvården, dels beroende på vakanser men även beroende på att det är svårt att rekrytera till deltidstjänster (där inte heltid

Malin Bergstrand-Edfeldt, Hanna Westerlund,
Anneli Ekman, Jessica Eriksson (jeer), Karin
Antonsson (kaan), Anni Åsén

behövs). Extraresurs inom allmäntandvården har tagits in på en klinik för att klara en stor tillströmning av asylsökande.

Tandläkare – kostnader i tkr	2013	2014	2015	2016	Förändring 2015/2016
<u>Externa konsulter/specialister</u> Total kostnad (lön, sociala avgifter) i tkr	1369	994	2 164	2248 *	+ 84
<u>Arvodesanställda</u> Total kostnad (lön, sociala avgifter) i tkr	138	98	0	0	
Total kostnad i tkr arvodesanställda och externa konsulter/specialister	1 507	1 092	2 164	2248	+ 84

*varav 235 avser allmäntandläkare.

Köp av tjänster sker inom specialisttandvården, dels beroende på vakanser men även beroende på att det är svårt att rekrytera till deltidstjänster (där inte heltid behövs). Extraresurs inom allmäntandvården har tagits in på en klinik för att klara en stor tillströmning av asylsökande.

2.21 Kompetenssammansättning

Antal anställda på månadslön per yrkesområde/etikett

Antalet redovisas per 2016-12-31

Antal anställda befattningsområde/etikett	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
101010–109090 Ledning			151	145	142	141	130	152	153
151010–152090 Administration inkl. medicinska sekreterare	667	709	545	495	474	482	494	563	578
205010–206510,208013 Sjuksköt/barnmorsko	1292	1218	1192	1239	1235	1253	1262	1288	1264

Malin Bergstrand-Edfeldt, Hanna Westerlund,
Anneli Ekman, Jessica Eriksson (jeer), Karin
Antonsson (kaan), Anni Åsén

Antal anställda befattnings- område/etikett	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
r/BMA									
207013–207090 Undersköterska, skötare, barnsköterskor, ambulanssjukvårdare	667	639	595	599	600	610	638	626	653
204510–204610 Psykolog, PTP, psykoterapeut	Ingen uppgift	61	69	67	66	69	71	70	74
301011 Sjukgymnast	Ingen uppgift	97	96	96	97	98	97	98	97
301010 Arbetsterapeut	Ingen uppgift	46	46	50	48	50	56	56	54
352010 Kurator	Ingen uppgift	74	70	69	70	73	76	77	84
301014 Logoped	Ingen uppgift	14	11	12	12	13	15	18	14
301018 Dietist	Ingen uppgift	13	13	11	11	13	16	17	16
201010–204090 Läkare	440	459	457	455	452	457	461	465	487
251010–252090 Tandvård	185	187	192	187	198	201	190	195	170
502013–509090 Teknik, ingenjörer	78	75	72	62	62	59	56	60	62
Ekonomi och transport	202	196	186	190	162	164	191	202	200
Regiondirektör	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Övriga	x	162	151	101	48	53	66	106*	117
Totalt	4006	3951	3847	3788	3679	3742	3821	3992	4032

Differens mellan yrkesgrupper mellan åren 2009 och 2010 kan delvis bero på att nytt system för befattningsklassificering, AID, började tillämpas. From 2010 redovisas ledning (heltidschefer) separat i egen klassificering, tidigare redovisades de med administration. Deltidschefer är oftast redovisade i sin grundbefattning. Skillnaden mellan 2014 och 2015 vad gäller administration kan delvis förklaras av

Malin Bergstrand-Edfeldt, Hanna Westerlund,
Anneli Ekman, Jessica Eriksson (jeer), Karin
Antonsson (kaan), Anni Åsén

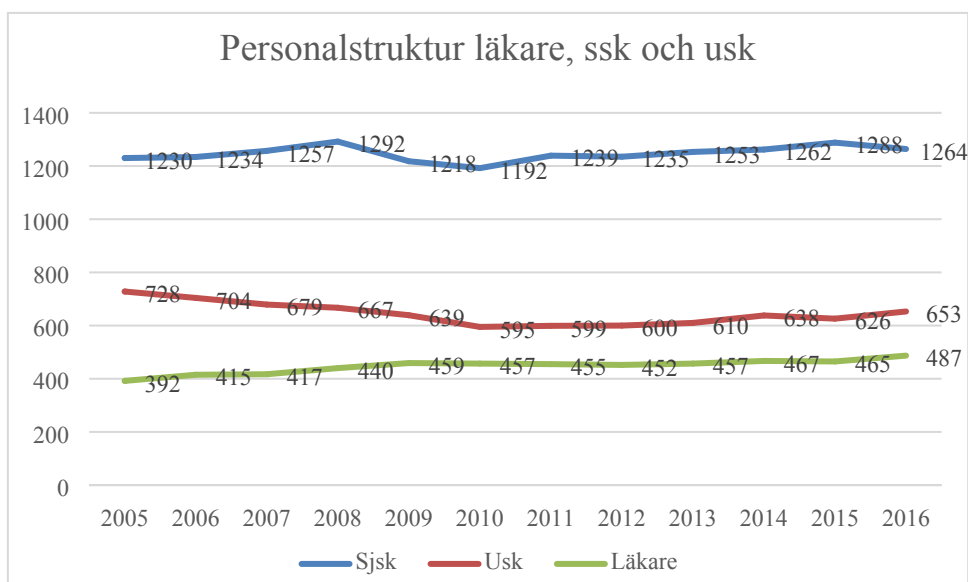
verksamhetsövergång från Regionförbundet till Region Jämtland Härjedalen samt från länsstyrelsen.

Antalet sjuksköterskor har minskat med 26 medan den utförda tiden har ökat med motsvarande 3 årsarbetare. Det kan bero på att de arbetar heltid i högre grad än tidigare. Stafettsjuksköterskor omräknat till årsarbetare motsvarar ca 26 årsarbetare.

Antalet undersköterskor har ökat med 27 medan den utförda tiden har minskat med motsvarande 2 årsarbetare. Det kan bero på att de har ledigheter i högre grad än tidigare.

En annan orsak kan vara att antal är en ögonblicksbild vid ett visst datum medan årsarbetare speglar hela året.

2.22 Kompetensstruktur



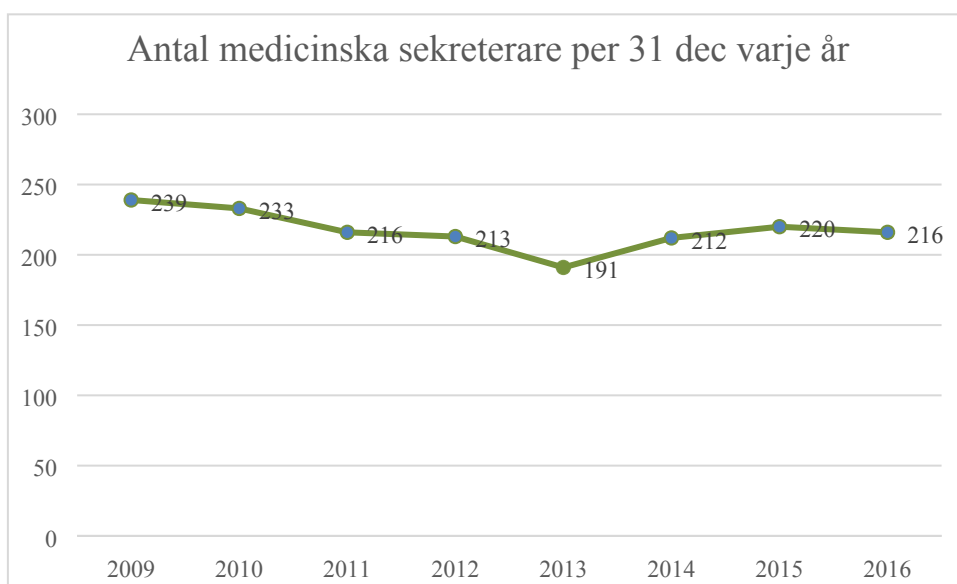
Diagrammet ovan visar utveckling av kompetensstruktur inom de största yrkesgrupperna inom hälso- och sjukvård.

Malin Bergstrand-Edfeldt, Hanna Westerlund,
Anneli Ekman, Jessica Eriksson (jeer), Karin
Antonsson (kaan), Anni Åsén

Antalet sjuksköterskor har minskat medan antalet läkare och antalet undersköterskor har ökat jämfört med fjolåret. Utförda tiden har ökat förutom hos undersköterskorna där den har minskat.

Trots ökning av årsarbetare vad gäller sjuksköterskor har verksamheterna fortsatt behov, vilket också gäller nationellt. Utbildningssystemet gör att det inte finns tillräckligt med sjuksköterskor att rekrytera utifrån ett samlat ökat behov. Ett sätt att klara vakanssituationen har varit att rekrytera fler undersköterskor och att nyttja hyrsjuksköterskor.

2.22.1 Antal medicinska sekreterare



Antalet medicinska sekreterare har minskat med 4 sedan föregående år. Har ökat med 25 personer i jämförelse med 2013.

2.23 Antal läkare - månadslön

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

Antal läkare	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Överläkare	132*	136*	148*	147	141	153	150	146	153

Malin Bergstrand-Edfeldt, Hanna Westerlund,
Anneli Ekman, Jessica Eriksson (jeer), Karin
Antonsson (kaan), Anni Åsén

Distrikts - läkare	90	92	89	82	79	74	75	73	70
Specialist - läkare	47**	51	49**	57**	58**	54**	53	44	35
ST- läkare, läkare leg	112	121 (varav 18 vikarier)	128 (varav 21 vik/ arvode)	125 (varav 20 vik)	133 (varav 19 vik)	136 (varav 20 vik)	134 (varav 16 vik)	138 (varav 13 vik)	150 (varav 15 vik)
AT - läkare	38	42	35	38	35	31	37	47	52
Under - läkare ej leg, vik	9	8	8	6	6	9	18	17	27
Totalt	428	450	457	455	452	457	467	465	487

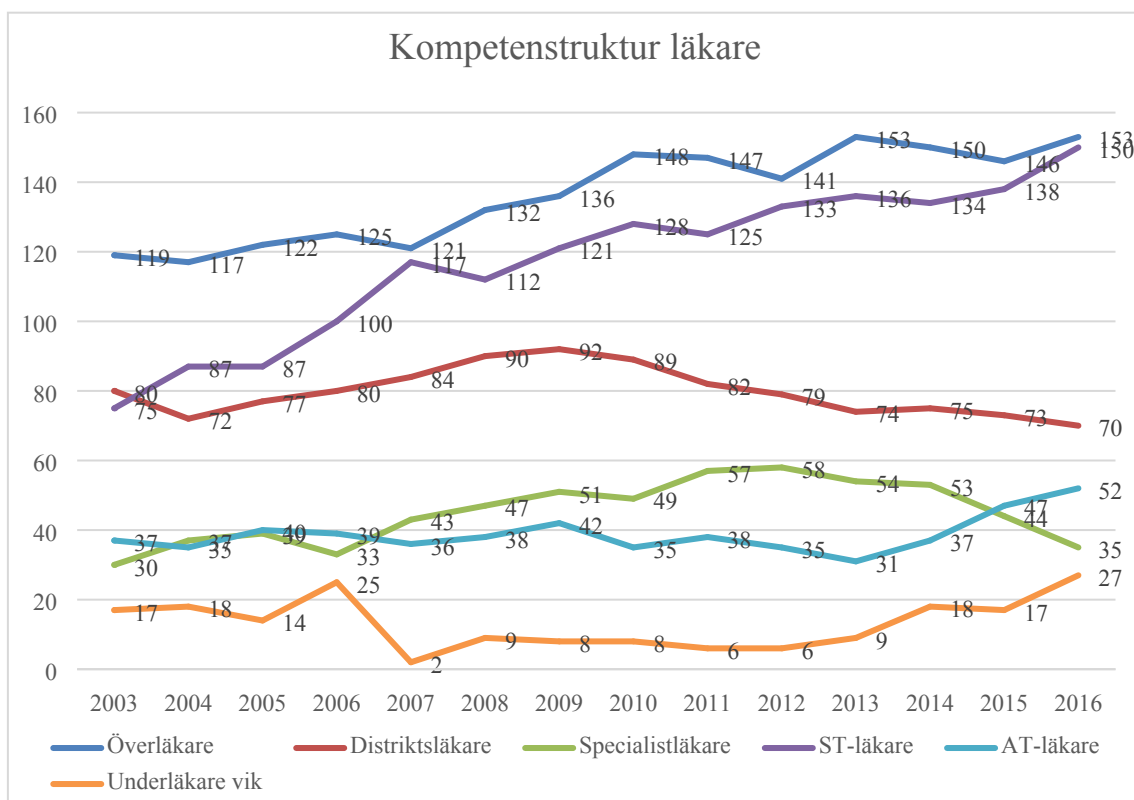
*I denna tabell ingår inte ledningsansvariga läkare. ** Läkare inom företagshälsovården ingår (2013= 1 läkare).

Läkarna har ökat jämfört med 2015. Grupper som ökat mest är ST- och AT-läkare. Ökningen AT-läkare är en effekt av ett beslut att utöka antalet AT-läkare från 20 till 24 under 2015. Skälet är långsiktig försörjning.

Behovet av distriktsläkare har varit en återkommande fråga. Antalet har minskat men även omfattningen av uppdraget. Det som har tillkommit i primärvården är asylhälsan, vård och vårdprevention vad gäller nyanlända.

2.24 Kompetensstruktur läkare

Malin Bergstrand-Edfeldt, Hanna Westerlund,
Anneli Ekman, Jessica Eriksson (jeer), Karin
Antonsson (kaan), Anni Åsén



Det råder brist på distriktsläkare, specialistläkare och inom tilläggspecialiteter. Antalet läkare har ökat jämfört med 2014. Den sammanlagda utförda tiden för egna anställda läkare, arvodesanställningar, internstafetter samt nyttjande av bemanningsföretag ökade med 18 årsarbetare jämfört med 2015.

2.24.1 AT-läkare kvar i Region Jämtland Härjedalen

AT-läkare är basen för försörjning av specialistläkare

AT-läkare kvar i regionen	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Andel av totala antalet	55 %	56 %	56 %	53 %	52 %	53 %

Malin Bergstrand-Edfeldt, Hanna Westerlund,
Anneli Ekman, Jessica Eriksson (jeer), Karin
Antonsson (kaan), Anni Åsén

Uppgifterna baseras på AT-läkare som är kvar i Region Jämtland Härjedalen sedan 1994.

Av de som blev klara med AT under 2016 är 90 % kvar i anställning. Av dessa har 11 påbörjat ST i primärvården och 8 ST alt. vikariat som underläkare inom specialistsjukvården. Motsvarande siffra 2015 var 77 %.

2.24.2 Personalomsättning läkare

Personalomsättning läkare	2013	2014	2015	2016
Totala antalet läkare	433	435	465	438
Personalomsättning				
Andel	11,1 %	8,5 %	10,5 %	9,7 %
Personer	46	36	45	42
Varav antal Specialistläkare/distriktsläkare/ överläkare	39	32	28	32
Varav antal pensionsavgångar	14	6	13	10

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

Personalomsättningen har minskat något och bedöms ligga inom accepterad ram.

2.24.3 Personalomsättning sjuksköterska

Personalomsättning sjuksköterska		
	Personalomsättning totalt	Varav Pensionsavgång
Akutområdet	5,3	1,4
Barn och ungdomsmedicin	17,3	3,8

Malin Bergstrand-Edfeldt, Hanna Westerlund,
Anneli Ekman, Jessica Eriksson (jeer), Karin
Antonsson (kaan), Anni Åsén

Barn och unga vuxna		
Diagnostik, teknik och service	9,3	2,1
Hjärta, neurologi och rehabilitering	9,6	1,8
Hud, infektion och medicin	12,0	1,5
Kirurgi, Ögon, Öron	9,3	2,0
Kvinna	8,4	4,2
Ortopedi	20,4	1,8
Patientsäkerhet		
Primärvården	14,2	2,9
Psykiatri	15,8	2,4
Hälsa-och sjukvårdsförvaltningen totalt	10,7	2,1

Med personalomsättning avses de som lämnar Region Jämtland Härjedalen.

Personalomsättning på 10.7 anses vara hög. Att satsa på rekryteringsinsatser blir inte effektivt om medarbetarna väljer att sluta i för hög omfattning.

2.25 Utbildning och kompetensutveckling

I en kunskapsintensiv organisation i ständig utveckling och för att klara generationsväxlingen är kompetensutveckling viktig. Hur stor andel tid som läggs på utbildning varierar mellan och inom yrkeskategorier och verksamhetsområden. Beroende på verksamhet, olika kompetenskrav på Region Jämtland Härjedalens ca 130 yrken, utbildningsutbud, är variation något som förekommer i en så bred verksamhet som Region Jämtland Härjedalens.

Malin Bergstrand-Edfeldt, Hanna Westerlund,
Anneli Ekman, Jessica Eriksson (jeer), Karin
Antonsson (kaan), Anni Åsén

Andel utbildningstimmar av arbetad tid

	Andel utbildning timmar i % av arbetad tid 2012	Andel utbildning timmar i % av arbetad tid 2013	Andel utbildning timmar i % av arbetad tid 2014	Andel utbildning timmar i % av arbetad tid 2015	Andel utbildning timmar i % av arbetad tid 2016
Region Jämtland Härjedalen	2,1	2,9	3,2	3,0	3,0

Andelen utbildningstid i förhållande till utförd tid är oförändrat jämfört med 2015. Det råder en viss osäkerhet kring huruvida all utbildning registreras i Heroma. Det gäller framförallt internutbildning.

2.26 Region Jämtland Härjedalens studiemedel

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

Studiemedel har fördelats enligt följande:

2012	2013	2014	2015	2016
Specialistutbildning 3 operations-sjukvård 3 kirurgisk - sjukvård 1 röntgen-sjuksköt.	Grundutb 1 tandhygienist Specialistutbildning 1 uroterapeut 1 barnmorska 3 psykiatri 1 audionom 3 kirurgisk sjukvård 2 barnsjukvård 3 distriktssjukvård	Grundutb 1 röntgensjsk 3 allmänsjsk Specialistutbildning 1 barnsjsk 1 barnmorska 2 distriktssjsk 1 akutsjukvård 4 operationssjsk 1 ögonsjsk	Grundutb 1 allmänsjsk Specialistutbildning 6 barnmorska 2 intensivsjukvård 2 distriktsjsk 3 kirurgi 2 akutsjukvård 7 barnsjsk 1 medicin	Grundutbildning 3 allmän ssk Specialistutb 2 barnmorska 1 akutsjukvård 1 op ssk (ers endast ht-16) 1 ane ssk 1 iva ssk 2 rtg ssk (uppdragsutb) Utbildningsanst - deltidsstudier 50% 1 medicin 1 distrikts ssk

Malin Bergstrand-Edfeldt, Hanna Westerlund,
Anneli Ekman, Jessica Eriksson (jeer), Karin
Antonsson (kaan), Anni Åsén

			1 operationssjsk 1 stomiterapeut	glesbygd 1 barn ssk
7	15	14	26	14 (totalt 44 st)

Siffran framför utbildningsinriktning anger antalet som beviljades studiemedel. Fr. o m 2013 har intresset för att utbilda sig med Region Jämtland Härjedalens studiemedel ökat. För att möta både verksamhetens behov och medarbetarnas intresse för att utbilda sig så omdisponerades medel från budget för särskild avtalspension till budget för studiemedel både 2014 och 2015.

Efterfrågan på centralt finansierade studiemedel både från verksamhet och medarbetare var högre än vad som fanns i budget. Det innebar prioriteringar av vilka som beviljades studiemedel samt att verksamheter beviljade studiemedel finansierade av dem själva.

Modell för utbildningsanställning infördes hösten 2016. Det innebär medarbetaren studerar på 50 % och arbetar på 50 % och med oförändrad lön.

2.27 Utbildningsuppdraget

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

Studerandegrupp	2012 Antal placeringar	2013 Antal placeringar	2014 Antal placeringar	2015 Antal placeringar	2016 Antal placeringar
Sjuksköterskor inkl. specialistsjuk-sköterska	363	342 *	529 *	502**	556**

Malin Bergstrand-Edfeldt, Hanna Westerlund,
Anneli Ekman, Jessica Eriksson (jeer), Karin
Antonsson (kaan), Anni Åsén

Studeraende från vård- och omsorgsprogrammet	301	241	504	487	476
Studenter inom regionaliserad läkarutbildning	42	63	60	58	58
T5 studenter från Umeå universitet				22	22
AT- läkare	35	31	37	47	52
ST-läkare	114	116	118	125	150
PTP- Psykolog	1	10	7	7	6

* inkl. placeringar från specialistsjuksköterskeprogrammet och studenter från andra universitet

** inkl. placeringar från specialistsjuksköterskeprogrammet och studenter från andra universitet samt 67 fältstudierstudenter.

Dessutom tillkommer studenter från bl. a arbetsterapeut-, fysioterapeut-, psykologprogrammet.

Totalt är det ca 1400 studerande/medarbetare per år som utbildas och handleds inom hälso- och sjukvården inklusive tandvård. De handleds av ca 2 800 medarbetare. Det som framkommer av och till är svårigheterna att skapa nödvändigt utrymme för utbildningsuppdraget i förhållande till hälso- och sjukvårdsuppdraget.

Utbildningsuppdraget är omfattande och är viktigt ur utbildningssynpunkt men också för att de studerande är Region Jämtland Härjedalens framtida medarbetare. Det är viktigt att de uppfattar Region Jämtland Härjedalen som en framtida attraktiv arbetsgivare.

2.28 Omställningsarbetet

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

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

Omställning	2010 - 2012	2013	2014	2015	2016	Totalt 2010-2016
Överförda till omställ-	122 18 personer	8	1	3	2	

Malin Bergstrand-Edfeldt, Hanna Westerlund,
Anneli Ekman, Jessica Eriksson (jeer), Karin
Antonsson (kaan), Anni Åsén

Omställning	2010 - 2012	2013	2014	2015	2016	Totalt 2010-2016
ningsgrupp	erhöll särskild avgångsförmå n					
Åtgärder	46 uppsagda p.g.a. arbetsbrist Varav 10 har inte återanställts 1 erhållit varaktig sjukersättning 12 erhållit avgångsvederlag och har lämnat Region Jämtland Härjedalen 1 övergått till ny arbetsgivare i verksamhetsövergång	5 uppsagda pga. arbetsbrist	1 uppsagd pga. arbetsbrist		1 erhållit avgångsvederlag 1 erbjudet nytt arbete	
Ny placering i Region Jämtland Härjedalen	86 placerade på vakansutrymme och tillsvidare	3 erhållit ny placering 2 tillsvidare 1 vikariat				89 har erhållit ny placering tillsvidare efter som regel tidsbegränsade placeringar
I omställningsgrupp	12 på tidsbegränsade anställning varav en oplacerad	7 varav 3 under uppsägningstid	1	3 på tidsbegränsade anställning		

Malin Bergstrand-Edfeldt, Hanna Westerlund,
Anneli Ekman, Jessica Eriksson (jeer), Karin
Antonsson (kaan), Anni Åsén

2.29 Avslutningssamtal

Befattnings- kategori	Hur många anställda har slutat sin anställning exkl. timanställda	Hur många avslutningssamtal har ni haft under året?	Hur många medarbetare har avslutat sin anställning kopplat till arbetet/arbets - givaren?
Ledning	23	23	
Läkare	22	14	1
Sjuksköterska	112	82	15
Specialistsjuksk köterska inkl. barnmorska	50	28	9
BMA	5	4	1
Undersköterska	44	20	2
Sjukgymnast	10	6	
Arbetsterapeut	3	3	1
Psykologer	6	2	
Kurator	19	8	1
Med. sekreterare	16	6	4
Medicintekn /tekniker	7	5	
Adm. personal	18	12	
Övertandl/Tandl äkare	8	4	2
Tandsköterska	10	4	3
Tandhygienist	4	1	

Skäl som anges till varför man slutar kopplat till arbetet/ arbetsgivaren är;
arbetstiderna/skiftarbete, avsaknad av karriärmöjligheter, hög arbetsbelastning,
lön, arbetsuppgifterna i sig.

Det förekommer att medarbetare väljer att avstå från avslutningssamtal. Antal som
slutat är den uppgift som verksamheten har uppgett i sina bokslut.

Ca 20 % av de som haft avgångssamtal anger att de har avslutat anställning
kopplat till arbetsgivaren. För sjuksköterskor är det 22%.

Malin Bergstrand-Edfeldt, Hanna Westerlund,
Anneli Ekman, Jessica Eriksson (jeer), Karin
Antonsson (kaan), Anni Åsén

3 Övertid/kort varsel/arbetad tid

3.1 Totalt antal timmar övertid/kort varsel 2014-2016

Övertid i timmar	2014	2015	2016
Övertid totalt	117736	142903	136500
Ledning	994	1156	1352
Övl/spec. läkare	25487	26008	23833
ST-läkare	19183	21251	22382
Underläkare	12925	13997	13219
Sjuksköterskor	36863	50014	49914
Undersköterskor	16865	22164	20245
Med. sekreterare	1397	3329	1054
Psykolog, psykoterapeut	136	157	102
Paramedicin	574	694	542
Adm. personal	527	906	843
Övrigt	2787	3227	3014

I tabellen ovan ser vi en minskning av övertid/kortvarsel med 6403 timmar.
Nedan redovisas varje område för sig

Malin Bergstrand-Edfeldt, Hanna Westerlund,
Anneli Ekman, Jessica Eriksson (jeer), Karin
Antonsson (kaan), Anni Åsén

3.1.1 Övertid i timmar - Hälso-och sjukvårdsförvaltningen

Övertid i timmar Hälso - och sjukvårdsförvaltningen	2014	2015	2016
Totalt	117 359	142 075	135 643
Ledning	932	1 103	1 284
Övl/spec. läkare	25 385	26 008	23 833
ST-läkare	19 183	21 251	22 382
Underläkare	12 910	13 984	13 219
Sjuksköterskor	36 855	49 996	49 887
Undersköterskor	16 965	22 161	20 245
Med. sekreterare	1 397	3 329	1 054
Psykolog, psykoterapeut	136	157	102
Paramedicin	574	694	542
Adm. personal	240	456	278
Övrigt	2 782	2 935	2 817

3.1.2 Övertid i timmar - Regional utveckling

Övertid i timmar Regional utveckling	2014	2015	2016
Totalt		363	269
Adm. personal		86	72
Övrigt		277	197

Regional utveckling övergick till Region Jämtland Härjedalen 150101.

Malin Bergstrand-Edfeldt, Hanna Westerlund,
Anneli Ekman, Jessica Eriksson (jeer), Karin
Antonsson (kaan), Anni Åsén

3.1.3 Övertid i timmar - Regionstaben

Övertid i timmar Regional utveckling	2014	2015	2016
Totalt	378	464	585
Ledning	62	53	67
Läk/ssk	23	30	27
Adm. personal	287	363	491
Övrigt	5	16	0

3.1.4 Övertid i timmar per område inom hälso-och sjukvårdsförvaltningen

Övertid i timmar per område i HS förvaltningen	2014	2015	2016
Akutområdet	20829	29388	25057
Barn och ungdomsmedicin	8584	9696	10890
Barn och unga vuxna	268	797	525
Diagnostik, teknik och service	8470	9131	9877
Hjärta, neurologi och rehabilitering	6369	10314	9822
Hud, infektion och medicin	20894	23074	22751
Kirurgi, Ögon, Öron	15756	19597	17509
Kvinna	2061	5930	6286
Ortopedi	10712	12058	11395
Patientsäkerhet	1	58	94
Primärvården	8928	10158	9744
Psykiatri	11304	11540	11358
Hälso-och	117359	142075	135643

Malin Bergstrand-Edfeldt, Hanna Westerlund,
Anneli Ekman, Jessica Eriksson (jeer), Karin
Antonsson (kaan), Anni Åsén

sjukvårdsförvaltningen			
totalt			

3.2 Totalt antal timmar mertid 2009-2016

Totalt antal timmar mertid

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Mertid	22484	23999	16766	16794	16681	16350	16187	15212

Källa: Heroma, personalstatistik, utförd tid.

3.3 Arbetad tid för läkare

När en läkare arbetar/blir inkallad under jour och beredskap har de en ersättningsform som kallas arbetad tid. Arbetad tid ersätts olika beroende på vilken tid på dygnet det sker eller om det är vardag eller sön- och helgdagar.

1,0 - vardagar fram till kl. 21.00

1,5 - vardagar från kl. 21.00- 24.00

2,0 - fredag från kl. 17.00 samt lör. - och söndagar

2,5 - storhelg

3.3.1 Antal timmar - ersättningsnivå.

	2015				2016			
	1,0	1,5	2,0	2,5	1,0	1,5	2,0	2,5
Kvinnor	3934	3722	15118	1123	4185	4414	16689	1213
Män	6365	4905	21961	2240	5571	4317	20284	1946
Totalt	10299	8627	37080	3363	9756	8731	36973	3159

Källa: Heroma, personalstatistik, utförd tid

Totalt antal timmar 2010 = 45406

Totalt antal timmar 2011 = 54615

Totalt antal timmar 2012 = 52913

Totalt antal timmar 2013 = 55321

Totalt antal timmar 2014 = 56527

Malin Bergstrand-Edfeldt, Hanna Westerlund,
Anneli Ekman, Jessica Eriksson (jeer), Karin
Antonsson (kaan), Anni Åsén

Totalt antal timmar 2015 = 59369

Totalt antal timmar 2016 = 58619

Antalet totalt arbetad tid under jour och beredskap har minskat med 750 timmar från 2015 och 2016. Redovisningen är i faktiskt utförda timmar. En ökning av arbetad tid mellan åren 2010 och 2012 med 8340 timmar beror på att medicinområdet registrerar arbetade timmarna i personalsystemet mot att tidigare enbart gett ersättning enligt schablon. Anestesi har schablonersättning för jourer vilket medför att timmarna inte registreras på schema utan endast i lönesystemet.

Under 2008 tog Region Jämtland Härjedalen fram en landstingsgemensam regel om intjänad jourkompensation, där det bl.a. fastställdes att saldo per läkare per 1/1 varje år inte skulle överstiga 200 timmar. För läkare med stort antal jourkomptimmar upprättade varje verksamhetsområdeschef handlingsplan.

3.3.2 Kostnad övertid, mertid och läkares arbetade tid

Kostnad övertid, mertid, läkares j/B	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Övertid enkel	3 934 744	3477600	3552065	3 945 258	7 222 851	4 667 068
Övertid kval	13 830 324	1521633 4	1709404 7	18 597 148	23 181 014	22 974 803
Kort varsel- arb.model I	2 492 340	2705338	3991674	4 948 744	7 416 283	5 465 701
Mertid	5 296 537	5209431	5169933	5 587 426	4 245 834	5 582 932
Läkares jour och beredskap*	63 272 065	6299563 8	6481185 6	68 407 370	70 454 633	72 193 718
Totalt	88 826 010	89 604 341	94 916 575	101 485 946	112 520 615	110 884 221

Källa: Heroma, personalstatistik, utförd tid. (Kort varsel: utförd tid, modell kostnad)

Malin Bergstrand-Edfeldt, Hanna Westerlund,
Anneli Ekman, Jessica Eriksson (jeer), Karin
Antonsson (kaan), Anni Åsén

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

4 Chef - och ledarskap

Ledarförsörjningsprocessens målsättning är att göra det möjligt för Region Jämtland Härjedalens chefer att:

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

Den modell för framtida ledarskapsutveckling som togs fram under föregående kommer att arbetas vidare med och beräknas kunna starta under 2018. Programmet ska omfatta alla chefer såväl nya som erfarna och innehålla olika moduler som ska ge cheferna en kontinuerlig utveckling i sitt ledarskap. Innehållet fokuserar både på det personliga ledarskapet och utvecklingen, förändrings- och utvecklingsarbete samt fakta kunskaper i ledning och styrning.

4.1.1 Kompetensutveckling

För att förbättra och utveckla förutsättningarna för ett väl fungerande chefs- och ledarskap genomförs olika insatser till exempel ledardialogdagar och utbildningar via Kunskapstorget. För nya chefer i regionen behövs dessutom en bra grund för att klara sitt uppdrag. För att skapa denna grund finns fastställt program för chefsintroduktion samt utbildningen "Ny som chef".

De chefer som anställts under året har, enligt uppgift från områdena, introducerats enligt fastställt introduktionsprogram.

Varje höst påbörjas utbildningen "Ny som chef" som erbjuds alla nyanställda chefer. De flesta nya chefer har deltagit i "Ny som chef". För det fåtal som inte deltagit, har introduktionen anpassats till innehållet i uppdraget och deras tidigare kunskap och erfarenhet av att vara chef inom eller utanför Region Jämtland Härjedalen.

Kunskapstorgets utbud både knyter an till och är en fördjupning av Ny som chef utbildningens olika avsnitt och speglar aktuella utbildningsbehov för både nya och erfarna chefer. Behov ska fångas upp via medarbetarsamtal och ska ingå som en del av chefens individuella utvecklingsplan. Utbudet ska även svara mot ledningens mål och ambitioner samt intentionerna i regionplanen.

Under 2016 har utbildning erbjudits i; arbetsmiljö, fördjupad utbildning i ekonomifrågor, "Vad får chefen göra", ledningssystemet och Centuri,

Malin Bergstrand-Edfeldt, Hanna Westerlund,
Anneli Ekman, Jessica Eriksson (jeer), Karin
Antonsson (kaan), Anni Åsén

löneförberedande samtal och resultat samtal, hälsofrämjande arbete och rehabilitering, LEAN för chefer och MLU samt utbildning i de olika LEAN verktygen.

4.1.2 Chefsaspirantutbildning

Som en del i att säkerställa chefsförsörjningen inom Region Jämtland Härjedalen är det viktigt att identifiera och ta tillvara möjliga chefsaspiranter bland medarbetarna. Därför genomförs vartannat år en chefsaspirantutbildning för tillsvidareanställda medarbetare. Syftet med chefsaspirantutbildningen är att intressera, stimulera och öka kunskapen och medvetenheten om vad det innebär att vara chef i Region Jämtland Härjedalen. Hösten 2015 påbörjades en ny omgång av utbildningen. Intresset för att delta var mycket stort – 34 sökande till de 15 platserna. 12 aspiranter fullföljde utbildningen och vid årets slut har 3 av dessa chefsuppdrag inom organisationen.

4.1.3 Chefsrörlighet

Under 2016 har 23 chefer avslutat sina chefsuppdrag. Av dessa har 10 slutat inom Region Jämtland Härjedalen, 2 pensionerats, 3 har nya chefsuppdrag inom regionen och 8 har återgått till grundanställning eller andra arbeten inom organisationen. Personalomsättningen för chefer är 15,4%.

För att ta tillvara avgående chefers erfarenheter och kunskaper ska avslutningssamtal genomföras. Under 2016 uppgår områdena att avslutningssamtal genomförts med 23 av de chefer som slutat.

27 chefer har nyanställts under året varav 15 rekryterats externt.

4.2 Antal chefer

Antal chefer - totalt/förvaltning				
	2013	2014	2015	2016
Region Jämtland Härjedalen	131	130	152	153
Varav k/m	97/34	93/37	108/44	111/42
Hälso-och sjukvårdsförvaltningen	110	110	114	123
Varav k/m	84/26	82/28	87/27	95/28

Malin Bergstrand-Edfeldt, Hanna Westerlund,
Anneli Ekman, Jessica Eriksson (jeer), Karin
Antonsson (kaan), Anni Åsén

Regionala utvecklingsförvaltningen			15	12
Varav k/m			7/8	5/7
Regionstaben	21	20	20	18
Varav k/m	13/8	11/9	11/9	11/7

I denna tabell ingår inte regiondirektör, chef patientnämnd eller chef Revision.

4.2.1 Antal chefer inom Hälso-och sjukvårdsförvaltningen

Antal chefer/område i Hälso och sjukvårdsförvaltningen	2014 Varav K/M	2015 Varav K/M	2016 Varav K/M
Totalt	110	114	123
Varav k/m	82/28	87/27	95/28
Akutområdet	11	10	10
Barn och ungdomsmedicin	4	4	4
Barn och unga vuxna	6	6	6
Diagnostik, teknik och service	16	15	15
Hjärta, neurologi och rehabilitering	10	9	10
Hud, infektion och medicin	10	9	11
Folktandvården	8	8	8
Kirurgi, Ögon, Öron	10	10	11
Kvinna	4	4	4
Ortopedi	6	6	6
Patientsäkerhet	1	1	1
Primärvården	18	21	26
Psykatri	9	9	10

Malin Bergstrand-Edfeldt, Hanna Westerlund,
Anneli Ekman, Jessica Eriksson (jeer), Karin
Antonsson (kaan), Anni Åsén

4.2.2 Fördelning kvinnor och män

Fördelningen mellan män och kvinnor på respektive chefsnivå är:

1:a linjens chefer/enhetschef: totalt 127 chefer varav 96 kvinnor (76 %) och 31 män (24 %).

2:a linjens chefer/områdeschef: totalt 17 chefer varav 14 kvinnor (82 %) och 3 män (18 %).

3:e linjens chefer/förvaltnings- och avdelningschefer: totalt 10 chefer varav 5 kvinnor (50 %) och 5 män (50 %).

Av totala antalet chefer var andelen kvinnor 71 % och 29 % män, vilket är samma fördelning som 2015.

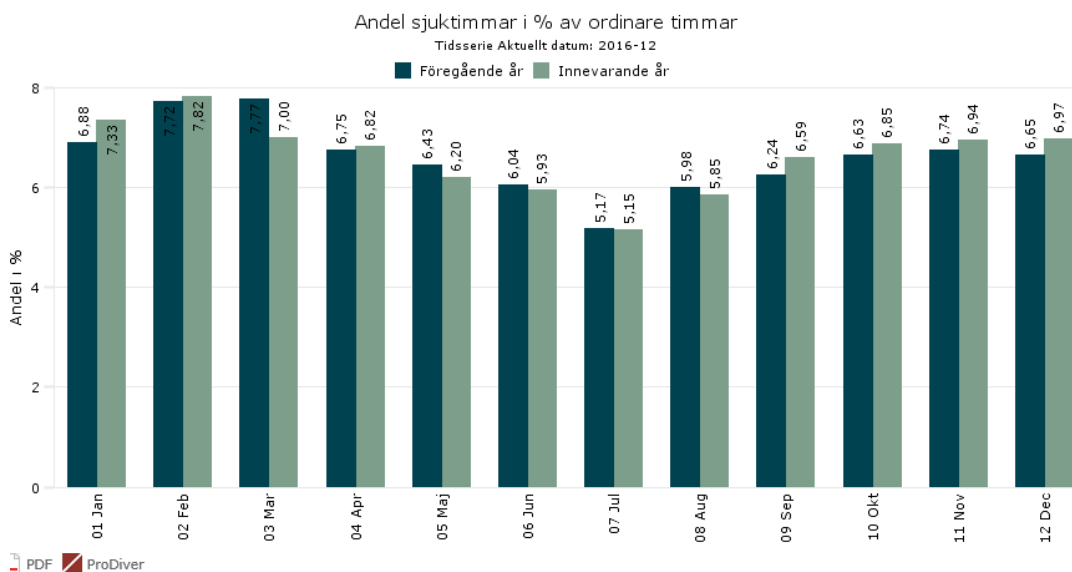
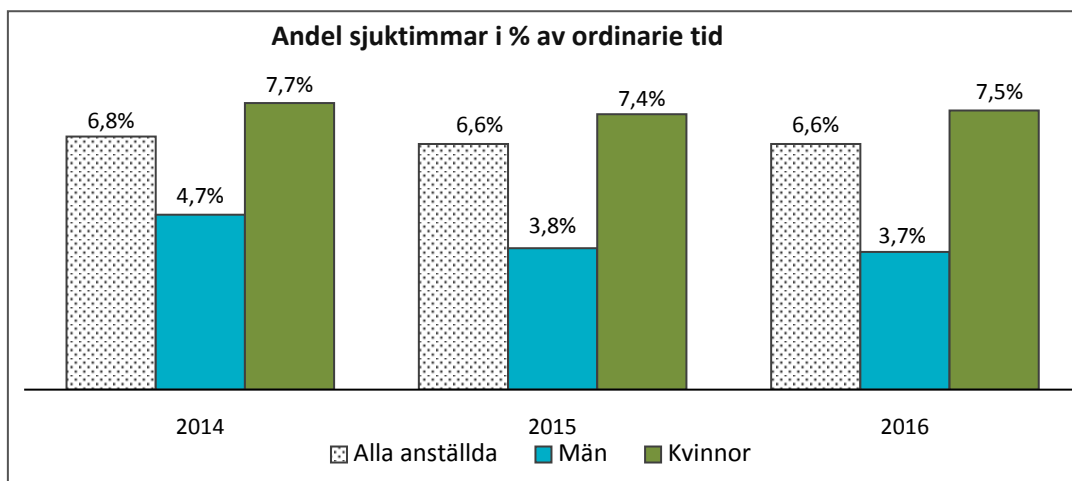
4.2.3 Förutsättningar för chefs-och ledarskapet

Förutsättningarna att fullgöra sitt uppdrag varierar inom organisationen, framförallt för enhetscheferna vad avser antal underställda, antal arbetsplatser, hur många olika yrkeskategorier samt uppdrag som verksamhetschef enligt Hälso-och sjukvårdslagen respektive Tandvårdslagen. Ett antal chefer är också deltidchefer eller har samledarskap. Det ser även olika ut vilka stödresurser i form av assistentstöd, förändrings ledare och verksamhetsutvecklare, bemanningshjälp mm. som de olika cheferna har.

Under hösten har en enkätundersökning, på uppdrag från politikerna, genomförts bland alla enhetschefer för att kartlägga förutsättningarna för att fullgöra sitt nya uppdrag. En handlingsplan på regionnivå har tagits fram och beslut om denna ska fattas av Utskottet för personal under våren 2017. Varje område har också i uppdrag att ta fram en handlingsplan utifrån områdets eget resultat.

Malin Bergstrand-Edfeldt, Hanna Westerlund,
Anneli Ekman, Jessica Eriksson (jeer), Karin
Antonsson (kaan), Anni Åsén

5 Hälsöfrämjande arbete och sjukfrånvaro



Region Jämtland Härjedalens långsiktiga mål är att sjukfrånvaron ska sänkas.

Sjukfrånvaron i Region Jämtland Härjedalen har inte procentuellt förändrats under 2016 jämfört med året innan. En sjukfrånvaroutveckling som skiljer sig från trenden med ökning som sker i andra delar i landet enligt Försäkringskassans siffror. Sjukfrånvaron är densamma i jämförelse med året innan, 6,6 %. Målet med

Malin Bergstrand-Edfeldt, Hanna Westerlund,
Anneli Ekman, Jessica Eriksson (jeer), Karin
Antonsson (kaan), Anni Åsén

att minska sjukfrånvaron till 6,2 % är inte uppnått på totalen. Männens sjukfrånvaro med målet på 4,5 % är uppnått men för kvinnorna når vi inte målet på 6,6 % i år.

Mätt i antal sjuktimmar ökar sjukfrånvaron med 4102 timmar till 478 507 sjukfrånvarotimmar 2016 detta i jämförelse med tidigare år då sjukfrånvaron mätt i timmar ökade med 16 659 timmar. I beräkningen kan man notera att 1773 timmar är tjänstledigheter pga. sjukdom, dvs. medarbetare som är i samverkan med Arbetsförmedlingen för att pröva andra arbeten. Denna siffra var 2272 timmar för 2015.

Vid årsskiftet hade 198 stycken medarbetare sjukpenning via Försäkringskassan jämfört med året innan då det var 218 stycken. Sjukskrivningsorsaker enl. sjukintygen redovisas nedan i de stora diagnosgrupperna, små diagnosgrupper står för de övriga ca 30 stycken. Här kan man se att den största ökningen av sjukfrånvaron sker i de psykiatriska sjukdomarna vilket följer mönstret över landet.

Vanligaste diagnoskoderna	Antal sjukskrivna År (16,) 15, 14 13, 12
C00-C99 - Tumörsjukdomar	(17) 18 ,14, 9, 17
F00-F99 – Psykiska sjukdomar	(92) 104, 85, 88, 77
M00-M99 – Muskosketala sjukdomar	(41) 56, 49, 46, 60
S00-S99 – Skador av yttre orsaker	(12) 10, 14, 15, 9

*28 st Övriga diagnoser

Sjukfrånvaro ökar i antal timmar i alla intervall från dag 1, 2-14, 15-30, 31-59 samt 60-180 dagar med totalt 27 055 sjuktimmar. I spannet över 181- dagar där minskar sjukfrånvaron med 22 953 timmar. Denna förskjutning av sjukfrånvaron medför högre sjuklönekostnader och kan vara en följd av att Försäkringskassan blivit tydligare vid bedömning av rätten till sjukpenning efter dag 180. Detta eftersom tidigare deltidssjukskrivningar kan riskera att övergå i upprepad korttidsfrånvaro då längre deltidssjukskrivning inte godkänns. Hela förklaringen ligger inte i detta men det finns risk för att antal medarbetare individer som är sjuk i kortare perioder ökar. Det syns tydligt att sjukfrånvaron för åldersgruppen 50- minskar och i den gruppen finns en del medarbetare som fått varaktig sjukersättning, deltidspension eller omplacerats utifrån en längre tids sjukdom. Framförallt rör detta muskosketala sjukdomar vilket också syns i statistiken över antal sjukskrivna per diagnos. Antalet sjukskrivna hos Försäkringskassan har minskat till 198 stycken medarbetare vid årsskiftet mot 218 stycken förra året.

Malin Bergstrand-Edfeldt, Hanna Westerlund,
Anneli Ekman, Jessica Eriksson (jeer), Karin
Antonsson (kaan), Anni Åsén

Sjukskrivande instans	År (16), 15,14,13,12
Primärvården	(83), 90,86,86,72
Specialistvården	(82), 86,71,66,67
Företagshälsovård o privata	(33), 36,34,41,55

Vad gäller sjukskrivande instans så ser mönstret liknande ut om tidigare år, relativt hög andel som sjukskrivs inom specialistvården enligt Försäkringskassans jämförelse. Det innebär också att det rör sig om allvarigare eller kroniska sjukdomar ex. cancer, stroke, reumatism och svårare psykisk sjukdom.

Under året har 7 stycken medarbetare fått beslut om varaktig sjukersättning på hela in anställning i jämförelse med 6 stycken 2015, 4 stycken 2014 och 7 stycken under 2013.

Försäkringskassan i Jämtland har fortsatt långa beslutstider både för omprövningar av beslut och ansökan om sjukersättning och Försäkringskassan upplevs prioritera ned antal s.k. avstämningsmöten gällande rehabilitering och förlita sig på sjukintyg i beslut. Detta har inverkan på rehabiliteringen med mindre samverkan mellan arbetsgivare, Försäkringskassa och vården. Det påverkar medarbetare som får hantera mycket på egen hand och sjukskrivningens längd eftersom besluten, planeringen och informationsutbytet blir sämre och leder till exempelvis indragna sjukpenningar vid dag 180. Detta eftersom planering och prognos för återgång i arbete inte är känd för alla parter och därför inte ger underlag för särskilda skäl dvs fortsatt sjukpenning. Bristande samverkan skapar också osäkerhet och för medarbetaren otydliga rehabiliteringsplaner.

I områdenas bokslut anger man som tidigare år att det är allvarliga sjukdomar, livssituation, balans mellan privatliv och arbete samt stressrelaterade psykiska sjukdomar som orsakar till sjukskrivningar. Medarbetarnas möjlighet till återhämtning pga. tre skift samt emotionell utmattning till följd av arbetet med svårt sjuka nämns också som orsaker. I samband med den korta frånvaron anges infektioner, olycksfall och yttreskador, migrän och influensa.

Insatser som beskrivs är stöd från företagshälsovård vid arbetsrelaterat ohälsa samt arbetslivsinriktad rehabilitering. Handlingsplaner med olika typer av insatser och succesiv återgång i arbete används som rehabilitering och sjukfrånvaron följs regelbundet upp.

Företagshälsovården har varit inkopplad med förebyggande insatser vid ett flertal arbetsplatser med förändringsledarskap, kommunikation och samarbete, hjärnergonomi samt ergonomiska arbetsplastgenomgångar.

Under året har arbetet intensifierats kring att skapa möjlighet till att prova andra arbeten, tidigt förflytta, pröva och omplaceras som ett led i rehabiliteringen, både

Malin Bergstrand-Edfeldt, Hanna Westerlund,
Anneli Ekman, Jessica Eriksson (jeer), Karin
Antonsson (kaan), Anni Åsén

för att frågan lyfts som ett viktigt led i att sänka sjukfrånvaron samt att Försäkringskassas tydligare prövningar mot hela arbetsgivaren ställer högre krav på detta. Det finns många goda exempel på detta från bland annat; Hjärta neuro o rehab, 1177 och psykiatrin där ett bra och öppet ett mottagande på ny arbetsplats och andra arbetsuppgifter inneburit att arbetsförmåga kunnat återfås och kompetensen blivit kvar inom organisationen och inte inneburit sjukskriving.

Som ett led i att uppmärksamma signaler på ohälsa tidigt och vikten av återhämtning för att förebygga stressrelaterad ohälsa har det under året startats en föreläsningsserie med utbildning inom: sömn och dess betydelse för hälsan, ACT (stresshanteringsmetod utifrån acceptans), Hjärnergonomi (vikten av att organisera arbetet på ett sätt som passar hjärnan och dess förutsättningar) och avspänning.

Kom i gång och träna grupper och livsstilsgrupp är några förebyggande aktiviteter som har erbjudits anställda via friskvårdskonsulent och som en del i rehabiliteringsplaner för vissa medarbetare.

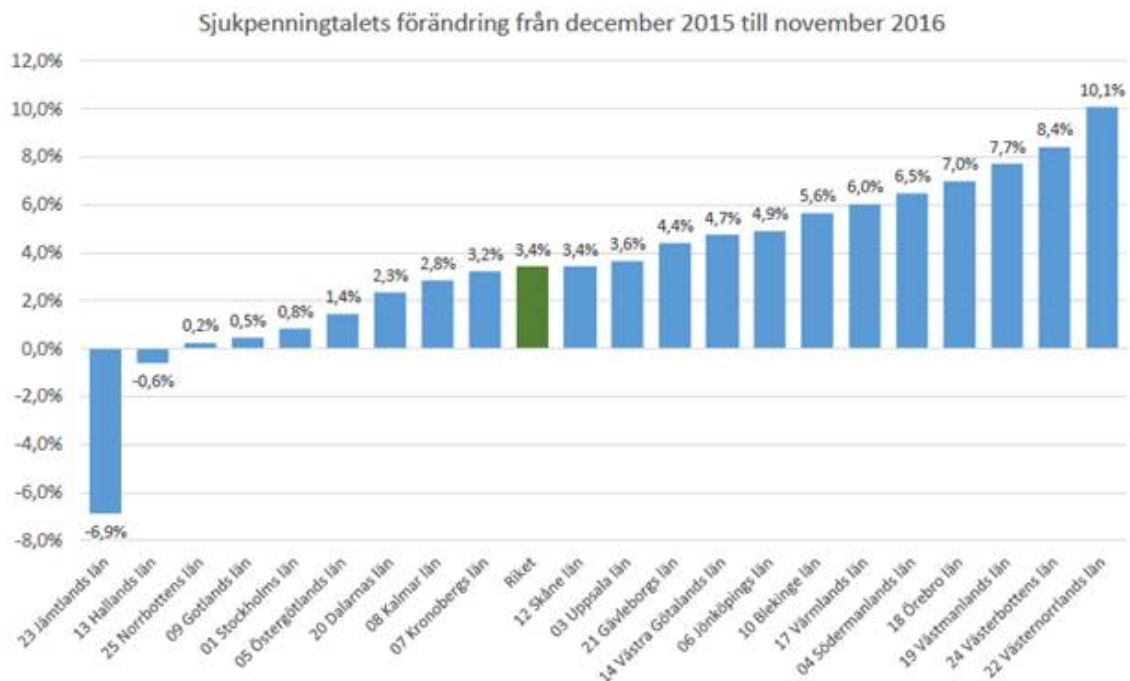
Sjukfrånvaro i andel/timmar	2012	2013	2014	2015	2016
Sjukfrånvaro i % av ordinarie avtalad arbetstid	6,8 %	6,9 %	6,8 %	6,6 %	6,6 %
Total sjukfrånvaro i timmar	442 782	456 498	457 291	473 869	478 507
Motsvarar antal årsarbetare (1760 tim)	252	259	260	269	272
Total sjuklönekostnad exkl. sociala avgifter	18 318 948 kr	21 480 874 kr	22 184 309 kr	23 731 406 kr	25 171 811 kr

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

Sjuklönekostnaden har ökat med 1,4 miljoner kronor exkl. socialavgifter. Arbetsgivaren har sjuklönekostnader fram tom 90:e dagen varav sjuklön de första 14 dagarna. 2016 års kostnader omräknat med sociala kostnader motsvarar 36,6 milj. är utan produktionsbortfall och vikariekostnader. Att det sker en ökning av kostnaden beror på att den långa sjukfrånvaron minskar medan den korta med sjuklön ökar, utfyllnadslön kostar också.

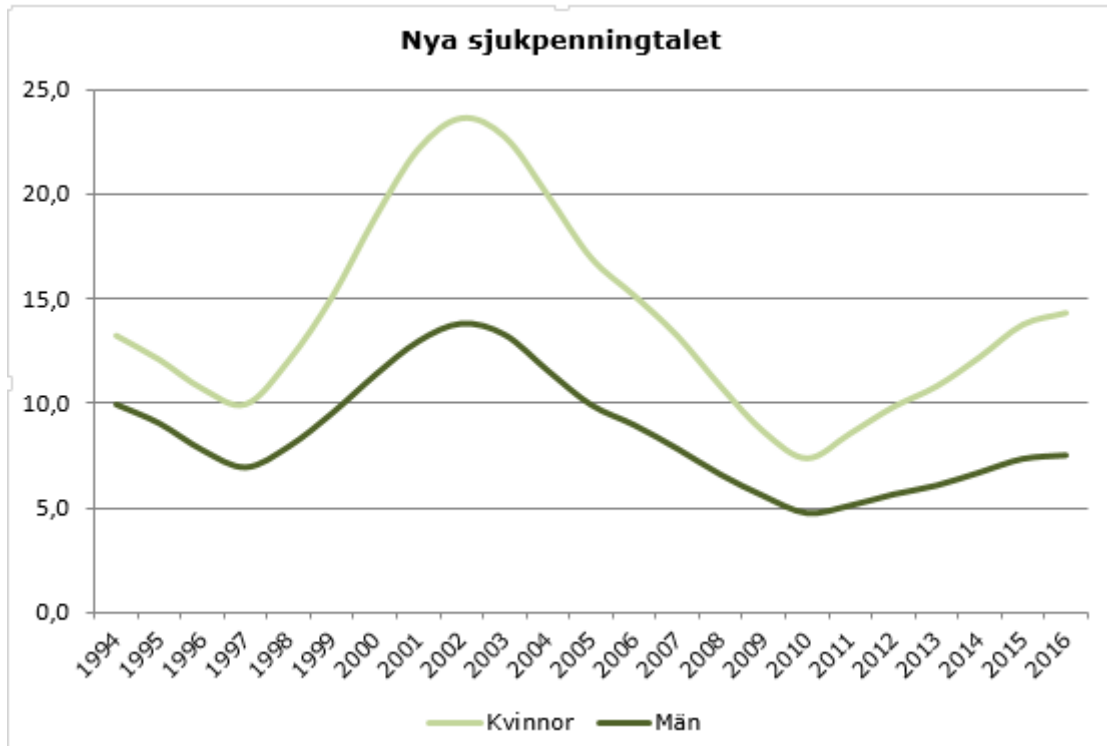
Malin Bergstrand-Edfeldt, Hanna Westerlund,
Anneli Ekman, Jessica Eriksson (jeer), Karin
Antonsson (kaan), Anni Åsén

Under året gick Försäkringskassan ut med förslag till hälsoväxling för att motverka den ökande sjukfrånvaron i landet. Detta satte sjukfrånvaron på dagordningen och arbetet fortsatte med att en avsiktsförklaring om friskare arbetsplatser som undertecknades nationellt mellan SKL (Sveriges kommuner och Landsting) och parterna (Sveriges fackförbund).

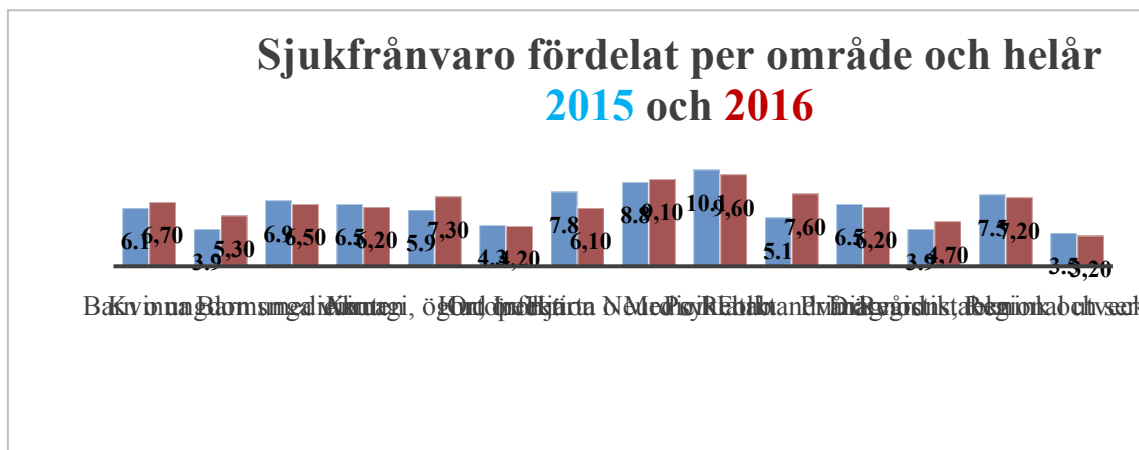


Enligt Försäkringskassan statistik ökade sjukpenningtalet fortsatt under 2016, inte lika mycket som tidigare år. Siffrorna ovan visar sjukpenningtalet per län där Jämtlands län står för en minskning. Den ökande trenden i riket motsvarar inte den trend vi ser inom Region Jämtland Härjedalen där vi stannat upp den ökningstakt som övriga Sverige haft de senaste 3 åren. Utmaningen är fortsatt att möta korttidsfrånvaro som ökar inom Region Jämtland Härjedalen, komma in tidigt med insatser vid ohälsa för att förebygga och undvika sjukskriving samtidigt som vi måste bibehålla arbete med lösningsfokuserad rehabilitering som skett de senaste året. Inom Region Jämtland Härjedalen måste vi tillsammans jobba för ökad rörlighet och tidig lösningsfokuserad rehabilitering samt alternativ till sjukskriving och i detta arbete har enhetscheferna inom organisationen en mycket viktig roll.

Malin Bergstrand-Edfeldt, Hanna Westerlund,
Anneli Ekman, Jessica Eriksson (jeer), Karin
Antonsson (kaan), Anni Åsén



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



Hälso- och sjukvårdsförvaltningen som har flest antal anställda påverkar sjukfrånvaron mest och ligger på 6,9 %, totalt samma nivå som 2015.

Mer än hälften av områdena sänker sin sjukfrånvaro. Det handlar om Akuten, Psykiatri, Primärvården, Ortopeden, Barn unga vuxna, Hjärta infektion medicin samt Diagnostik, teknik och service. Områden som ökar sjukfrånvaron inom förvaltningen; Folk tandvården, Hjärta, neuro, rehab, Barn och ungdomsmedicin, Kirurgi, ögon öron samt Kvinna.

Malin Bergstrand-Edfeldt, Hanna Westerlund,
Anneli Ekman, Jessica Eriksson (jeer), Karin
Antonsson (kaan), Anni Åsén

Regionala utvecklingsförvaltningen minskar sin sjukfrånvaro och Regionstaben ökar nu sin sjukfrånvaro från 3,9 % 2015 till 4,7 % 2016.

5.1 Obligatorisk sjukfrånvaroredovisning

Sjukfrånvaro i andel av totalt antal timmar	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Andel sjukfrånvarotimmar i procent av antal timmar ordinarie avtalad arbetstid	6,3	5,9	6,2	6,7	6,9	6,8	6,6	6,6
Varav långtidssjukfrånvaro 60 dagar eller mer.	66,5	58,4	63,7	65,5	62,5	62,9	60,4	58,0
Sjukfrånvarotid för åldersgruppen 29 år eller yngre	4,3	3,5	4,4	4,8	5,5	6,2	6,2	6,6
Sjukfrånvarotid för åldersgruppen 30 - 49 år	4,8	4,9	5,2	5,3	6,1	5,8	5,6	5,9
Sjukfrånvarotid för åldersgruppen 50 år -	7,8	7,0	7,4	8,4	8,0	7,8	7,6	7,4
Sjukfrånvarotid kvinnor	7,1	6,5	6,9	7,3	7,6	7,4	7,4	7,5
Sjukfrånvarotid män	3,7	3,7	4,0	4,5	4,8	4,7	3,8	3,8

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

Att sjukfrånvaron i rad 2 ovan, som är längre än 60 dagar, minskar tyder på att långa sjukfallen minskar samt sjukfrånvaron i åldersgruppen 50 år -. Åldersgruppen 29 år och yngre har inte haft så hög sjukfrånvaro de senaste 8 åren, gruppen är liten totalt 43651 sjuktimmars mot 237 318 sjuktimmars i gruppen 50 år- .

Malin Bergstrand-Edfeldt, Hanna Westerlund,
Anneli Ekman, Jessica Eriksson (jeer), Karin
Antonsson (kaan), Anni Åsén

5.2 Åtgärder via företagshälsovård

Previa

.Region Jämtland Härjedalen Helår 2016

Återrapportering enligt 9-fältaren

Kronor

	Rehabilitera	Förebygga	Framja	Totalt
Organisation		413 647		413 647
Grupp	27 660	623 631	1 135 253	1 786 544
Individ	2 052 679	2 163 930	654 313	4 870 922
Totalt	2 080 339	3 201 208	1 789 566	7 071 113

i %

	Rehabilitera	Förebygga	Framja	Totalt
Organisation		6%		6%
Grupp	0%	9%	16%	25%
Individ	29%	31%	9%	69%
Totalt	29%	45%	25%	100%

Previa

Region Jämtland Härjedalen Hela Regionen 2015

Återrapportering enligt 9-fältaren

Kronor

	Rehabilitera	Förebygga	Framja	Totalt
Organisation		125 900		125 900
Grupp		351 212	182 812	534 024
Individ	2 215 632	1 853 694	465 332	4 534 658
Totalt	2 215 632	2 330 806	648 144	5 194 582

i %

	Rehabilitera	Förebygga	Framja	Totalt
Organisation		2%		2%
Grupp		7%	4%	10%
Individ	43%	36%	9%	87%
Totalt	43%	45%	12%	100%

Under året har ett arbete pågått med att arbeta mer förebyggande och främjande. Att agera mer proaktivt med bland annat Företagshälsovården. Under 2016 har 70% av företagshälsovårdsmedlen använts förebyggande och främjande jämfört med 57 % för samma period året innan. Detta visar att medlen börjat användas mer proaktivt med tidigare insatser. Kostnaderna för företagshälsovård har också ökat till 7 miljoner. Som en del i Region Jämtland Härjedalens förebyggande arbetet har föreläsningar kring sömnens betydelse för hälsan och hjärnergonomi, ACT (acceptance and commitment therapy) och avspänning arrangerats på olika tider

Malin Bergstrand-Edfeldt, Hanna Westerlund,
Anneli Ekman, Jessica Eriksson (jeer), Karin
Antonsson (kaan), Anni Åsén

och platser i länet för att lyfta behovet av återhämtning och förebygga stress. Företagshälsovården har också under året fått ett uppdrag från hälsofrämjandeteamet att utveckla bättre tjänster som alternativ till sjukskrivning, förebyggande sjukpenning samt ett arbete med hälsosamschemaläggning som påbörjats.

I egen regi har också livsstilsgrupp och kom i gång att tränagrupp erbjudits och en ny öppning av Zefyren efter ombyggnation har medfört att antalet inpasseringar för att träna ökar rejält under året. Information och praktiska övningar kring vikten av pauser i arbetet samt fysisk kompetens har genomförts på flera enheter. Idrottsvetarpraktikanter har besökt arbetsplatser och genomfört föreläsningar och praktiska moment inom fysisk aktivitet och hälsa.

Friskvårdspeng Utbetalt 2015	Friskvårstimma Uttagna 2015	Friskvårdspeng Utbetalt 2016	Friskvårdstimma Utbetalt 2016
994 441 kr	18 107 tim	827 366 kr	22 296 tim

Se konto 4662 i ProDiver på enhetsnivå och i Heroma under ackumulerade uppgifter

Friskvårdspeng är en förmån som kompletterar timmen och den ska inrikta sig på fysisk pulshöjande aktivitet. Den används i störst utsträckning de verksamheter som inte har möjlighet att använda friskvårstimmen. Friskvårdspengen och friskvårdstimmen ska vara kopplade till en individuell överenskommelse mellan chef och medarbetare som upprättas vid medarbetarsamtalet årligen och stimulera till fysisk aktivitet utifrån individens förutsättningar. Överenskommelsen upprättas med enhetschef och ska bygga på medarbetarens olika behov av friskvård i förhållande till arbete och förutsättningar.

5.3 Friskvårdsaktiviteter

Under året har det genomförts en "kom i gång att träna" grupp samt en livsstilsgrupp. Det som syns är att deltagare som är motiverade och målinriktade redan vid start kommer långt och tar till sig verktyg och tips samt genomför förändringar i praktiken. Det fanns också ett stort intresse för Medicinsk yogakurs som skedde under hösten och deltagarna gav bra återkoppling där många ser ett verktyg för återhämtning, nedvarvning och avslappning.

Via Zefyren har det erbjudit 14 instruktörsledda gruppträningspass/ termin. Skivstång, station och spinning är de pass som fylls mest med deltagare.

"Riktade" träningsinstruktioner på Zefyrens gym har hållits för läkarsekreterare exempelvis på medicinområdet. Instruktion av träning och kortare utbildning kring

Malin Bergstrand-Edfeldt, Hanna Westerlund,
Anneli Ekman, Jessica Eriksson (jeer), Karin
Antonsson (kaan), Anni Åsén

yrken med mycket stillasittande erbjuds. Även prova-på-pass på Zefyren för kökspersonal har genomförts.

Arbetsplatsbesök ute i länet har också skett exempelvis Åre/Järpen, Krokomb samt Brunflos tandvårdsklinik. Tema rörlighet för att bryta statiska arbetspositioner under dagarna. Andra aktiviteter via friskvårdskonsult är instruerad pinngymna, APT om träningsmöjligheter förlagd på Zefyren. Instruerad medicinsk yoga, kan vara ett inslag temat behov av återhämtning. Instruerad rundgång (träningssform) arbetsplatser på Zefyren.

Två friskvårdsveckor med tema fysisk aktivitet och mat samt återhämtning har hållits under 2016. Friskvårdsombuden får det stora uppdraget att uppmärksamma temat på arbetsplatserna och friskvårdskonsulenterna inspirerar och ger verktyg genom träffar 2 g/år samt erbjuder "kringaktiviteter under veckan, t ex föreläsningar.

Information o presentation om friskvård och vikten av fysisk aktivitet och återhämtning görs alltid på introduktion för nyanställda samt ny som chef och chefsaspirantprogrammet.

Goda exempel från friskvårdsombud ute i verksamheterna är:

- att uppmuntra och erbjuda olika aktiviteter och på olika tillvägagångssätt, inga pekpinningar,
- skyltar med olika hälsobudskap t ex att stanna upp och ta ett djupt andetag
- föreläsning om fysisk aktivitet
- gemensam träning
- "tävlingar " t ex hälsobingo, poängjakt i återhämtning eller stegtävling
- under APT göra en aktivitet som t ex mindfulness eller pausgymna
- att informera/diskutera friskvård på APT
- pinngymna gemensamt på bestämd tid under dagen
- gemensamma promenader
- träna inför och sedan springa Våruset tillsammans

5.4 Personalföreningen- Friskvård o Trivsel

Syfte med personalföreningen Region Jämtland Härjedalen är att:

Malin Bergstrand-Edfeldt, Hanna Westerlund,
Anneli Ekman, Jessica Eriksson (jeer), Karin
Antonsson (kaan), Anni Åsén

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

Personalföreningen Region Jämtland Härjedalen har nu genomfört sitt sjunde år. Under året har antalet "individaktiviteter" uppgått till 2666. Det är ca 150 fler än 2015. (Första verksamhetsåret 2010 kom vi upp i ca 1000 individaktiviteter.)

Exempel på aktiviteter som ordnats under 2016:

Personalfesten på hotell Gamla Teatern var helt fullbokad – 430 deltagare vilket är mer än 10 % av hela regionens personalstyrka. 145 anställda har dansat zumba under året.

Personalföreningen har även ordnat:

7 fjällresor med övernattning både vinter och höst, 4 ritturer med Åre Ridcenter i september, 4 IKEA-resor, 5 "Florist för en kväll" i Östersund, Strömsund och Hammarstrand, 3 matvandringar på Rönngården i Lits-Böle, 2 stadsvandringar, 3 svampturer, 6 kvällar då 60 deltagare sydde tenstrådsarmband, forsränning, shoppingkvällar, tunnbrödbakning, prova på trav, gocart, blomstervandringar mm.

Föreningen sponsrade också 450 anställda som deltog i Vårruset och 125 anställda som deltog i Blodomloppet samt ett tiotal som cyklade Jämthjulingen.

Som medlem i personalföreningen finns en mängd olika rabatter på t.ex. massage, olika gym och restauranger. Under 2016 såldes ca 4500 biobiljetter till anställda.

5.5 Arbetsmiljö

Arbetet för en bra och säker arbetsmiljö pågår ständigt genom att ha en god planering av verksamheten, genom kontinuerligt bemanningsarbete, genom skyddsronder, risk- och konsekvensanalyser och arbetsmiljöenkäter som är en del i det systematiska arbetsmiljöarbetet. En ny skyddsrondsmall har tagits fram under året där frågorna nu är ställda mer positivt d.v.s. man utgår från att arbetsmiljön är bra och inte tvärtom som det tidigare varit.

Några områden anger att arbetsbelastningen har varit hög för både medarbetare och chefer under året. En hög omsättning av personal på vårdavdelningarna

Malin Bergstrand-Edfeldt, Hanna Westerlund,
Anneli Ekman, Jessica Eriksson (jeer), Karin
Antonsson (kaan), Anni Åsén

påverkar arbetsmiljön. Man beskriver att det är en hög arbetsbelastning, stress, vårdtunga patienter, slitsamt med 3-skift och svårt att hinna med sina arbetsuppgifter på ett tillfredsställande sätt. För att möta hög arbetsbelastning och svårigheten att rekrytera specialistsjuksköterskor har omfördelning av bemanningsmål gjorts på enheter inom akutområdet. IVA har under året infört måltidsuppehåll under vissa förutsättningar, på försök i verksamheten. Detta har fallit väl ut och kommer att permanentas under 2017. På Akutmottagningen har en arbetstidsmodell införts på försök under året. Fokus har varit återhämtning som i en första utvärdering fallit väl ut. Inom Regionstaben har året präglats av omorganisation och flytt till nya lokaler för de flesta av enheterna. Vissa av dessa enheter upplever en försämring av arbetsmiljön och flera medarbetare får nu dela rum.

Andra områden uppger att överlag är den allmänna uppfattningen att arbetsmiljön är god utifrån arbetsmiljöenkätsresultatet. För att höja personalsäkerheten arbetas det med att införa larm och ser över miljön i receptionerna inom Primärvården och Folk tandvården. Ett flertal fysiska förbättringar i lokaler, byte av möbler, installation av nytt larmsystem har skett på olika enheter under året. Men behov av förändrade lokaler kvarstår på flera enheter för att dessa ska vara ändamålsenliga såväl ur ett logistiskt perspektiv som utifrån krav gällande arbetsmiljö, smittskydd och vårdhygien. Primärvårdens nya jour och beredskapsorganisation är en del i satsningen för en förbättrad arbetsmiljö för läkarna. Ett nytt schema på Klinisk kemi infördes under hösten med reducerad arbetstid för de som arbetar ett visst antal jourpass, för att ge tid för återhämtning. Detta schema är under en begränsad tid. Omorganiseringar har genomförts under året med ett förändrat arbetssätt på Medicinenheten vilket har fått goda omdömen från medarbetarna vid utvärdering. Arbetssättet har gett en tydlighet i fördelning av arbetsuppgifter och vem som gör vad. Som ett led i att förebygga ohälsa på grund av en ogynnsam fysisk arbetsmiljö så har arbetsrotation införts där det har varit möjligt samt ett nytt produktionskök planeras.

Strålsäkerhetsmyndigheten har gjort en inspektion hos Folk tandvården under 2016. Syftet med inspektionen var att kontrollera hur verksamhet med joniserande strålning bedrivs ur strålsäkerhetssynpunkt. Inspektionen mynnade ut i en tillsynsrapport där några förbättringsområden identifierades. En analys och handlingsplan med åtgärder ska skickas under januari 2017. Under hösten inkom en framställan enligt 6 kap. 6a§ arbetsmiljölagen gällande läkarexp. på plan 8 från läkarföreningen. Denna hanterades och handlingsplan upprättades och efter viss justering var parterna överens och ärendet avslutades. Ett stort arbete för att leva upp till arbetsmiljölagens krav gällande riskbedömning av kemikalier har startats upp och kommer att pågå under hela 2017.

Malin Bergstrand-Edfeldt, Hanna Westerlund,
Anneli Ekman, Jessica Eriksson (jeer), Karin
Antonsson (kaan), Anni Åsén

En tvådagars arbetsmiljöutbildning för skyddsombud och chefer inom regionen erbjöds i maj, oktober och november månad. Totalt har 30 st. skyddsombud och 21 st. chefer deltagit. Även en halvdags utbildning för chefer i nya föreskrifter för Organisatorisk och social arbetsmiljö erbjöds vid tre tillfällen under våren.

5.5.1 Arbetsmiljöenkäten

Arbetsmiljöenkät	Utfall 2016 (oktobervärde)	Målvärde 2016-12-31
Hälsofrämjande mål: arbetsmiljöindex Utgångsvärde: februari 2016 (index 1-6): 4,54 Mäts två gånger per år	4,59	Arbetsmiljöindex 4,2 på region nivå.

Enkäten har nu genomförts totalt 6 gånger sen starten 2014 och resultatet har inte förändrats mer än marginellt på övergripande nivå. Däremot ser man en tydlig skillnad mellan förvaltningarna och regionstaben. Regional utvecklingsförvaltning har högsta arbetsmiljöindexet på 4,83 och Hälso- och sjukvårdsförvaltningen på 4,59 följt av Regionstaben som har det lägsta resultatet på 4,5.

Enkäten är ett av flera verktyg i det systematiska arbetsmiljöarbetet. Resultaten ger en indikation på upplevelsen av arbetsplatsens arbetsmiljö. Enkäten mäter friskfaktorer utifrån vad som bidrar till att bevara och främja hälsan. Meningsfullt, begripligt och hanterbart. Syftet är att förbättra dialogen kring upplevelsen av arbetsmiljön tillsammans med arbetsgruppen.

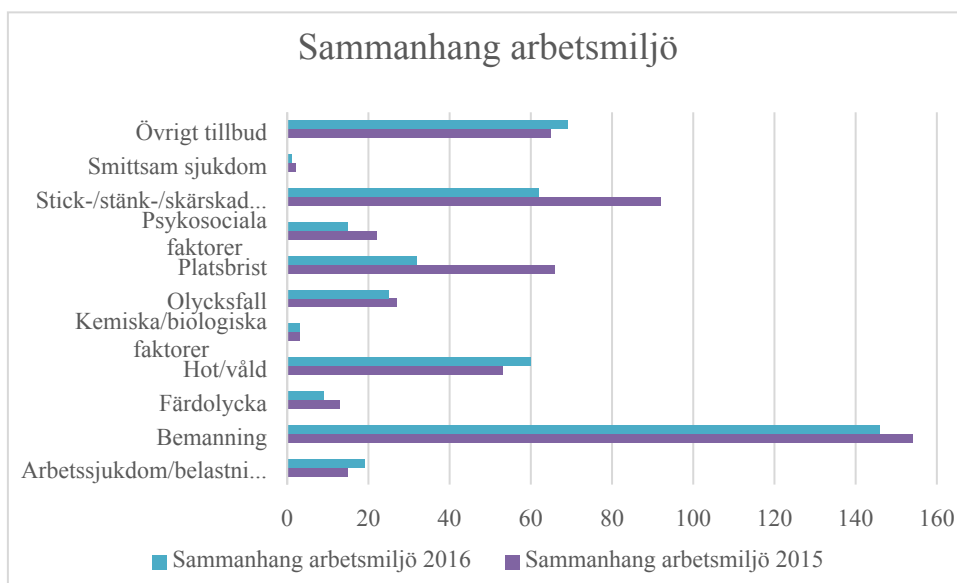
Enligt enkätsvaren är Region Jämtland Härjedalens styrkor att medarbetarna känner sig engagerade i sitt arbete och att arbetet känns meningsfullt. Medarbetarna vet även vilka befogenheter och ansvar man har och har tillräckligt med kunskap och kompetens för de krav som ställs. Förbättringsområden som finns är att medarbetarna upplever att de inte kan påverka hur arbetet organiseras, medarbetarna upplever att man inte får feedback och konstruktiv kritik av sin närmaste chef. Upplevelsen är även att man inte hinner avsluta sina arbetsuppgifter på det sätt som planerats.

5.6 Arbetsskador och tillbud

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

Malin Bergstrand-Edfeldt, Hanna Westerlund,
Anneli Ekman, Jessica Eriksson (jeer), Karin
Antonsson (kaan), Anni Åsén

Centuri avvikelssystem. Rapporteringen är en viktig del i det fortsatta förebyggande arbetet.



Totalt rapporterades 429 st. avvikelser med sammanhang arbetsmiljö en minskning mot föregående år då det var 512 st. Vid val typ av tillbud har bemanning som val minskat med 8 st. Däremot har hot/våld ökat med 7 st. Platsbrist har minskat med 34 st. och stick-/stänk-/skärskador med 30 st. Under åtgärd gjordes 43 st. arbetsskadeanmälningar, ingen förändring mot 2015. Eftersom det är en eftersläpning och alla avvikelser inte är klara i januari så har motsvarande siffra för 2015 också tagits ut i januari ifjol. Detta för att det ska bli så jämförbart som möjligt.

5.7 Arbetsförhållanden utifrån jämställdhet och mångfald

Intentionen inom Region Jämtland Härjedalen är att arbetsplatserna ska vara jämställda och att jämställdhetsperspektivet beaktas i den dagliga verksamheten. Heltid är en rättighet och deltid en möjlighet. I den mån medarbetare önskar deltidsarbete tillgodoses detta i så stor utsträckning som möjligt utifrån verksamhetens behov. Målsättningen är att förvärvsarbete och föräldraskap ska kunna förenas bl. a genom flexibilitet i arbetstidsförläggningen.

Region Jämtland Härjedalen tillämpar kompetensbaserad rekrytering, vilket innebär att den mest kompetenta sökanden ska få jobbet oavsett kön, könsöverskridande

Malin Bergstrand-Edfeldt, Hanna Westerlund,
Anneli Ekman, Jessica Eriksson (jeer), Karin
Antonsson (kaan), Anni Åsén

identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning och ålder.

Föreläsningar har ordnats kopplat till jämställdhet, mångfald och normkritik där bland annat begreppen tydliggjordes. En rutin har skapats och implementerats avseende jämställdhetsintegrering i ärendehantering. I medarbetarsamtalsmallen har en fråga om våld i medarbetarens nära relation lagts till utifrån framtagna riktlinje våld i medarbetarens nära relation.

Ett flertal arbetsplatser har erbjudit språkpraktik för nyanlända vilket även resulterat i tidsbegränsade anställningar. Det har inte funnits behov av att genomföra åtgärder för att arbetsförhållandena ska lämpa sig för alla medarbetare utifrån kön, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, utifrån vad som framkommit i medarbetarsamtalen.

Inom Reumatologienheten bedrivs ett projektarbete med att göra enheten mer jämställd och jämlik. Psykiatriska akutmottagningen fortsätter arbetet med könsidentitetsmottagningen och kommer att HBTQ-certifieras.

Influensavaccinering av personal blev väldigt lyckat samarbete. Totalt var det 670 personer i personalen som vaccinerade sig i entrén v 45-46 och 173 som vaccinerade sig på den egna enheten. Ifjol var det 325 personer som vaccinerade sig hos Previas mottagning på infektion.

6 Lönebildning

I löneavtalen betonas vikten av att individens lön kopplas till verksamhetens mål och utveckling, samt att medarbetarna i ett samtal får veta hur de bidrar till att verksamhetens mål nås.

Region Jämtland Härjedalens mål för lönebildningen, enligt handlingsplan för Attraktiv arbetsgivare, är att regionens lönepolitik är tydlig och känd i organisationen. Inför löneöversyn ska alla chefer årligen informera på APT om löneöversynsprocessen, utifrån ett gemensamt material.

Malin Bergstrand-Edfeldt, Hanna Westerlund,
Anneli Ekman, Jessica Eriksson (jeer), Karin
Antonsson (kaan), Anni Åsén

6.1 Löneutveckling

I "Individuell löneutveckling" ingår medarbetare som finns anställda vid båda mättidpunkterna. Mättidpunkterna är 2016-01-01 - 2016-12-31.

Individuell Löneutveckling %	2013	2014	2015	2016	2016 kronor
Totalt	3,3 %	3,4 %	3,8 %	3,9 %	1 271
Kvinnor	3,3 %	3,3 %	3,8 %	3,8 %	1 163
Män	3,3 %	3,6 %	3,9 %	4,2 %	1 660
0-29 år	4,8 %	4,8 %	5,8 %	5,4 %	1 298
30-49 år	3,8 %	4,0 %	4,3 %	4,5 %	1 446
50-65 år	2,8 %	2,8 %	3,1 %	3,2 %	1 085

Det finns två årligt återkommande påverkansfaktorer på den individuella löneutvecklingen.

Den ena är löneöversyn. Prioriterade grupper i löneöversyn 2016 var enhetschefer, kuratorer, handläggare personal, och överläkare. Strukturella åtgärder gjordes i mindre omfattning för sjuksköterskor, biomedicinska analytiker, röntgensjuksköterskor, arbetsterapeuter, sjukgymnaster, psykologer. Utifrån centralt kollektivavtal fördelades även procentuellt mer utrymme på undersköterskor, skötare och barnsköterskor. Utöver löneöversyn gjordes inom primärvården en stor särskild satsning på distriktsläkare.

Den andra återkommande påverkansfaktor är läkare som bytt befattning från ST-läkare till specialistläkare och från specialistläkare till överläkare.

Män och kvinnor: Under 2016 har den individuella löneökningen varit 0,4 % högre för män än för kvinnor. Detta är en något större skillnad än under senaste åren.

Den främsta orsaken är att de flesta män finns inom de yrkesgrupper som har högst löneläge inom Region Jämtland Härjedalen samt inom de yrkesgrupper som i löneöversyn varit prioriterade grupper. Tydligast är det inom grupperna överläkare och distriktsläkare.

Flera yrkesgrupper där män haft bättre löneutveckling än kvinnor är grupper där krontalspåslag varit relativt stora. De löneökningar som haft störst inverkan på löneutveckling för gruppen män är överläkare (2 483 kr, 3,5 %) och distriktsläkare (6 008 kr, 7,8 %). I dessa grupper är även majoriteten män (63 respektive 60 %). För båda grupperna är även medelåldern högre för män än för kvinnor (för båda grupperna är medelåldern 3 år högre för män än för kvinnor).

Malin Bergstrand-Edfeldt, Hanna Westerlund,
Anneli Ekman, Jessica Eriksson (jeer), Karin
Antonsson (kaan), Anni Åsén

Antalet månadsavlönade uppgick den 31 december 2016 till 4032 personer. Av dessa är 3138 kvinnor (78 %) och 894 män (22 %). De flesta männen finns i grupperna läkare (214 st), sjuksköterskor (153 st) och handläggare (57 st). Detta är en förklaring till att löneförändringar i framför allt läkargruppen har så kraftig påverkan på totala resultatet för hela gruppen män. Eftersom gruppen kvinnor är betydligt större ger det höga krontalsutfallet för kvinnliga läkare inte samma påverkan på utfall för hela gruppen kvinnor.

Utfallet kommer att följas upp efter löneöversyn 2017 och kvarstår trend ska djupare analys genomföras.

Ålder: Skillnaderna i procentuell löneutveckling mellan olika åldersgrupper har minskat något jämfört med tidigare år, även om det fortsatt är de yngre som har störst procentuell löneutveckling. Det högre utfallet för 0-29 samt 30-49 år påverkas av att byte av befattning för läkare nästan uteslutande äger rum i dessa åldrar (från AT till ST, från ST till specialistläkare samt specialistläkare till överläkare).

Yngre medarbetare har generellt lägre löner, vilket gör att samma krontalspåslag ger ett högre procentuellt utfall. Under 2016 har detta påverkat exempelvis gruppen sjuksköterskor. Där har höjning av baslön (ingångslön för oerfarna medarbetare) medfört procentuellt större löneökningar för yngre medarbetare, för att skapa viss lönedifferens mellan de helt oerfarna och de som arbetat något-några år. Detta eftersom krontalspåslagen för yngre respektive äldre medarbetare inte skiljer sig så mycket. Procentuellt blir då ökningen för yngre större, eftersom de har lägre grundlön.

6.2 Jämställda löner

Osakliga skillnader i lön eller andra anställningsvillkor mellan män och kvinnor ska inte förekomma. Detta anges i CEMR- deklARATIONEN och Diskrimineringslagen. För att granska löneskillnader mellan män och kvinnor ska arbetsgivare minst vart tredje år göra en lönekartläggning och löneanalys. Senaste löneanalys är gjort på 2015 års löner. Från och med 2017 ändras Diskrimineringslagen så att lönekartläggning och löneanalys ska göras varje år, vilket också sedan tidigare har varit ambitionen för Region Jämtland Härjedalen.



10

Kartläggning enhetschefernas
förutsättningar
RS/1538/2016

§12

Kartläggning enhetschefernas förutsättningar (RS/1538/2016)

Sammanfattning

Utskottet för personal har fått uppdrag av Regionstyrelsen RS/8/2016 att kartlägga enhetschefernas förutsättningar att fullgöra sitt nya uppdrag. Utskottet har också fått i uppdrag att vid behov föreslå åtgärder för att komma tillrätta med eventuella hinder.

För att erhålla information om hur enhetscheferna upplever sina förutsättningar att fullgöra sina uppdrag har personalavdelningen, på uppdrag av utskottet för personal, skickat ut en enkät till samtliga enhetschefer med frågor om antal underställda, introduktion, uppdrag, tid för förbättringsarbete och närvarande ledarskap, behov av kompetensutveckling samt hur det administrativa stödet upplevs.

Det insamlade materialet har analyserats och sammanställts i en rapport som också innehåller förslag på åtgärder som syftar till att förbättra stödet för enhetscheferna.

Förslag till beslut

Utskottet för personal föreslår regionstyrelsen

Rapport om kartläggning inklusive åtgärdsplan godkänns.

Beslut

Utskottet för personal föreslår regionstyrelsen

Rapport om kartläggning inklusive åtgärdsplan godkänns med redaktionella ändringar.

Expedieras till

Regionstyrelsen, personaldirektör

Beslutsunderlag

- PM Kartläggning av enhetschefernas förutsättningar

**Resultat enkät Chefers
förutsättningar hösten 2016**
Karin Antonsson (kaan)

Personaldirektör och strateger
Karin Antonsson (kaan)

Innehållsförteckning

1	Bakgrund	3
1.1	Genomförande	3
2	Resultat	4
2.1	Sammanfattning	4
2.1.1	Resultat	4
2.1.1.1	Uppdrag	4
2.1.1.2	Antal underställda	4
2.1.1.3	Tillräckliga kunskaper och erfarenhet	5
2.1.1.4	Kunskap om arbetsmarknadslagstiftning och personalekonomi	5
2.1.1.5	Behov av kompetensutveckling	5
2.1.1.6	Administrativt stöd och övrigt stöd	6
2.1.2	Fortsatt redovisning resultat	6
2.1.2.1	Introduktion	6
2.1.2.2	Fördelning av arbetstid	6
2.1.2.3	Förändrat uppdrag	7
3	Förslag till åtgärder	8

Personaldirektör och strateger
Karin Antonsson (kaan)

Resultat enkät Chefers förutsättningar hösten 2016

1 Bakgrund

Regionstyrelsen gav i mars 2016 Utskottet för personal i uppdrag att kartlägga enhetschefernas förutsättningar för att fullgöra sitt nya uppdrag och vid behov föreslå åtgärder (RS/8/2016). Tidigare har även uppdrag lämnats till utskottet att kartlägga kunskapsnivåerna inom arbetsrättslagstiftning och personalekonomi samt säkerställa att regionens olika chefsnivåer har adekvat och aktuell kunskap inom dess områden (RS/7/2015).

Utdrag ur Beslut med anledning av omorganisation 2016-01-01 inom Region Jämtland Härjedalen RS/1379/2015

”Större fokus ska läggas på första och andra linjen för att skapa mesta möjliga effektivitet. Enhets- och områdescheferna ska få bättre stöd och förutsättningar för att planera och styra sina verksamheter. Det gäller till exempel bättre stöd i medarbetarfrågor, ekonomifrågor och vid förbättringsarbeten. Cheferna ska också ha möjlighet att vara mer delaktig i verksamheten och nära sina medarbetare. Dessutom får cheferna en tydligare roll vad gäller mandat, uppföljning och strategi. Fokus på höjd kvalitet kräver också att ett ökat medicinskt ansvar ingår i verksamhetsledningen inom hälso- och sjukvården.

Första linjens chefer prioriteras högt och ska få utökat stöd inom flera områden utifrån att det är de som tillsammans med sina medarbetare i störst utsträckning kan mäta, analysera och genomföra förändringar för att förbättra kvalitet och resultat. Första linjens chefer får också större beslutsmandat och större inflytande över budget. Även andra linjens chefers förutsättningar förbättras, bland annat genom att sätta fokus på kvalitet och ett tydligare medicinskt ledningsansvar i områdesledningarna inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen.”

1.1 Genomförande

I syfte att besvara ovanstående uppdrag har enkät skickats till alla enhetschefer inom Region Jämtland Härjedalen under hösten 2016. I enkäten ställdes frågor om de upplevt att uppdraget förändrats, förutsättningar för chefsuppdraget bl. a. tydligt kommunicerat uppdrag från överordnad chef, antal underställda, introduktion, tid för förbättringsarbete och närvarande ledarskap, kunskap om arbetsrätt och personalekonomi samt vilket administrativt stöd de har tillgång till. 90,3% (112 st.) av enhetscheferna besvarade enkäten.

Enkätresultatet har redovisats för ledningsgruppen och utskottet för personal.

Personaldirektör och strateger
Karin Antonsson (kaan)

2 Resultat

2.1 Sammanfattning

Några grundläggande förutsättningar för att klara chefsuppgifterna är:

- Tydligt uppdrag som också följs upp av överordnad chef
- Rimligt antal underställda medarbetare
- Tillräckliga kunskaper om arbetsledning, arbetsrätt, ekonomi-och verksamhetsuppföljning
- Tillgång till administrativt stöd och stöd från överordnad chef och chefskollegor.

Med bakgrund av enkätresultatet konstateras att de flesta chefer har förutsättningar för att klara sina uppgifter men också att förutsättningarna varierar individuellt beroende på erfarenhet, kunskap i vissa ämnesområden samt antal underställda. För att förbättra förutsättningarna föreslås ett antal åtgärder i handlingsplan nedan. Vissa åtgärder är regionövergripande men det krävs också ett arbete på varje område/förvaltning utifrån deras olika resultat.

2.1.1 Resultat

2.1.1.1 Uppdrag

Av de 112 enhetschefer som besvarat enkäten har ca 67 % ett tydligt uppdrag och lika många anger att det följs upp av överordnad chef med olika intervall. Det är dock skillnader mellan områdena.

45 % svarar att de upplevt att uppdraget förändrats de senaste 2 åren. Förändringar som anges är; svårare att bemanna och rekrytera, mer krav på förbättringsarbete och deltagande i samverkansorgan och arbetsgrupper, ökad administration, långa och otydliga beslutsvägar samt svårare med hjälp från stödfunktioner.

Detta resultat visar att vi måste arbeta konsekvent med att ge tydliga uppdrag och även följa upp uppdragen regelbundet för att ge förutsättningar att genomföra det nya uppdraget.

2.1.1.2 Antal underställda

Ca 42 % av enhetscheferna har ansvar för mer än 36 underställda exkl. vikarier. De flesta inom den specialiserade vården, som då oftast även har dygnet runt verksamhet, men även ca hälften av primärvårdens chefer har mer än 36 underställda. Inom den specialiserade vården har en tredjedel av cheferna med fler än 36 underställda samledarskap, medan det bara förekommer på en HC i primärvården.

Antal underställda (tillsvidareanställda)

Personaldirektör och strateger
Karin Antonsson (kaan)

1-14	13,5%
15-24	13,5%
25-35	30,6%
36-49	27,9%
50>	14,4%

Knappt 30 % av enhetscheferna är chef över fler än 7 yrkesgrupper och flera enheter som är geografiskt spridda. Framförallt är det i intervallen 25-35 och 36-49 som ansvaret för flera yrkesgrupper och även geografiskt spridd verksamhet finns.

Det alltmer ökade problemen med att rekrytera och bemanna inom sjukvården har förändrat förutsättningarna för chefskapet. Beslutet om att arbeta för att minska beroendet av bemanningsföretag och den stora förändringstakten i sjukvården som kräver mer tid för utveckling och förändringsarbete innebär att en översyn av det optimala antalet underställda bör ses över. I överenskommelsen mellan SKL och de fackliga organisationerna för friskare arbetsplatser finns ett flertal åtgärder upptagna som innebär en översyn av antalet medarbetare per chef.

För att möta dessa krav och behov krävs ett särskilt utredningsuppdrag inom Regionen.

2.1.1.3 Tillräckliga kunskaper och erfarenhet

Enhetscheferna anger att det finns kompetensutvecklingsbehov fr.a. inom ekonomi och verksamhetsplanering samt arbetsrätt och avtal. Vad gäller kunskap om förbättringsarbete och rekrytering och bemanning variera behovet mellan områdena. Kunskap och erfarenhet varierar även individuellt. Vilket kan förklaras av att vi har en relativt stor personalomsättning bland enhetschefer. Ca 40 % har varit chef inom Regionen i 0-4 år och en lika stor andel har varit chef mer än 6 år.

Personalomsättningen bland chefer är 15,4 % och innebär att 20-25 nya chefer byts ut årligen. Under 2016 avslutade 23 chefer sina uppdrag och av dessa har 3 nya chefsuppdrag inom regionen, 10 har slutat helt i regionen, 2 har avgått med pension och övriga har antingen återgått till grundyrket eller andra arbetsuppgifter inom regionen.

Oavsett bakgrund och ev. chefserfarenhet från andra organisationer tar det tid att lära interna system, regler och rutiner. Tydlig introduktion, chefskörkort och individuella utvecklingsplaner är åtgärder som kan öka kunskapen snabbare.

2.1.1.4 Kunskap om arbetsmarknadslagstiftning och personalekonomi

Enhetscheferna anger att de har goda kunskaper om:

Arbetsmarknadslagar	50 %
Personalekonomi	60%

Här skiljer sig de upplevda kunskaperna åt beroende på hur länge man arbetat som chef. Både vad gäller arbetsmarknadslagstiftning och personalekonomi är det de

Personaldirektör och strateger
Karin Antonsson (kaan)

med längst erfarenhet som anser sig ha bäst kunskap (63 resp. 83 %) medan de som arbetat i 1 till 4 år anser sig ha minst kunskap (33 %).

2.1.1.5 Behov av kompetensutveckling

Upplevt behov av kompetensutveckling finns i högst grad inom ekonomi-och verksamhetsplanering, arbetsrätt och arbetsgivarrollen samt systematiskt arbetsmiljöarbete.

Ekonomi-och verksamhetsplanering	71 %
Arbetsrätt och arbetsgivarrollen	62 %
Systematiskt arbetsmiljöarbete	48 %
Lönesättning	47 %
Rekrytering och bemanning	39 %

De med längst erfarenhet av chefskapet anger minst behov av kompetensutveckling inom dessa områden, men vad gäller ekonomi-och verksamhetsplanering och arbetsrätt är det ändå mer än hälften i denna grupp som anser sig ha kompetensutvecklingsbehov. Gruppen med erfarenhet 1 till 4 år anger i högre grad att de har behov av kompetensutveckling i alla nämnda områden än övriga.

2.1.1.6 Administrativt stöd och övrigt stöd

Ca 50 % anger att administration tar hälften av deras arbetstid. Många kommenterar behov och önskemål om mer administrativt stöd. I stort sett alla anger att de har tillgång till personalkonsult och ekonom stöd medan det varierar stort vad gäller assistentstöd och tillgång till bemanningshjälp och även resurser för verksamhetsutveckling och förbättringsarbete. De med kortast chefserfarenhet uppger i högre grad att de har stöd från de olika funktionerna. De största skillnaderna i stöd finns, beroende på chefserfarenhet, när det gäller verksamhetsutvecklare (mellan 80 % och 51 %) och förändringsledar stöd (mellan ca 27 % till 11 %).

För att möjliggöra ett mer behovsanpassat och utökat administrativt stöd och hjälp pågår ett arbete med att bl. a. tydliggöra chefs respektive stödfunktionernas roller samt att se över assistent-och bemanningshjälps stödet.

Ca 75 % anger att de har stöd de behöver från överordnad chef och ledningsgrupp och 90 % har tillräckligt stöd från kollegor och nätverk.

2.1.2 Fortsatt redovisning resultat

2.1.2.1 Introduktion

Knappt 33 % av cheferna säger att de fått fullständig introduktion i chefsuppdraget.

Personaldirektör och strateger
Karin Antonsson (kaan)

Här behövs insatser för att genomföra och säkerställa att introduktion enligt fastställt program men även utifrån individuella och verksamhets specifika behov genomförs tidigt och även följs upp.

2.1.2.2 Fördelning av arbetstid

På frågan om hur enhetscheferna uppskattar fördelningen av sin arbetstid anger de:

	25%	50%	75%
Utveckling av medarbetare och verksamhet	79%	12%	2%
Närvarande och synlig för medarbetarna	64%	22%	3%
Administration	32%	47%	18%

Ca 13 % anger att tid för förbättringsarbete har ökat de senaste 2 åren men ca 44 % att den minskat. De som anger att tiden minskat återfinns i högst omfattning bland chefer med fler än 36 underställda. Av kommentarer kan vi utläsa att enhetscheferna upplever att bemanning och rekrytering av personal tar alltmer av deras tid i anspråk.

Sett utifrån antalet underställda är det de med minst och flest antal underställda som kan fördela sin arbetstid för utveckling av medarbetare och verksamhet i högre grad. Minst tid för detta har de med 25-35 respektive 36-49 underställda. Tid för närvarande och synligt ledarskap bedöms högst i gruppen 15-24 samt > 50 underställda.

Utifrån cheferfarenhet är det de mest erfarna cheferna som anger att de har mest tid för närvarande ledarskap. Mest tid för utvecklingsarbete anger chefer som arbetat 1 till 4 och de som arbetat mer än 6 år att de har. Minst tid för administration anger chefer med kortast erfarenhet medan de med längst erfarenhet lägger mest av sin arbetstid på detta.

Genom att ta tillvara erfarenheterna och kunskapen från projektet med Simon Elvnäs som genomförts i primärvården kan metod och kunskap i hur fördela arbetstid och prioritera mellan olika arbetsuppgifter förmedlas i hela organisationen. Men även utredningen angående administrativt stöd samt tydliga uppdrag är åtgärder som är verkningfulla.

2.1.2.3 Förändrat uppdrag

45 % anger att uppdraget förändrats de senaste 2 åren, bland de som arbetat 4 till 6 år upplever i högre grad att uppdraget förändrats (61 %). Vanliga kommentarer till vad förändringen inneburit är:

- svårare att bemanna och rekrytera
- mer detaljstyrning
- minskat stabs stöd
- mer administration och fler uppgifter som lagts på enhetschefer

Personaldirektör och strateger
Karin Antonsson (kaan)

- minskad tillit från ledningen (ex lönesättning och rekrytering)

Några nämner även det ökade behovet att arbeta med förbättring och utveckling samt att behovet av att vara närvarande och synlig som chef är önskat men också har ökat beroende på bemanningssituationen.

3 Förslag till åtgärder

En regionövergripande handlingsplan tas fram med nedanstående åtgärder.

Kostnader för respektive åtgärd beräknas och budgeteras i samband med genomförandet.

Åtgärd	Tidplan	Ansvarig
Kommunikation och förtydligande av uppdraget	Ledardialogdag VT 2017	Regiondirektör
Kommunicera och arbeta med resultatet av Simon Elvnäs projektet i Primärvården.	Ledardialogdag VT 2017	Regiondirektör och primärvårdschef
Utifrån Elvnäs projektet mm lägg in i introduktion för chefer samt arbeta fram handbok/utbildning	Klart augusti 2017	Personaldirektör och utvecklingschef
Ta tillvara lärdomar och resultat av Hälsofrämjande ledarskap	Ledardialogdag HT 2017	Regiondirektör och Projektledare Hälsofrämjande ledarskap
Säkerställa att introduktion ges till alla nyanställda chefer	Kontinuerligt	Överordnad chef
Ta fram regiongemensamt kompetensutvecklingsprogram för ekonomi, verksamhetsplanering, uppföljning och arbetsrätt	Start HT 2017	Ekonomidirektör, personaldirektör och utvecklingschef
Beakta resultatet av enkäten och behov av insatser i det	Start januari 2017	Utvecklingschef

Personaldirektör och strateger
Karin Antonsson (kaan)

pågående arbetet med framtagandet av nytt ledarutvecklingsprogram. I synnerhet att leda i förändring.		
Säkerställa att alla nya chefer genomgår den obligatoriska chefsutbildningen	Kontinuerligt	Överordnad chef
Utreda, ta fram förslag med konsekvensbeskrivning till grundförutsättningar för chefsuppdragens omfattning inom Region Jämtland Härjedalen ex. vad gäller antal underställda, antal arbetsplatser och övriga förutsättningar per chef.	Start mars 2017	Regiondirektör Delredovisning på Utskottet för personal september 2017
Slutföra arbetet med att tydliggöra chef och stödfunktioners olika roller och se över möjligheten till likartat administrativt stöd till chefer	Klart mars 2017	Regionstabschef
Fortsätta arbetet med att genomföra aktiviteterna i övergripande handlingsplan Attraktiv arbetsgivare 2017-2019.	Enligt fastställd tidplan	Personaldirektör och Utvecklingschef
Områdeschefer och förvaltningschefer ta fram handlingsplan för sitt område/förvaltning utifrån enkätens resultat.	Handlingsplaner klara maj 2017	Respektive områdeschef/förvaltning chef. Redovisas 1-2 juni 2017 på Utskottet för personal



11

Svar på remiss DS 2016:44 Nationell
Läkemedelslista
RS/111/2017

2017-03-02

Patientsäkerhet
Karin Lindgren
Tfn: 063-154160
E-post: karin.lindgren@regionjh.se

RS/111/2017

Svar på remiss DS 2016:44 Nationell Läkemedelslista

Ärendebeskrivning

Region Jämtland Härjedalen har av Socialdepartementet getts möjlighet att lämna synpunkter på rubricerad remiss.

Utgångspunkten för förslaget i promemorian är att förbättra patientsäkerheten. Idag finns uppgifter om patientens läkemedelsbehandling uppdelad på flera olika källor till exempel patientjournalen, receptregistret och läkemedelsförteckningen. Det övergripande målet är att skapa en samlad bild av en patients läkemedelsbehandling, oavsett var patienten har fått sina läkemedel ordinerade eller var de hämtat ut sina läkemedel.

Region Jämtland Härjedalen är positiv till förslaget om en Nationell läkemedelslista, vilket dock får ses som ett första steg i utvecklingen mot en ökad säkerhet i läkemedelsanvändningen. I landsting/regioner med gemensamt journalsystem har en nationell läkemedelslista som det föreslås i promemorian, inte någon väsentlig fördel då den saknar de läkemedelsordinationer som inte är bundna till ett recept och heller inte möjliggör makulering utanför det egna journalsystemet. Utan full möjlighet till makulering och andra ändringar av ordinationer kan den nationella läkemedelslistan inte kallas läkemedelslista, utan bör i så fall ha namnet Nationellt Receptregister.

Vid utarbetande av förslag på remissvar har Region Jämtland Härjedalen deltagit vid nationella remisskonferenser, och regionens svar har sedan utformats tillsammans med regionjurist Sanna Othman och Läkemedelskommitténs ordförande Kristina Seling.

Regiondirektörens förslag

Svar på remiss DS 2016:44 Nationella läkemedelslista enligt upprättat förslag, daterat 2017-03-01, antas.

I tjänsten

Ingela Jönsson

Tf Regiondirektör

Maria Omberg
Chef Område Patientsäkerhet

Utdrag till

Läkemedelsstrateg, Område patientsäkerhet



Karin Lindgren
Patientsäkerhet
Tfn: 063-154160
E-post: karin.lindgren@regionjh.se

S2017/00117/FS
Socialdepartementet
s.registrator@regeringskansliet.se
s.fs@regeringskansliet.se

Svar på remiss DS 2016:44 Nationell läkemedelslista

Region Jämtland Härjedalen har getts möjlighet att ge synpunkter på rubricerad remiss. Det övergripande målet i promemorian är att skapa en samlad bild av en patients läkemedelsbehandling oavsett var patienten blivit ordinerad sina läkemedel eller hämtat ut sina läkemedel på apotek.

Region Jämtland Härjedalen är positiv till förslaget om en Nationell läkemedelslista, vilket dock får ses som ett första steg i utvecklingen mot en ökad säkerhet i läkemedelsanvändningen. I övrigt vill Regionen lämna nedan synpunkter.

Övergripande synpunkter

I landsting/regioner med gemensamt journalsystem har en nationell läkemedelslista som det föreslås i promemorian, inte någon väsentlig fördel då den saknar de läkemedelsordinationer som inte är bundna till ett recept och heller inte möjliggör makulering utanför det egna journalsystemet. Utan full möjlighet till makulering och andra ändringar av ordinationer kan den nationella läkemedelslistan inte kallas läkemedelslista, utan bör i så fall ha namnet Nationellt Receptregister.

Region Jämtland Härjedalen vill lyfta sin oro för de merkostnader förslaget kommer innebära för mindre regioner/landsting då förslaget innebär att mer resurser kommer krävas för att kunna leva upp till de rättsliga krav som gäller för hälso- och sjukvård vid mobil informationshantering.

9.1 Inledning

Ramar för en gemensam källa för patientens läkemedelsbehandling

För bästa effektivitet bör ordinatören huvudsakligen arbeta i det egna journalsystemet. Det är därför angeläget att den lokala läkemedelslistan kan uppdateras vid förändringar i den nationella läkemedelslistan. Genomförs dosjusteringar eller utsättningar måste dessa påverka båda listorna. Parallella läkemedelslistor med olika innehåll för samma patient får inte finnas. Det bör i linje med detta även vara möjligt att makulera ordinationer från andra journalsystem än det egna. Detta betyder inte att den nationella läkemedelslistan är en förlängning av journalen, utan mer en enhetlig förteckning över de aktuella läkemedelsordinationerna och dels en förteckning över historiska dito. Då lagen

numera gör det möjligt att lista sig hos vårdgivare utanför det egna landstinget/regionen är det av största vikt att åtminstone Läkemedelslistan är densamma i hela riket. För människor som vårdas hos flera olika vårdgivare eller som flyttar mellan olika län blir den nationella läkemedelslistan ett stort osäkerhetsmoment om inte möjligheten att makulera andra vårdgivares ordinationer finns.

Region Jämtland Härjedalen ser det som en brist att den Nationella läkemedelslistan inte innefattar rekvisitionsläkemedel, det vill säga läkemedel som ges till patienten direkt från mottagningen eller på avdelningen.

Region Jämtland Härjedalen ser dock positivt på att den nationella läkemedelslistan kommer kunna byggas upp i flera olika steg. Vi ser det därför som viktigt i detta första skede att lagstiftningen inte blir alltför detaljreglerande. Samtidigt är det förstås viktigt att integritetsskyddet och informations säkerhetsfrågorna säkerställs.

9.2 Registrets innehåll

Den nationella läkemedelslistan får enligt promemorian innehålla information om receptförskrivna läkemedel samt läkemedelsnära varor som förskrivits på hjälpmedelskort eller livsmedelsanvisning.

Synpunkter relaterade till information med koppling till läkemedelsordination

Aktiv substans

Regionen välkomnar att man i förslaget tar ett steg mot generisk förskrivning och öppnar upp för den möjligheten i framtiden. Inom vården används vanligtvis generiska namn i nästan all kommunikation kring läkemedel och för att underlätta kommunikationen med patienter samt underlätta det generiska utbytet föreslår vi att generiska substansnamn används med högre prioritet än handelsnamn.

Med denna omvändning kommer vi att få en större förståelse och acceptans till det generiska utbytet, samt troligtvis också färre missförstånd hos patienten.

Ordinationsorsak

Att ordinationsorsak skall anges på ett strukturerat sätt är en positiv utveckling för patientsäkerheten samt för uppföljningen av hur läkemedel används vid olika sjukdomar. Önskvärt är om detta även kan användas för att förfina och effektivisera det generiska utbytet. Idag står flera läkemedelsgrupper, exempelvis antiepileptika, utanför utbytessystemet på grund av att det bland indikationerna finns en indikation där ett utbyte är känsligt och inte bör ske av medicinska skäl, i detta fall epilepsi. I de fall antiepileptika istället används vid andra sjukdomar, exempelvis vid bipolär

sjukdom eller neurogen smärta är det av medicinska skäl inte indicerat att generiskt utbyte på apotek inte görs.

Indikation skall enligt förslaget väljas från en strukturerad lista med *godkända indikationer*. Region Jämtland Härjedalen tar för givet att läkemedel även fortsättningsvis kommer kunna användas vid sjukdomstillstånd där indikation saknas i FASS, det vill säga off label. Ska systemet vara användbart bör man alltså också kunna välja fritt i den totala listan för ordinationsorsaker samt vid behov kunna skriva fritext - det skulle göra registret säkrare för de patientgrupper där registrerade läkemedel ofta saknas. Det är en fördel om olika läkare kan sätta olika indikationer på samma läkemedel utan att flera ordinationer/recept skapas. Vid behandling med vissa läkemedel behöver ibland samma läkemedel behöva flera olika ordinationsorsaker till en och samma patient.

9.3 Synpunkter relaterade till ett nytt informationsflöde i läkemedelsprocessen

Makulering av expeditiionsunderlag

Region Jämtland Härjedalen ser positivt på intentionen att kunna makulera recept, oavsett var de är förskrivna någonstans. Det är dock ytterst förvånande att rättsaspekten kring detta fortfarande inte är tillräckligt utredd. Här finns ett gyllene tillfälle att tydliggöra att ett recept är en ordination som ska kunna ändras.

Behovet av att kunna ändra eller avsluta en ordination, oavsett ursprunglig ordinator, är centralt för målet att få en samlad bild. Något annat är, minst sagt, patientosäkert. Det måste alltså vara möjligt för en annan ordinator än den ursprungliga att makulera ett recept eller på annat vis ändra en ordination.

Utan möjlighet till makulering och andra ändringar av ordinationer kan den nationella läkemedelslistan inte kallas läkemedelslista, utan bör i så fall ha namnet nationellt receptregister.

9.4 Synpunkter relaterade till registrets ändamål

Region Jämtland Härjedalen ser positivt på att det nya registret ska få användas för genomförandet av läkemedelsgenomgångar. Detta innebär dock att den nationella läkemedelslistan behöver ha en bevarandetid fram till det att patienten avlidit. Detta, som ovan beskrivits, på grund av att människor flyttar runt i riket och mellan olika vårdgivare. Dessutom har inte journalsystemen den läkemedelshistorik som krävs i och med att läkemedelslistan görs om vid byte av journalsystem samt vid en del uppdateringar av dito.

9.5 Aktörer som kan få direktåtkomst till registret för angivna ändamål

Förslaget innebär att legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal med behörighet att förskriva läkemedel, legitimerad sjuksköterska utan sådan behörighet, farmaceut inom hälso- och sjukvården samt expedierande personal på öppenvårdsapotek får ha direktåtkomst. Patienten får ha direktåtkomst till uppgifter om sig själv. Patienten kan även ge direktåtkomst till annan person genom att fullmakt registreras i den nationella läkemedelslistan.

Synpunkter på aktörer som kan få direktåtkomst för angivna ändamål

En aktuell läkemedelslista är en förutsättning för en patientsäker vård även inom den kommunala hälso- och sjukvården. Den nationella läkemedelslistan tillför inte ökad säkerhet inom kommunal hälso- och sjukvård då rekvisitionsläkemedel samt möjlighet att makulera andra vårdgivares ordinationer saknas.

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal med behörighet att förskriva läkemedel

Region Jämtland Härjedalen anser att även AT-läkare och icke legitimerade läkare med anställning inom hälso- och sjukvården ska ha åtkomst till den Nationella Läkemedelslistan. Detta är nödvändigt för att dessa ska kunna arbeta på akutmottagning samt inom primärvård.

Sjuksköterskans faktiska åtkomst till information

I avsnittet 5.2.2 nämns att sjuksköterskor i kommunal omsorg har ett behov av mobil åtkomst till patienters läkemedelsinformation. Region Jämtland Härjedalen saknar förslag som relaterar till detta behov och gör bedömningen att en mobil användning behöver integreras i förslagen eftersom mobil sjukvård och ambulansverksamhet har behov av åtkomst.

Särskilt om uppgifter om fullmakt

Idag kan en fullmaktsgivare lämna in en lista med flera fullmaktstagare. Med det nya förslaget försvåras detta då även fullmaktstagaren ska ge samtycke. Vi hittar heller ingenstans att det ska vara möjligt att ge fullmakt åt flera personer, något som Regionen anser kan behövas.

Region Jämtland Härjedalens bedömning är att det finns behov av att förenkla för den många gånger äldre person som kan vilja ge fullmakt till fler anhöriga när blanketten ändå fylls i. En annan situation kan vara att en patient insett behovet av en fullmakt precis innan en operation och att då avkräva samtycke av fullmaktstagaren komplicerar processen avsevärt för en utsatt patient. Om man ser ett integritetsproblem i att en fullmaktstagare ovetandes hamnar i ett register bör

detta istället lösas med att denne får ett meddelande om detta och har chansen att avregistrera sig.

9.7 Synpunkter relaterat till rättsliga grunder för behandling av personuppgifter i registret

Särskilt om omvandling av elektroniska recept

Region Jämtland Härjedalen ser positivt på att i lagstiftningen begränsa möjligheten till att utplåna ordinationen i registret även om patienten väljer att ta ut receptet i pappersform.

9.8 Synpunkter relaterade till integritetshöjande åtgärder

Spärrning av uppgifter

Promemorians förslag är att spärrning av uppgifter skall kunna göras på apotek, hos sjukvården eller direkt till e-Hälsomyndigheten bland annat via deras hemsida enligt förslaget.

Region Jämtland Härjedalen har respekt för den svåra juridiska balansgången med avseende på tillgång till uppgifter i den nationella läkemedelslistan och den personliga integriteten men ställer sig tveksam till att uppgifter överhuvudtaget skall kunna spärras utan en fysisk kontakt med vården eller apotek. Det är viktigt att spärrning sker först efter att patienten har gjorts medveten om vilka konsekvenser detta kan få för dennes vård när vårdgivare och/eller apotek inte får full tillgång till nödvändiga uppgifter. Ur patientsäkerhetsskäl är systemet i Danmark tilltalande där patienten kan privatmarkera uppgifter, men att de ändå beaktas i beslutsstödsystemen. Detta är ett starkt stöd för att i dialogen med berörd patient få tillgång till spärrade uppgifter. För akuta fall där det kan föreligga hot skulle en kortare spärr kunna läggas men som behöver bekräftas vid en fysisk kontakt inom en viss tid.

Regionen ser det som viktigt att inte enbart e-hälsomyndigheten och dess hemsida är informationskanal kring spärrning. Motsvarande information och möjlighet behöver finnas via 1177/Vårdguiden som annars är den primära kontaktytan för vårdrelaterade ärenden.

9.12 Synpunkter relaterade till bevarandetid och gallring

Region Jämtland Härjedalen anser att den bevarandetid om fem år som föreslås är en alltför kort tid. Historiskt sett har de elektroniska journalsystem som använts haft en hållbarhet på ca 10 år och vid byte av journalsystem samt uppgradering av

journalssystem kan ofta hela läkemedelslistan behöva göras om varför läkemedelshistoriken i journalssystemen vare sig är eller kommer kunna vara tillförlitlig. Därför bör bevarandetiden vara längre och mer i linje med journalernas bevarandetid och en bevarandetid på minst tio år med full information är eftersträvansvärd.

10 Synpunkter relaterade till utvecklingen av den nationella läkemedelslistan framöver

Region Jämtland Härjedalen ställer sig bakom utgångspunkten att elektronisk förskrivning ska vara förstahandsval. I remissen föreslås att alla som bedriver verksamhet inom hälso- och sjukvård skall vara anslutna till ett elektroniskt förskrivningssystem kopplat till Nationella läkemedelslistan. Pappersrecept kommer dock även fortsättningsvis behövas som reservrutin vid driftstopp.

Rekvisitionsläkemedel

Flera argument som används *för* en nationell läkemedelslista i promemorian faller i och med att rekvisitionsläkemedel inte bokförs. Många utprovningar och förändringar av läkemedel görs ineliggande, inte minst inom psykiatri. Med en avsaknad av rekvisitionsläkemedel kommer också denna viktiga historik att saknas.

Alla läkemedel som hanteras i öppenvård, även de som tas hem till mottagning på rekvisition och delas/administreras till patient behöver bli rapporterade till Nationell läkemedelslista. Detta då det kan vara synnerligen potenta läkemedel som är viktiga att känna till vid ordination och expediering. Regionen anser att man å det snaraste börjar utveckla teknik för att kunna föra in även rekvisitionsläkemedel.

Övrigt

Vaccinationer

Uppgifter om givna vaccinationer är angeläget att samla på ett ställe. Idag finns uppgifter om vaccinationer i två register; Svevac och Nationella vaccinationsregistret. Om det var möjligt att inkludera uppgifter om vaccinationer i Nationell läkemedelslista torde detta vara kostnadseffektivt, dock förutsätter det livslångt bevarande om nytta skall kunna uppnås.

Informationsutbyte mellan olika vårdgivare samt patient och vårdgivare

Sist i avsnitt 5.2.1 konstateras att sjuksköterskor som finns närmast patienten har störst chans att fånga upp kommentarer om dennes läkemedelsanvändning. Däremot saknas uppgift om hur den informationen ska användas i relation till läkemedelsregistret. Den faktiska användningen av ett läkemedel är viktig information och något som på sikt bör ingå i ett heltäckande läkemedelsregister.

En central uppgift vid bedömning av patientens läkemedelsbehandling är patientens egen redogörelse för hur hen tar sina mediciner. Om patienten via exempelvis 1177.se kunde föra in doseringar som avviker mot det ordinerade i Nationell läkemedelslista eller markera ordinationer hen inte tar, skulle det kunna effektivisera besöken, förbättra patientens delaktighet i vården samt utnyttja i ett bra mycket mer patientsäkert system. Det kan finnas behov av att även expedierande personal på apotek kan hjälpa patienten med detta.

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Ann-Marie Johansson (S)
Regionstyrelsens ordförande

Ingela Jönsson
Tf Regiondirektör



Socialdepartementet

Ds 2016:44 Nationell läkemedelslista

Remissinstanser

- 1 Riksdagens ombudsmän (JO)
- 2 Riksrevisionen
- 3 Justitiekanslern (JK)
- 4 Förvaltningsrätten i Stockholm
- 5 Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB)
- 6 Datainspektionen
- 7 Kommerskollegium
- 8 Försäkringskassan
- 9 Socialstyrelsen
- 10 Inspektionen för vård och omsorg (IVO)
- 11 Läkemedelsverket
- 12 Folkhälsomyndigheten
- 13 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys
- 14 Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU)
- 15 Statens institutionsstyrelse (SiS)
- 16 Myndigheten för delaktighet
- 17 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV)
- 18 Inspektionen för socialförsäkringen
- 19 E-hälsomyndigheten
- 20 Statens medicinsk-etiska råd (SMER)

- 21 Ekonomistyrningsverket (ESV)
- 22 Vetenskapsrådet
- 23 Karolinska Institutet
- 24 Uppsala universitet
- 25 Örebro universitet
- 26 Linköpings universitet
- 27 Lunds universitet
- 28 Linnéuniversitet
- 29 Göteborgs universitet
- 30 Umeå universitet
- 31 Konkurrensverket
- 32 Verket för innovationssystem (Vinnova)
- 33 Regelrådet
- 34 Riksarkivet
- 35 Bengtsfors kommun
- 36 Dorotea kommun
- 37 Fagersta kommun
- 38 Falu kommun
- 39 Gnosjö kommun
- 40 Gotlands kommun
- 41 Gällivare kommun
- 42 Göteborgs kommun
- 43 Halmstads kommun
- 44 Huddinge kommun
- 45 Kalmar kommun
- 46 Linköpings kommun
- 47 Malmö kommun
- 48 Mora kommun
- 49 Motala kommun
- 50 Munkfors kommun

- 51 Norrköpings kommun
- 52 Norrtälje kommun
- 53 Ronneby kommun
- 54 Sandvikens kommun
- 55 Skara kommun
- 56 Staffanstorp kommun
- 57 Stockholms kommun
- 58 Sundsvalls kommun
- 59 Sunne kommun
- 60 Sävsjö kommun
- 61 Torsby kommun
- 62 Uppsala kommun
- 63 Vimmerby kommun
- 64 Vingåkers kommun
- 65 Västerås kommun
- 66 Växjö kommun
- 67 Åre kommun
- 68 Örebro kommun
- 69 Östersunds kommun
- 70 Stockholms läns landsting
- 71 Uppsala läns landsting
- 72 Södermanlands läns landsting
- 73 Östergötlands läns landsting
- 74 Jönköpings läns landsting
- 75 Kronobergs läns landsting
- 76 Kalmar läns landsting
- 77 Blekinge läns landsting
- 78 Skåne läns landsting
- 79 Hallands läns landsting
- 80 Västra Götalands läns landsting

- 81 Värmlands läns landsting
- 82 Örebro läns landsting
- 83 Västmanlands läns landsting
- 84 Dalarnas läns landsting
- 85 Gävleborgs läns landsting
- 86 Västernorrlands läns landsting
- 87 Jämtlands läns landsting
- 88 Västerbottens läns landsting
- 89 Norrbottens läns landsting
- 90 Akademikerförbundet SSR
- 91 Apotekarsocieteten (APS)
- 92 Distriktssköterskeföreningen
- 93 Föreningen Sveriges socialchefer
- 94 Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter
- 95 Fysioterapeuterna
- 96 Kommunal
- 97 Privattandläkarna
- 98 Svensk Sjuksköterskeförening (SSF)
- 99 Svenska Läkaresällskapet
- 100 Sveriges Farmaceuter
- 101 Sveriges läkarförbund
- 102 Sveriges Psykologförbund
- 103 Tjänstetandläkarna
- 104 VISION
- 105 Vårdförbundet
- 106 Astma och Allergiförbundet
- 107 Handikappförbunden
- 108 Lika unika
- 109 Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH)
- 110 Pensionärernas Riksorganisation(PRO)

- 111 Reumatikerförbundet
- 112 Riksförbundet HjärtLung
- 113 Svenska Diabetesförbundet
- 114 Aleris
- 115 Apoteket AB
- 116 Capio
- 117 FAMNA
- 118 Inera AB
- 119 IT & Telekomföretagen
- 120 Kronans Droghandel Apotek AB
- 121 Läkemedelsindustriföreningen (LIF)
- 122 Praktikertjänst
- 123 Stiftelsen Nätverk för läkemedelsepidemiologi (NEPI)
- 124 Sveriges Advokatsamfund
- 125 Sveriges Apoteksförening
- 126 Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)
- 127 Sveriges Pensionärsförbund (SPF)
- 128 Swedish Medtech
- 129 Swedish Standards Institute (SIS)
- 130 Vårdföretagarna

Remissvaren ska ha kommit in till Socialdepartementet senast torsdagen den 13 april 2017. Vi vill att ni endast skickar dem i elektronisk form och då både i wordformat och pdf-format. Remissvaren ska skickas till följande e-postadresser: s.registrator@regeringskansliet.se samt s.fs@regeringskansliet.se

I remissvaren ska Socialdepartementets diarienummer S2017/00117/FS anges.

Frågor under remisstiden besvaras av Maarten Sengers, telefon 08-405 39 99 eller maarten.sengers@regeringskansliet.se.

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

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

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



Torkel Nyman
Departementsråd

Kopia till

Wolters Kluwers kundservice, 106 47 Stockholm

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

2017-03-02

RS/111/2017

Sammanfattning av remiss Ds 2016:44 Nationell läkemedelslista

[Remiss Ds 2016:44 Nationell Läkemedelslista](#)

I promemorian lämnas förslag till en ny lag, lagen om nationell läkemedelslista. Den nya lagen föreslås ersätta lagen (1996:1156) om receptregister och lagen (2005:258) om läkemedelsförteckning. Förslag lämnas också till en ny förordning om nationell läkemedelslista som ska ersätta förordningen (2009:625) om receptregister och förordningen (2009:626) om läkemedelsförteckning. Därutöver föreslås även följdändringar i andra författningar.

Utgångspunkten för förslaget är att förbättra patientsäkerheten.

I dag finns uppgifter om patientens läkemedelsbehandling uppdelade i flera olika källor, t.ex. patientjournalen, receptregistret och läkemedelsförteckningen. Förutsättningarna för åtkomst till dessa källor varierar dock för patienter och för hälso- och sjukvårdspersonal.

Ett annat problem är att inte någon av källorna innehåller information som är fullständig och korrekt för samtliga patienter. Detta innebär att det är svårt att få en helhetsbild av patientens aktuella läkemedelsbehandling och att det kan uppstå patientsäkerhetsrisker i läkemedelsprocessens olika steg. Förslaget i denna promemoria syftar därför till att tillgodose patientens och hälso- och sjukvårdspersonalens behov av information om en patients läkemedelsbehandling och samtidigt tillgodose det behov av integritetsskydd som patienten har.

Det övergripande målet med en nationell läkemedelslista är att skapa en samlad bild av en patients läkemedelsbehandling, oavsett var i landet patienten har ordinerats eller hämtat ut sina läkemedel. Det nya registret föreslås vara en del av en mer omfattande förändring i ordinationsprocessen som ska bidra till att dels öka patientsäkerheten, dels effektivisera arbetsmoment i samband med ordination och förskrivning av läkemedel.

Förslaget på en ny utformning av ordinationsprocessen stöds av de krav som Socialstyrelsen ställer på dokumentation av läkemedelsordinationer. Det syftar bl.a. till att underlaget för expediering av receptförskrivna läkemedel (recept) ska vara kopplat till den läkemedelsordination som ligger till grund för förskrivningen. Idag existerar inte en sådan

koppling, vilket gör att patienten riskerar att få inaktuella recept expedierade. En förutsättning för att ovan nämnda förändring i ordinationsprocessen ska kunna realiserar är att dokumentation av en läkemedelsordination bygger på strukturerade och standardiserade uppgifter samt att informationsöverföringen till och från det nya registret sker enligt nya principer.

Den nationella läkemedelslistan föreslås i ett första steg få innehålla information om förskrivna läkemedel och läkemedelsnära varor. Informationen inkluderar både förskrivna och uthämtade varor. Det handlar till stor del om uppgifter som redan idag måste finnas för att en förskrivning ska vara giltig samt uppgifter som måste dokumenteras i samband med expediering av läkemedel på öppenvårdsapotek. För en god och säker patientvård är det av vikt att registret är fullständigt och korrekt. Samtliga förskrivna läkemedel ska således registreras i den nationella läkemedelslistan. Registrering av uppgifter i det nya registret kommer i regel inte att kräva patientens samtycke då behandlingen är nödvändig för att bl.a. tillgodose ett allmänt intresse.

I det nya registret föreslås att tre nya uppgifter ska läggas till: den aktiva substans som ingår i det ordinerade läkemedlet, ordinationsorsak och senaste datum för uppföljning eller utsättning av läkemedelsordinationen. Dessa uppgifter bedöms bidra till ökad patientsäkerhet om de är åtkomliga för patienten själv och för hälso- och sjukvårdspersonal som är involverad i patientens vård. Även uppgifter om fullmakt ska få ingå i registret.

Ett antal utpekade vårdpersonalskategorier, apotekspersonal och patienten själv samt av patienten utsedd ombud ska kunna få åtkomst till uppgifter i registret. I likhet med vad som i dag gäller för receptregistret ska uppgifter i det nya registret tillgängliggöras för ekonomisk uppföljning och framställning av statistik hos E-hälsomyndigheten samt lämnas ut till landstingen och myndigheter för redovisningsändamål. I jämförelse med vad som i dag gäller för receptregistret och läkemedelsförteckningen, utvidgas och förtydligas möjligheten för utpekade hälso- och sjukvårds- samt öppen vårdaktörer och patienten själv att få direktåtkomst till uppgifter i det nya registret för vissa angivna ändamål.

Direktåtkomst till uppgifter i registret ska i vissa fall kräva patientens samtycke. För akuta nödsituationer och om patienten inte endast tillfälligt är beslutsförmögen får åtkomst även ges utan patientens samtycke. Likt nuvarande ordning i receptregistret krävs inte patientens samtycke för öppenvårdsapotekens behov av uppgifter för expediering av läkemedel. I det nya registret ska inte patientens samtycke krävas för att förskrivare eller sjuksköterska utan behörighet att förskriva läkemedel ska få direktåtkomst till uppgift om att en patient har fått förskrivit narkotiska läkemedel. I registret införs också en möjlighet att kunna spärra uppgifter.

De ändamål som idag gäller för receptregistret och läkemedelsförteckningen kommer i allt väsentligt att gälla för det nya registret. Det införs två nya behandlingsändamål i det nya registret: registrering och administrering av uppgifter om fullmakter samt genomförande av en läkemedelsgenomgång.

En bevarandetid på fem år föreslås gälla för personuppgifter i den nationella läkemedelslistan. Bevarandetiden ska räknas från det att en giltig förskrivning kommer in i registret. Samtliga de uppgifter om ordinationer, förskrivningar och expedieringar som hör

till en förskrivning ska följa förskrivningens bevarandetid. Uppgift om samtycke som avser dosdispenserade läkemedel ska inte tas bort så länge som uppgiften behöver bevaras för ändamålet registrering av vissa uppgifter om ordinationer och förskrivningar till en patient med dosdispenserade läkemedel.

Personuppgiftsansvarig för den nationella läkemedelslistan föreslås vara E hälsomyndigheten. Enligt den s.k. ansvarsskyldigheten ska den aktör som är personuppgiftsansvarig ansvara för och kunna visa att de grundläggande principerna för behandling av personuppgifter som bl.a. avser laglighet, korrekthet och öppenhet, ändamålsbegränsning samt uppgiftsminimering efterlevs. Det är således E-hälsomyndigheten som är ytterst ansvarig för att behandling av personuppgifterna i det nya registret sker i enlighet med gällande regelverk.

Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG, dataskyddsförordningen, kommer den 25 maj 2018 att gälla direkt som lag och kommer att innebära att bl.a. den svenska personuppgiftslagen upphävs. De bestämmelser i dataskyddsförordningen som i första hand bedöms vara relevanta för de förslag som lämnas omnämns särskilt i promemorian.

I dagens läge bedöms det inte finnas förutsättningar för att föra in uppgifter om läkemedel som hälso- och sjukvården tillhandahåller (s.k. rekvisitionsläkemedel) samt vissa andra uppgifter med relevans för patientens läkemedelsbehandling i den nationella läkemedelslistan. Skälet är att detta än så länge inte kan göras på ett sätt som gör att informationen kan betraktas som helt korrekt och fullständig. Även om det finns stora fördelar med att all information om en patients läkemedelsbehandling blir tillgänglig i ett och samma gränssnitt behöver aggregering av information om patientens läkemedelsbehandling inte endast ske genom en vidareutveckling av den nationella läkemedelslistan. Sammanhållen journalföring kommer att kvarstå som ett viktigt komplement för att samla information om en patients ordinerade läkemedel.



12

Uppföljning av beslut om samlad jour- och
beredskapsorganisation för Berg, Bräcke,
Ragunda, Krokoms och Östersund

RS/454/2016

2017-03-16

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

RS/454/2016

Uppföljning av beslut om samlad jour- och beredskapsorganisation för Berg, Bräcke, Ragunda, Krokomb och Östersund

Ärendebeskrivning

Vid sitt sammanträde den 22-23 mars 2016, § 74 tog regionstyrelsen ett inriktningsbeslut om samlad jour- och beredskapsorganisation för Berg, Bräcke, Ragunda, Krokomb och Östersund och att en utvärdering skulle göras 6 månader efter införande och redovisas i regionstyrelsen. En första uppföljning om hur förändringen av jour- och beredskapsorganisationen har fungerat har nu gjorts tillsammans med kommunerna. En fullständig utvärdering kommer att redovisas senare under året.

Den nya organisationen har i stort sett fungerat bra men en del administrativa och tekniska problem har lyfts fram. Den regiondrivna primärvården ser svårigheter med bemanning av fasta läkare.

Regiondirektörens förslag

Uppföljning av beslut om samlad jour- och beredskapsorganisation för Berg, Bräcke, Ragunda, Krokomb och Östersund godkänns.

I tjänsten

Ingela Jönsson
Tf regiondirektör

Anna Granevärn
Chef Område Primärvård

Utdrag till

Chef Område Primärvård

Minnesanteckning från uppföljning jour – och beredskapsorganisation Berg/Bräcke/Krokom/Ragunda/Östersund s NVO 2017-02-27

Närvarande: Regiondriven PV; Anna Granevärn, Tomas Karlsson, Sofie Speles, Ulla Britt Barcheus-Olofsson, Elisabeth Sundeqvist, Mattias Svensson, 1177; Lena Runius, Monika Söder, Birgitta Sellman, Privat vårdgivare: Robert Björngård, Östersund kommun; Lena Fredriksson, Ragunda kommun; Elsy Bäckström, Bergs Kommun, Bräcke kommun
Saknades representant från akuten.

Kommunerna:

I stort fungerat bra/mycket bra.

Bra

- Har ingen betydelse att det är olika läkare
- Mycket bra att det är erfarna ”egna” läkare som har beredskap
- Mycket bra med ett telefonnummer
- Använda Skype/Facetime/bilder mycket bra

Kan bli bättre

- Problem med telefonerna från början– ingen svarade, måste söka läkare via växeln etc. mycket bättre nu efter några månader, men fortfarande missar.
- Begäran om provtagning från läkarna under beredskap, vetskap om vilka rutiner/provtagningsmöjligheter är olika hos läkarna, dsk i kommunen saknar utrustning för analys av en del prover. Olika i områdena.
- Olika läkemedelslistor finns ute i kommunerna, önskemål om generell lista för alla kommuner. Uppdaterad lista (januari 2017) ska finnas gällande generella ordinationer för kommunerna.
- Fråga från samtliga – läkarna frågar inte efter personnummer, hur sker dokumentationen?
- Viktigt att allt är klart under dagtid vardagar och inför helger mellan primärvård och kommunerna. T.ex. delegationer, läkemedel etc.

Primärvård/1177

- Många sökningar till läkare under beredskap från 1177, ingen skillnad från tidigare. Tillgängligheten till 1177 sjunker tydligt i början av beredskapspass, ingen skillnad från tidigare.
- Svårigheter att bemanna alla pass, primärvårdsjour/beredskapspass/lokal helgberedskap med fasta läkare.

- Beredskapsdatorena har inte fungerat tillfredsställande, test av omprogrammering planeras.
- Telefonproblem i starten men bättre nu
- Långa resor vid vårdintyg

Samtliga

- Fortsätta att kvalitetssäkra sökvägar och teknik.
- Fortsätta med att förbättra jour- och beredskapsorganisationen både i egen verksamhet och i samverkan.

Övrigt:

- Dokumentation av besök på primärvårdsjour, ta beslut om hur det ska ske. Hälsorum Offerdal har testat med att dokumentera där patient är listad. Samma arbetsätt som vid besök på primärvårdsjouren.
- Fortsatt dialog i primärvården kring organisation av jour- och beredskap Berg/Bräcke/Krokom/Ragunda/Östersunds NVO.
- Fortsatt dialog kring ersättningar och bemanning av arbetspassen.

Vid pennan Margaretha Nilsson

Regionstyrelsen

§ 74 Primärvårdens beredskap (RS/454/2016)

Ärendebeskrivning

Inom primärvården bedrivs idag jour och beredskap med olika upplägg. Sammantaget finns 7 olika jour och beredskapsområden. Under vissa delar av dygnet, framförallt nattetid, sker på flera håll få kontakter med läkare. Syftet med denna förändring är att förlägga så mycket som möjligt av läkarnas arbetstid till vardagar. Ett krav är att effektivisera jour och beredskapen i primärvården utan att äventyra patientsäkerheten.

Målet med utredningens förslag är

- En verksamhet där befolkningens akuta vårdbehov tas om hand på ett kompetent och kostnadseffektivt sätt.
- Ökad tillgänglighet i form av fler läkartimmar under vardagar,
- Bättre arbetsmiljö genom att undvika nattarbete och ensamarbete för distriktsläkarna och minimera telefonstörningar under pågående patientarbete.
- Om möjligt använda ny teknik och samarbeta med andra vårdgivare.
- Sänkta kostnader i primärvården

Nuvarande beredskapsorganisation grundades ett flertal decennier tillbaka och har inte förändrats påtagligt efter detta. Det är dock mycket annat som förändrats som bör beaktas när beredskap i länet analyseras:

- Demografin har förändrats, med minskad befolkning i vissa områden och ökad befolkning i andra områden
- Ambulansverksamheten har förändrats de senaste åren med en högre kompetens i besättningen (alltid sjuksköterska med i ambulansen) men också med att ambulansen vårdar patienterna mer för att sedan antingen skjutsa dem till akutmottagningen eller ev. kunna lämna dem hemma dvs hänvisa till annan vårdnivå. Ett flertal vårdprocesser (ex. höftprojektet och ”hjärnvägen”) har i sin process att patienten så snabbt som möjligt skall in till sjukhus utan att primärvården blir inblandad.

Förslaget innebär att Härjedalen, Åre och Strömsund fortsätter vara egna beredskapsområden, dvs verksamheten där påverkas inte av dessa förändringar.

Förslaget betyder att Berg, Bräcke, Ragunda, Krokomb och Östersund blir ett jour- och beredskapsområde, med en jourläkare på akutmottagningen och en beredskapsläkare för telefonsamtal mm och möjlighet till bokade läkarbesök under helger på Hälsocentralerna.

Nuvarande beredskapsorganisation i dessa fem kommuner kostade 2015 ca 13,6 miljoner kronor. Förslagets organisation beräknas kosta ca 7 mkr, dvs en kostnadsminskning på 6-6,5 mkr.

Beslutsunderlag

Justerandes sign			Utdragsbestyrkande
		184	

Regionstyrelsen
2016-03-22--23

Utredning av primärvården jour- och beredskapsorganisation

Regiondirektörens förslag

1. Förslaget till samlad jour- och beredskapsorganisation för Berg, Bräcke, Ragunda, Krokom och Östersund godkänns, med start 2016-05-01.
2. Utvärdering ska göras efter 6 månader och redovisas i Regionstyrelsen.

Inför behandlingen av ärendet har beslutsunderlagen kompletterats med en risk- och konsekvensanalys och en reviderad version av utredningen.

Yrkanden

Ann-Marie Johansson (S) yrkar följande ändring i regiondirektörens förslag:

1. *Inriktningsbeslut om samlad jour- och beredskapsorganisation för ...* godkänns.
2. Utvärdering ska göras *6 månader efter införande* och redovisas i regionstyrelsen.

Elin Lemon (C) yrkar följande:

”Centerpartiet anser att det finns brister i det underlag som presenteras för regionstyrelsen. Den statistik som redovisas är otillräcklig och omvärldsanalysen är snäv.

Dialogen mellan regionen och kommunerna är otillräcklig i ärendet. Den dialogen är av allra största vikt för att beslutet ska vara väl förankrat. Regionala samverkansrådet är det organ som ska användas för förankring och dialog mellan kommunerna och regionen.

Centerpartiet yrkar att ärendet lämnas till regionala samverkansrådet för yttrande innan beslut av regionstyrelsen.”

Monalisa Norrmann (V) yrkar följande:

”Att primärvårdens ledning förstärks med en 100 % tjänst med uppdrag att samordna och leda förändrings och utvecklingsarbetet. Finansiering bör kunna sökas inom professionsmiljarden.”

Anders Frimert (S) yrkar avslag på Elin Lemons och Monalisa Norrmans yrkanden.

Anna Hildebrand (MP) yrkar bifall till Monalisa Norrmans yrkande.

Susanné Wallner (M) yrkar bifall till Ann-Marie Johanssons yrkande och avslag på Monalisa Norrmans yrkande.

Proposition

Ordföranden ställer proposition på Elin Lemons yrkande om att skicka ärendet på remiss till regionens samverkansråd eller om ärendet ska avgöras idag och finner att ärendet ska avgöras idag.

Ordföranden ställer proposition på regiondirektörens förslag och sitt eget yrkande och finner sitt eget yrkande antaget.

Ordföranden ställer proposition på Monalisa Norrmans yrkande och finner det avslaget.

REGIONSTYRELSENS BESLUT

Justerandes sign			Utdragsbestyrkande
		185	

Regionstyrelsen
2016-03-22--23

1. Inriktningsbeslut om samlad jour- och beredskapsorganisation för Berg, Bräcke, Ragunda, Krokom och Östersund godkänns.
2. Utvärdering ska göras 6 månader efter införande och redovisas i regionstyrelsen.

Reservationer

Elin Lemon (C) och Eva Hellstrand (C) reserverar sig till förmån för Elin Lemons yrkande.

Monalisa Norrman (V) och Anna Hildebrand (MP) reserverar sig till förmån för Monalisa Norrmans yrkande.

Utdrag till

Områdeschef Primärvården
Planeringschef

Justerandes sign			Utdragsbestyrkande
		186	



13

Ändring av regionstyrelsens beslut 2016-
03-23, § 57 punkt 2 om återgång till
antalet utförda timmar 2013

RS/583/2017

2017-03-13

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

RS/583/2017

Ändring av regionstyrelsens beslut 2016-03-23, § 57 punkt 2 om återgång till antalet utförda timmar 2013

Ärendebeskrivning

Vid regionstyrelsens sammanträde 2016-03-22--23 § 57 beslutades i anslutning till månadsrapport februari om ytterligare resultatförbättrande åtgärder. En av dessa åtgärder var att antal utförda timmar under 2016 skulle återgå till 2013 års nivå, vilket motsvarade en minskning med cirka 140 årsarbetare.

Efter ett års arbete med åtgärder och förberedelser för verkställande av beslutet kan konstateras att för ett genomförande krävs så stora ingrepp i verksamheten att dessa kan riskera patientsäkerheten. Verksamheten har förändrats under åren med bl a introduktion av nya behandlingsmetoder och införandet av helt ny verksamhet (ex PCI).

Parallellt till detta har under de två senaste åren kostnaderna för köp från bemanningsföretag ökat från ca 84 mkr 2014 till ca 175 mkr 2016, d v s en ökning med > 100 %. För att regionen ska lyckas nå en ekonomi i balans är det därför blivit helt avgörande att kostnaderna för bemanningsföretag snabbt minskas. Enligt det nationella projektet som drivs av SKL är det långsiktiga nationella målet att landstingen/regionerna skall vara oberoende av bemanningsföretag 2019. Inom regionen har det lokala arbetet startat. Fokus 2017 är att kraftigt reducera kostnaderna för köp av distriktsläkare och allmän sjuksköterskor. För att nå slutmålet 2019 är det därför nödvändigt att ange ett tydligt etappmål 2017 innebärande en återgång till 2015 års kostnad för köp från bemanningsföretag. Målet innebär en kostnadsreducering om 49 mkr.

Sammantaget är därför bedömningen att beslutet om återgång till antal arbetade timmar 2013 inte är lämplig. Ett mer dynamiskt och hanterbart uppdrag är därför att beslutet korrigeras till att motsvara ett tydligt ekonomiskt beting. Beslutet innebar ursprungligen 140 årsarbetare, vilket motsvarar ca 70 mkr.

Regiondirektörens förslag

1. Regionstyrelsens beslut 2016-03-22--23 § 57, punkt 2 om att antal utförda timmar under 2016 ska återgå till 2013 års nivå, vilket motsvarar en minskning med cirka 140 årsarbetare skall ändras till att innebära ett ekonomiskt mål om att reducera kostnaderna med 70 miljoner kronor.
2. En central åtgärd för att nå detta är att regionens kostnader för bemanningsföretag kraftigt reduceras.
3. Som etappmål fastställs därför att regionens kostnader för köp från bemanningsföretag under 2017 ska reduceras minst till samma nivå som 2015, d.v.s. en kostnadsminskning om 49 mkr.
4. Lägesrapportering skall kontinuerligt ske till regionstyrelsen i samband med regiondirektörens rapport.

I tjänsten

Ingela Jönsson
Tf Regiondirektör

Bo Carlbark
Ekonomidirektör

Utdrag till

Ekonomidirektör



14

Lönesatsning – Minska beroendet av
bemanningsföretag

RS/701/2017

2017-03-20

Ledningsstab personal
Annika Sörensdotter
Tfn: 063-147508
E-post: annica.sorensdotter@jll.se

RS/701/2017

Lönesatsning – Minska beroendet av bemanningsföretag

Ärendebeskrivning

Som ett led i att minska beroendet av bemanningsföretag föreslås ytterligare lönesatsningar för sjuksköterskor, barnmorskor, biomedicinska analytiker och röntgensjuksköterskor (nedan benämnda som medarbetare) utöver löneöversyn 2017. Satsningen motsvarar 10 miljoner kronor i årskostnad.

Bakgrund

Löneöversyn 2017 har ett beräknat löneutrymme på 3,8 % för berörda medarbetare. Med detta beslut tillförs ytterligare 1,6 %, vilket ger en total löneutveckling med 5,4 % för gruppen under 2017.

Inriktning

Fördelningen av medlen ska ske till trogna medarbetare med hög kompetens. Satsningen ska i första hand gå till berörda medarbetare i dygnet runt verksamhet och till specialistutbildade sjuksköterskor.

För de medarbetare som får ta del av satsningen ska ny lön betalas ut from 1 oktober 2017.

Regiondirektörens förslag

1. Ytterligare löneökningar motsvarande 10 miljoner kronor (årskostnad) utöver löneöversyn 2017 ska göras inom grupperna sjuksköterskor, barnmorskor, biomedicinska analytiker och röntgensjuksköterskor.
2. För de medarbetare som får ta del av satsningen ska ny lön betalas ut from 1 oktober 2017.
3. Regiondirektören får i uppdrag att besluta om fördelning av medlen.

I tjänsten

Ingela Jönsson
Tf Regiondirektör

Annica Sörensdotter
Personaldirektör

Utdrag till

Annica Sörensdotter



Lönesatsning för att minska beroendet av bemanningsföretag

Som ett led i att minska beroendet av bemanningsföretag föreslås ytterligare lönesatsningar för sjuksköterskor, barnmorskor, biomedicinska analytiker och röntgensjuksköterskor (nedan benämnda som medarbetare) utöver löneöversyn 2017. Satsningen motsvarar 10 miljoner kronor i årskostnad.

Bakgrund

Löneöversyn 2017 har ett beräknat löneutrymme på 3,8 % för berörda medarbetare. Med detta beslut tillförs ytterligare 1,6 %, vilket ger en total löneutveckling med 5,4 % för gruppen under 2017. I kronor räknat ger det en total lönesatsning som motsvarar kostnad på 33 miljoner kronor.

Inriktning

Fördelningen av medlen ska ske till trogna medarbetare med hög kompetens. Satsningen ska i första hand gå till berörda medarbetare i dygnet runt verksamhet och till specialistutbildade sjuksköterskor.

Kopplingen till karriärvägar ska vara vägledande i lönesatsningen. Bedömning av hög kompetens ska ske genom verksamhetsanpassade karriärvägar.

Regiondirektören föreslås få i uppdrag att besluta om fördelning av medlen. Regiondirektören kan vidaredelegera beslut om fördelningen till hälso- och sjukvårdsdirektören. Det finns ingen garanti för utfall, varken för område, enhet eller individ.

För de medarbetare som får ta del av satsningen ska ny lön betalas ut from 1 oktober 2017.

Tidplan/aktiviteter.

Under april kommer områdeschefer att tilldelas medel att fördela inom respektive område.

- Senast **15 juni** ska berörda områdeschefer återrapportera förslag till nya löner för godkännande till hälso- och sjukvårdsdirektör
- Senast **30 juni** ska eventuella ändringar vara genomförda och beslutsunderlag skickas till hälso- och sjukvårdsdirektör för fastställande
- Senast **15 september** ska besked om ny lön lämnas till berörda medarbetare
- Senast **30 september** ska lönematerial vara lönekontoret till handa
- Ny lön betalas ut från och med oktober 2017



15

Uppdrag till regiondirektören om
resultatförbättrande åtgärder 2018-2020

RS/582/2017



2017-03-15

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

RS/582/2017

Uppdrag till regiondirektören om resultatförbättrande åtgärder 2018-2020

Ärendebeskrivning

Den svenska ekonomin har varit inne i en lång obruten produktionsstillväxt, som inleddes efter finanskrisens dagar 2009. Denna period bedöms nu försvagas och den svenska ekonomin går därmed in i ett mer normaliserat konjunkturläge. Det innebär att skatteunderlaget från 2018 men framför allt från 2019 och framåt gradvis kommer försvagas.

Denna situation får till följd att regionens redan hårt ansträngda ekonomi blir än mer utsatt. Hittills beslutade resultatförbättrande åtgärder kommer därför inte att räcka till för att nå en långsiktig stabil ekonomi. Bedömningen är baserat på SKL: s senaste skatteunderlagsprognos (febr 2017) att regionen står inför betydande underskott redan inför 2019. I detta har då beaktat full effekt av hittills beslutade åtgärder.

Det är därför helt avgörande och nödvändigt för regionens ekonomi att skyndsamt inleda arbete med att utreda och värdera nya möjliga resultatförbättrande områden.

Vid regionstyrelsens sammanträde 2017-03-01 presenterade regiondirektören därför följande nya tänkbara områden.

1. Utreda förutsättningarna till ökad samverkan med länets kommuner inom områdena administration (ffa transaktionstunga funktioner) och olika tekniska servicefunktioner, såsom hjälpmedelscentral, centralförråd, transport, kostenheter (exkl. produktionskök) samt eventuellt ytterligare något teknisk serviceområde som under utredningen uppvisar bra förutsättningar att förändra driftsform. Beträffande de tekniska serviceverksamheterna ska även beakta möjlighet till drift i annan regi (s.k. outsourcing)
2. Fortsatt driva och framför allt intensifiera arbetet med att tillskapa samverkansmöjligheter inom den laboratoriemedicinska verksamheten med övriga landsting/regioner i norr. Detta kan ske såväl med samtliga som inledningsvis med ett landsting/region.

3. Nuvarande regelverk för primärvårdens hälsoval avseende konkurrensneutral verksamhet är i grunden från 2009. För att se över möjligheterna att ytterligare vässa hälsovalet skall nuvarande regelverk ses över. Översynen ska även omfatta ersättningssystemet.
4. Pågående förändringsarbete (OPUS 2020) inom kirurgi/ögon/öron initierat av den externa genomlysningen hösten 2016 skall kompletteras med en pilotstudie i att utforma produktionsuppdrag för verksamheten. Piloten skall genomföras 2018.
5. Sterilcentralen inom akutområdet står inför omfattande reinvesteringsbehov. Det är därför lämpligt att innan dessa investeringar genomförs utreda alternativa möjligheter. Finns förutsättningar att samverka med annan part, kan vissa gods steriliseras av annan part mm?
6. Inom flertalet medicinska servicefunktioner (lab, radiologi) tillämpas köp/sälj mellan utförare och beställare. Nuvarande modell har inte varit föremål för någon djupare utvärdering sedan införandet. För att ekonomiska styrmodeller ska ge god effekt är det viktigt att kontinuerligt utvärdera och komplettera dessa så att de inte övergår i en ren rutinbaserat hantering. Regionens internhandel bör därför bli föremål för en analys.
7. Många av regionens verksamheter har svårt att säkerställa en god kompetensförsörjning och blir till och från därmed sårbara för mindre störningar. Volymerna är även i vissa fall relativt små, vilket leder till dyr produktion med avsaknad av skalfördelar. Grannlandstingen brottas i mångt och mycket med samma problem. Det är därför återigen nödvändigt att utreda möjligheter och förutsättningar att kunna driva verksamhet gemensamt med annat landsting.

Regiondirektörens förslag

1. Regionstyrelsen beslutar att ge regiondirektören i uppdrag att genomföra nödvändiga utredningar enligt ovan och till styrelsen i maj återkomma med en detaljerad tidplan och uppdragsbeskrivning för varje enskilt utredningsområde.
2. De detaljerade uppdragsbeskrivningarna skall särskilt beakta regionens pågående arbete med att utnyttja ny teknik, digitalisering och distansoberoende lösningar och arbetsmetodiken Lean.

I tjänsten

Ingela Jönsson
Tf Regiondirektör

Bo Carlbark
Ekonomidirektör

Utdrag till

Ekonomidirektör



16

Uppstart av prehospitalt projekt

RS/514/2017

2017-02-28

FOUU avdelningen
Kerstin Norrbin
Tfn: 070-300 13 28
E-post: k_erstin.norrbin@regionjh.se

RS/514/2017

Uppstart av prehospitalt projekt

Ärendebeskrivning

Region Jämtland Härjedalen arbetar utifrån ett övergripande syfte att primärvården ska få en utökad roll i sjukvårdssystemet och att en större andel av sjukvården ska bedrivas där. Det nya arbets sättet inom primärvården ska dels ge förbättrad service till patienterna, och dels göra hälsocentralerna mer attraktiva som arbetsplats. För att ytterligare utveckla den nya strategin föreslås en översyn av dagens ambulansverksamhet för att identifiera hur en framtida prehospital organisation skulle kunna stärkas av ökad integrering i primärvård. Syftet är identifiera om en kraftsamling av resurser, utifrån patientens behov, kan öka tillgängligheten i regionen.

Ett proejktdirektiv har upprättats för projektet.

Föreslagen tidplan är 2017-04-01 – 2018-12-31

Regiondirektörens förslag

Förslag till uppdragsdirektiv för prehospital vård godkänns

Utdrag till

Ekonomidirektör och Hälso- och sjukvårdsdirektör

Region Jämtland Härjedalen

PROJEKT*i*L

***Projektdirektiv för Framtida
prehospital vård Region Jämtland
Härjedalen 2020-2030***

Innehåll

1	<u>Grundläggande information</u>	5
1.1	<u>Bakgrund</u>	5
1.2	<u>Idé</u>	6
1.3	<u>Syfte</u>	6
1.4	<u>Verksamhetsstrategi</u>	6
2	<u>Mål</u>	6
2.1	<u>Effektmål</u>	6
2.2	<u>Kostnads- och nyttoanalys</u>	6
2.3	<u>Projekt mål</u>	6
2.4	<u>Förväntat resultat av Etableringsfasen</u>	6
3	<u>Krav på projektet</u>	7
3.1	<u>Förutsättningar</u>	7
3.2	<u>Miljö</u>	7
3.3	<u>Avgränsningar</u>	7
3.4	<u>Kopplingar till andra projekt och verksamheter</u>	7
4	<u>Tidplan och aktiviteter</u>	8
5	<u>Projektbudget</u>	8
5.1	<u>Projektkostnader</u>	8
5.2	<u>Projektfinansiering</u>	8
6	<u>Övergripande risker</u>	9
7	<u>Överlämnande</u>	9
8	<u>Styrgrupp</u>	9
9	<u>Referenser och bilagor</u>	9

Dokumenthantering

Ansvar	Roll	Namn
Ägare		
Informerar		

Referenser

Ref	Dokument ID	Dokument
[1]		
[2]		
[3]		

Definitioner och förkortningar

Begrepp/förkortning	Förklaring

Revisionshantering

Version	Datum	Summering av förändringar i förhållande till föregående version	Ändringar markerade (j/n)

Projektnamn: Prehospital vård Region Jämtland Härjedalen
2020-2030

Projektägare/beställare:

Checklista inför beslut, BP1	JA	NEJ
Projektägare är utsedd (finansiär)	X	
Projektledare, Styrgrupp, Mottagare är utsedda och införstådda med åtagandet	X	
Resurserna för Etableringsfasen och projektet är säkrade		
Det förväntade resultatet för Etableringsfasen och projektet är dokumenterat och kopplat till verksamhetens mål och strategier		
Effektmålen är definierade för projektet		
Övergripande risker för projektets genomförande finns dokumenterade		
En ansvarig för diarieföring är utsedd och en akt är upprättad för projektet		

Kryssa i rutan för vilket alternativ som gäller;

JA NEJ Kommentar:

**Beslut att starta Initieringsfasen,
BP1
Beslut att bordlägga**

Datum och underskrift av projektägare/beställare

Namnförtydligande

Grundläggande information

Bakgrund

Region Jämtland Härjedalen arbetar utifrån ett övergripande syfte att primärvården ska få en utökad roll i sjukvårdssystemet och att en större andel av sjukvården ska bedrivas där. Det nya arbetssättet inom primärvården ska dels ge förbättrad service till patienterna, och dels göra hälsocentralerna mer attraktiva som arbetsplats. För att ytterligare utveckla den nya strategin föreslås en översyn av dagens ambulansverksamhet för att identifiera hur en framtida prehospital organisation skulle kunna stärkas av ökad integrering i primärvård och vice versa. Syftet är identifiera om en kraftsamling av resurser, utifrån patientens behov, kan öka tillgängligheten i regionen.

Ambulanssjukvården har en nyckelroll i framtidens hälso- och sjukvård då de har ett övergripande uppdrag om att utifrån patientens tillstånd identifiera rätt vårdnivå. Rekommendation om fortsatt egenvård, behandling i hemmet eller hänvisning till annan vårdnivå skulle kunna realiseras i högre utsträckning och med högre grad av patientsäkerhet med stöd av ett mer utvecklad och digitaliserat läkarstöd och standardiserade vårdkedjor.

Ett annat viktigt utvecklingsområde är det förebyggande arbetet. Den största vinsten, för både invånare och verksamhet är den sjukdom och olycka som inte uppstår. Ambulanssjukvården har historiskt inte arbetat med förebyggande i någon systematisk och organiserad form. Därför föreslås att i samband med denna översyn utreda möjligheten om ambulanssjukvården skulle kunna utgöra en resurs i det preventiva folkhälsoarbetet samtidigt som en hög beredskap upprätthålls. Det kan handla om utbildning i första hjälpen, ge ökad kunskap om sjukdoms- och skadetillstånd, information och undervisning om insatser som kan göras utifrån ett skadeförebyggande perspektiv, ex fallskador och våldsprevention etc.

Ett övergripande syfte för detta projekt är att utforma ett förslag till framtida uppdrag och organisation av:

- Prioritering och dirigering
- Ambulanssjukvård
- Sjuktransporter
- Primärvård
- Preventivt folkhälsoarbete

Projektet/arbetsgrupperna kommer genomföra SWOT- analyser som innebär att identifiera interna styrkor och svagheter samt externa hot och möjligheter, där slutsatserna sedan kommer att utgöra underlag för vidare planering och riskåtgärder. Konsekvensanalyser kopplas i sin tur till alternativa driftsformer. Inom ramen för uppdraget ingår också att inventera den geografiska placeringen av ambulanssjukvårdens resurser. Utredningen ska även kunna svara på hur organisationens uppdrag, utifrån invånarnas behov, matchar rätt kompetens med framtida uppdrag. Styrning, samordning och uppföljning av den prehospitala vården i regionen behöver stärkas för att skapa förutsättningar för effektivt resursutnyttjande och en jämlik, patientsäker vård. Den prehospitala vården inom regionen behöver även anpassas till sjukvårdens förändrade struktur med tydlig överensstämmelse mellan mål, strategier och resurser i förhållande till kontext och omvärld.

Idé

Mot bakgrund av ovanstående beskrivning och kommande förändringar i sjukvårdsstrukturen inom regionen finns därför flera osäkerhetsfaktorer avseende resursbehov och dimensionering. Framtidens behov kräver en flexibel och dynamisk prehospita organisation, som både har förutsättningar att hantera grunduppdraget och som har kapacitet för att möta framtida omställningar.

Projektets övergripande mål är att förslå organisations- och uppdragsbeskrivning för hur arbetet inom det prehospita området ska anpassas till den nya sjukvårdsinriktningen. Det gäller vägburen ambulanssjukvård, luftburen ambulanssjukvård, sjuktransport, mobila läkarresurser, primärvård och förebyggande arbete, såsom folkhälsoarbete.

Syfte

Syftet är att utifrån den nya strategin identifiera om en kraftsamling av resurser, utifrån patientens behov, kan ge en ökad tillgänglighet i regionen.

Verksamhetsstrategi

Projektet förhåller sig till och stöder verksamhetens strategi och mål genom att gå från delar till helhet.

Mål

Effektmål

Att bygga en hållbar prehospita verksamhet som kan leva upp till kommande förändringar avseende rätt patient i rätt tid, med rätt kompetens, rätt resurs och till rätt vårdgivare.

Kostnads- och nyttoanalys

I projektet kommer det att göras kostnads- och nyttoanalyser. Detta för att säkerställa att den prehospita vård som föreslås ger så stor nytta som möjligt till en så låg kostnad som möjligt.

Projektmål

Projektet ska resultera i ny uppdragsbeskrivning och organisation av prehospita vård.

Förväntat resultat av Etableringsfasen

Etableringsfasen inleds med ett uppstartsmöte den 1 april 2017. Vid detta möte kommer följande punkter att tas upp:

- Projektdirektiv
- Tidplan
- Projektplan och bemanning
- Genomgång av nödvändiga dokument i det fortsatta arbetet
- Genomgång av principer och mål

Krav på projektet

Förutsättningar

Projektet har att förhålla sig till:

- Lagar och förordningar

Demografi och Miljö

Den demografiska utvecklingen tyder på att befolkningen i regionen minskar, medan åldersgruppen 70-79 år däremot ökar med ca 2 500 invånare fram till år 2022 och därefter befinner sig 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 %. Detta kommer resultera i att fler personer kommer att behöva sjukvård. Det blir också fler personer som inte kommer kunna ta sig till och från sjukvården själva vilket förväntas leda till ökat antal transporter. I kombination med ökad rörlighet och säsongsvariation kopplat till turism kommer denna ökning leda till ett ökat antal transporter till sjukvårdsinrättningar och mellan dem vilket innebär en ökad påverkan på miljön. Vid utformningen av uppdraget och organisationen är det därför viktigt att beakta såväl demografiska faktorer som miljökrav, framför allt kopplade till fordonens drivmedel, men även en möjlighet till minskad miljöpåverkan genom ökad digitalisering.

Avgränsningar

Kopplingar till andra projekt och verksamheter

- Framtidens hälso- och sjukvård med förändrad sjukvårdsstruktur som kan innebära påverkan.
- Samordning bör ske med regionens enhet för kris- och katastrofberedskap
- Prioritering och dirigerings, nuvarande avtal bör ses över. Ökad samverkan med 1177
- Samordning med pågående projekt inom primärvården, såsom "AXG" och "Funäsdalen", samt Sambruk i Åre
- Beakta möjligheter i interregional samverkan med Norge.
- Samordning bör ske med folkhälsoarbetet och med intentionerna i Agenda 2030 för hållbar utveckling
- Kända omvärldsförändringar och regionens planering av framtida hälso- och sjukvården. Särskild hänsyn bör tas till regional utvecklingsstrategi och till rapporten om "Läget i länet"
- Beakta besöksnäringens utveckling, såväl utbyggnadstakt och säsongsvariation relaterat till turism och evenemangsplanering.
- Beakta kommunens arbete, framtidsplaner och utveckling inom vårdsektorn, ex Säbo
- Samordning med regionens digitaliseringsstrategi och projekt som berör distansoberoende teknik

Tidplan och aktiviteter

Tidsplan för genomförande innebär att projektets olika delmoment kommer utföras mellan 2017-04-01 – 2018-12-31. Se även detaljerad tidplan.

En aktivitetsplan upprättas för att kunna göra en tid- och resursuppskattning. Under tidsperiod april – juli genomförs en förstudie och etableringsfas, genomlysning av nuvarande processer, tekniska, lokalmässiga och juridiska möjligheter samt en riskanalys baserad på förstudiens förslag. Parallellt med detta arbete genomförs en omvärldsanalys av andra landsting och regioner.

Följande tidsplan föreslås. Tidsplanen kan komma att revideras om förutsättningarna förändras.

Beslut	Beskrivning	Startdatum	Slutdatum
BP 1	Projektdirektiv	2017-03-01	2017-03-01
BP 2	Beslut om projektplan och projektorganisation	2017-03-28	2017-03-29
BP 2	Kommunikationsplan	2017-04-01	2017-04-15
BP 2	Intressentanalys	2017-03-30	2017-04-30
BP 2	Genomförande <ul style="list-style-type: none"> - Möten - SWOT analys - Workshops, hearings - Studiebesök - Enkätundersökning - Omvärldsanalys - Litteraturgenomgång 	2017-04-30	2018-12-31
BP 3 BP 4	Statusrapportering och presentation av nulägesrapport enligt föreslagen tidplan	2017-04-01	2018-12-31
BP 3 BP 4	Ändringsbegäran beslut		
BP 3 BP 4	Interna arbetsmöten och kvalitetssäkring	2017-04-01	2018-12-29
BP 5	Slutrapport	2018-12-04	2018-12-29
BP 5	Presentation av resultat till styrgrupp	2018-11-27	2018-11-27

Projektbudget

Projektkostnader

De kostnader som kommer att uppstå är framför allt kostnader för de personer som deltar i projektet. Uppskattad resursåtgång är: Projektledare 75 % under 2017 och 50 % under 2018. Tillkommer gör kostnad för eventuell användning av teknisk konsult. Kostnad för arbetstid relaterat till personers deltagande i olika arbetsgrupper.

Projektfinansiering

Projektet finansieras av projektägaren. Linjeresurser bekostas av respektive linjeverksamhet

Övergripande risker

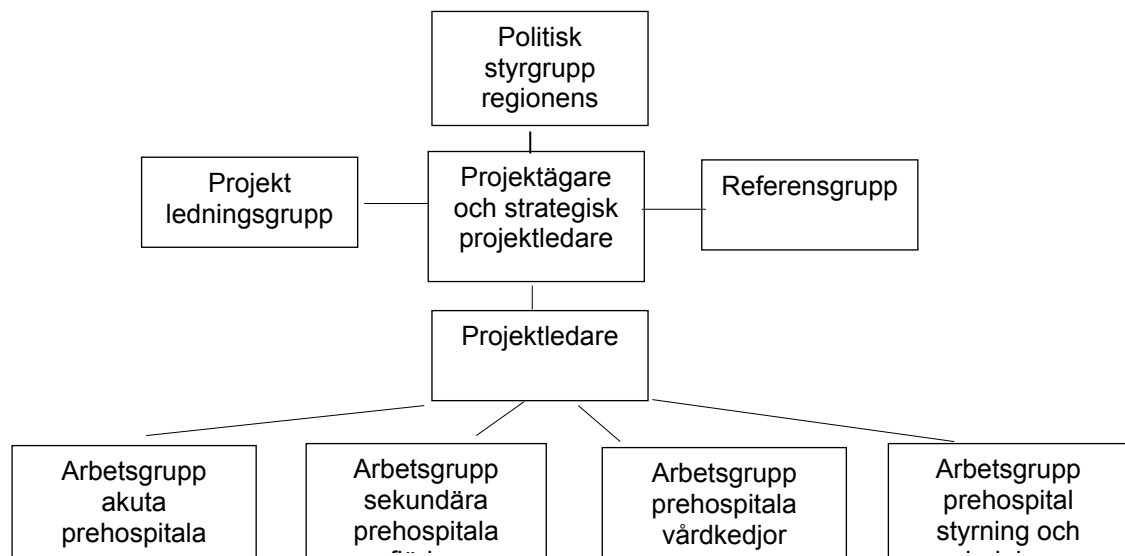
De övergripande risker som identifierats för genomförandet av projektet är knutna till resurstillgången. Risk finns även att tidsåtgången är för knapp. Behovet av förarbete och kvalitetssäkring av projektet kan försvåra genomförandet. God framförhållning så att beslut kan tas i tid är nödvändigt att beakta.

Överlämnande

Projektresultatets mottagare är projektägaren. Slutresultatet kommer presentera de principer och mål som framgår av förstudie. Dessa principer och mål kommer framgå i utformningen av framtida uppdrag och organisation.

Styrgrupp och projektorganisation

En politisk styrgrupp, som utgörs av regionstyrelsens presidium, etableras. Tillsammans med projektets ledningsgrupp ansvarar dessa för att projektet ges förutsättningar att uppnå förväntat resultat och bemannas av projektägare, projektledare och utvalda nyckelpersoner. Kontinuerliga delrapporter kommer lämnas till den politiska styrgruppen varannan månad vid ordinarie presidiummöte. Projektets ledningsgrupp träffas var 6:e vecka.



Referenser och bilagor

- Beslutsprotokoll
- Förstudie
- Tidplan för upphandling



17

Hemsjukvårdsavtal mellan Region
Jämtland Härjedalen och länets
kommuner

RS/730/2017



2017-03-23

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

RS/730/2017

Hemsjukvårdsavtal mellan Region Jämtland Härjedalen och länets kommuner

Ärendebeskrivning

Det har ända sedan skatteväxlingen 1992 om hemsjukvården (Ädelreformen) funnits avtal mellan sjukvårdshuvudmännen i länet. Under åren har antalet avtal ökat vilket inneburit att det varit svårt för verksamheternas medarbetare och chefer att vet vilka avtal som finns och innehållet. Det har också inneburit att lokala avtal tecknats vilket lett till att det delvis inte varit samma villkor mellan regionens alla kommuner.

Under 2015-2016 har ett gemensamt arbete skett mellan Region Jämtland Härjedalen och länets kommuner som innebär ett sammanhållet avtal om hemsjukvården med detaljer i olika bilagor. Politiska avstämningar och förankring har skett i Sociala vård och omsorgsgruppen, SVOM. 2016-12-16 § 52 beslutade SVOM:

SVOM rekommenderar länets kommuner och Region Jämtland Härjedalen besluta

1. Att teckna samverkansavtal gällande hemsjukvård med bilagor enligt presenterad inriktning
2. Att avtalet ska vara fyraårigt och gälla från och med 2017-04-01 samt att utbildning ska ske febr.- mars 2017
3. Att kommunernas förvaltningschefer och Regionens Hälso- och sjukvårdsdirektör får i uppdrag att slutföra detaljerna i huvudavtalet och bilagorna.

Hemsjukvårdsavtalet som nu är klart är fyraårigt fr.o.m. 2017-04-01 och utbildning skedde 3 februari i Hörsalen med videoupkoppling till 10 orter i länet, inklusive föreläsning från Göran Stiernstedt.

Avtalet har följande läge angående bilagorna:

Bilaga 1 Bedömning av egenvård, riktlinjer för Region Jämtland Härjedalen och kommunerna i Jämtlands län 2015-03-30

Bilaga 2 Samverkan och ansvar mellan primärvård och kommun 2017-03-21

Bilaga 3 Samverkan och ansvar mellan specialiserad vård och kommun (förhandling pågår)

Bilaga 4 Regler, rutiner och ersättning tjänsteköp 2017-03-21

Bilaga 5 Samverkan inom syn- och hörselrehabilitering 2017-03-21

Bilaga 6 Nutrition (förhandling pågår)

Bilaga 7 Samverkan om medicinteknisk utrustning 2017-03-21

Bilaga 8 Kostnadsansvar för sjukvårdsmaterial, medicinteknisk utrustning, hjälpmedel mm 2017-03-21.

Avtalet innebär också att följande tidigare avtal nu upphör:

- Avtal om distriktssköterskeinsatser och läkarmedverkan (2011-2016+del av 2017)
- Avtal om arbetsterapeutinsatser och sjukgymnastinsatser (2014-2016+del av 2017)
- Överenskommelse om förtydligande avseende kommunens respektive landstingets ansvar för sjukvårdsmaterial/-utrustning och individuellt förskrivna hjälpmedel (2004)
- Överenskommelse mellan Östersunds sjukhus och kommunerna i Jämtlands län om regler som ska tillämpas när kommunal personal deltar i vården på sjukhuset. (2003)
- Avtal om stöd till kommunala vårdenheter vid användning av medicinteknisk utrustning (2013-2016+ del av 2017)
- Avtal om syn- och hörselombud (2015-2016 + del av 2017)
- Avtal om vårdhygien (2013-2016 + del av 2017)

Regiondirektörens förslag

1. Samverkansavtal mellan Region Jämtland Härjedalen och kommunerna i Jämtlands län gällande hemsjukvård med bilagor godkänns.
2. Regiondirektören får delegation på att underteckna detta avtal.

I tjänsten

Ingela Jönsson
Tf Regiondirektör

Lisbet Gibson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Utdrag till

Kommunerna i Jämtlands län
Hälso- och sjukvårdsdirektör



ANSVAR FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRD I JÄMTLAND HÄRJEDALEN

SAMVERKANSAVTAL MELLAN REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN OCH KOMMUNERNA JÄMTLANDS LÄN GÄLLANDE HEMSJUKVÅRD

Version: 20170321

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1 INLEDNING	3
2 SYFTE	3
3 PATIENTENS DELAKTIGHET OCH INFLYTANDE	4
4 EGENVÅRD	4
5 HEMSJUKVÅRD	4
6 SAMMANHÅLLEN VÅRD OCH OMSORG	5
6.1 SAMORDNAD INDIVIDUELL PLAN	5
6.2 TRYGG OCH SÄKER UTSKRIVNING	5
6.3 FAST VÅRDKONTAKT	5
6.4 LÄKEMEDELSHANTERING I VÅRDENS ÖVERGÅNGAR	5
7 PARTERNAS ANSVAR	6
7.1 ALLMÄNT	6
7.2 REGION JÄMTLAND HÄRJEDALENS ANSVAR	6
7.3 KOMMUNERNAS ANSVAR	7
7.5 TJÄNSTEKÖP	8
7.6 REGIONVÅRD	8
7.7 KOSTNADSANSVAR FÖR SJUKVÅRDSMATERIAL, MEDICINSK UTRUSTNING, HJÄLPMEDEL MM	8
8 SAMVERKAN MELLAN HUVUDMÄNNEN	8
8.1 AVVIKELSEHANTERING	9
8.2 FORTBILDNINGSSINSATSER	9
8.3 LOKALA ÖVERENSKOMMELSER	9
9 INFORMATION	9
10 AVTALSTID OCH UPPFÖLJNING	10
11 TVIST	10
BILAGOR:	10

1 INLEDNING

Kommunerna i Jämtlands län och Region Jämtland Härjedalen har en gemensam ambition att ge invånarna en god vård och omsorg med hög kvalitet oberoende av organisation och oavsett vem som bär kostnadsansvaret.

Samverkan ska ske i en anda av öppenhet och dialog och med ett ömsesidigt åtagande att bidra till en gynnsam utveckling av parternas hälso- och sjukvårdsverksamhet till nytta för invånarna. Den enskilde ska ges kontinuitet i vård och behandling även om huvudmannen som svarar för insatserna skiftar under vårdperioden.

Samverkan ska präglas av förtroende, tillit för varandras kompetens, att alla gör sitt bästa och är lojala mot fattade beslut och gällande rutiner. Utgångspunkten är att parterna förfogar över egna resurser och enbart lovar insatser hos egen huvudman.

Det är viktigt att all vård och omsorg och behandling utgår från den enskildes egna resurser och möjligheter att vara delaktig i sin egen vård. Innan vård och behandling överförs till annan huvudman måste ställningstagande tas om åtgärd/åtgärderna kan utföras som egenvård.

Oavsett huvudman ska vården och omsorgen i så stor utsträckning som möjligt planeras gemensamt mellan huvudmännen och tillsammans med den enskilde/närstående.

2 SYFTE

Syftet med detta avtal är att

- uppnå och upprätthålla en god kvalitet i Region Jämtland Härjedalens och kommunernas arbete för medborgarnas vård- och omsorgsbehov
- kunna utveckla våra verksamheter för att även på sikt kunna tillgodose medborgarnas hälso- och sjukvårdsbehov
- de resurser som står till buds ska användas optimalt för medborgarna
- skapa helhetssyn och verka för ett sammanhållet arbetsätt

Ledord är samverkan, etik och bemötande, jämställd och jämlik vård i hela länet, evidensbaserad praktik¹, systematiskt förbättringsarbete och hållbar utveckling.

Parterna är överens om att ta vägledning av de nationella prioritetsgrupperna för medicinska prioriteringar:

¹ Med evidensbaserad praktik menas en praktik som är baserad på en sammanvägning av brukarens erfarenheter, den professionelles expertis samt bästa tillgängliga vetenskapliga kunskap. Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten – till nytta för brukaren, SOU 2008:18

Prioriteringsgrupp	Vårdinnehåll
I	Vård av livshotande akuta sjukdomar (kan bara hanteras av regionens hälso- och sjukvård) Vård av svåra kroniska sjukdomar Palliativ (lindrande) vård och vård i livets slutskede Vård av människor med nedsatt autonomi
II	Prevention Habilitering/rehabilitering
III	Vård av mindre svåra akuta och kroniska sjukdomar
IV	Vård av andra skäl än sjukdom eller skada

3 PATIENTENS DELAKTIGHET OCH INFLYTANDE

Enligt Patientlagen (SFS 2014:821) ska hälso- och sjukvården i så stor utsträckning som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Om patienten medverkar genom att själv utföra vissa åtgärder ska det ske med hänsyn till patientens individuella förutsättningar och önskemål.

Patienten ska få information om behandlingsalternativ och ge sitt samtycke till att hälso- och sjukvården genomförs. Kan inte patienten själv ta emot information kan information lämnas till närstående. Patientens ska så långt det är möjligt få den vård och behandling som krävs även om patienten inte själv kan lämna sitt samtycke.

4 EGENVÅRD

Med egenvård menas en hälso- och sjukvårdsåtgärd som legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bedömt att en person själv kan utföra. Den egenvård som personen själv eller med hjälp av någon annan utför räknas inte som hälso- och sjukvård. (SOSFS 2009:6). Syfte med egenvård är att stärka den enskildes självbestämmande, integritet och delaktighet. Riktlinje, se bilaga 1.

5 HEMSJUKVÅRD

Hemsjukvård är, enligt avtalet, hälso- och sjukvård upp till läkarnivå när den ges i den enskildes bostad eller motsvarande och som är sammanhängande över tid. Hemsjukvårdsbesök är vårdkontakt inom hemsjukvård som innebär möte mellan den enskilde och hälso- och sjukvårdspersonal.² Dock inte all hälso- och sjukvård som är möjlig att bedriva i ett hem.³

² Definition i Socialstyrelsens termbank

³ Hemsjukvård i förändring Socialstyrelsen 2008

6 SAMMANHÅLLEN VÅRD OCH OMSORG

Organisationsgränserna ska inte vara något hinder för att ge den enskilde den vård och omsorg som behövs. Den enskilde får aldrig bli drabbad av oenighet mellan huvudmännen. Ansvarig att så sker är den huvudman som i det aktuella fallet bedriver vården.

6.1 SAMORDNAD INDIVIDUELL PLAN

En **samordnad individuell plan, (SIP)**, ska erbjudas den enskilde om denne har behov av insatser från både hälso- och sjukvård och socialtjänst. Behovet av en plan kan också påkallas av den enskilde själv. Se www.regionjh.se/samverkan för mer information om SIP.

6.2 TRYGG OCH SÄKER UTSKRIVNING

Parterna samarbetar för närvarande med **samordnad plan vid utskrivning, (SVP)** dvs vård- och omsorgsplan som upprättats vid utskrivning från slutna vård för att beskriva den enskildes fortsatta behov av insatser/åtgärder från hälso- och sjukvård och/eller socialtjänst och som är ett resultat av samordnad vård- och omsorgsplanering. Riktlinje/rutin, se www.regionjh.se/samverkan

Lag om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (planerad ikraftträdande 1 jan 2018) kommer att kräva gemensam överenskommelse.

6.3 FAST VÅRDKONTAKT⁴

I de fall patienter har kontakter med flera olika vårdgivare, både inom specialiserad vård och primärvård samt kommunal hälso- och sjukvård kan de ha flera fasta vårdkontakter. I samband med utskrivning från sjukhuset ska fast vårdkontakt utses inom den öppna hälso- och sjukvården (primärvård eller specialiserad öppenvård). De fasta vårdkontakterna ska samverka och samordna vårdens insatser för den enskilda patienten, vid behov eller om den enskilde önskar detta. Vid vård i livets slutskede ska en fast vårdkontakt vara läkare.

6.4 LÄKEMEDELSHANTERING I VÅRDENS ÖVERGÅNGAR

Det finns gemensamma dokument inom läkemedelsområdet som är viktiga för sammanhållen vård och omsorg. Länk till var de återfinns finns där gemensamma avtal och rutiner publiceras. (www.regionjh.se/samverkan)

⁴ Se Socialstyrelsens Meddelandeblad 9/2012 och patientlagen 2014:821 kap 6

7 PARTERNAS ANSVAR

7.1 ALLMÄNT

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) HSL, har Region Jämtland Härjedalen och kommunerna var för sig ett hälso- och sjukvårdsansvar. I 3 § HSL är ansvaret definierat för regionens del och i 18 § HSL definieras det kommunala ansvaret.

Båda parter har ansvar för att god tillgänglighet och kontinuitet ska tillförsäkras medborgarna.

Vård- och rehabiliteringskedjor ska optimeras genom effektiva vård- och omsorgsplaneringar över gränserna. I samband med planering för den enskilde individen tydliggörs ansvarsfördelningen mellan regionen och den kommunala hälso- och sjukvården, på sådant sätt att patientens behov tillgodoses utan fördröjning.

7.2 REGION JÄMTLAND HÄRJEDALENS ANSVAR

Region Jämtland Härjedalens hälso- och sjukvårdsansvar omfattar öppen och sluten vård, akut och planerad vård, samt allmän och specialiserad vård vid hälsocentraler och sjukhuset. Detta gäller även om vården utförs av privata utförare med avtal.

Region Jämtland Härjedalen ansvarar för alla läkarinsatser till samtliga medborgare oavsett boendeform, utifrån den enskildes behov. I bilaga 2 finns utförligare beskrivning av detta ansvar.

När det gäller personer med personlig assistans enligt LSS (Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade) ska dessa så långt möjligt få sin hälso- och sjukvård inom Region Jämtland Härjedalens verksamheter.

Kommunernas lagstadgade ansvar för medborgare avseende hälso- och sjukvård är knuten till mantalsskriven i kommunen, medan Region Jämtland Härjedalens har ansvar för alla som vistas i länet. Detta innebär att regionen tar ansvar för hemsjukvård till de personer som vistas i länet, men inte är mantalsskrivna här. Detta kan lösas genom att Region Jämtland Härjedalen kommer överens med vistelsekommunen om tjänsteköp och därefter fakturerar hemlandstinget.

Regionen har ansvar för hälso- och sjukvård för asylsökande och papperslösa. Enligt <http://www.socialstyrelsen.se/vardochomsorgforasylsokandemedflera/halso-ochsjukvardoch tandvard/vilkenvardskaerbjudas> gäller följande:

”Vård av barn

Alla barn under 18 år ska erbjudas hälso- och sjukvård och tandvård i samma omfattning och på samma villkor som folkbokförda barn som är bosatta i Sverige. I det ingår också vaccinationer enligt det allmänna vaccinationsprogrammet för barn. Undantag är de barn vars vistelse i Sverige är avsedd att vara tillfällig.

Vård av vuxna

För att som vuxen få tillgång till fullständig, subventionerad hälso- och sjukvård samt tandvård i Sverige krävs att man är bosatt (folkbokförd) inom ett landsting eller är EU/EES-medborgare. Landstingen är dock skyldiga att erbjuda omedelbar hälso- och sjukvård, inklusive tandvård, till den som vistas i ett landsting utan att vara bosatt där.

Utöver dessa skyldigheter ska respektive landsting erbjuda alla asylsökande och papperslösa:

- "vård och tandvård som inte kan anstå"
- mödravård
- vård vid abort
- preventivmedelsrådgivning
- läkemedel som förskrivs i samband med ovanstående vård
- hälsoundersökning (om det inte är uppenbart obehövligt).

Av lagen och propositionen 2012/13:109. Hälso- och sjukvård till personer som vistas i Sverige utan tillstånd framgår mer om vårdens omfattning.”

I bilaga 2 regleras samverkan och ansvar mellan primärvård och kommun och i bilaga 3 regleras samverkan och ansvar mellan specialiserad vård och kommun

7.3 KOMMUNERNAS ANSVAR

Enligt hälso- och sjukvårdslagen⁵ ska kommunerna erbjuda god hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå⁶ till dem som bor i särskilda boendeformer för äldre och funktionsnedsatta samt till dem som vistas på dagverksamhet⁷. Personer som bor i bostad med särskild service enligt LSS (Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade), ska så långt möjligt få sin hälso- och sjukvård inom Region Jämtland Härjedalens verksamheter.

Kommunens ansvar avser hälso- och sjukvård upp till läkarnivå.

Genom detta avtal ska kommunerna utöver detta erbjuda god hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå till personer i ordinärt boende som har beviljats insatser enligt socialtjänstlagen med stöd och hjälp över tid med en eller flera insatser enligt nedanstående kriterier:

- vid måltidssituationen (stöd att äta/dricka)
- klä sig
- förflytta sig
- sköta personlig daglig hygien

Motsvarande gäller också om insatser enligt ovan ges med stöd av närstående⁸

⁵ Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) 18 § Varje kommun ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som efter beslut av kommunen bor i en sådan boendeform eller bostad som avses i 5 kap. 5 § andra stycket, 5 kap. 7 § tredje stycket eller 7 kap. 1 § första stycket 2 socialtjänstlagen (2001:453). Varje kommun ska även i samband med dagverksamhet, som omfattas av 3 kap. 6 § socialtjänstlagen, erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som vistas där. Vad gäller Hälso- sjukvårdslagen finns reviderad version 2017:30

⁶ Definition i Socialstyrelsens termbank, HSL § 5: Hälso- och sjukdomsverksamhet som utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svara för befolkningens behov av grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering och som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser

⁷ Socialtjänstlagen (2001:453) 5 kap. Särskilda bestämmelser för olika grupper, 5 § andra stycket Äldre människor: Kommunen ska inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre människor som behöver särskilt stöd. 5 kap. 7 § tredje stycket Människor med funktionshinder: Kommunen skall inrätta bostäder med särskild service för dem som till följd av sådana svårigheter som avses i första stycket behöver ett sådant boende eller 7 kap. 1 § första stycket 2 socialtjänstlagen, av fysiska, psykiska eller andra skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring.

När det gäller personer med personlig assistans enligt LSS som också behöver insatser från hälso- och sjukvården på grund av sin funktionsnedsättning och insatsen behöver utföras i personens bostad ska det kallas till SIP, samordnad individuell plan.

Detta gäller även om vården utförs av privata utförare med avtal.

Om enskilda personer, som har rätt att få sina hälso- och sjukvårdsinsatser från kommunen, har en önskan att få hela eller delar av sin vård utförd på hälsocentral ska detta respekteras.

I bilaga 2 regleras samverkan och ansvar mellan primärvård och kommun och i bilaga 3 regleras samverkan och ansvar mellan specialiserad vård och kommun

7.5 TJÄNSTEKÖP

Regionen och kommunerna kan göra tjänsteköp gällande att utföra hälso- och sjukvårdsinsatser inom ramen för detta avtal med bibehållet ansvar för verksamheten. Tjänsteköp kan komma att ske både inom ram för primärvårdens och specialiserade vårdens ansvar. Ersättning, regler och rutiner regleras i bilaga 4.

7.6 REGIONVÅRD

Utskrivning från regionsjukvård ska alltid ske via primärvård eller specialiserad vård för att fast vårdkontakt ska utses. Om kommunen uppmärksammar att så inte skett ska berörd hälsocentral informeras.

7.7 KOSTNADSANSVAR FÖR SJUKVÅRDSMATERIAL, MEDICINSK UTRUSTNING, HJÄLPMEDEL MM

Huvudprincipen är att kostnadsansvaret för material, utrustning och hjälpmedel följer ansvaret för patient och förskrivare.

I bilaga 8 regleras några speciella överenskommelser om kostnadsansvar för sjukvårdsmaterial, medicinsk utrustning och hjälpmedel.

Om huvudmännen inte är överens om kostnadsansvar ska kostnaderna delas lika till dess överenskommelse skett.

8 SAMVERKAN MELLAN HUVUDMÄNNEN

Det finns olika forum och grupper för samverkan mellan Region Jämtland Härjedalen och kommunerna både på tjänstemannanivå och politisk nivå. Syftet med dessa forum är att främja samarbete, kvalitetsarbete, utvecklingsarbete och ekonomiska konsekvenser, samt diskussioner om tillämpning av avtal mellan parterna.

⁸ När det gäller barn avses varaktiga behov på grund av sjukdom och funktionsnedsättningar där stöd behövs utöver föräldransvar.

2017-03-21

Parterna är överens om att när en situation uppstår där stöd i detta avtal inte kan hittas är principen att parterna delar på kostnaderna. Det innebär att den enskildes vård- och omsorgsbehov löses och problemet lyfts till närmsta chef som har ansvar för principen om att parterna delar kostnaden. Om problemet är av principiell betydelse lyfts frågan av berörd chef till lämpligt samverkansforum.

Dokument, rutiner och beslut som påverkar annan huvudman ska kommuniceras med den andra parten. Om båda parter är aktörer i rutiner eller liknande ska dokumenten tas fram gemensamt.

8.1 AVVIKELSEHANTERING

Avvikelsehantering mellan kommunerna i Jämtlands län och region Jämtland Härjedalen sker enligt gemensamt beslutad rutin. Uppföljning av avvikelser mellan huvudmännen sker i gemensamt forum. Klagomål och synpunkter som inkommer som avser den andra huvudmannens verksamhet ska delges den berörda huvudmannen. Vid allvarliga avvikelser ska direktkontakt tas med chefsläkare/MAS.

8.2 FORTBILDNINGSSINSATSER

Huvudmännen erbjuder varandras personal att delta vid fortbildningsdagar.

Primärvårdens och specialistvårdens läkare och/eller annan specialistkompetens står till förfogande för fortbildning av den kommunala hälso- och sjukvårdspersonalen. Behovet av fortbildningsinsats styrs av kommunens allmänna behov av kompetens och behov utifrån specifika patientärenden, samt behov som primärvårdens läkare/annan specialistkompetens aktualiserar. Utbildningsplaner för länet upprättas gemensamt mellan parterna – ansvarig är fredagsgruppen.

8.3 LOKALA ÖVERENSKOMMELSER

Detta avtal strävar efter enhetliga regler mellan Region Jämtland Härjedalen och länets samtliga kommuner. Därför ska lokala överenskommelser enbart ske på de punkter där detta särskilt anges, dvs:

Bil 2 Primärvård-kommun:	Rutin angående läkarmedverkan Rutin och hantering av medicinteknisk utrustning och läkemedel Förteckningar över akutläkemedel och basutrustning på särskilt boende Rutiner angående laboratorieservice, högrentservice och riskavfall
Bil 4 Tjänsteköp	Rutin för dokumentation i anslutning till tjänsteköp och uppföljning Rutin för behörigheter i Cosmic

9 INFORMATION

Respektive part har ansvar att inom sin organisation och till sina utförare informera om avtalet och säkerställa att berörd personal har kännedom om avtalets innehåll.

2017-03-21

Gemensam kommunikationsplan, utbildningsmaterial, och kortversion av detta avtal ska utarbetas.

Vidare ska all information som kan komma att påverka avtalets innebörd, förändring eller dylikt informeras den andra parten.

10 AVTALSTID OCH UPPFÖLJNING

Avtalet gäller from 2017-04-01 till och med 2020-12-31. Avtalet ska skriftligen sägas upp 6 månader före avtalets utgång. Om så ej sker förlängs avtalet med 2 år åt gången. Godkännande, revideringar och uppsägning av avtalet ska hanteras i SVOM.

Uppföljning av avtalet ska ske en gång per år. Avsikten med regelbunden uppföljning är dels att se vilka behov som finns av förbättringsåtgärder och att säkerställa invånarnas rätt till adekvat vård. Vart fjärde år (inför beslut om eventuell förlängning) ska avtalet utvärderas av extern resurs. Utvärderingen ska redovisa på vilket sätt avtalet tillfredsställer de grundläggande utgångspunkterna i avtalet. Ansvarig för uppföljning är SVOM/Fredagsgrupp.

Uppföljning av tjänsteköpsvolymerna ska göras löpande för att på sikt övergå till schablonersättningar.

Avtalet med bilagor ska ersätta samtliga gamla avtal tecknade mellan parterna i berörda frågor.

11 TVIST

Twister ska lösas i nuvarande samverkansforum med verksamhetschefer/förvaltningschefer

BILAGOR:

Bilaga 1 Bedömning av egenvård, riktlinjer för Region Jämtland/Härjedalen och kommunerna i Jämtlands län 2015-03-30

Bilaga 2 Samverkan och ansvar mellan primärvård och kommun 20170321

Bilaga 3 Samverkan och ansvar mellan specialiserad vård och kommun (förhandling pågår)

Bilaga 4 Regler, rutiner och ersättning tjänsteköp 20170321

Bilaga 5 Samverkan inom syn- och hörselrehabilitering 20170321

Bilaga 6 Nutrition (förhandling pågår)

2017-03-21

Bilaga 7 Samverkan om medicinteknisk utrustning 20170321

Bilaga 8 Kostnadsansvar för sjukvårdsmaterial, medicinteknisk utrustning, hjälpmedel mm 20170321

2017-03-21

För Region Jämtland Härjedalen

Datum.....

Namn: Ingela Jönsson
Titel : Tf Regiondirektör

För Bergs kommun

Datum.....

Namn
Titel

För Bräcke kommun

Datum.....

Namn
Titel

För Härjedalens kommun

Datum.....

Namn
Titel

För Krokoms kommun

Datum.....

Namn
Titel

För Ragunda kommun

Datum.....

Namn
Titel

För Strömsunds kommun

Datum.....

Namn
Titel

För Åre kommun

Datum.....

För Östersunds kommun

Datum.....

2017-03-21

Namn
Titel

Namn
Titel

(Sätt också signatur i höger hörn på varje sida i detta avtal och alla bilagors alla sidor)

Bedömning av egenvård, riktlinjer för region Jämtland / Härjedalen och kommunerna i Jämtlands län

Version: 4

Ansvarig: Anna Kerstin Lejonklou



ÄNDRINGSFÖRTECKNING

Version	Datum	Ändring	Beslutat av	Datum
1.	2014-12-11	Nyutgåva baserad på genomgång 20141210		
2.	2015-01-12	redigering		
3	2015-02-06	Arbetsgruppens "slutdokument"		
4	2015-03-30	Redigerat efter synpunkter från Medicinskt ansvariga sjuksköterskor i kommunerna		

Föreliggande förslag till överenskommelse avseende bedömning av egenvård är framtagen av följande arbetsgrupp:

Barbro Toutin, medicinskt ansvarig sjuksköterska Östersunds kommun

Åsa Engman, medicinskt ansvarig sjuksköterska Strömsunds kommun, fr.o.m. 2014-11-18

Pia Hernerud, medicinskt ansvarig sjuksköterska Krokoms kommun, t.o.m. 2014-10-22

Lena Johansson, sjukgymnast, Östersunds sjukhus, Region Jämtland Härjedalen

Maria Carlund, enhetschef Primärvården Region Jämtland Härjedalen

Christina Larsson, biträdande enhetschef och medicinskt ansvarig medicinska delen av elevhälsan, Östersunds kommun

Anna Kerstin Lejonklou, vårdstrateg Hälso- och sjukvårdsstaben Region Jämtland Härjedalen

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	INLEDNING	4
2	DEFINITION AV EGENVÅRD	4
3	BEDÖMNING	4
3.1	Ställningstagande till risker	4
4	PLANERING OCH UPPFÖLJNING	5
4.1	Vid behov av hjälp med egenvård.....	5
5	ANSVAR	6
5.1	Ansvar samordning.....	6
6	AVVIKELSE	7
7	REFERENSLISTA	7
8	BILAGOR	8
8.1	Flödesschema för bedömning av egenvård.....	8
8.1.1	SOSFS 2009:6 Bedömning av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård 9	

1 INLEDNING

Riktlinjerna är framtagna utifrån Socialstyrelsens föreskrift Bedömning av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård (SOSFS 2009:6). Riktlinjerna ska garantera patientsäkerheten i samband med egenvårdsbedömningen i varje enskilt fall.

Egenvårdsbedömning enligt SOSFS 2009:6 innebär sammanfattningsvis att göra en bedömning och dokumenterad planering om att ordinerad vård eller behandling utförs (eller sker) på ett säkert sätt.

2 DEFINITION AV EGENVÅRD

Med egenvård menas en hälso- och sjukvårdsåtgärd som legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bedömt att en person själv kan utföra. Den egenvård som personen själv utför eller med hjälp av annan räknas inte som hälso- och sjukvård.

Avseende rehabilitering gäller motsvarande om egen träning som patient bedöms kunna göra själv eller med hjälp av andra.

3 BEDÖMNING

Vilka åtgärder som utgör egenvård kan inte anges generellt utan är beroende av omständigheterna i varje enskilt fall.

Bedömningen kan endast göras av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom det egna ansvarsområdet.

Bedömning och planering av egenvård ska alltid ske i samråd med patienten och den som eventuellt ska utföra egenvården.

Bedömningen kan bli olika för samma patient och åtgärd beroende på var patienten befinner sig i vårdkedjan.

Bedömningen ska utgå från patientens:

- fysiska hälsa (funktionsförmåga)
- psykiska hälsa (t.ex. minne, koncentrationsförmåga, förståelse)
- livssituation (t.ex. fysisk miljö, sociala förhållande)

3.1 Ställningstagande till risker

Ställningstagande till vilka risker egenvårdsåtgärden kan innebära ska ingå i bedömningen. Om identifierade risker visar att patienten kan skadas får en hälso- och sjukvårdsåtgärd inte bedömas som egenvård (bilaga 1).

4 PLANERING OCH UPPFÖLJNING

Egenvårdsbedömningen och planering ska **dokumenteras i patientens journal**. Följande ska beskrivas i egenvårdsplan (5 kap §4):

- Vilken åtgärd som har bedömts som egenvård
 - Vem som ska utföra egenvården
 - Hur information och instruktioner ska ges till dem som ska utföra egenvården
 - Vem ska kontaktas om något oförutsett händer, t.ex. patienten skadas
 - Vem ska kontaktas om patientens situation förändras
 - Vem ska följa upp egenvårdsbedömningen
 - Hur och när ska egenvården följas upp
 - När ska omprövning av egenvården göras
1. Patienten ska få en kopia av egenvårdsplanen. Det kan vara i form av utdrag ur journalen eller specifik framtagen blankett.
 2. Ta ställning till om flera ska få kopia av egenvårdsbedömningen efter patientens samtycke.
 3. Planeringen av egenvården ska ske i samråd med de som berörs.

4.1 Vid behov av hjälp med egenvård

Om patient har behov av hjälp att utföra egenvårdsåtgärd finns följande alternativ:

- Undersöka möjlighet om närstående kan utföra egenvårdsåtgärden
- Patienten kan ansöka om bistånd för praktisk hjälp med att utföra egenvårdsåtgärden. Ansökan görs hos kommunens socialtjänst som bistånd enligt Socialtjänstlagen (SoL). Egenvårdsbedömningen ska bifogas som underlag vid ansökan om bistånd

Barn:

Föräldrar har ansvar för att hjälpa sina barn med egenvården i det ordinära boendet. Men en bedömning måste först göras utifrån föräldrarnas förutsättningar att klara av att utföra egenvården på ett säkert sätt. Föräldrar kan inte överlåta egenvården till någon annan utan att ny bedömning görs.

När barnet vistas på korttidsvistelse kan uppgifterna inte hanteras som egenvård, utan är alltid hälso- och sjukvård.

Då barnet vistas i förskola /skola måste en egenvårdsbedömning göras utifrån aktuella förutsättningar. Planering ska göras i samråd med förskola /skola / elevhälsa.

5 ANSVAR

Vårdgivare (primärvård, specialiserad vård och kommunal vård) ansvarar för att den legitimerade personalen har tillräcklig kompetens för att bedöma, planera, instruera, följa upp och dokumentera egenvård.

Det är **den behandlande legitimerade yrkesutövaren** inom hälso- och sjukvården som inom sitt ansvarsområde ska göra en bedömning av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård (4 kap. 1§). T.ex. läkare ska bedöma om läkemedelsbehandling kan vara egenvård för viss patient (läkarens ansvarsområde).

När bedömningen görs i samband med vårdplanering vid in- och utskrivning av patienter i slutenvården ska **den behandlande läkaren** göra en bedömning av, om åtgärden kan utföras som egenvård enligt SOSFS 2005:27, 3 kap. 4§ fjärde stycket om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård.

Biståndshandläggare handlägger ansökan om praktisk hjälp **med** egenvårdsåtgärd utifrån egenvårdsbedömningen.

5.1 Ansvar samordning

När flera vårdgivare eller huvudmän behöver samverka för att säkerställa att patientens behov av insatser tillgodoses har huvudmännen skyldighet erbjuda samordnad individuell plan (SIP). Hänvisning till kap 3, 1§ punkterna 1 och 2. Egenvårdsplan kan vara tillräcklig om det framgår vem som har ansvar för respektive åtgärd och vem som har ansvar för patientens samlade insatser. Det ska framgå i dokumentationen att man har erbjudit SIP.

6 AVVIKELSE

Om patienten drabbas av eller utsätts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom på grund av brister i egenvårdsbedömningen ska detta rapporteras som avvikelse enligt respektive verksamhets rutiner för avvikelsehantering. Ordinatören ska få återkoppling direkt efter händelsen.

Ställningstagande görs av verksamhetschef i samråd med chefläkare om anmälan ska göras enligt Lex Maria. Inom kommunal vård är det medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) som har motsvarande uppgift.

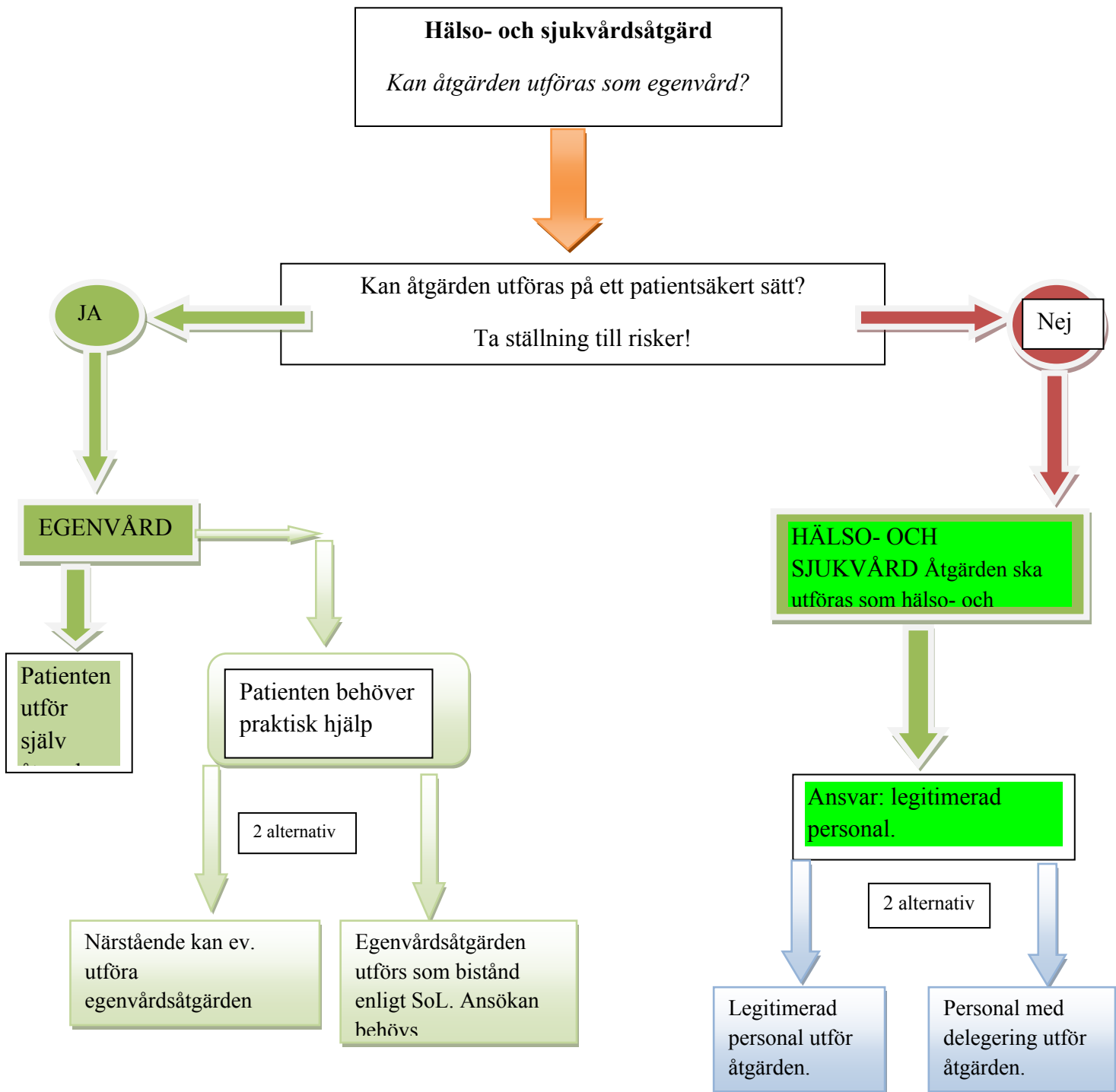
Då personal är utförare av egenvårdsåtgärden kan brister i utförande bli föremål för utredning enligt Lex Sarah.

7 REFERENSLISTA

Bedömning av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård (SOSFS 2009:6)
Socialstyrelsens föreskrifter om bedömningen av egenvård. Meddelandeblad nr6/2013.
Läkemedelshantering inom Hälso- och sjukvård (SOSFS 2000: 1)
Rutin för avvikelsehantering landsting och kommuner
Skollagen 2010:800
Mer om egenvård i förskolan /skolan, Skolverket 18 februari 2014

8 BILAGOR

8.1 Flödesschema för bedömning av egenvård



8.1.1 SOSFS 2009:6 Bedömning av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård

1 kap. Tillämpningsområde

1 § Dessa föreskrifter ska gälla inom sådan verksamhet som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

2 § Föreskrifterna ska tillämpas i samband med att en legitimerad yrkesutövare

1. gör en bedömning av, om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård,
2. planerar egenvården, samt
3. följer upp och omprövar bedömningen.

3 § Bestämmelserna i 3 kap. 1 och 2 §§ samt i 6 kap. 1 § ska även tillämpas av de nämnder som ansvarar för socialtjänsten vad gäller omsorger om äldre personer och personer med funktionshinder enligt socialtjänstlagen (2001:453) samt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS. (SOSFS 2011:23)

2 kap. Definitioner

1 § I dessa föreskrifter avses med

egenvård	hälso- och sjukvårdsåtgärd som legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bedömt att en patient själv kan utföra. Egenvård är inte hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).
hälso- och sjukvård	åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador (1)
socialtjänst	verksamhet enligt socialtjänstlagen (2001:453) och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade

(1) Hälso- och sjukvård omfattar sådan verksamhet som bedöms kräva personal med utbildning inom hälso- och sjukvård eller sådan personal i samarbete med annan personal. Se vidare 1 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och 1 kap. 4 § lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

3 kap. Ansvar för rutiner inom ramen för ledningssystem

Landstingets och kommunens ansvar för rutiner för samverkan

1 § Av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete framgår det att varje vårdgivare eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska ansvara för att det ledningssystem som ska finnas innehåller de processer och rutiner som behövs för att säkerställa att verksamheten uppfyller de krav som ställs i det följande. (SOSFS 2011:23)

2 § Av rutinerna ska det framgå

1. hur huvudmännen för hälso- och sjukvården och socialtjänsten ska samarbeta i samband med egenvård, och
2. hur huvudmännen för hälso- och sjukvården ska samarbeta med andra aktörer i samband med egenvård.

Region Jämtland Härjedalen, hälso- och sjukvårdsstaben
Anna Kerstin Lejonklou

2015-03-30

Dnr:

Vårdgivarens ansvar för rutiner i verksamheten

3 § Vårdgivaren ska ge direktiv och säkerställa att verksamhetens ledningssystem innehåller rutiner för bedömning, samråd och planering i samband med egenvård enligt 4 och 5 kap.

4 § Vårdgivaren får uppdra åt en eller flera verksamhetschefer att fastställa rutiner för egenvård enligt 3 §.

I den kommunala hälso- och sjukvården får vårdgivaren uppdra åt en eller flera verksamhetschefer alternativt medicinskt ansvariga sjuksköterskor att fastställa rutiner för egenvård enligt 3 §.

4 kap. Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar för bedömningen

Hur en bedömning ska göras

1 § Det är den behandlande legitimerade yrkesutövaren inom hälso- och sjukvården som inom sitt ansvarsområde ska göra en bedömning av, om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård.

När bedömningen görs i samband med vårdplanering vid in- och utskrivning av patienter i sluten vård ska den behandlande läkaren göra en bedömning av, om åtgärden kan utföras som egenvård enligt 3 kap. 4 § fjärde stycket 2 Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:27) om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i sluten vård.

2 § Upphävd (2012:10)

3 § Bedömningen ska göras i samråd med patienten och utifrån respekten för dennes självbestämmande och integritet samt behov av trygghet och säkerhet.

4 § Bedömningen ska utgå från patientens fysiska och psykiska hälsa samt dennes livssituation.

5 § Som en del i bedömningen ska det ingå en analys av, om utförandet av egenvården kan innebära att patienten utsätts för risk att skadas.

I förekommande fall ska en utredning göras för att avgöra om patienten själv eller med hjälp av någon annan på ett säkert sätt kan utföra en hälso- och sjukvårdsåtgärd som egenvård.

I förekommande fall ska en utredning göras för att avgöra om patienten själv eller med hjälp av någon annan på ett säkert sätt kan utföra en hälso- och sjukvårdsåtgärd som egenvård.

6 § Om patienten behöver praktisk hjälp för att utföra egenvården, ska den behandlande legitimerade yrkesutövaren samråda med

1. den eller de närstående som ska hjälpa patienten,
2. ansvarig nämnd inom socialtjänsten, eller
3. ansvarig befattningshavare hos en annan aktör.

7 § En hälso- och sjukvårdsåtgärd får inte bedömas som egenvård, om analysen enligt 5 § visar att det föreligger en risk för att patienten skadas.

Dokumentation

8 § Bedömningen ska dokumenteras i patientens journal.

Information

9 § Den som enligt 1 § har gjort bedömningen ska informera patienten om vad egenvården innebär.

Uppföljning och omprövning

10 § Den som enligt 1 § har gjort bedömningen ska ansvara för att egenvården

1. omprövas om förutsättningarna ändras, och
2. följs upp regelbundet, om det inte är uppenbart obehövt.

5 kap. Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar för planering

När en planering ska göras

1 § Den som enligt 4 kap. 1 § har gjort bedömningen ska ansvara för att en planering görs, om det inte är uppenbart

obehövt och om patienten

1. har behov av stöd och hjälp i samband med egenvården,
2. behöver praktisk hjälp av en närstående, socialtjänsten eller någon annan aktör för att utföra egenvården, eller
3. av något annat skäl har behov av planeringen.

Hur en planering ska göras

2 § Patienten ska delta i planeringen och bestämmer själv, om någon eller några närstående ska delta.

3 § Planeringen ska göras i samråd med

1. den eller dem som ska hjälpa patienten med egenvården,
2. ansvarig nämnd, om patienten har beviljats eller kommer att beviljas hjälp med egenvården av socialtjänsten, eller
3. vårdgivare, vårdenheter och andra aktörer som kan komma att beröras av egenvården.

Dokumentation

4 § Av dokumentationen av planeringen ska det framgå

1. vilken åtgärd som har bedömts som egenvård,
2. om patienten själv eller med hjälp av någon annan ska utföra egenvården,
3. hur information och instruktioner till den eller dem som ska utföra egenvården ska ges,
4. vilka åtgärder som ska vidtas och vem som ska kontaktas, om patienten har drabbats av eller har utsatts för risk att drabbas av skada eller sjukdom i samband med egenvården,
5. vilka åtgärder som ska vidtas och vem som ska kontaktas, om patientens situation förändras,
6. hur och när bedömningen av egenvården ska följas upp,
7. när en omprövning av bedömningen av egenvården ska göras.

5 § Patienten ska få en kopia av dokumentationen av planeringen.

6 § Om patienten av socialtjänsten har beviljats eller kommer att beviljas hjälp med egenvården, ska en kopia av dokumentationen av planeringen föras till personakten eller motsvarande.

6 kap. Informationsöverföring

1 § Information om egenvården får endast överföras till dem som berörs efter en prövning enligt

1. offentlighets- och sekretesslagen (2009:400),
2. socialtjänstlagen (2001:453),
3. lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, eller
4. patientsäkerhetslagen (2010:659). (SOSFS 2011:23)

2017-03-21

Bilaga 2

Samverkan och ansvar primärvård – kommun

Region Jämtland Härjedalens ansvar

Läkarmedverkan

Läkarmedverkan med rätt kompetens och personkontinuitet ska eftersträvas. För att personer som bor i särskilt boende enligt socialtjänstlagen, SOL och i boende enligt Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS § 9:9 och personer som bor i ordinärt beroende och har hemsjukvård ska få en god hälso- och sjukvård ska läkarmedverkan ske enligt följande.

- Hembesök hos patienter utifrån patientens behov, oavsett boendeform.
- Regelbundna möten (personliga eller distansberoende) med ansvarig legitimerad personal i kommunen för allmänna genomgångar av läkemedelslistor, analysresultat mm.
- Samtlig legitimerad personal i kommunen ska ha möjlighet att vid behov konsultera läkare
- Möjlighet att dygnet runt (telefon eller annan distansberoende) kontakta läkare avseende rådgivning gällande enskilda patienter i akuta ärenden.
- Delta i vårdplaneringar där kommunens legitimerade personal bedömt att läkarkompetens bedöms nödvändig, ex SIP
- Planerade läkemedelsgenomgångar enligt SOSFS 2012:9 i samverkan med kommunens hälso- och sjukvårds-personal enligt rutin.

Samverkansrutin mellan primärvård och kommun

Chef vid respektive hälsocentral ska tillsammans med aktuella chefer inom kommunen upprätta en skriftlig rutin angående hur läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård ska tillgodoses.

Medicinteknisk utrustning och läkemedel

Regleras i huvudavtalet punkt 7.7

Förteckningar över

- Medicinsk basutrustning inom kommunal hälso- och sjukvård,
- Läkemedel för akut bruk i kommunal hälso- och sjukvård (Läkemedelskommittén)

Förteckningarna revideras årligen av arbetsgrupp med representanter som utses av kommunerna och regionen. Sammankallande för gruppen är regionen. Efter revideringen fastställs den nya förteckningen i konsensus genom att den undertecknas av samtliga ledamöter i arbetsgruppen. Regionen och kommunerna har ett gemensamt ansvar för att förteckningen följs, lokala överenskomna variationer kan finnas.

2017-03-21

Laboratorieservice, högrentservice och riskavfallshantering

Respektive chef inom kommunen och chef på hälsocentralen upprättar gemensamt de lokal rutin som ska gälla avseende hantering av laboratorieservice, högrentservice och riskavfall.

Alla kostnader för provtagningsmaterial, laboratorieanalyser, transporter från hälsocentralen och tolkning av provsvar betalas av Region Jämtland Härjedalen. Hälsocentralerna diskar högrent åt kommunerna.

Kommunerna följer Region Jämtland Härjedalens rutiner för hantering av riskavfall i hälso- och sjukvården. Godkända kärl för riskavfall beställs via regionens serviceenhet vilket inkluderar transport från angiven uppsamlingsplats inom primärvården.

Kommunens ansvar

Tjänstgöring kvällar och nätter 17.00 – 08.00 (primärvårdsuppdrag)

Kommunen svarar utan ersättning för distriktssköterske-insatser kvällar och nätter inom Region Jämtland Härjedalens primärvård. Detta sker som inhyrd personal. 1177 eller primärvårdsläkare i beredskap gör en medicinsk bedömning och kontaktar distriktssköterska när det är rätt vårdnivå. Vid behov av insatser från specialistvården gällande patienter inom kommunal vård, ska ärendet gå via ansvarig primärvårdsläkare i beredskap om annat ej överenskommit enligt överenskommelse mellan specialistvård och kommun.

När kommunen utför dessa uppdrag har kommunen arbetsgivaransvaret för den kommunala personalen, men vårdansvaret finns hos Regionen. Kommunen för journal som ska överföras till Regionen, och inte finnas kvar hos kommunen. Former för detta finns i särskild rutin.

Dagtid, 08.00-17.00 kan tjänsteköp förekomma

Kommunen kan svara för hälso- och sjukvårdsinsatser som regionen ber kommunen utföra genom tjänsteköp. Se särskild reglering bilaga 4

Regionen och kommunerna är överens om att inga ansvarsförändringar ska göras under 2017 gällande läkemedelshantering. Båda parter är också överens om att gemensamt hitta alternativa former för stöd kring läkemedelshanteringen. Denna bilaga behöver därför revideras inför 1 januari 2018.

Bilaga 4

Regler, rutiner och ersättning vid tjänsteköp

Tjänsteköp

Regionen och kommunerna kan göra förfrågan om tjänsteköp för att utföra hälso- och sjukvårdsinsatser, med bibehållet ansvar för verksamheten. Detta innebär utthyrning av personal. Inom regionen kan tjänsteköp ske både inom ram för primärvårdens och specialiserade vårdens ansvar.

Tjänsteköp ska användas med återhållsamhet.

Uthyrning av personal sker i mån av tid och med vägledning av medicinsk prioritering enligt syfte i huvudavtalet.

Ansvar

Vården bedrivs av den som gör förfrågan om tjänsten, genom inhyrd personal. Vårdgivaransvar och eventuellt vårdskadeansvar ligger därför hos den som gör förfrågan om tjänsten.

Den som hyr ut personal har arbetsgivaransvar för sin personal.

Förfrågan om tjänsteköp

Uppdraget utförs efter skriftlig förfrågan. Förfrågan ska innehålla uppgift om inom vilken tid uppdraget behöver utföras. I undantagsfall kan förfrågan tecknas i efterhand, i syfte att inte fördröja insatsen för patienten. Se särskild blankett.

Avvikelsehantering

Den som i samband med tjänsteköp uppmärksammar en vårdskada eller risk för vårdskada ska skriftligen informera ansvarig vårdgivare som sedan ansvarar för rapportera avvikelser enligt respektive vårdgivares rutin. Vid allvarliga avvikelser ska direktkontakt tas med chefsläkare/MAS.

Hjälpmedelsförskrivning vid tjänsteköp

När hjälpmedel förskrivs av inhyrd personal i samband med ett tjänsteköp, belastar kostnaden den förfrågande enheten.

Uppföljning

När tjänsteköp görs, såväl som när insatser görs inom egen vårdgivare, ansvarar den utförande yrkesutövaren för att bedöma om och när uppföljning av insatsen ska göras, i enlighet med sitt yrkesansvar, och förskrivarmetod om insatsen gäller hjälpmedel. Det är vårdgivaren som ansvarar för att uppföljning sker. Lokal rutin kring uppföljning kan ske.

2017-03-21

2(3)

Journal-dokumentation

När Region Jämtland Härjedalen hyr personal från kommunen ska patientdokumentation ske i vårdgivarens journalsystem (Cosmic). Systemet får endast användas för dokumentation i samband med tjänsteköp och primärvårdsuppdrag¹².

- Region Jämtland Härjedalen tillhandahåller Siths-kort (med certifikat för Region Jämtland Härjedalen), utbildning i Cosmic samt tillgång till Cosmic-support 063-15 54 00 vardagar 8-17.
- Kommunen tillhandahåller dator/klient samt Siths-kort (med certifikat för Region Jämtland Härjedalen).

Om kommunerna hyr in personal från region Jämtland Härjedalen ska dokumentation ske enligt då överenskommen rutin.

Patientens avgift

Region Jämtland Härjedalen tar ut patientavgift enligt sitt regelverk. Via vårdgivarens journalsystem ska inhyrd personal registrera sina besök, varvid patientavgift utgår.

Alternativ när Cosmic inte kan användas

Utföraren skickar skriftlig sammanfattning/epikris efter bedömning/insats inkl bedömd fortsatt insats. Dokumentation av tjänsteköpsärenden kan göras på journalblad i särskild blankett eller enligt annan lokalt överenskommen rutin. Journaler ska överföras till tjänsteköparen, och inte finnas kvar hos utföraren. Respektive verksamhetschef inom kommunen och inom regionen upprättar gemensamt rutiner kring detta.

Patientavgift: Kommunen ska var 14:e dag redovisa tjänsteköp till förfrågande enhet, som ansvarar för att debitera patienten avgift för besöket i förekommande fall.

Ersättning till utförare av tjänsteköp

Ersättning utgår med 510 kr/påbörjad timme. Beloppet omräknas årligen enligt vårdprisindex (VPI). Tidsberäkningen ska innefatta insattid, administration inkl dokumentation, åiterrapportering till Region Jämtland Härjedalen/beställande kommun samt restid om uppdraget föranleder en särskild resa och inte kan samordnas vid kommunens ordinarie besök.

Ersättningen är fast från tidpunkten för avtalets tecknande till 2017-12-31.

Från 2018-01-01 justeras ersättningen årsvis med vårdprisindex (VPI) som fastställs och publiceras av Sveriges Kommuner och Landsting. Om SKL:s publicering av

¹ Primärvårdsuppdrag regleras i bilaga 2

² Enligt Huvudavtal Processtödjande vårdinformationssystem JLL (LS/236/2013); 5:2 Nyttjanderätt.

2017-03-21

3(3)

VPI upphör ska indexklausulen omförhandlas. Region Jämtland Härjedalen ansvarar för att årligen meddela kommunerna aktuell timersättning enligt VPI.

Fakturerering

För insatser som faller under regionens ansvar sammanställer kommunen varje kvartal antalet tjänsteköp per enhet med specifikation per patient och fakturerar därefter regionen. Fakturan får ställas till primärvårdens närvårdsområde i den egna kommunen. Betalning skall ske senast 30 dagar från fakturadatum. Lagstadgad dröjsmålsränta debiteras från förfallodagen.

Fakturan ska ha en specifikation som gör det möjligt att följa upp vilka tjänsteköp som avses. Utföraren har inte ansvar för att spara fakturaunderlag längre än 1 år.

För andra typer av tjänsteköp, tex kommunernas köp av vårdhygieniska tjänster ska underlaget hänvisa till beställning, eller beskriva vad som gjorts, när det gjorts, tidsåtgång och var det gjorts, samt annat av betydelse för att förstå kostnaden.

När kommunal personal deltar i vården på sjukhuset (ersätter överenskommelse 2003 dnr JLL 535/03)

Det är Region Jämtland Härjedalen som med sin personal ansvarar för att sjukhusets patienter får den omvårdnad de behöver när de är inlagda för vård och behandling. När patienten är en person med omfattande funktionsnedsättning kan det dock finnas situationer i omvårdnaden där personen behöver omvårdnad, stöd och trygghet genom att ordinarie personal från hemkommunen finns med på sjukhuset. Det kan exempelvis handla om personer som har omfattande psykiska och/eller fysiska funktionsnedsättningar och som i hemmiljön får sin omvårdnad av en begränsad personalgrupp, ofta i formen av personlig assistans.

Om behov av omvårdnadsinsats från kommunens personal under sjukhusvård finns ska parterna göra en gemensam bedömning kring behovet och komma överens om omfattning av insatsen. Det sker i dialog mellan Region Jämtland Härjedalen den aktuella avdelningens företrädare (avdelningschef) och kommunens företrädare (berörd chef). Överenskommelsen dokumenteras skriftligt.

Kommunen fakturerar Region Jämtland Härjedalen för de överenskomna kostnader som uppstått vid vårdtillfället. Kostnaderna innefattar lön samt rese- och färdtidsersättning för kommunens personal.

2017-03-21

Bilaga 5

Samverkan inom syn- och hörselrehabilitering

INLEDNING

Huvudavtalets regleringar av ansvarsgränser gäller också inom syn- och hörselrehabiliteringen, se huvudavtalet kap 7.

Vår gemensamma inriktning är att patienternas behov ska gå i första hand. Organisationsgränser ska inte vara något hinder för att ge invånarna den vård och rehabilitering som behövs inom syn- och hörselområdet. Med Region Jämtland Härjedalen avses även privata utförare med vårdavtal med regionen. Med kommunen avses även privata utförare av kommunal hemsjukvård.

Tydliga rutiner för samverkan mellan Region Jämtland Härjedalen och kommunen gällande patienter med syn- och hörselnedsättning är en förutsättning för att ge patienten möjlighet till en obruten vårdkedja och möjlighet att leva ett självständigt och oberoende liv. Innehållet i följande överenskommelse är avsett att vara en hjälp för hälso- och sjukvårdspersonal inom regionen och kommunen att uppfylla vissa behov av stödinsatser för personer som omfattas av syn- och/eller hörselrehabilitering.

Syfte och innehåll

Denna överenskommelse om samverkan inom syn- och hörselrehabilitering syftar till att klargöra ansvarsfördelningen mellan regionen och kommunen angående råd, behandling och stöd till personer som omfattas av syn- och hörselrehabilitering.

Syn- och hörselombud

Kommunen utser syn- och hörselombud. Syn- och hörselombudet får gärna kombinera båda uppgifterna, men kan också vara olika personer med enbart syn- eller hörselombudsuppgift.

Målgruppen

Detta avtal omfattar alla med behov av syn- och hörselrehabilitering som omfattas av åtgärder inom regionens syn- och hörselrehabilitering samt av kommunens ansvar enligt huvudavtalet.

Regionens ansvar inom syn och hörselrehabilitering

Syncentralens och hörselvårdens personal med förskrivningsrätt förskriver synhjälpmedel resp hörselhjälpmedel. Dessa hjälpmedel är att betrakta som medicintekniska produkter. I förskrivaransvaret ingår att förskrivare bedömt behovet av hjälpmedel, förskrivit, instruerat och följt upp respektive hjälpmedel. Förskrivaren dokumenterar rehabiliteringsprocessen enligt patientjournalagen

Syncentralens/hörselvårdens förskrivare ska vara behjälpliga med handledning och instruktion till syn/hörselombud kring enskilda patienters användning av hjälpmedel.

2017-03-21

Syncentralen/hörselvården ska kontinuerligt erbjuda för fortbildning/utbildning av syn/hörselombud. Kommunens syn- och hörselombud deltar kostnadsfritt i utbildning.

Regionen ansvarar för att "väskan" som innehåller material för att kunna serva hörapparater kan levereras till kommunerna.

Kommunernas ansvar genom syn/hörselombuden

Syn/hörselombuden ska fungera som en länk mellan patienten med syn- eller hörselnedsättning och regionens syn- och hörselrehabilitering inom syncentralen och hörselvården. Sist i denna bilaga finns en beskrivning av syn/hörselombudets uppgifter.

Verksamhetschef i kommunen ansvarar för att syn- och hörselombud utses. Kommunen ansvarar för att meddela ombud till regionen samt att regionens inbjudan till utbildning sprids till berörda. Verksamhetschef i kommunen ansvarar för att identifiera och påkalla behov av utbildning.

Kommunen ansvarar för personaltid- och resekostnader och eventuell vikariekostnad, reseersättning vid utbildningstillfällena.

Kommunen betalar för "väskan" som innehåller material för att kunna serva hörapparater.

Patienter som inte har hemsjukvård

Kommunens syn/hörselombud genomför också uppdrag för patienter som enligt huvudavtalets kap 7 är Region Jämtland Härjedalens ansvar (syn- och hörselvården).

Regionens syncentral/hörselvård ersätter, efter överenskommelse, berörd kommun med 267 kr/påbörjad timme. Beloppet omräknas årligen enligt omsorgsprisindex (OPI). Tidsberäkningen ska innefatta uppdragstid, administration inkl. dokumentation, återrapportering till landstinget samt restid om uppdraget föranleder en särskild resa och inte kan samordnas vid kommunens ordinarie besök.

Ersättningen ska vara fast från tidpunkten för avtalets tecknande till 2017-04-01.

Från 2018-01-01 justeras ersättningen årsvis med omsorgsprisindex(OPI) som fastställs och publiceras av Sveriges Kommuner och Landsting. Om SKL:s publicering av OPI upphör ska indexklausulen omförhandlas.

För uppdrag som faller under regionens ansvar sammanställer kommunen varje kvartal antalet uppdrag med specifikation per patient och fakturerar därefter landstinget, en samlingsfaktura för syncentralens uppdrag och en samlingsfaktura för hörcentralens uppdrag. Betalning skall ske senast 30 dagar från fakturadatum. Lagstadgad dröjsmålsränta debiteras från förfallodagen.

Gemensamt ansvar mellan regionen och kommunen

Vid alla kontakter avseende patientärenden ska kanaler användas som skyddar sekretessen.

2017-03-21

Avvikelsesrapportering sker enligt ordinarie rutiner. Vid allvarliga avvikelser ska direktkontakt tas med chefläkare/MAS.

2017-03-21

Syn- och hörselombudets uppgifter

- ansvara för att utföra åtgärder utifrån uppdrag från syn/hörselvården.
- resultatet av utförda åtgärder rapporteras till syncentralen/hörselvården som har ansvar för journalföring.
- utifrån begäran från syncentralen/hörselvården göra hembesök hos person med syn- eller hörselnedsättning och träna hantering av hjälpmedel
- fungera som sakkunnig på arbetsplatsen vad gäller enklare service/installationer av hjälpmedel.

Åtgärder av hörselombud som ej kan faktureras då detta räknas som eget ansvar

Slangbyte

Insatsrengöring

Batteribyte

Installation tekniska hjälpmedel

Enklare felsökning på hörapparat och tekniska hjälpmedel

Lämna in hörapparat/hjälpmedel till hörcentralen för reparation

Åtgärder av hörselombud kan faktureras om patienten inte är kommunens ansvar (godkänt via intyg/remiss till syn/hörselombud)

Träna skötsel och hantering av hörapparat och insats t.ex. sätta insats på plats i örat, öva att justera volymkontroll, koppla om till T-läge eller annat program i hörapparaten.

Motivera patient att använda hörapparat

Åtgärder av synombud som ej kan faktureras då detta räknas som eget ansvar

Glödlamps byte;

Byte av batteri i ex talande klocka,
talande termometer
batteri handtag
förstoringsluppar
förstoringsglas

Uppdatering av daisyspelare, felsökning på daisyspelare, felsökning på lästv.

Byten av trasiga hjälpmedel till likvärdiga.

Åtgärder av synombud kan faktureras om patienten inte är kommunens ansvar (godkänt via intyg/remiss till syn/hörselombud)

Träning på hemorten; ex Daisyspelare
Läs/skrivträning
Läs TV i vissa fall

Utprovning; ex Förstoringsglas
Tv-glas ögon

2017-03-21

Bilaga 7

Samverkan om medicinteknisk utrustning

Parter

Följande avtal har träffats mellan alla kommuner i Region Jämtland Härjedalen, nedan kallad kommunen, och Region Jämtland Härjedalen, enheten för medicinsk teknik nedan kallad MTA. MTA åtar sig att på avtalade villkor svara för medicintekniskt stöd till kommunens särskilda boenden/hemsjukvård.

Uppdrag

Användning av medicinteknisk utrustning regleras i Socialstyrelsens föreskrift SOSFS 2008:1 ”Användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården” tillsammans med SOSFS 2013:6 (Ändringsförfattning).

Stödet till kommunen innebär att MTA bistår med:

- Förebyggande underhåll (FU) av medicinteknisk utrustning.
- Avhjälpan underhåll (AU) av medicinteknisk utrustning.
- Rådgivning gällande medicinteknisk utrustning i begränsad omfattning.

I uppdraget ingår inte utbildningsaktiviteter för kommunens personal. Vid behov kan det förhandlas separat.

Målgrupp/beställare

Målgrupp och beställare för rådgivning är verksamhetschef hälso- och sjukvården eller annan utsedd person.

Omfattning

Detta avtal omfattar köp av medicintekniskt stöd till kommunen där den ekonomiska ersättningen utgörs av en fast del och en rörlig del.

Åtagande inom den fasta delen

Åtagandet innebär att bistå kommunen med:

- Underhåll av inventariedatabas. Bevakning av underhållsbehov, placering och spårbarhet av medicinteknisk utrustning enligt gällande föreskrifter, kompletterad med den prioritetsmodell som Region Jämtland Härjedalen har för sin egen medicintekniska utrustning. Detta sker med hjälp av MTA's inventariesystem Medusa.

Åtagande inom den rörliga delen

- Förebyggande underhåll utförs enligt de tidsintervall och den prioriteringsmodell (se § 10) som Region Jämtland Härjedalen har för sin medicintekniska utrustning.
- Avhjälpan underhåll sker vid behov och enligt den prioritetsmodell som gäller inom Region Jämtland Härjedalen. Beroende på medicinteknisk utrustning kan avhjälpan underhåll ske internt MTA eller via medicinteknisk leverantör enligt samma

2017-03-21

grundprinciper som används för Region Jämtland Härjedalens egen medicintekniska utrustning.

- Ankomstkontroll, inventariemärkning och registrering utförs för nyinköpt medicinteknisk utrustning i inventariesystem Medusa. Detta sker enligt samma regler som gäller för Region Jämtland Härjedalen. Enklare medicinteknisk utrustning, som exempelvis manuella blodtrycksmätare, inventariemärks inte.
- Rådgivning ges vid behov i begränsad omfattning. I begreppet begränsad omfattning ingår t.ex. frågor om inventarier som är registrerade i inventariesystemet, inköp av olika medicintekniska produkter, vilka medicintekniska produkter av en viss typ som rekommenderas inom Region Jämtland Härjedalen och även var dessa produkter kan köpas in.

Medicinteknisk utrustning – hantering vid förebyggande underhåll och avhjälpande underhåll

All medicinteknisk utrustning skall vid servicebehov rapporteras till MTA och bör i möjligaste mån skickas in till MTA för service.

Vid behov av förebyggande underhåll tar ansvarig på MTA kontakt med utsedd kommunansvarig person och begär att den medicintekniska utrustningen skickas till MTA. Förebyggande underhåll av svårtransporterad och/eller väggfast medicinteknisk utrustning bör om möjligt hanteras i samband med de regionala serviceresor som sker för Region Jämtland Härjedalens egen medicintekniska utrustning.

Avhjälpande underhåll av svårtransporterad och/eller väggfast medicinteknisk utrustning felrapporteras och servicebesök planeras in i samråd med felrapportör och medicinteknisk ingenjör.

Prioritering och tidsplanering för dessa underhåll sker enligt samma grundprinciper som gäller för Region Jämtland Härjedalens medicintekniska utrustningar.

Medicinteknisk utrustning - avgränsning

Detta avtal ger medicintekniskt stöd till kommunen, det innebär kortfattat att MTA ansvarar för att all medicinteknisk utrustning registrerad hos MTA, och som ägs av kommunen, bevakas och dokumenteras avseende service och kvalitetskontroller. Omfattningen regleras främst av § 5 - § 7 i detta avtal.

Vid val av medicinteknisk utrustning gäller följande: Val av utrustning bör ske i samråd med den medicintekniska avdelningen vid Östersunds sjukhus som då också kan erbjuda underhåll enligt § 6 och § 7.

För medicinteknisk utrustning där MTA saknar kompetens för att hantera underhåll (FU/AU) måste detta hanteras i en separat överenskommelse. I de fall MTA saknar kompetens är olika alternativ möjliga, t.ex. utbilda för underhåll eller köpa service i form av förebyggande och felavhjälpande underhåll från annan extern leverantör. I de fall där MTA saknar kompetens för att hantera underhåll av utrustningen, åtar sig MTA bevakning av underhållsbehov, placering och spårbarhet av denna medicintekniska utrustning enligt gällande föreskrifter och enligt § 5 (§ 6 och § 7 enligt detta avtal är då ej tillämplbara).

2017-03-21

Privata vårdgivare med vård- eller omsorgsavtal med kommunen

Detta avtal ska även gälla för privata vårdgivare med vård- eller omsorgsavtal med kommunerna. MTA måste i detta fall informeras på årsbasis alternativt vid förändring om vilka privata vårdgivare respektive kommun har vård- eller omsorgs-avtal med.

Prioriteringsmodell för förebyggande och avhjälpande underhåll

MTA har klassificerat medicinteknisk utrustning registrerad i MTA's inventariedatabas enligt ett nationellt framtaget beräkningssystem baserat på utrustningens underhållsbehov, verksamhets kritiska funktion och patientsäkerhetsrisk. Beräkningssystemet genererar ett s.k. risktal, där utrustning med högre risktal prioriteras före utrustning med lägre risktal. Förenklat: En anesthesiapparat har högt risktal vilket ger högre prioritet gällande underhåll än en EKG enhet, EKG enheten har i sin tur högre prioritet än ett otoskop.

För mer information angående prioriteringsmodell se rapport:

<http://www.lfimt.se/Filer/Dokument/Rapporter/PMFU-rapport-2009.pdf>

Ekonomisk ersättning

Den fasta kostnaden finansieras av länets kommuner. Ersättningen faktureras av Region Jämtland Härjedalen halvårsvis i förskott. Fördelningen av den fasta kostnaden nycklas mot de olika kommunerna. Som nyckeltal används antal medicintekniska utrustningar registrerade i inventariesystemet Medusa för respektive kommun dividerat med totala antalet kommunägda registrerade medicintekniska utrustningar. Kostnadsuppskattning för hantering av den fasta delen baseras på en grundkostnad plus kostnad per inventarie för att hantera antalet registrerade medicintekniska inventarier. 20160630 var totala antalet registrerade inventarier 468 stycken fördelade på 8 kommuner. Resursbehovet för hantering av den fasta delen uppskattas till 40 timmar per år plus 12 min per registrerad inventarie. Framtida ökning eller minskning av antalet registrerade inventarier påverkar fördelningen av kostnaderna för den fasta delen proportionellt i motsvarande grad. Beräkning av kostnad för fast del inklusive framtagning av nyckeltal för fördelning mot de olika kommunerna sker inför varje halvår i samband med fakturering.

Fördelningsexempel fast kostnad (gällande 2016-06-30):

Antal medicintekniska utrustningar registrerade per kommun

BERG	28	6,0 %
BRÄCKE	29	6,2 %
HÄRJEDALEN	56	12,0 %
KROKOM	70	15,0 %
RAGUNDA	29	6,2 %
STRÖMSUND	95	20,3 %
ÅRE	22	4,7 %
ÖSTERSUND	139	29,7 %
Totalt	468	100,0 %

Den rörliga delen faktureras månadsvis den kommun som begärt uppdrag enligt en timersättning på 894 kr/tim. (gällande från 2016-01-01). Till detta tillkommer ev.

2017-03-21

reskostnader (restid, hyrbil eller liknande) vid besök på vårdenhet. Vid service och reparation faktureras till kommunen det förbrukningsmaterial och de reservdelar som används vid service av den medicintekniska utrustningen.

Prisomräkning med vårdprisindex (VPI)

Timersättningen ska baseras på 2016 års timpris 894 kr/tim. (gällande från 2016-01-01). Från 2017-01-01 justeras timersättningen årsvis med vårdprisindex(VPI) som fastställs och publiceras av Sveriges Kommuner och Landsting. Om SKL:s publicering av VPI upphör ska indexklausulen omförhandlas.

Kontaktpersoner

Vardera parten ska utse en kontaktperson per kommun.

Felanmälan

Felanmälan till MTA av medicinteknisk utrustning kan ske med hjälp av särskilt formulär. Rådgivning gällande hantering för eventuell reparation av felaktig utrustning kan ske via kontaktpersoner eller direkt till MTA's mottagning.

Avtalstid, tvister

Se huvudavtalets avtalstider

2017-03-21

Bilaga 8

Kostnadsansvar för sjukvårdsmaterial, medicinteknisk utrustning, hjälpmedel mm

I kommunal hälso- och sjukvård används sjukvårdsmaterial, medicinteknisk utrustning och hjälpmedel som upphandlats av Region Jämtland Härjedalen och länets åtta kommuner via Gemensam nämnd för upphandling, lagerhållning och distribution av sjukvårdsprodukter.

Kostnadsansvar för sjukvårdsmaterial och medicinteknisk utrustning

Grundprincipen är att kommunerna och Regionen ansvarar för förskrivning, uppföljning och kostnad för sjukvårdsmaterial och medicinteknisk utrustning till personer inom sina respektive ansvar enligt huvudavtalet. För övrigt, se punkter nedan.

- Om behandlingen i samband med utskrivning kräver dyrt eller ej upphandlat sjukvårdsmaterial, eller om materialet inte finns i passande förpackningar, ansvarar Regionens specialiserade vård för kostnaden under en övergångsperiod tills behandlingen har utvärderats ekonomiskt, medicinskt och samhällsekonomiskt.
- Om behandlingen i samband med utskrivning kräver specialistvårdsutrustning, (exempelvis respirator, sug, hostmaskin) ansvarar Regionens specialiserade vård för kostnaden. Vid nytillkommen utrustning ordinerad av läkare inom specialistvården ansvarar regionens specialistvård även för dessa kostnader. I förskrivardirektivet regleras vilken yrkeskategori som har förskrivningsansvar.
- Regionen ansvarar, i samverkan med kommunerna, för att översyn sker av utlånad utrustning till kommunen (ej personligt förskrivnen).

Gemensamma rekommendationer om medicinsk basutrustning i kommunal hälso- och sjukvård återfinns där gemensamma avtal och rutiner publiceras (www.regionjh.se/samverkan).

2017-03-21

Kostnadsansvar för hjälpmedel

Grundprincipen är att kommunerna och Regionen ansvarar för förskrivning, uppföljning och kostnad för hjälpmedel till personer inom sina respektive ansvar enligt huvudavtalet. Kostnaden följer den förskrivande enheten¹. För övrigt, se punkter nedan.

- Utskrivning från den specialiserade slutenvården
 - Hjälpmedel som behövs för att patienten ska klara förflyttning inomhus, personlig vård samt toalettbesök de första fem dagarna (exempelvis rollator, kryckkäpp, rullstol) ska förskrivas inom den specialiserade vården. Var ansvaret överförs efter utskrivning ska framgå av vårdplaneringen.
 - Hjälpmedel som ska förskrivas i hem- och närmiljö (exempelvis säng, personlyft, arbetsstol, mobil dusch-/toalettstol och gåbord) förskrivas inte från specialiserad vård. Då ska/bör behovsbedömning enligt förskrivarmetoden påbörjas inom den specialiserade vården, i samverkan med förskrivare i kommunen eller primärvården.
- Finansiering av rullstolar
 - Fram till och med 2013 hade Regionen fullt kostnadsansvar för rullstolar.
 - 2014 övertog kommunerna kostnadsansvaret även för rullstolar, mot ersättning från Regionen (grundersättning 6,16 mkr/år plus extra ersättning baserad på årets utfall).
 - Från 2017-01-01 kommer kommunerna att ersättas i form av sänkta hjälpmedelshyror motsvarande 7,46 mkr (grundersättning + uppräknad extra ersättning).
 - Om skatteväxling mellan Regionen och kommunerna genomförs i framtiden ska den, om möjligt, inbegripa även denna reglering.

Gemensamma riktlinjer och rutiner för hjälpmedelsförskrivning (exempelvis hjälpmedelspolicy, MTP-överenskommelse och förskrivarmetod) återfinns där gemensamma avtal och rutiner publiceras (www.regionjh.se/samverkan)

¹ Området kommunikations- och kognitionshjälpmedel är ännu ej reglerat, varför Region Jämtland Härjedalen för tillfället har hela kostnadsansvaret. Detta kan komma att ändras.



18

Anmälan av delegationsbeslut till
regionstyrelsen 2017

RS/2/2017

2017-03-20

Sekretariatet
Jessica Hådell
Tfn: 063-14 76 76
E-post: jessica.hadell@regionjh.se

RS/2/2017

Anmälan av delegationsbeslut till regionstyrelsen 2017

Ärendebeskrivning

1. Beslut fattade av regiondirektör/ bitr. regiondirektör

Svar på remiss om praktisk tjänstgöring för psykologer med utbildning utanför EU och EES (RS/460/2017)

Svar på remiss om praktisk tjänstgöring för sjuksköterskor utbildade utanför EU och EES (RS/268/2017)

Kris- och katastrofmedicinsk beredskapsplan för specialistvården (RS/1581/2016)

Beslut om användning av det ofördelade utrymmet i investeringsbudget, övriga investeringar 2017, område KIÖÖ (komplettering phacomaskin) (RS/62/2017)

Beslut om användning av det ofördelade utrymmet i investeringsbudget, övriga investeringar 2017, område DTS (färgkopiator) (RS/62/2017)

2. Beslut fattade av ordförande eller 1:e vice ordförande

Christer Siwertsson (M) är beviljad att delta på Sverigemötet i Karlstad 23-25 mars 2017 (RS/603/2017)

Marie Svensson (V) är beviljad att delta på Ekonomiutskottets dag för budgetförutsättningar (utan ersättning) den 16 mars 2017 (RS/603/2017)

3. Beslut fattade av chefer

Anställningsbeslut för perioden 2017-02-17 – 2017-03-16 (RS/602/2017)

Regiondirektörens förslag

Information om delegationsbeslut enligt upprättad förteckning noteras till protokollet.



19

Anmälan av inkomna handlingar

RS/3/2017

2017-03-21

Sekretariatet
Jessica Hådell
Tfn: 063-14 76 76
E-post: jessica.hadell@regionjh.se

RS/3/2017

Anmälan av inkomna handlingar till RS 2017-03-29

Ärendebeskrivning

1. SKL sammanträdesplan för 2018.

Regiondirektörens förslag

Information om regionstyrelsens inkomna handlingar enligt upprättad förteckning noteras till protokollet.



21

Årsredovisning 2016

RS/1181/2016



2017-03-21

Ekonomi- och personalavdelningen
Solbritt Wennerberg
Tfn: 063-147835
E-post: solbritt.wennerberg@region.se

RS/1181/2016

Årsredovisning 2016

Ärendebeskrivning

Enligt Lag om kommunal redovisning (SFS 1997:614) ska den löpande redovisningen för varje räkenskapsår avslutas med ett årsbokslut. Årsredovisningen skall redogöra för utfallet av verksamheten, verksamhetens finansiering och den ekonomiska ställningen vid årets slut. I årsredovisningen skall även ingå sådan verksamhet som bedrivs genom annan juridisk person.

Region Jämtland Härjedalens resultat 2016 var -196,8 miljoner kronor. Fullmäktiges resultatkrav för året var noll kronor. Den enskilt största ökningstakten avser köp från bemanningsföretag. Kostnaderna har ökat med 39 procent (49 miljoner kronor) jämfört med 2015. Läkemedelskostnaden har ökat med 9,2 procent (34,3 miljoner kronor). Kostnaden för riks- och regionvård har ökat med 4,8 procent (15,9 miljoner kronor). Verksamhetens intäkter har ökat kraftigt jämfört med föregående år. Den enskilt största ökningen står de riktade statsbidragen för.

Balanskravet innebär att ett negativt resultat för ett räkenskapsår ska regleras under de närmast följande tre åren. Resultatet för 2016 innehåller omställningskostnader med 0,9 miljoner kronor avseende omställningsgrupp samt realisationsvinst på 0,2 miljoner kronor. Efter år 2016 återstod enligt balanskravet totalt 771,0 miljoner kronor att återställa varav -347,2 miljoner kronor under år 2017. Beräkningen av balanskravet för år 2016 blev, -196,1 miljoner kronor.

Ett långsiktigt arbete pågår för att uppnå en ekonomi i balans via långsiktiga utvecklingsplaner. Flera andra åtgärder har vidtagits för att försöka bromsa kostnadsutvecklingen, bland annat LUP:ens paket med de administrativa åtgärderna samt höjda patientavgifter. Handlingsplaner för kostnadsminskningar har framtagits. Sammantaget uppgår de resultatförbättrande åtgärderna under 2016 till cirka 90 miljoner kronor.

Redovisningen av måluppfyllelse för regionövergripande mål/mått i regiondirektörens verksamhetsplan. Redovisningen visar att av de 35 mål som regiondirektörens verksamhetsplan innehåller så har 15 uppnåtts.

Regiondirektörens förslag

1. Årsredovisning 2016 överlämnas till regionens revisorer för granskning.

2. Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

Årsredovisning för 2016 godkänns.

I tjänsten

Ingela Jönsson
Tf regiondirektör

Bo Carlbark
Ekonomidirektör

Utdrag till

Regionens revisorer, ekonomidirektör, regiondirektör samt berörda handläggare vid ekonomi- och personalavdelningen

Region Jämtland Härjedalen

Årsredovisning 2016-12-31



Innehåll

Förbättrad ekonomi och stark digital utveckling	3
Viktiga händelser under året	4
Länets befolkning och geografi	7
Fem år i sammandrag	9
Politisk organisation och vision	10
Styrdokument och måluppfyllnad	13
Uppföljning av utvecklingsområden i regionstyrelsens verksamhetsplan	14
Uppföljning av målen i regiondirektörens verksamhetsplan	34
Avstämning av övergripande handlingsplaner	40
Folkhälsa och hälsofrämjande arbete.....	46
Vård i rimlig tid	48
Patientsäkerhet	51
Vårdkvalitet	52
Läkemedel	54
Forskning, utveckling och utbildning.....	56
Utomlänsvård.....	57
Produktionsstatistik.....	60
Vårdval och privata vårdgivare	62
Miljö.....	64
Medarbetare.....	66
Ekonomi	71
Engagemang i bolag och stiftelser.....	92
Räkenskaper	105
Allmänna redovisningsprinciper	117
Transparensbokslut 2016, Folk tandvården	120
Begreppsförklaringar och ordlista.....	122

Förbättrad ekonomi och stark digital utveckling

Två år efter bildandet av Region Jämtland Härjedalen har mycket hänt för att skapa en enda organisation med en enda kultur, en enda värdegrund och ett enda varumärke.

De två förvaltningarna – Hälso- och sjukvårdsförvaltningen och Regionala utvecklingsförvaltningen - har numera ett nära stöd av en gemensam regionstab där fokus är att beslut och mandat koncentreras till första linjens chefer samt på förbättrad kvalitet för kunder och patienter.

Digital teknik och forskning

Satsningen på digital teknik inom hälso- och sjukvården blir allt tydligare och Region Jämtland Härjedalen ligger i framkant inom många områden. Två virtuella hälsorum finns och verksamhetsutveckling med hjälp av digital teknik sker i allt snabbare takt. Flera projekt pågår, bland annat inom primärvården i Härjedalen och Brunflo. Målet är en hälso- och sjukvård allt närmare patientens eget hem. Även forskningsverksamheten inom Region Jämtland Härjedalen är framgångsrik och under beteckningen Vätel ska Region Jämtland Härjedalen skapa en innovationsarena för företag, kommuner, regioner och landsting i Trøndelag, Norge, Jämtland Härjedalen och Västernorrland. Tillsammans testar och utvecklar man välfärdsteknologiska lösningar i stor skala.

Framgångsrika verksamheter

Region Jämtland Härjedalen har numera ett PCI-labb i egen regi - landets modernaste labb för så kallad ballongvidgning av kranskärl! Resultatet är en bättre och mer jämlik hälsa för patienter samtidigt som kostnaderna för riks- och regionvård på sikt kommer att minska. Förlossningsvården och barnmedicin fortsätter att ligga i topp nationellt när det gäller både kvalitet och bemötande. Medarbetare inom barnhälsovården har även genomfört den nationella Barnveckan i Östersund där vårdpersonal från hela landet deltog. Inom område medicin har nya arbetssätt implementerats där kompetensförskjutning och personcentrerad vård är viktiga delar i arbetet. Flera verksamheter påverkades i början av året av de nyanländas behov. En asykhälsa inrättades som permanentades av regionstyrelsen i slutet av året, framförallt som ett kompetenscentrum. Regional utveckling samordnar och leder projektet Integration Jämtland Härjedalen. Projektet syftar till att underlätta för nyanlända

att komma närmare arbetsmarknaden eller etablera sig i arbete eller studier. Antalet nyanlända minskade betydligt under senare delen av året men behovet av att integrera och ta tillvara kunskap och kompetens hos nyanlända är oförminskat.

Regionala utvecklingsförvaltningen var i september, tillsammans med Östersunds kommun, värd för årsmötet för UNESCO:s nätverk Creative Cities vilket samlade runt 300 delegater från 53 länder inom områdena hantverk, folk art, design, film, gastronomi, litteratur, musik och mediakonst.

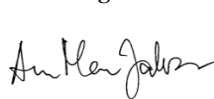
En medarbetarutbildning - med fokus på just värdegrund, beteende och bemötande - har utarbetats och genomförts av en majoritet av organisationens medarbetare samt av förtroendevalda.

Ekonomiska svårigheter

Ekonomi för Region Jämtland Härjedalen är på väg åt rätt håll även om det är ett fortsatt mycket bekymmersamt ekonomiskt läge. Flera verkningfulla åtgärder är vidtagna för att minska underskottet – bland annat höjda patientavgifter och en stor besparing inom administrationen. Statliga medel - i form av kostnadsersättning för flyktmottagning samt stöd till bättre resursutnyttjande - har underlättat den ekonomiska situationen. Det allt överskuggande problemet är dock kompetensförsörjning och därmed användandet av inhyrd personal – kostnaden för hyrpersonal ökar i snabb takt och åter upp den kostnadsminskning som med stort fokus sker i verksamheten. En nationell kraftsamling kring kompetensförsörjning och minskning av inhyrd personal har startat vilket även innefattar ett högt prioriterat projekt på regional nivå.

En region i rörelse

Stora delar av regionstaben inledde under 2016 ett omfattande arbete för en eventuell regionsammanslagning med övriga Norrlandslän. Regeringens tog under hösten tillbaka förslaget om bildandet av större regioner vilket dock inte förhindrar att redan påbörjade och fruktbara samarbeten i norra Sverige fortsätter. Framåt gäller fortsatt en region i rörelse mot kvalitet och patientsäkerhet, ett tydligt fokus på värdeskapande verksamhet och bemötande utifrån patienters och kunders behov samt på forskning och utbildning.



Ann-Marie Johansson (S)
Regionråd



Ingela Jönsson
Tf Regiondirektör

Viktiga händelser under året

Ny organisation

Januari 2016 startades den nya organisationen inom Region Jämtland Härjedalen. Två förvaltningar inrättades, hälso- och sjukvård och regional utveckling. Dessutom bildades en gemensam stab - regionstaben.

Uppstart och avslut av regionbildning

I april enades de fyra norrlandstingen i samband med Norrlandstingens Regionförbundsmöte att gemensamt påbörja förberedelsearbete för en eventuell regionbildning i Norrland. Under juni/juli fattade alla fyra landsting/region beslut i sina fullmäktige-församlingar att delta i ett förberedelsearbete för regionbildning, samt att inbjuda partierna att nominera ledamöter till en styrgrupp och fyra arbetsgrupper samt att finansiera en projektorganisation.

Den 30 juni avlämnade Indelningskommittén sitt delbetänkande som innehöll förslag på att ett Norrlands län bildas 1 januari 2018 och att de fyra norrlandsläna läggs samman till ett landsting, Norrlands läns landsting 1 januari 2019. I augusti utsåg styrelserna i de fyra landstingen/regionen ledamöterna till styrgrupp och politiska arbetsgrupper. Den 20 september startade styrgruppen arbetet. Under hösten arbetade 7 sakkunniggrupper på uppdrag av direktörsstyrgruppen och 8 sakkunniggrupper på de fyra politiska arbetsgruppernas uppdrag.

Under våren och sommaren pågick diskussioner i olika media som slutligen resulterade i att ett medborgarinitiativ på 3 veckor kunde samla in det antal namnunderskrifter som krävdes för att de skulle kunna begära att en folkomröstning som tar ställning till frågan: Vill du att Region Jämtland Härjedalen ska slås ihop med landstingen i Västernorrland, Västerbotten och Norrbotten?

Under november månad konstaterade regeringen efter att i några veckor ha förhandlat med riksdagspartierna att det inte längre fanns förutsättningar för att bilda storregioner i Sverige. Därmed beslutade styrgruppen den 8 december att avsluta förberedelserna för regionbildning i Norrland. Sakkunniggrupperna avslutade sina uppdrag den 20 december med att summera arbetet och lämna in förslag på fortsatt samarbete mellan de fyra regionerna/landstingen i Norrland.

Nationella barnveckan

Under vecka 17 stod Östersund som värd för nationella barnveckan. Arrangemanget pågick under fyra dagar med intressant innehåll, t ex neonatal vård och förebyggande av infektioner. Andningshjälpmedel (CPAP) för nyfödda, utvecklades initialt av två narkosläkare från Östersund. De har nu efterföljare som forskar vidare inom detta område.

Patientavgifter

Fullmäktige beslutade i februari om en höjning av patientavgifterna fr om 1 april 2016. Detta ledde till ökade intäkter under perioden april till december 2016 med cirka 16 miljoner kronor.

Förlossningsvård och kvinnors hälsa

Kvinnosjukvården har inlett ett arbete inom nationella satsningen En förbättrad förlossningsvård och insatser för kvinnors hälsa. För Kvinnosjukvården handlar det främst om att stärka förlossningsvården och eftervården samt att stärka kompetensförsörjningen. Samarbete med primärvård är avgörande för att öka kunskap om sjukdomar som är vanliga hos kvinnor samt att nå patientgrupper i socialt utsatta områden. Hittills har Kvinnosjukvården främst gjort insatser mot förebyggande av bristningar under förlossning samt utbildning och kompetensintag mot obstetrix- gynekologisk- och gynonkologisk vård.

Ungdomsmottagning i Strömsund

Start av ungdomsmottagning i form av filial i Strömsund en dag per vecka fr.o.m. 20 september 2016. Syftet är att Ungdomsmottagning ska vara mer tillgänglig för ungdomar i länet. Det ska vara ett utåtriktat arbete att nå ungdomarna. Samtidigt är det viktigt att det sker en samverkan med berörd kommun.

Nyanlända

Primärvården och folktandvården har i stor utsträckning påverkats av att fler nyanlända kommit till länet. För folktandvården innebär det ökad efterfrågan på barntandvård och akut tandvård för vuxna asylsökande. En annan konsekvens är att folktandvårdens vuxna revisionspatienter inte kallas till återbesök i rätt tid.

Regional utveckling samordnar och leder projektet Integration Jämtland. Projektet syftar

till att underlätta för nyanlända att komma närmare arbetsmarknaden eller etablera sig i arbete eller studier.

Plan 8

Ett nytt arbets sätt med personcentrerad vård är under implementering inom medicinska specialiteter på plan 8 på Östersunds sjukhus. Ny rondstruktur ingår. Ombyggnation pågår för att möjliggöra fler enkelrum, centralt belägna arbetsplatser för personal och en välkommande entré för patienter. Ny arbetstidsmodell är under framtagande. Arbetet på plan 8 börjar väcka intresse från andra avdelningar.

Professionsmiljard

Satsningen stöd till bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården kallas oftast ”professionsmiljard”. Det inryms tre delar i arbetet: it-stöd och processer för förenklad administration, användning av medarbetares kompetens på ett effektivt och patientsäkert sätt samt stöd för planering och långsiktig kompetensförsörjning. Inom Region Jämtland Härjedalen har verksamheterna fått beskriva förbättringsidéer och utifrån det har prioritering gjorts.

Oberoende av bemanningsföretag

Mot bakgrund av ett kraftigt ökat nyttjande av inhyrda läkare och sjuksköterskor i landet, startades med stöd av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) hösten 2016 ett nationellt projekt. Målet är att alla landsting och regioner ska vara oberoende av bemanningsföretag senast 1 januari 2019. Tillsammans med hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp tog en lokal projektgrupp fram en åtgärdsplan med åtgärder inom en rad områden, t ex arbetsmiljö, verksamhetsutveckling och utbildning. Projektet kommer att pågå under 2017 och 2018.

OECD-rapporten

Region Jämtland Härjedalen har tillsammans med 12 andra regioner i norra Sverige, norra Finland och norra Norge beställt en analys av OECD om läget i regionen och om hur tillväxten kan förbättras. Den slutliga rapporten från OECD beräknas kunna presenteras i mars 2017. Förväntningarna på rapporten är att den ska kunna användas i det fortsatta strategi- och målarbetet för regional utveckling men också att den ska kunna fungera som ett underlag vid påverkansarbete.

Företagsstöd

Under det gångna året har ansökan om företagsstöd ökat i jämförelse med 2015 (69 mnkr) och totalt har år 2016 83,7 Mnkr beslutats. Av denna summa har 80 Mnkr fördelats. Antalet beslutade stöd uppgår till 81, varav 23 gäller företag i Östersunds kommun.

Projektstöd

Region Jämtland Härjedalen har under 2016 fattat 31 beslut om medfinansiering av projekt till ett värde av 38 Mnkr. 36 Mnkr avser området Innovation och företagande, fördelat på 28 stöd. Med anledning av de beslut som fattades 2015 om att lägga ut finansieringen av beslut över flera års anslag har tillgången på medel varit begränsad under 2016. Detta kommer även att gälla för verksamhetsåret 2017.

Etableringsfrämjande samverkan

Projektet Etableringsfrämjande samverkan har under 2016 startat och levererat resultat. Sju företagsetableringar med 76 arbetstillfällen fördelat på 43 kvinnor och 33 män.

Regional trafik

Ett regionalt trafikförsörjningsprogram 2016 - 2020 antogs i Regionfullmäktige i februari 2016. Fullmäktige behandlade frågan om länstrafikbolaget ska vara kvar eller föras över i förvaltning och beslutade att Länstrafiken i Jämtlands läns AB ska behållas.

Nattågen till och från Jämtland

Sedan april 2016 går nattågen till/från Jämtland endast under turistsäsong. Region Jämtland Härjedalen har inlett ett samarbete med SJ om hur trafiken ska kunna utvecklas på ett lönsamt sätt så att säsongerna kan förlängas. Region Jämtland Härjedalen har dessutom initierat att Trafikverket ska utreda om nattågstrafiken har en sådan betydelse för tillgängligheten till/från länet att staten ska ta ansvar för trafikförsörjningen.

Mittbanans standard

Regionen har engagerat sig i frågan om Mittbanans standard. Både i form av skrivelser och i direkt dialog med Trafikverkets ledning. Den under hösten befarade hastighets sänkningen på del av banan från år 2018 har kunnat undanröjas genom Trafikverkets omprioritering av underhållsmedel till förmån för denna bandel.

Digitala Jämtland Härjedalen

Digitala Jämtland Härjedalen, den regionala digitala agendan, fokuserar på digitaliseringens möjligheter och har identifierat fyra prioriterade områden; infrastruktur, digital kompetens, expertis och samverkan och finns representerad i Regionalt nätverk för eSamhället som drivs av SKL. En av de prioriterade frågorna är att digitalisera arkiven inom offentliga verksamheter. Ett initiativ, för att införa eArkiv har lett till en gemensam upphandling där kommunerna deltar men regionen valt att avvakta.

Särskilda insatser för nyanlända

Kulturen har medverkat i *Särskilda insatser för nyanlända*, vilket har haft 430 deltagare fördelat på 18 workshops i samarbete med SFI, Svenska kyrkan, studieförbund, integrations samordnare med flera. Insatsen leder till nya kontaktytor mellan nyanlända och respektive ords lokalbefolkning.

Starkare Kulturella och kreativa

näringar (KKN näringar)

Under året har insatser genomförts som syftar till att bygga en starkare KKN näring i regionen och stärka den ideella sektorns roll i samhället. Ett 100-tal företagare har fått personlig konsultation. Unescosamarbetet har lett till internationellt utbyte med medlemsstäderna och en stor konferens förlagd till Östersund, där 300 delegater från över 50 länder diskuterat kultur och kreativa näringar som grund för urban och regional utveckling.

Norrländska slöjdställningen Next Level Craft gick vidare på export och visades i Washington sju veckor under våren.

Nationalmuseum Norr

Regionen avtalar med Jamtli om det regionala museiuppdraget för att ett levande kulturarv som bevaras används och utvecklas. Förprojektering har gjorts av *Nationalmuseum Norr* och under januari 2017 sker byggstarten för den största konststatsningen i regionen på många år. I juni 2018 kommer den första permanenta filialen till Nationalmuseum i Stockholm invigas på Jamtli.

Ekologisk hållbarhet

Projektet PVC free blood bags är inne i sitt slutskede. Lagringsstudien av röda blodkroppar i den nya påsen är slutförd och ser lovande ut. Planering och genomförande av projektets slutseminarium har skett. Ett genomfördes i Östersund i september och ett i samband med CleanMed Europé i oktober.

Energikontoret och Klimatrådet startar nu upp en treårig satsning riktad till aktörer i fastighetsbranschen i länet. Syftet är att stimulera till ökad energieffektivitet i byggnader. Satsningen finansieras av Interreg Europe

Energikontoret har bidragit till att företag och kommuner i Jämtland Härjedalen beviljats investeringsstöd från klimatklivet med cirka 7,3 miljoner kronor.

Folkbildning

Birka startade i augusti som första skola i landet en heltidsutbildning till fritidsledare på distans. Kursen innehåller några träffar på Birka under året.

Birka har under året fortsatt att fortbilda personal inom migrationsboenden. Studieplatserna betalas av regionens kommuner. Samarbetet med Arbetsförmedlingen kring Etableringskurs för nyanlända fortsätter och under våren har 12 deltagare genomgått den 6 månader långa utbildningen och under hösten startade en kurs med 7 deltagare.

Under september 2016 startade Bäckedal en kortkurs i hållbar kunskap med inriktning på traditionell kunskap om självförsörjning kombinerat med modern teknik och entreprenörskap.

På Bäckedal genomfördes under hösten en folkhögskolekurs för asylsökande i språkundervisning och samhällsorientering samt orientering i arbetsmarknaden. Kursen finansieras via Folkbildningsrådet och deltagarna antas efter Migrationsverkets förslag. Kursen hade 25 deltagare och pågick fram till mitten av december 2016.

Länets befolkning och geografi

Befolkningsstatistik och nyanlända

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

Den 31 december 2016 hade länet 128 673 invånare, en ökning med 1 297 personer jämfört med november 2015. Det är det fjärde året med ökning av invånare efter flera år med sjunkande invånartal. En analys efter årets inflyttningar visar att de senaste årens ökning helt beror på inflyttning av utrikesfödda.

Vid årsskiftet 2016/2017 var 2749 personer boende i Migrationsverkets mottagningssystem i Jämtlands Län. 716 av dessa personer hade fått uppehållstillstånd men väntade på kommunplacering. Av de 2749 personerna var 1357 st 0-19 år, 1379 st 20-64 år, 13 st 64+ år. Sammanlagt var 448 av ovanstående ensamkommande barn.

Under 2016(per 31 dec) har alla utom en (Härjedalen) av länets kommuner ökat sin befolkning, Östersund och Åre leder ligan med 679 st för Östersund och 411 st i Åre i ökad befolkning.

Integration är ett av den regionala utvecklingsnämndens prioriterade områden och målet är att "Integration ska genomsyra hela det regionala utvecklingsarbetet".

"Regional Strategi för ökad inflyttning och förbättrad integration 2015-2020" belyser hur integrationen ska förbättras och därmed minska utflyttning, öka inflyttning och i förlängningen öka länets befolkning.

Alla som vistas i länet oavsett uppehållstillstånd eller inte, om man är född i Sverige av svenska föräldrar eller om man flyttat till länet senare i livet med annan etnisk bakgrund ska integreras med varandra. För att uppnå det krävs en ömsesidig respekt och en förståelse för att människor är olika. Den regionala strategins insatser och aktiviteter riktar sig därför till kvinnor, män, flickor och pojkar som är utrikesfödda och svenskfödda. De prioriterade områdena i den regionala strategin är:

- Höjd utbildningsnivå
- Ökat deltagande i arbetslivet
- Kulturkompetens och förbättrad social

sammanhållning

- Förbättrad infrastruktur

En åldrande befolkning

I åldersgruppen 25-69 år sker en stor minskning med 8 000 invånare till 2032. Denna minskning kan hållas tillbaka vid framgångsrik integration och matchning mot arbetsmarknaden. Gruppen 70-79 år förväntas öka med 2 500 invånare fram till år 2022 och ligger därefter på ungefär samma nivå fram till 2032. Gruppen 80 år och äldre ligger relativt stilla fram till 2022, men ökar därefter kraftigt med 3 000 invånare, eller 33 %.

Långtidsutredningens delårsrapport Demografins regionala utmaningar (SOU 2015:101) som presenterades i december 2015 skriver att 87 % av befolkningstillväxten till 2040 beräknas ske i storstäderna och att utvecklingen med ungdomar som flyttar till storstäderna väntas förstärkas ytterligare.

Verksamheten bedrivs på många orter

Hälso- och sjukvård

Inom Region Jämtland Härjedalen finns 22 valbara hälsocentraler, 12 ambulansstationer, 1 ambulanshelikopter, 1 ambuss, 15 folktandvårds-kliniker plus specialisttandvård, sjukhuset i Östersund samt Sjukvårdsrådgivningen 1177.

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

- Sjukvårdsrådgivningen som ger råd om vård dygnet runt på telefon 1177 och www.1177.se.
- Ambulanshelikopter som under år 2016 utfört 741 uppdrag.
- AMBUS som under året transporterat 2061 patienter sträckan Östersund – Umeå.
- Vägambulanserna har haft 16 345 uppdrag.
- Digital röntgen vid alla landstingsdrivna hälsocentraler som bedriver röntgenverksamhet samt inom tandvården.
- Region Jämtland Härjedalens webbplats, www.regionjh.se, där samtliga hälsocentraler och vissa öppenvårdsmottagningar erbjuder interaktiva tjänster med hjälp av Mina vårdkontakter.

Regional utveckling

Region Jämtland Härjedalen har även det övergripande ansvaret för att ta fram, genomföra och följa upp strategier för länets utveckling.

Inom organisationen fattas beslut om hur vissa statliga medel för regional utveckling ska användas, det görs planering av regional infrastruktur samt tas det emot och bereder ansökningar om bidrag från EU:s strukturfonder.

Mer konkret innebär det att vi jobbar med allt från att främja ett växande näringsliv och samordna delar av kommunernas vård- och omsorgsarbete till att planera utbildningsinsatser och erbjuda energirådgivning.

En viktig del i arbetet med länets utveckling är frågor som rör internationalisering. Vi arbetar därför bland annat med att samordna länsolitikernas internationella arbete och är engagerade i flera internationella nätverk.

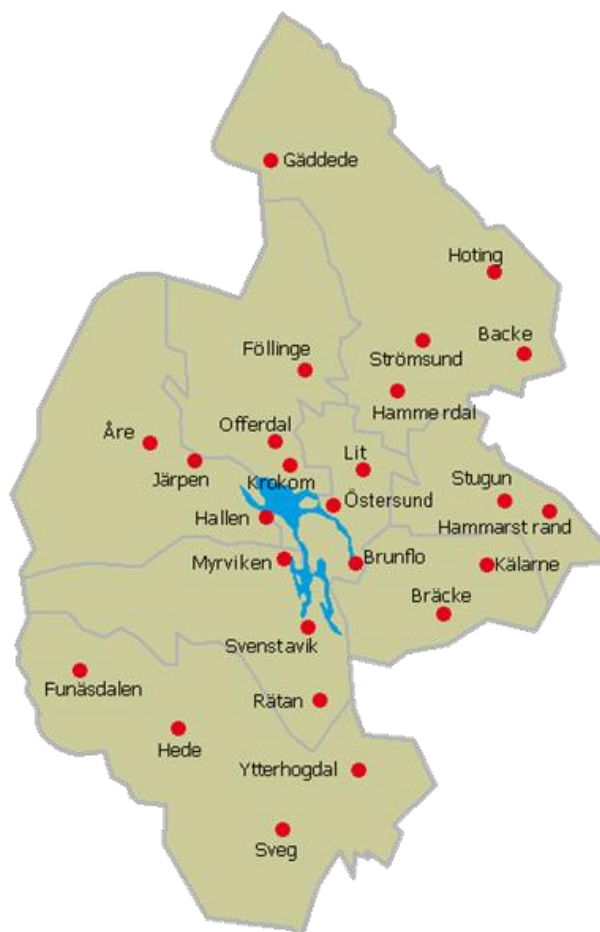
Folkhögskolor i Ås och Sveg

Region Jämtland Härjedalen är huvudman för folkhögskolorna Birka och Bäckedal. Dessa är en viktig resurs i regionen och ska erbjuda folkbildning, kompetensutveckling och möjligheter till personlig utveckling i ett perspektiv av livslångt lärande.

Länskulturen

Kultur är en drivkraft för regional utveckling, attraktionskraft och social sammanhållning. Kultur bidrar till ett öppnare samhälle, god livsmiljö och folkhälsa i hela länet och till att länet upplevs attraktivt att bo och verka i. Länskulturen är en del av Region Jämtland Härjedalens uppdrag att i samverkan med kommunerna och civilsamhället komplettera och bidra till ett dynamiskt utbud av kultur i hela länet. Nationella kulturpolitiska målen samt Regional Kulturplan för Jämtlands län 2015-2018 är styrande för verksamheten.

Jämtlands län

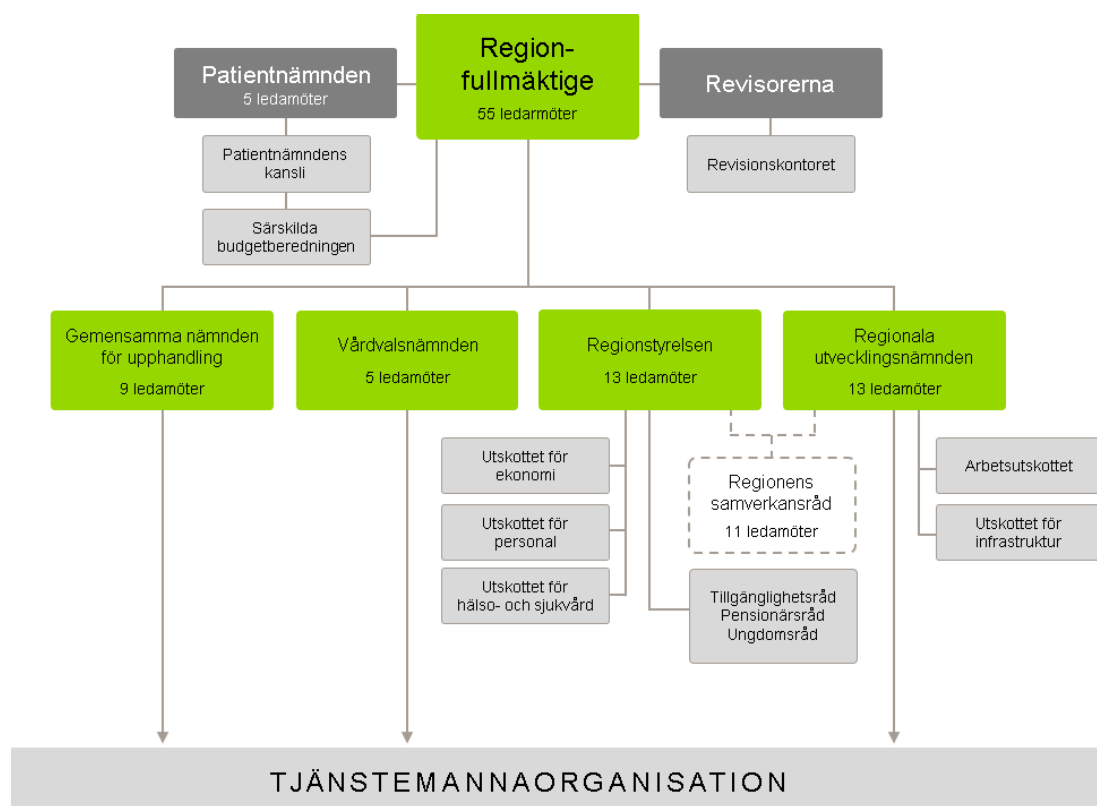


Fem år i sammandrag

	Enhet	2012	2013	2014	2015	2016
Utdebitering landstingsskatt Jämtland	Kr	10,60	10,85	10,85	11,20	11,20
Genomsnittlig landstingsskatt i Sverige	Kr	11,07	11,11	11,20	11,29	11,41
RESULTATRÄKNING						
Verksamhetens nettokostnader (intäkter-kostnader-avskrivningar)	Mkr	-3 211,3	-3 320,9	-3 525,9	-3 824,1	-3 964,8
Förändring av verksamhetens nettokostnader	%	2,4	3,4	6,2	8,5	3,7
Kostnadsutveckling	%	1,2	3,0	5,0	10,7	5,0
Skatteintäkter, generella statsbidrag och utjämning	Mkr	3 140,6	3 276,1	3 360,1	3 588,2	3 763,6
Förändring skatteintäkter, generella statsbidrag och utjämning	%	1,2	4,3	2,6	6,8	4,9
Förändring finansnetto	Mkr	62,0	-104,6	130,2	0,5	0,8
Årets resultat	Mkr	-92,1	-170,9	-161,8	-232,3	-196,8
Årets resultat enligt balanskravet	Mkr	-81,5	-47,7	-159,9	-227,7	-196,1
Verksamhetens nettokostnader i förhållande till skatter och generella statsbidrag	%	102,2	101,4	104,9	106,6	105,3
Avskrivningar "-"	%	3,2	3,1	3,1	3,2	3,2
Finansnetto "-"	%	-0,7	-3,8	-0,1	0,0	0,1
Under 100% = ett positivt resultat	%	104,7	100,7	107,9	109,8	108,6
RESULTATRÄKNING PER INVÅNARE						
Verksamhetens nettokostnader	Kr	25 446	26 260	27 814	30 022	30 813
Skatteintäkter, generella statsbidrag och utjämning	Kr	24 886	25 906	26 507	28 170	29 249
BALANSRÄKNINGEN						
Balansomslutning	Mkr	2 132,2	2 157,4	2 123,5	1 933,0	1 838,0
Eget kapital, exklusive ansvarsförbindelsen	Mkr	686,1	515,2	353,5	121,2	-75,7
BALANSRÄKNING PER INVÅNARE						
Tillgångar	Kr	16 894	17 060	16 751	15 176	14 284
Eget kapital, exklusive ansvarsförbindelsen	Kr	5 437	4 074	2 788	952	-588
Skulder och avsättningar	Kr	5 224	5 204	5 693	5 392	5 655
Ansvarsförbindelse pensioner	Kr	19 530	20 776	19 871	19 029	18 137
NYCKELTAL						
Soliditet enligt blandmodellen	%	32,2	23,9	16,6	6,3	-4,1
Soliditet inklusive ansvarsförbindelse	%	-83,4	-97,9	-102,0	-119,1	-131,1
PERSONAL						
Personalkostnader exkl utbetalade pensioner	Mkr	1 843	1 918	2 000	2 211	2 249
Antal anställda inklusive visstid*	Antal	3 679	3 741	3 819	3 992	4 032
INVÅNARE I JÄMTLAND 31 DEC						
Invånare i Jämtland	Antal	126 201	126 461	126 765	127 376	128 673
Andel jämtar 65 år och äldre	%	22,1	22,5	22,8	23,1	23,0
Medelålder	%	43,3	43,3	43,3	43,3	43,2
Andel kvinnor	%	49,9	49,8	49,8	49,6	49,5
Andel män	%	50,1	50,2	50,2	50,4	50,5

* 2012-01-01 gick 123 medarbetare över till Regionförbundet. Folkhögskolorna Birka och Bäckedal samt Kulturen. 2012-06-30 gick 22 medarbetare över till Torsta AB och 7 st till gymnasieförbundet. Totalt 152 st. 2015-01-01 övergick 171 medarbetare från Regionförbundet, länsstyrelsen och kommunen till Jämtlands läns landsting och Region Jämtland Härjedalen bildades.

Politisk organisation och vision



Politisk organisation

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

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

om andra kommunala uppdrag. Andra frågor som nämnden arbetar med är kultur, folkhälsa, klimat, energi och miljö, jämställdhet och mångfald, forskning och utveckling samt internationella frågor ur ett regionalt perspektiv.

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

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

Regionstyrelsen och regionala utvecklingsnämndens utskott arbetar med

fördjupning, analys, uppföljning och framtidsbevakning inom fokusområden och strategiska utvecklingsområden. De arbetar också med inspel till regionplan och till regionstyrelsens respektive regionala utvecklingsnämndens verksamhetsplaner.

Vägen till visionen

”En region att längta till och växa i” fokuserar på viktiga utmaningar som attraktivitet och tillväxt. Visionen har flera dimensioner – det handlar dels om att få fler människor att bo och arbeta i regionen och att turism och företagsamhet ska öka. Men det handlar även om att de som väljer att bo och besöka regionen ska finna värden här

som ökar möjligheten att kunna växa som människa.

Naturvärdena i Jämtland Härjedalen är välkända och utgör sedan länge ett stort attraktionsvärde. För att närma oss visionen krävs att såväl organisation som plats aktivt visar på de styrkor som även finns inom andra områden såsom forskning, utbildning och utveckling.

Medarbetare, organisation och plats ska präglas av välkomnande, handlingskraft och pålitlighet. Organisationens och platsens kommunikation ska bidra till att Region Jämtland Härjedalen upplevs som en organisation och en plats i rörelse framåt.

MÅL OCH VERKSAMHET

Styrdokument och måluppfyllnad

I arbetet med att planera verksamheten skapas olika styrdokument. De styrdokument som regionen arbetar med kan delas in i två kategorier. Dels finns styrdokument som tas fram för att styra verksamheten inom Region Jämtland Härjedalen. Dels finns ett antal länsövergripande styrdokument som påverkar hela länets utveckling och som regionen har att förhålla sig till i sitt utvecklingsarbete. Ett exempel på ett sådant dokument är den regionala utvecklingsstrategin (RUS). De styrdokument som tas fram för verksamheterna är följande:

- **Policyer och strategier**, fastställs av regionfullmäktige och revideras vid behov. Policyer anger regionens värderingar och förhållningssätt till något. Strategier beskriver tillvägagångssättet för hur fattade beslut ska genomföras.
- **Långsiktiga utvecklingsplaner** som fastställs av regionfullmäktige. Planerna har ett tolvårsperspektiv och revideras vart fjärde år.
- **Regionplan** som fastställs av regionfullmäktige. Planen har ett treårsperspektiv och revideras varje år. I regionplanen finns övergripande strategiska mål.
- **Finansplan** som fastställs av regionfullmäktige. Planen har ett treårsperspektiv och innehåller finansiella mål, ekonomiska ramar, budget, investeringsplan och taxor och avgifter.
- **Verksamhetsplaner med budget och uppföljningsplan för regionstyrelsen och för nämnderna.** Planerna fastställs av respektive styrelse eller nämnd och är ettåriga. De innehåller framgångsfaktorer kopplade till målen i regionplanen.
- **Verksamhetsplaner för regiondirektören och för förvaltningschefer.** Planerna är treåriga men revideras varje år. De innehåller strategiskt viktiga utvecklingsområden i form av mål och resultatmätt som ska konkretisera styrelsens respektive nämndernas framgångsfaktorer. Fastställs av regiondirektör eller respektive förvaltningschef.
- **Övergripande handlingsplaner** som upprättas inom områden som är i särskilt fokus. De kan ha olika löptider.
- **Verksamhetsplaner för centrumen inom regionstyrelsens förvaltning och för områden inom regionala utvecklingsnämndens**

förvaltning som är ettåriga och innehåller verksamhetsspecifika mål. Planerna fastställs av regiondirektör respektive av förvaltningschef.

- **Verksamhetsplaner för områdena och enheterna inom regionstyrelsens förvaltning** som är ettåriga och innehåller verksamhetsspecifika mål. Fastställs av närmast högre linjeförvaltningschef.

Grundidén med Region Jämtland Härjedalens styrmodell är att det ska finnas en röd tråd i styrningen från visioner och övergripande strategiska mål till genomförande och uppföljning på verksamhetsnivå. Planerna följs upp genom månadsrapporter, delårsbokslut och årsbokslut samt genom särskilda redovisningar.

Framgångsfaktorer i regionstyrelsens och nämndernas verksamhetsplaner samt mål i övergripande handlingsplaner följs upp i särskild ordning. Regionstyrelsens verksamhetsplan följdes upp vid två tillfällen under 2016. Dels i delårsrapport per april 2016 och dels på regionstyrelsens sammanträde den 25 maj 2016, § 128. I samband med uppföljningen i maj gjordes en revidering av planen för att vässa målen och uttrycka den politiska viljan så att mätbar uppföljning skulle vara möjlig. Regiondirektör fick också i uppdrag att bevaka och vidta möjliga åtgärder för att förbättra måluppfyllelsen. Uppföljningen i maj redovisades också till regionfullmäktige på deras möte 14-15 juni 2016, § 85.

Region Jämtland Härjedalens **målområden** indelas i Samhälle, Patient, Medarbetare, och Verksamhetsresultat. I årsredovisningen redovisas resultatet för de regionövergripande mål/mått som återfinns i regiondirektörens verksamhetsplan. De verksamhetsspecifika planerna följs upp inom respektive verksamhet.

Mål för Regional utvecklingsnämnd och Vårdvalsnämnd följs upp i respektive nämnds egen årsrapport och rapporteras på så sätt till Regionstyrelsen och fullmäktige. Dessa nämnders årsrapporter läggs i bilaga till denna årsredovisning.

Uppföljning av utvecklingsområden i regionstyrelsens verksamhetsplan

Målen i regionstyrelsens verksamhetsplan har inte något mätbart mål att följa upp mot. Istället följer vi upp aktiviteter.



Grön pil om aktiviteter genomförts och att målet är uppfyllt 2016-12-31.








Gul pil om aktiviteter har genomförts eller påbörjats men aktiviteterna kommer att vara inte vara helt genomförda 2016-12-31.



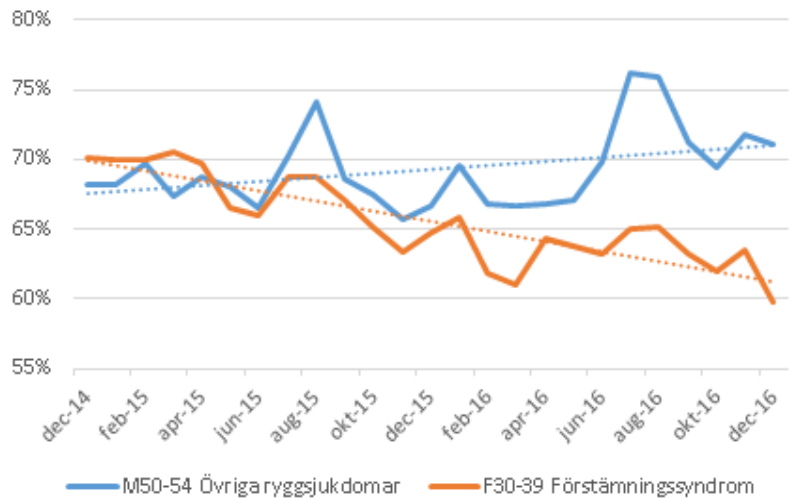
Röd pil om målet inte kommer att vara uppfyllt 2016-12-31. Antingen pga att inga aktiviteter genomförts eller att de gjorda aktiviteterna inte varit tillräckliga.

Perspektiv samhälle

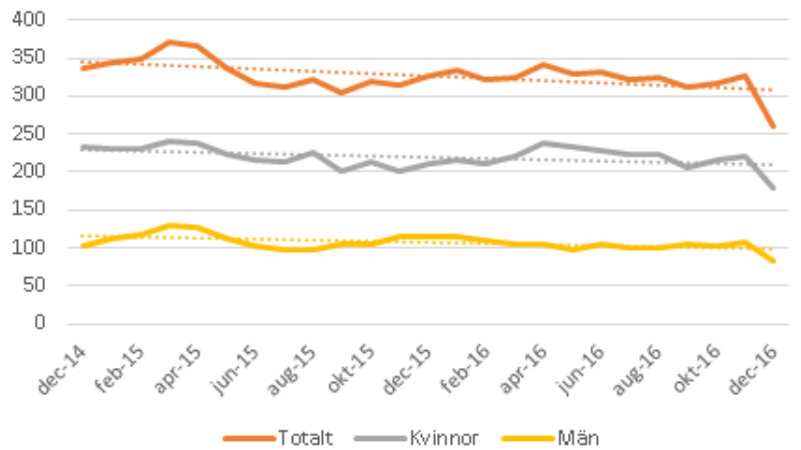
Regionplan	Regionstyrelse	Läget helår 2016
Stimulera så att innovativa och framtidsinriktade idéer blir färdiga produkter och tjänster genom bra stöd	1, Stimulera innovativa och framtidsinriktade lösningar för att möta hälso- och sjukvårdens utmaningar. Till exempel via glesbygds -medicin och genom att agera testbädd för näringslivet. Minst en aktivitet sker i samarbete med MIUN och regionens näringsliv.	Under våren 2016 har en ERUF- ansökan lämnats in med detta innehåll. I den ansökan är MIUN medsökande. En interreg ansökan har också lämnats in med bland annat MIUN och Östersunds kommun som medsökande. Antalet idéer som beslutats och införande startat är två. Båda syftar till kostnadsbesparingar samt personal- och patientnytta. Båda införandeprojekten startades under juni månad. Det kreativa teamet har tappat deltagare av olika skäl. Teamet kommer att utökas och delvis reformeras under hösten.
Regionen präglas av insyn och delaktighet	2, En kort videosammanfattning av regionstyrelsens beslut ska finnas tillgänglig på Region Jämtland Härjedalens webbsida.	Uppdraget utfört
	3, Stimulera till ett högre antal deltagare på RS öppna sammanträden. Antalet externa deltagare noters vid Varje möte.	Mätningar genomförda av antal deltagare på Regionala utvecklingsnämndens och regionstyrelsens öppna möten per september, därefter augusti. Marknadsföringsinsatser genomförda med bl.a. annonsering på intranät, extern webb, facebook, twitter, mail. Börja mäta antalet deltagare på Regionala utvecklingsnämndens och regionstyrelsens öppna sammanträden. Genomförda marknadsförings insatser vad gäller styrelsens sammanträden. Detta har inte lett till att antalet besökare ökat.
	4, Öka tillgänglighet till diariet och offentliga handlingar.	Omvärldsbevakning genomförd. Information om diarium har publicerats på utsidan men för insidan är det under framtagande

	5, Se över RJHs kommunikationspolicy avseende regionens närvaro i Sociala medier.	<p>Kommunikationspolicy klar och beslutad. Strategi och särskilda riktlinjer för sociala medier klar feb 2017.</p> <p>Närvaro på sociala medier:</p> <table border="1" data-bbox="686 309 1560 398"> <thead> <tr> <th>år</th> <th>Region JH</th> <th>Facebook</th> <th>Twitter</th> <th>Linkedin</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2015</td> <td>606 756</td> <td>1617</td> <td>800</td> <td>1090</td> </tr> <tr> <td>2016</td> <td>694 360</td> <td>2330</td> <td>960</td> <td>1295</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;"></p>	år	Region JH	Facebook	Twitter	Linkedin	2015	606 756	1617	800	1090	2016	694 360	2330	960	1295
år	Region JH	Facebook	Twitter	Linkedin													
2015	606 756	1617	800	1090													
2016	694 360	2330	960	1295													
Integration ska genomföra hela det regionala utvecklingsarbetet	6, Samordna och bygga upp medicinsk-, kultur- och psykologisk/psykiatrisk kompetens inom området genom utbildning av personal samt utarbeta hållbara rutiner med övriga aktörer i arbetet med flyktingmottagande.	<p>Plan för mottagande av asylsökande och nyanlända flyktingar är under utarbetande. Slutdatum enligt uppdrag är satt till 2017-01-31. På grund av att flera beslut av betydelse inom asyl-flyktingfrågor togs i november och december 2016 kan eventuellt redovisning av slutplanen fördröjas en månad.</p> <p>Förslag till förtydligat uppdrag för enhet för Asyl-och flyktinghälsa inklusive organisatorisk placering och finansiering redovisades under hösten 2016 för att därefter fastslås i Regionstyrelsen 2016-12-07. Genomlysning av gällande samt icke beslutade patientavgifter för asylsökande gömda och papperslösa resulterade i ett förtydligande avgiftsförslag vilket fastslogs i fullmäktige 2016-11-23.</p> <p>SKL:s kompetenslyft "Hälsa i Sverige för nyanlända och asylsökande" har startats inom Region Jämtland Härjedalen med sammanlagt 15 personer från i huvudsak regionen men även från länets kommuner nu gått olika utbildningar i SKL:s regi. Huvudsakliga spridningsledare är sjuksköterskor vid enhet för Asyl och flyktinghälsa. Spridning av kunskaperna har påbörjats och hur långt man nått sina uppsatta spridningsmål återrapporteras av utvecklingsstrateg till SKL i februari och mars 2017.</p> <p style="text-align: center;"></p>															
	7, Arbeta fram en lokal modell för hur Region Jämtland Härjedalen kan hjälpa sjukvårdsutbildade personer som söker asyl eller fått uppehållstillstånd att få praktikplats eller ett arbete inom hälso- och sjukvården, får sin utbildning validerad och få sin legitimation.	<p>Utifrån överenskommelsen med Arbetsförmedlingen om etableringskoordinator har Region Jämtland Härjedalen tillsammans med Arbetsförmedlingen arbetat fram en modell för hur Region Jämtland Härjedalen kan stödja personer i legitimationsyrke med uppehållstillstånd för att snabbare kunna erhålla svensk legitimation och att få ett arbete inom hälso- och sjukvården.</p> <p style="text-align: center;"></p>															
Regionen arbetar för ökad inflyttning med fler i arbete och ökat företagande	8, Utarbeta en implementeringsplan för varumärkesarbetet utifrån fastställd varumärkespolicy.	<p>Implementeringsplan är framtagen. Ingår i det koncept som implementering av värdegrund, varumärke, Lean, ledningsdeklaration, jämlik och jämställd verksamhet.</p> <p style="text-align: center;"></p>															
Minska sjukskrivningar	9, Sjuktalen i länet ska minska och närma sig rikets medeltal.	<p>Sjukpenningtalet i länet har under året (t.o.m. november) minskat med 6,9 procent samtidigt som riket har ökat med 3,4 procent. Sänkningen i Jämtlands län är snabbast i landet och differensen till riksgenomsnittet har därmed kunna minskas från 3,0 dagar år 2014 till 2,1 dagar november 2016. Målet i den långsiktiga utvecklingsplanen är en minskning med 1 dag till år 2018.</p> <p>Nedan redovisas siffrorna för de sjukintyg som utfärdats av regionens läkare, inkl. de privata vårdgivarna i Hälsovalet. Övriga privata vårdgivares sjukintyg och försäkringskassans beslut om sjukpenning har regionen inte tillgång till. Då 97-98 % av sjukintygen normalt beviljas sjukpenning och den offentligt finansierade vården i länet står för majoriteten av alla sjukintyg bör uppgifterna ändå kunna ge en rättvisande bild av utvecklingen för de två större diagnosgrupper som styrelsen beslutat följa under året. Andel heltidssjukskrivna minskar i gruppen F30-39 medan den ökar i gruppen M50-54. Antal heltidssjukskrivna minskar dock i båda grupperna, vilket var målet för året. Sänkningen gäller för både kvinnor och män.</p> <p style="text-align: center;"></p>															

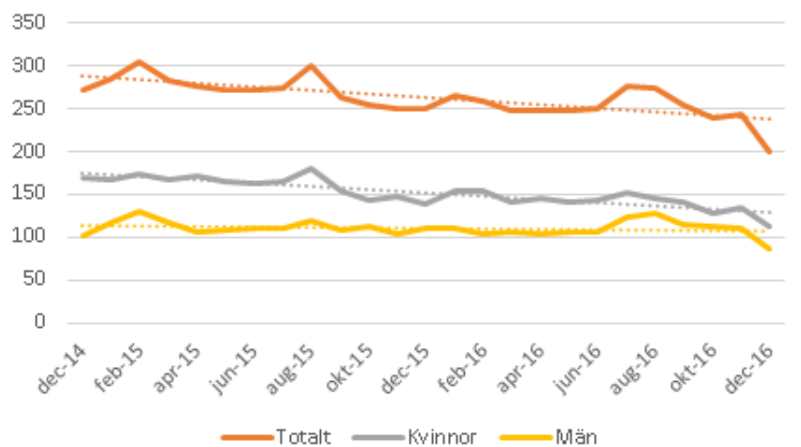
Andel heltidssjukskrivna (100%)








Antal heltidssjukskrivna Diagnosgrupp F30-39, Förstämningssyndrom





Antal heltidssjukskrivna Diagnosgrupp M50-54, Övr. ryggsjukdomar







		<p style="text-align: center;">Sjukpenningtalets förändring från december 2015 till november 2016</p> <table border="1"> <caption>Sjukpenningtalets förändring från december 2015 till november 2016</caption> <thead> <tr> <th>Region</th> <th>Förändring (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>23 Jämtlands län</td><td>-6,9%</td></tr> <tr><td>13 Hallands län</td><td>-0,6%</td></tr> <tr><td>25 Norrbottens län</td><td>0,2%</td></tr> <tr><td>09 Gotlands län</td><td>0,5%</td></tr> <tr><td>01 Stockholms län</td><td>0,8%</td></tr> <tr><td>05 Östergötlands län</td><td>1,4%</td></tr> <tr><td>20 Dalarnas län</td><td>2,3%</td></tr> <tr><td>08 Kalmar län</td><td>2,8%</td></tr> <tr><td>07 Kronobergs län</td><td>3,2%</td></tr> <tr><td>Riket</td><td>3,4%</td></tr> <tr><td>12 Skåne län</td><td>3,4%</td></tr> <tr><td>03 Uppsala län</td><td>3,6%</td></tr> <tr><td>21 Gävleborgs län</td><td>4,4%</td></tr> <tr><td>14 Västra Götalands län</td><td>4,7%</td></tr> <tr><td>06 Jönköpings län</td><td>4,9%</td></tr> <tr><td>10 Blekinge län</td><td>5,6%</td></tr> <tr><td>17 Värmlands län</td><td>6,0%</td></tr> <tr><td>04 Södermanlands län</td><td>6,5%</td></tr> <tr><td>18 Örebro län</td><td>7,0%</td></tr> <tr><td>19 Västmanlands län</td><td>7,7%</td></tr> <tr><td>24 Västerbottens län</td><td>8,4%</td></tr> <tr><td>22 Västermorlands län</td><td>10,1%</td></tr> </tbody> </table>	Region	Förändring (%)	23 Jämtlands län	-6,9%	13 Hallands län	-0,6%	25 Norrbottens län	0,2%	09 Gotlands län	0,5%	01 Stockholms län	0,8%	05 Östergötlands län	1,4%	20 Dalarnas län	2,3%	08 Kalmar län	2,8%	07 Kronobergs län	3,2%	Riket	3,4%	12 Skåne län	3,4%	03 Uppsala län	3,6%	21 Gävleborgs län	4,4%	14 Västra Götalands län	4,7%	06 Jönköpings län	4,9%	10 Blekinge län	5,6%	17 Värmlands län	6,0%	04 Södermanlands län	6,5%	18 Örebro län	7,0%	19 Västmanlands län	7,7%	24 Västerbottens län	8,4%	22 Västermorlands län	10,1%
Region	Förändring (%)																																															
23 Jämtlands län	-6,9%																																															
13 Hallands län	-0,6%																																															
25 Norrbottens län	0,2%																																															
09 Gotlands län	0,5%																																															
01 Stockholms län	0,8%																																															
05 Östergötlands län	1,4%																																															
20 Dalarnas län	2,3%																																															
08 Kalmar län	2,8%																																															
07 Kronobergs län	3,2%																																															
Riket	3,4%																																															
12 Skåne län	3,4%																																															
03 Uppsala län	3,6%																																															
21 Gävleborgs län	4,4%																																															
14 Västra Götalands län	4,7%																																															
06 Jönköpings län	4,9%																																															
10 Blekinge län	5,6%																																															
17 Värmlands län	6,0%																																															
04 Södermanlands län	6,5%																																															
18 Örebro län	7,0%																																															
19 Västmanlands län	7,7%																																															
24 Västerbottens län	8,4%																																															
22 Västermorlands län	10,1%																																															
<p>Förbättrad psykisk hälsa</p>	<p>10, Utveckla behandlingsmetoder och förebyggande insatser för psykisk hälsa genom IT och distansoberoende teknik.</p>	<p>Inom barn och ungdomspsykiatri är KBT införd för diagnoserna ångest och OCD (tvång). Egen forskningsplattform används. Kapacitet ca 2 patienter varje vecka. Inom vuxenpsykiatri har upphandling av behandlingsprogram genomförts och uppstart med första patienter beräknas genomföras första kvartalet 2017. Barn Unga Vuxna och hjälpmedelscentralen. Projekt för att bland annat införa videomöten i vården och utvärdering, både juridiskt och funktionellt av kommunikationsverktyg som exempelvis whatsapp, messenger och telegram. Bedömning är att de åtgärder som planerades har utförts under 2016.</p> <p style="text-align: center;"></p>																																														
	<p>11, Utveckla samverkan med Västerbottens läns landsting och Norrbottens läns landsting om stärkt psykisk hälsa bland samer. En överenskommelse ska träffas under året.</p>	<p>Överenskommelse mellan Region Jämtland Härjedalen, Västerbottens läns landsting samt Norrbottens läns landsting om samverkan för stärkt psykisk hälsa bland samer (RS890:9/2015). Nätverksmöten 1 gång per termin.</p> <p style="text-align: center;"></p>																																														
	<p>12, Följa upp det suicidpreventiva arbetet i myndighetssamverkan för att uppnå målet om en nollvision vad gäller självmord.</p>	<p>SPISS (Suicidprevention i Svensk Sjukvård) utbildning för alla medarbetare, ökad kunskap som ger ökad möjlighet att identifiera riskpatienter. Genomföra retrospektiv genomgång enligt ny rutin. Mätning av dokumenterad följsamhet till suicidriskbedömning 2/år inom område psykiatri. Inte något regionalt arbete under 2016, omstart innevarande år. Området deltar dock i Folkhälsomyndighetens nationella nätverk. För primärvårdens del har arbetet som gjorts under 2016 varit inom ramen för den nationella satsningen "Psykisk hälsa". Där arbetet har fokuserats på att ta fram en länsövergripande handlingsplan med syfte att främja och stärka psykisk hälsa. Avtal med SANKS om samers psykiska hälsa. Depressionsbehandling utbyggd med gruppbehandling på BUP för ökad tillgänglighet. Mellanvård startad med Östersunds kommun (IKB) för patienter med självskadeproblem/suicidrisk.</p> <p style="text-align: center;"></p>																																														






Hälsofrämjande och trygghets skapande levnads villkor	13, Folkhälsostategin ska revideras (kvar sedan RS vshplan 2015)	Beslut finns om att folkhälsostategin inte ska vara kvar, dvs. ingen revidering.
	14, Utveckla rutiner för upptäckt av barn och unga som utsätts eller riskerar att utsättas för psykiskt och fysiskt förtryck.	Rutin för orosanmälan vid misstanke att barn far illa har tagits fram och implementering pågår. Under 2016 har Region Jämtland Härjedalen i samverkan med kommunerna reviderat frågeformuläret till Hälsosamtalen i skolan. Ett antal frågor har utvecklats för att främja barn och ungdomars psykisk hälsa, samt identifiera om barn utsätts för psykiskt och fysiskt förtryck. Regionen har bidragit med kunskap för länets pedagoger kring rörelsens betydelse för hälsa genom årlig inspirationsdag. 
	15, Fler enheter än 2015 ska vid årets slut tillämpa arbetsätt i syfte att upptäcka våld i nära relationer.	Avseende vården del befinner sig områdena i olika skeden avseende att för in rutin att fråga patienter om de blivit utsatta för våld. Nationell satsning av kvalitetsutveckling i arbetet mot våld i nära relation och stöd till våldsutsatta kvinnor och barn pågår. Under andra halvan av 2016 hölls 34 utbildningstillfällen. Den regionala handlingsplanen mot våld i nära relation är under revidering. Se även 31. 
	16, Ytterligare minska och följa upp förskrivning av antibiotika.	Det har inte skett någon förändring av antibiotikaförskrivningen i Jämtlands län jämfört med de senaste åren. Från 2011 till 2013 skedde en stor minskning av antalet recept per invånare, men därefter är det ungefär samma volymer. Vid nationella jämförelser har Region Jämtland Härjedalen fortsatt en låg antibiotikaförskrivning. Det är fortsatt stora skillnader mellan hälsocentralerna i länet. Hälsocentraler med en äldre befolkning och/eller hög bemanning av stafettläkare, har generellt sett en högre antibiotikaförskrivning. 
	17, Andelen gravida kvinnor som röker eller snusar ska minska jämfört 2015. Riskbruksverksamheten ska prioritera aktiviteter i syfte att minska tobaksbruket hos ungdomar inom handlingsplanen för en tobaksfri region 2025.	Inom barn och ungdomspsykiatri är KBT införd för diagnoserna ångest och OCD (tvång). Egen forskningsplattform används. Kapacitet ca 2 patienter varje vecka. Inom vuxenpsykiatri har upphandling av behandlingsprogram genomförts och uppstart med första patienter beräknas genomföras första kvartalet 2017. Barn Unga Vuxna och hjälpmedelscentralen. Projekt för att bland annat införa videomöten i vården och utvärdering, både juridiskt och funktionellt av kommunikationsverktyg som exempelvis whatsapp, messenger och telegram. Bedömning är att de åtgärder som planerades har utförts under 2016. 
	18, Tillsammans med kommunerna analysera resultat från hälsosamtal i skolan, med syfte att förebygga övervikt och fetma hos barn och ungdomar.	Inom barn och ungdomspsykiatri är KBT införd för diagnoserna ångest och OCD (tvång). Egen forskningsplattform används. Kapacitet ca 2 patienter varje vecka. Inom vuxenpsykiatri har upphandling av behandlingsprogram genomförts och uppstart med första patienter beräknas genomföras första kvartalet 2017. Barn Unga Vuxna och hjälpmedelscentralen. Projekt för att bland annat införa videomöten i vården och utvärdering, både juridiskt och funktionellt av kommunikationsverktyg som exempelvis whatsapp, messenger och telegram. Bedömning är att de åtgärder som planerades har utförts under 2016. 

	19, struken	
	20, Synliggöra verksamhetens behov för att uppfylla barnkonventionen.	Antalet barnombud har ökat; det finns för närvarande ett eller flera barnombud i alla områden utom ett. Under 2016 har tio möten med olika områdesledningsgrupper hållits, i syfte att kartlägga behov och erbjuda stöd för efterlevnad av barnkonventionen. Behoven handlar i första hand om stöd för att på korrekt sätt göra orosanmälningar och, beroende på verksamhetsområde, anhöriga barns rätt till stöd enligt HSL2g. Verksamheterna uttrycker inte i någon större utsträckning behov av stöd för att säkerställa att barns bästa beaktas och bara sällan behov av stöd för att säkerställa att barns rätt till delaktighet tillgodoses. 
	21, Skapa en bra struktur för hur ansvaret för jämställdhets och jämlikhetsfrågorna ska fördelas mellan fullmäktiges presidium regionstyrelsen och regionala utvecklingsnämnden (från RS vsh plan 2015).	En övergripande fördelning har gjorts mellan fullmäktiges presidium och regionstyrelsen. Det har också skrivits in i regionstyrelsens reglementen att regionstyrelsens utskott inom sina ansvarsområden ska arbeta med jämställdhets och jämlikhetsfrågor. Det behövs fler diskussioner för att tydliggöra uppdrag och ansvar. Idag är det flera organ som driver frågor på varsitt håll. Frågan lyftes i utskottet för jämställd och jämlik vård. Ett samarbete med patientnämnden inleddes bland annat. 







Perspektiv patient







Regionplan	Regionstyrelse	Läget helår 2016
Patientsäker vård och av god kvalitet efter behov	22, Följa upp beslut om förändrad struktur Folk tandvården	Regionstyrelsen fick en rapport vid sitt möte den 23-24 februari 2016 § 35. Genomfört i april, återrapporteras till styrelsen. Ytterligare uppföljning sker genom månadsrapporter och bokslut framåt. 
	23, Följa upp barn- och ungdoms tandvård utifrån kvalitetsregistret SKAPA	Följande finns nu att tillgå i SKaPa: Ålder vid första undersökningen. Antal besök av barn och vuxna patienter hos tandläkare eller tandhygienist. Karies rapporter är ännu inte färdiga. Det finns även en sammanställd årsrapport 
	24, Andel patienter med behov av samordning från olika instanser som har SIP ska öka jämfört med 2015.	Arbetsgrupp har tagit fram underlag som behövs för att en person ska kunna få en samordnad individuell plan (SIP). Det har också tagits fram instruktioner till medarbetare och manualer riktade till vuxna respektive barn. Systemstöd testas skarpt nu. SIP har hittills skett manuellt. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har i sin verksamhetsplan SIP som aktivitet och mål 2017. Mätetal tas från Lifecare. Det finns inte data som styrker att SIP använts mer än 2015. 
	25, Arbetet med jämlik och jämställd vård ska följas upp genom redovisning i regionstyrelsen där omotiverade skillnader befaras.	Område, HNR (hjärta, neuro, reuma), har svarat att genomlysning sedan tidigare har gjorts för patientgrupper inom reumatologi och stroke. Ett jämställdhets-/ jämlikhetsarbete pågår inom reumatologi verksamheten. Område Kvinna uttrycker att det är viktigt att nyanlända kvinnor erbjuds vård på lika villkor, men att det är svårt att objektivt mäta och värdera detta.


		<p>För uppfyllande av en jämlik och jämställd vård behöver förutom att se detta område ur ett kvinna och mans- perspektiv, även beakta t.ex. funktionsnedsättningar. Det behövs också ett ökat kunnande om HBTQ frågor för att kunna ge en jämställd och jämlik vård. Sammantaget har detta arbete utrymme för förbättring.</p> <p style="text-align: center;"></p>
	26, Fortsatt arbete inom Ledningskraft	<p>Ett flertal aktiviteter har genomförts under 2016. Geriatriskt stöd har utvärderats och rapporten återförts till Sociala vård- och omsorgsgruppen. Rapporten visade att geriatriskt stöd tyvärr inte blivit så känt som önskat under projektiden, projektet avslutades vid årsskiftet. Rekrytering till Mobilt närvårdsteam har genomförts under hösten. Arbetsformer för att identifiera riskpatienter "trygg och säker hemma" har tagits fram. Sedan november 2016 finns ingen resurs avsatt för arbetet med ledningskraft.</p> <p style="text-align: center;"></p>
	27, Förbygga fallskador, trycksår och undernäring.	<p>Alla vårdverksamheter ska genomföra förbättringsarbeten relaterade till aktuella egna resultat inom områdena fall, trycksår, undernäring samt munhälsa, basala hygien och klädregler samt vårdrelaterade infektioner. Vårdavdelningarna inom specialiserade vården, en psykiatrisk avdelning samt Närvårdsavdelningen i Strömsund deltar med variablerna att förebygga fall, trycksår och undernäring. Munhälsabedömning ROAG (revised oral assessment guide) registreras mer än tidigare. Antalet patienter som fått en munhälsabedömning ökade 2016 jämfört med 2015 (1122/737). Av dessa framgår att nästan alla konstaterats ha risk för munohälsa. Enstaka exempel på att underlag används till förbättringsarbete är att avvikelser analyseras av specialistsjuksköterska och återförs till medarbetare i proaktivt syfte. Något område har svarat att de utbildat undersköterskor i screening och dokumentation.</p> <p>Från en del rapporter framgår att kraften används att öka registrering i kvalitetsregistret. Dock tyder resultatet inte på det. Vid jämförelse mellan åren framgår att antalet registreringar i Senior Alert är i stort sett samma 4181 (2015) och 4146 (2016). Båda åren har andelen kvinnor varit drygt 52 % av de registrerade patienterna. Avseende patienter med risk för fall var det båda åren 54 %, och trycksår 16 %, medan andelen med risk för undernäring var 53 % (2015) och 49 % (2016). Fynd som kräver djupare analys är andelen patienter med risk för trycksår som dessvärre drabbades av trycksår och andelen patienter med >5% viktnedgång där individen screenats ha risk för undernäring.</p> <p>Basala hygien och klädregler (BHK). I den nationella mätningen av korrekt följsamhet till BHK var nivå för riket 75,6 %, resultatet för Region Jämtland Härjedalen nådde endast 72,5 %. Flera verksamhetsområden följer BHK över året, exempelvis används måltavlor, daglig styrning och fokusveckor samt att man har flera mättillfällen under året där resultaten tas på APT eller andra lämpliga forum.</p> <p>Vårdrelaterade infektioner (VRI). Andelen patienter inom slutna somatisk vård med VRI varierade under året mellan 6,4 % - 10,8%. 2377 patienter ingick i periodens elva punkt prevalensmätningar (ingen mätning i juli). Totalt hade 8,7 % patienter VRI, målvärdet är 5 %. Infektionsverktyget är infört inom alla specialiteter (öppenvård), förutom primärvård. Ortopedområdet beskriver att man under året sett över rutiner vid sårsvård. Man har också haft särskilt fokus på protesinfektioner och tillsammans med primärvården gått igenom gemensamma rutiner.</p> <p style="text-align: center;"></p>
	28, Implementering av nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder.	<p>Rökfrihet inför operation gäller sedan tidigare inom ortopedin. Inom kirurgin är det krav för rökfrihet inför operation av ex plastisk-, obesitas- och kärlpatienter. Område kirurgi arbetar med att fortsatt införa rökfri operation.</p> <p>Genom förbättringsarbeten där det förebyggandeperspektivet finns med. Under hösten har det påbörjats ett förbättringsarbete för att utöka den fysiska träningen efter akut hjärtsjukdom.</p> <p>Nu är det möjligt att dokumentera levnadsvanor i journal på sådant sätt att uppföljning är möjlig.</p> <p style="text-align: center;"></p>

	<p>29,Arbeta mer aktivt med förebyggande insatser mot övervikt och fetma hos barn och ungdomar.</p>	<p>Alla barn som kommer till Barnkliniken vägs och mäts. Alla som följs över tid pga. olika sjukdomstillstånd eller symtom blir sålunda bedömda tillväxtmässigt och en fetma-utveckling kan fångas upp. Vid behov kopplas dietist och/eller sjukgymnast in vid Barnkliniken. Kontakter kan även tas med skolhälsovård och BVC. Barnkliniken deltar aktivt i det nationella övergripande arbetet för att förebygga och behandla barnfetma. Arbetet kring barn med övervikt kommer intensifieras under senare delen av hösten 2017.</p> <p>Inom nationella satsningen Förlossningsvård och Kvinnors hälsa bedrivs ett förbättringsarbete inriktat till gravida kvinnor med fetma "viktiga mammor". Arbetet startat hösten 2016 med projektanställd dietist som resurs. Se även 18.</p> <p></p>
	<p>30, Utveckla arbetet för att ställa rätt diagnos, ge rätt behandling på rätt vårdnivå i rätt tid.</p>	<p>Några exempel från diagnostikverksamheterna: Röntgen har påbörjat drop-in för skelettundersökning av ortopedpatienter. Laboratoriemedicin har för att öka tillgängligheten genomfört ett hemtagande av analyser. Klinisk fysiologi har utbildat undersköterskor från Åre hälsocentral så att de kan ta kvalitativa långtids-EKG med utrustning som är kompatibel med vår egen utrustning. Ultraljudsapparater inklusive utbildning har köpts in till PV samt akutmottagningen.</p> <p></p>
	<p>31, Fler enheter än 2015 ska tillämpa rutinen "att ställa frågan om våld och hantera svaret"</p>	<p>Verksamhetsområdena befinner sig i olika skeden i införandet av denna rutin. Följande mottagningar uppger ställa frågan: Smärtmottagningen och Kvinnohälsan. Folkandvården finns med i anamnes vid akutbesök. Barnmedicin arbetar med barnskyddsteam.</p> <p>Följande åtgärder har vidtagits för att implementera gällande rutin: förbättrad utdata, informationsinsatser, utbildningar om våld i nära relationer och hur dokumentation ska ske i COSMIC. Beslut av Styrgruppen för jämställd och jämlik verksamhet</p> <p>Med stöd av utvecklingsmedel från Socialstyrelsen har två halvtidstjänster tillsatts för att stärka implementeringen av rutinen "Att ställa frågan om våld och hantera svaret". Under andra halvan av 2016 hölls 34 utbildningstillfällen i detta syfte. Under 2015 tillfrågades 154 patienter vid 14 enheter om våldsutsatthet. Under 2016 tillfrågades 695 patienter vid 28 enheter. Se även 15.</p> <p></p>
	<p>32, Utveckla rutinen för att tidigt kunna identifiera riskpersoner för suicid.</p>	<p>SPiSS (Suicidprevention i Svensk Sjukvård) utbildning för alla medarbetare, ökad kunskap som ger ökad möjlighet att identifiera riskpatienter. Genomföra retrospektiv genomgång enligt ny rutin. Mätning av dokumenterad följsamhet till suicidriskbedömning 2/år inom område psykiatri.</p> <p></p>
	<p>33, Etablera fler ungdomsmottagningar i regionen.</p>	<p>En filial startas i Strömsund den 20 september. Verksamheten är öppen 1 dag/vecka bemannas med kurator, barnmorska, läkare från UM Östersund.</p> <p></p>







	<p>34, Delta i samarbete med Norrlandstingens regionförbund och verka för att utveckla avtal och samverkan kring regionsjukvård.</p>	<p>Region Jämtland Härjedalen deltar i samarbete inom NRF på följande områden: Förbundsdirektören – politiska möten 4 gånger /år Ledningsområdet och strategiskt råd – regiondirektören ca 6-8 gånger per år Beredningsgruppen – planeringschefen ca 10 gånger per år Ekonomigrupper – ekonomidirektör och ekonomi ca 5-6 gånger per år Chefssamråden – ca 20 läkare i medicinska chefssamråd 2-4 gånger per år Samarbete RCC – HS direktör, projektledare, läkare, sjuksköterskor 4-8 gånger per år Sjuktransportgrupp – ambulans, helikopter, och flygambulanstransporter 4-5 gånger per år FOUU-grupp – forskningschefen 4-6 gånger per år Folkhälsogrupp- folkhälsostateg 2-3 gånger per år Jämlik vård grupp – jämställdhetsstrateg 1-2 gånger per år Läkemedelsgrupper – Läkemedelsstrateg, läkare 4-8 gånger per år Kunskapsstyrningsgrupp – chef för hälso- och sjukvårdspolitiska avd 3-6 gånger per år Vård på distansgrupp- strateg distansoberoende teknik 6-8 gånger per år Tandvårdschefsgroup 2-3 gånger per år Primärvårdschefsgroup och projektgrupp för primärvården i fokus, primärvårdschef och beställarchef 4-8 gånger per år.</p> 
<p>Den vård som är möjlig ska ges i hemmet eller så nära hemmet som möjligt</p>	<p>35, I Region Jämtland Härjedalen och tillsammans med kommunerna utveckla nya arbetsformer för vård på distans och mobila lösningar.</p>	<p>Det finns ett stort intresse för att i högre utsträckning utveckla vård på distans och mobila lösningar. Här återges några exempel från de olika verksamheterna. Den regiondrivna primärvården har infört ny jour- och beredskapsorganisation där distansoberoende teknik nyttjas, t.ex. bärbara datorer och mobiltelefoner (gäller Berg, Bräcke, Krokom, Ragunda och Östersund). I Härjedalen finns ett jourrum på distans, allt i syfte att minska resor mm för patienter. Under hösten har lösningar tagits fram kring förändrat arbetssätt för jourverksamheten i Härjedalen. Lösningen består av olika delar som triagering, utökade öppettider, utveckling av telefon app och olika videolösningar. Utveckling av rutiner och teknik för att kunna möjliggöra vårdmöten via internet där patient kan komma till hälsocentral eller vara hemma och möta vården digitalt. PCI inskrivningsmöten, (Strömsund och Sveg), rutin där patient går till hälsocentral istället för att åka till Östersund. Personalen på PCI deltar via video. Hemmonitorering av ICD-patienter har startats under året och kommer succesivt att utökas. Dietistmottagningen har arbetat med vård på distans sedan hösten 2015. Område Ban och unga vuxna bedriver projekt angående digitala patientbesök. Inom Storsjögläntan tittar man på lösningar för att minska antal hembesök. Ögonmottagningen använder sig av mobilt ögonsteam. Handteamet inom arbetsterapi- och sjukgymnastikenheten prövar detta. Hjälpmiddel- och materialenheten har ett samarbete med kreativa teamet och startat upp ett projekt för att testa och implementera digitalisering och bildöverföring i verksamheten.</p> 
	<p>36, Utifrån patientfokus tillämpa arbetssätt som innebär att huvudmannagränser är underordnade.</p>	<p>Arbetet med nytt hemsjukvårdsavtal är klart. Se ovan 26, ledningskraft.</p> 
	<p>37, Utveckla e-hälsa och mina vårdkontakter</p>	<p>Journal på nätet tillgänglig för införande under 2017. Medborgaren kan hitta vår via 1177.se. Antal registrerade konton på mina vårdkontakter 2016/17 33000 jämfört med 2015/16 26000 st.</p> 



	38, Öka informationsinsatserna om "mina vårdkontakter" och få fler medborgare att registrera sig.	Medel från professionsmiljarden gör att insatserna kan öka från hösten och tre år framöver. Utfört: <ul style="list-style-type: none"> • distribuerat regional folder om 1177, Vårdguiden • info i sociala medier • uppmärksamhet i media information på regionjh.se Antal konton 2015/16: 26 000 jämfört med 2016/17: 33 000. 
Fördjupat samarbete med kommunerna avseende barn, unga, äldre och utsatta grupper	39, I samarbete med kommunerna erbjuda nyanlända en hälso- o sjukvård utifrån deras behov.	Hänvisning till punkt 6. Tillhör strategiska målet Integration, ska genomsyra hela det regionala utvecklingsarbetet. 
	40, Ungdomsmottagningarna ska i samarbete med kommunernas elevhälsa förebygga psykisk ohälsa hos barn och ungdomar.	Ungdomsmottagningen har kontakt med elevhälsa eller lärare vid besök på gymnasieskolor i länet. Barn- och unga vuxna framför att samverkansmöte mellan chefer i respektive verksamhet har genomförts. Verksamheter i kommunen har en oro över att få överta ansvar från BUP. Detta riskerar hindra att större samverkan etableras. Behov av politisk viljeinriktning från respektive huvudman. 
Bra bemötande och anpassad kommunikation på patientens villkor	41, Utifrån värdegrund och normkritiskt förhållningssätt identifiera brister och vidta åtgärder som stödjer professionellt bemötande	Primärvårdens patientenkät är inte genomförd 2016, varför valda dimensioner (Respekt och bemötande, Delaktighet och involvering, Information och kunskap samt Emotionellt stöd) inte kan kommenteras utifrån något resultat. Förslags/ åsiktslåda finns på flera hälsocentraler. På medarbetarsidan finns utbildning tillgänglig kring beteende och bemötande samt information och kunskap för samtliga. 
	42, Tillämpa rutin för samtal med barn som anhöriga vid dödsfall och svåra sjukdomar.	Rutin, samt stödmaterial finns. Under 2016 har 53 medarbetare under två utbildningsomgångar utbildats i BRA-samtal som är en metod för att uppmärksamma anhöriga barn och leva upp till HSL2g§. I utbildningen ingick kunskap om övergripande rutiner och dokumentation. I övrigt har sex mer begränsade utbildningsinsatser genomförts på arbetsplatsträffar. 
	43, Utveckla analys och styrning utifrån resultat av patientenkäter eller andra källor för patienters erfarenheter/synpunkter	Besök hos brukarråd för dialog med företrädare för olika patientgrupper under 2016 för att ta del av patienters synpunkter och erfarenheter avseende tillgänglighet till vården (besök och behandlingar) samt med andra t.ex. Kommunerna samt tillgänglighet till regionens lokaler. Ett exempel på brukarmedverkan är att Jämtlands läns brukarråd deltar i framtagande av handlingsplan för psykisk hälsa. Utredning gjord avseende hur stödet till verksamheter avseende förberedelsearbete, sammanställning och analys av bland annat patientenkäter ska vara uppbyggt. I detta ingår att sprida resultat av enkäter, vilket kommer att underlätta att använda enkäters resultat i förbättringsarbete. 
	44, Säkerställa rutiner för att patienter ska vara delaktiga i sin egen vård och behandling och ha kännedom om sina rättigheter.	Den fråga som verksamhetsområdena besvarat är om det finns rutiner som säkerställer att patienter ska kunna vara delaktiga i sin egen vård och behandling och ha kännedom om sina rättigheter. Det förutsätter att personalen har kunskap om Patientlagen. Av svaren att döma varierar kunskapen, tre verksamhetsområden har inte besvarat frågan. Övervägande delen av verksamhetsområdena nämner exempel på tillvägagångssätt som







		<p>främjar patienters delaktighet. Verksamhetsområdena nämner t.ex. kontaktsjuksköterska, information inför operation, delaktighetsprojekt och bedsiderapportering. En förutsättning för att kunna vara delaktig, är att vara tillräckligt informerad för att kunna ta ställning i beslut gällande egna värden. Från stabens sida genomfördes informationsinsatser i samband med patientlagens införande. Dialog om vad patienters rättigheter kan innebära har t.ex. förts i samband med införande av egen vårdbegäran inom Region Jämtland Härjedalen.</p> <p>Av de medborgare som kontaktar via FBL Vårdgaranti och telefon är det framförallt frågor som rör brist på information. Har individerna inte tillgång till information angående den egna situationen så kan hen ej heller vara delaktig i sin egen vård och behandling och ha kännedom om sina rättigheter.</p> <p>Rätt information avseende Vårdgarantin och patient lagen finns på region Jämtland Härjedalens hemsida samt information om och länk till www.vantetider.se och 1177 för mer fördjupad information.</p> <p></p>
	45, Säkerställa rutin för att kommunikation och information ska vara tillräcklig, anpassad och begriplig.	<p>Stor satsning på språkpassad patientinformation har kunnat ske med hjälp av de extra flyktingpengarna med kommunikationsavdelningen som ansvarig har fått.</p> <p></p>
	46, Säkerställa rutin för att de svårast sjuka patienterna ska ha fast vårdkontakt.	<p>Ur perspektivet att de svårast sjuka ska ha en fast vårdkontakt kan svaret sammanfattas med att ambitionen är sådan. Svaren uttrycks som att ansvarig läkare och kontakt sjuksköterska prioriteras till patienter med cancer och patienter med långvariga vårdbehov. Däremot i perspektivet om rutinen är känd hos alla medarbetare finns utrymme för förbättring. Inom ett par verksamhetsområden har informationsinsatser givits av chef under hösten. Bedömningen är att ytterligare information behövs riktad till medarbetare.</p> <p></p>
	47 besvaras via punkt 28.	
	48, Genomföra kompetenshöjande insatser för vårdpersonal avseende tolkanvändning	<p>Kartläggning genomförd om vad vårdpersonal ser för kommunikationsproblem i trepartssamtal med språktolk och vad de ser för behov av stöd samt utreda lämplig form för genomförande av utbildningar.</p> <p>Asyl flyktingsamordning har via asylkonferens påbörjat spridning av stödmaterial, framtaget av Socialstyrelsen. Stödmaterialiet tar upp de specifika förutsättningar som ett tolksamtal innebär och bra saker att tänka på inför samtalet. Materialet består av en film och en folder och vänder sig både till profession och brukare.</p> <p>Asyl-flyktinghälsan har via sitt utökade uppdrag fått ansvar att utveckla och förmedla kunskap om det tolkade trepartssamtalet.</p> <p></p>
Öka patientinflytande	49, Ökad patient medverkan genom bland annat deltagande i förbättrings arbeten och i upprättandet av standardiserade vårdförlopp	<p>Inom cancervården följs de olika standardiserade vårdförloppen upp via PREM enkäter. På grund av för få patienter erhöll inte region JH något resultat för 2016. Diagnos- och patient- och närstående råd finns.</p> <p>I utvecklingsprojektet som görs på plan 8 Östersunds sjukhus inkluderas också patienter i förbättringsarbetet.</p> <p>Sammantaget får dock involvering av patienter och närstående betraktas vara ett område i behov av utveckling.</p> <p></p>
	50, I alla verksamheter ska patienterna ha inflytande och deras erfarenheter tas tillvara	<p>Brukarråd finns inom följande verksamheter: Syn- och hörselrehabilitering, Diagnostik, teknik och service avseende hjälpmedel och tillgänglighet, reumatologi, barn- och ungdomshabilitering, medicinmottagningen samt flera hälsocentraler.</p>


	genom brukarråd eller på annat sätt.	Av svaren framgår att patientföreningar också inbjuds till dialoger. 
--	--------------------------------------	---

Perspektiv medarbetare



Regionplan	Regionstyrelse	Läget per helår 2016
Attraktiv arbetsgivare	51, Tydliggöra chefernas roll och vilka förväntningar och krav som finns på dem i Region Jämtland Härjedalen	Kartläggning av chefernas förutsättningar för att fullgöra sitt nya uppdrag genomförd under hösten 2016. Handlingsplan med åtgärder ska redovisas på Utskottet för personal i februari och därefter genomföras på både regionövergripande nivå och på områdesnivå. 
	52, Vägledande för arbetsorganisationen ska vara utvecklat teamarbete och som innebär att varje medarbetares kompetens används fullt ut.	I medarbetarutbildningen ingår attityd och inställning till förändring, som är viktiga komponenter i förhållningssätt till att utveckla teamarbete. De svarande har dock inte beskrivit hur väl teamarbetet utvecklats. 
	53, Kvalitets- och utvecklingsmetoden "Lean" ska användas i hela organisationen. Ej ett mål- Lean är en filosofi.	Leanarbetet bör vara en pågående process och en del av arbetskulturen snarare än ett arbetssätt. För exempel se under rubriken Vårdkvalitet. 
	54, Nyttjande av inhyrd personal och arvodesläkare ska minska till 2014 års nivå.	Annica S. Inom Region Jämtland Härjedalen pågår aktivt arbete att försöka minska behovet att använda bemanningsföretag. En handlingsplan har upprättats med ingående aktiviteter inom handlingsplanen Attraktivare arbetsgivare t.ex. karriärvägar. Syftet är att kompetenser ska nyttjas optimalt samtidigt som arbetsgivaren ska bli mer konkurrenskraftig och attraktiv i förhållande till alternativet att arbeta för ett bemanningsföretag. 
	55, Regionens värdegrund ska vara vägledande i medarbetarnas vardag för att utveckla arbetsmiljön och därmed stärka bemötande och värdskap.	Det har gjorts en värdegrundsutbildning under december 2016. Fortsättningen på värdegrundsarbetet under 2017 innebär att medarbetare diskuterar på varje enhet och reflekterar utifrån ett framtaget diskussionsunderlag 
	56 Modellen för arbetsvärdering ska följas upp ur ett jämställdhets- och jämlikhetsperspektiv.	Verktyget för arbetsvärdering utvärderades under 2016 och utifrån den utvärderingen togs beslut om att fortsätta använda Valuator som systemstöd. Nytt arbetsvärderingsformulär togs fram 2014 och innebar att det blev nödvändigt att ta fram ytterligare riktbefattningar. Detta har ännu inte slutförts då arbetet inte gick att prioritera. Under 2017 ska en lönekartläggning göras och inför det arbetet måste säkerställas att alla medarbetare har en arbetsvärdering 







	<p>57, Ge möjlighet för fler yrkesgrupper att forska genom inrättandet av tjänster som ger möjlighet att forska på deltid.</p>	<p>Följande yrkeskategorier/kön har beviljats forskningsmedel under 2016: 4 kvinnor – 4 läkare 4 män – 4 läkare</p> <p>FoU- medel 2016 (projektmedel) 8 kvinnor – 6 läkare, 1 psykolog, 1 fysioterapeut 5 män – 5 läkare</p> <p>FoU- medel 2016 (deltidstjänst forskarutbildning) 6 kvinnor – 6 läkare 8 män - 6 läkare</p> <p>FoU- medel 2016 (deltidstjänst post doc) 1 kvinna – 1 läkare 2 män – 2 läkare</p> <p>FoU medel 2016 (adjungerat lektorat Umeå) 2 män – 2 läkare</p> <hr/> <p>”industridoktorander” sponsrade centralt av Region Jämtland Härjedalen 1 kvinna – 1 fysioterapeut (Lean) 2 kvinnor – 1 sjuksköterska, 1 barnmorska (MIUN:s forskarskola)</p> <p>Adjungerade lektorat Umeå sponsrade av FoU- enheten 2 kvinnor – 1 fysioterapeut, 1 läkare 1 man – 1 medicinsk biofysiker/FoU-chef</p> <p>Läkare = kan vara AT-, ST-, under-, specialist-, överläkare eller distriktsläkare.</p> <p>Det är glädjande att den akademiska miljön ger ringar på vattnet och fler vill börja forska. FoU-chefen kontaktas ofta av medarbetare ur olika yrkeskategorier med frågor om hur man kan börja forska. Vid en kartläggning december 2015 var 29 medarbetare registrerade doktorander, varav 13 får medel via FoU.</p> <p style="text-align: center;"></p>
<p>En god arbetsmiljö</p>	<p>58, Fler medarbetare än under 2015 ska använda tekniska distanslösningar</p>	<p>Ny videoinfrastruktur har upphandlats och installation genomförts som kommer att ger utökad möteskapacitet, bättre kvalitet och nya möjligheter att ansluta sig möten med hjälp av datorer i hemmet och mobila enheter. Utöver detta har totalt har 64 stycken videoutrustningar införskaffats under året (Större delen sista kvartalet 2016). Det innebär att antalet utrustningar har mer än fördubblats under året.</p> <p>Distansoberoende teknik används i ökande omfattning, för personal ofta med medarbetare inom region JH och kommuner som har sina arbetsplatser utanför Östersund. För att kunna öka användandet än mer behöver både medarbetarnas kunskap om användande av distansoberoende teknik öka, men även tillgången till utrustning behöver förbättras. Antal timmar som video har ökat med 10 %. Antal uppkopplingar med video har ökat med 12 %. Se även i patientavsnittet 35.</p> <p style="text-align: center;"></p>
	<p>59, Alla medarbetare ska vara delaktiga och ha insyn i den egna verksamhetens planering</p>	<p>Utfifrån lokalt kollektivavtal om samverkan ska skapas möjlighet för alla medarbetare till medinflytande och direktinflytande genom dialog på utveckling, planering och uppföljning av arbetet på den egna arbetsplatsen. Detta sker bl.a. på arbetsplatsträffar. Via arbetsmiljöenkäten 2 ggr/år mäts på en 6 gradig skala totalt arbetsmiljöindex samt på frågorna: 1)upplevelsen av att kunna påverka hur arbetet organiseras på den egna arbetsplatsen Utfall Okt-15 3,96 Okt-16 4,04</p>







		<p>2) tydliga och gemensamma mål för verksamheten finns. Utfall Okt-15 4,29 Okt-16 4,31</p> <p></p>
Kompetensutveckling och karriärvägar	60, Utveckla chefsrollen och etablera chefsnätverk	<p>Arbete med att ta fram nytt ledarutvecklingsprogram startar under våren 2017 i Forskning, utbildning och utvecklingsavdelningen.</p> <p>Inget arbete med att etablera chefsnätverk har genomförts under 2016. Tidplan för detta enligt handlingsplan Attraktiv arbetsgivare är 2017-2019.</p> <p>Rekrytering har skett till tidigare vakant tjänst och arbete kring chefs och ledarutveckling är under uppstart och kommer att ske under våren 2017</p> <p></p>
	61, Utforma tydliga karriärvägar och kompetensutveckling för samtliga yrkesgrupper inom HSV.	<p>Aktiviteten är uppdelad i två:</p> <p>1, en modell för karriärvägar har utformats. Ett antal yrkesgrupper har påbörjat yrkes- och verksamhetsanpassningar. Allteftersom det arbetet blir klart kommer det att framgå tydliga karriärvägar och kompetensutveckling för samtliga yrkeskategorier inom hälso- och sjukvård.</p> <p>2, Medarbetarnas arbetsinnehåll ska kontinuerligt omprövas. I det årliga medarbetarsamtalet är detta en viktig punkt som diskuteras mellan chef och medarbetare. Ett resultat av medarbetarsamtalet är en kompetensutvecklingsplan.</p> <p></p>
	62, Alla medarbetare ska ha en individuell kompetensutvecklingsplan (utbildad exempelvis i aktuella dataprogram).	<p>Systemstödet SABA Cloud kommer att implementeras i verksamheterna fr o m 2017. I systemet kommer medarbetares kompetensutvecklingsplanering att registreras.</p> <p></p>
En kompetensförsörjning som understödjer omställning till framtidens behov	63, Inventera kommande kompetensförsörjningsbehov.	<p>Kompetenskartläggning genomförd under 2015 – 2016. Hösten 2016 påbörjades en kompetenskartläggning i en något reviderad form. Resultatet av den kommer att sammanställas under början av 2017.</p> <p></p>
	64, Region Jämtland Härjedalen ska kontinuerligt och långsiktigt, arbeta med högstadie- och gymnasieungdomar samt studie- och yrkesvägledare i vårt län med syftet att beskriva den bredd av de yrken som ryms inom hälso- och sjukvården i vår region.	<p>Region JH genomför årligen studiebesök för elever från grundskola och årskurs 2 i gymnasiet. Det är både gemensam information till respektive grupp och besök på någon enhet eller mottagning med handledare från vården eller tandvården.</p> <p>Region JH deltar på arbetsplatsmässor och studiedagar. Detta är ett kontinuerligt arbete.</p> <p>Region JH har ett stort utbildningsåtagande för elever och studenter inom olika vårdutbildningar</p> <p></p>
	Aktiviteterna 65 och 66 ingår i andra punkter	
Minska sjukfrånvaron för Region Jämtland Härjedalens medarbetare	67, Antalet sjukskrivningar ska minska (jämförelse 2015).	<p>Sjukfrånvaron har minskat från 6,6 till 6,5 % sjukfrånvarotimmar av den utförda tiden mellan 2015 och 2016.</p> <p>Arbetet under året följer intentionerna i den långsiktiga utvecklingsplanen. Arbetsgivarens roll i arbetet med att sänka sjuktalen är mycket viktig och stort fokus har därför legat på chefsutveckling och stöd till chefer. Forskning visar på tydliga samband mellan ledarskapets kunskap och förutsättningar och en hälsofrämjande arbetsplats.</p> <p>I mars 2016 gav Arbetsmiljöverket ut en ny föreskrift som handlar om organisatorisk och social arbetsmiljö. Föreskriften ligger väl i linje med det som beskrivs i den långsiktiga</p>







		<p>handlingsplanen. Under året har stort fokus legat på de långa sjukskrivningsfallen. Bygga upp en organisation och ett arbetssätt som långsiktigt säkrar det hälsofrämjande arbetet i regionen med specialister i hälsofrämjande teamet och samarbete mellan olika aktörer i rehabiliteringssammanhang. Intern rörlighet och arbete med att föra en dialog och utbilda chefer i rehabiliteringsprocess och tidiga insatser har också påbörjats och kommer att fortsätta under 2017.</p> <p style="text-align: center;"></p>
--	--	--


Perspektiv verksamhetsresultat


Regionplan	Regionstyrelse	Läget per helår 2016																
<p>God ekonomisk hushållning med solidarisk fördelning</p>	<p>68, Socioekonomiska faktorer ska beaktas vid fördelning av Region Jämtland Härjedalens resurser</p>	<p>I ersättningsmodellen för hälsoval fördelas en del av ersättningen utifrån CNI (care need index). CNI består av sju variabler med olika vikt. 2016 fördelas totalt 82 726 tkr utifrån CNI. Följande variabler byggs CNI upp av.</p> <p style="text-align: center;"></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>variabel</th> <th>Vikt</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ålder över 65 år och ensamboende</td> <td>6,15</td> </tr> <tr> <td>Ålder yngre än 5 år</td> <td>3,23</td> </tr> <tr> <td>Ensamstående förälder med barn t.o.m. 17 år</td> <td>4,19</td> </tr> <tr> <td>Lågutbildad 25-64 år</td> <td>3,97</td> </tr> <tr> <td>Arbetslösa eller i åtgärd 16-64 år</td> <td>5,13</td> </tr> <tr> <td>Personer födda i Öst- eller Sydeuropa (Ej EU), Afrika, Asien och Latinamerika</td> <td>5,72</td> </tr> <tr> <td>Personer 1 år eller äldre som flyttat in i området</td> <td>4,19</td> </tr> </tbody> </table>	variabel	Vikt	Ålder över 65 år och ensamboende	6,15	Ålder yngre än 5 år	3,23	Ensamstående förälder med barn t.o.m. 17 år	4,19	Lågutbildad 25-64 år	3,97	Arbetslösa eller i åtgärd 16-64 år	5,13	Personer födda i Öst- eller Sydeuropa (Ej EU), Afrika, Asien och Latinamerika	5,72	Personer 1 år eller äldre som flyttat in i området	4,19
		variabel	Vikt															
Ålder över 65 år och ensamboende	6,15																	
Ålder yngre än 5 år	3,23																	
Ensamstående förälder med barn t.o.m. 17 år	4,19																	
Lågutbildad 25-64 år	3,97																	
Arbetslösa eller i åtgärd 16-64 år	5,13																	
Personer födda i Öst- eller Sydeuropa (Ej EU), Afrika, Asien och Latinamerika	5,72																	
Personer 1 år eller äldre som flyttat in i området	4,19																	
		<p>Arbete pågår.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Akut omhändertagande</i> – PCI inrättat på Östersunds sjukhus. Ackumulerad effekt 8,2 miljoner kronor i lägre kostnader 2016. 2. <i>Sjukresor och sjuktransporter</i> – beslutade åtgärder för att förbättra intygsskrivande genomfört. Utredning om sjukresor i egen regi pågår 3. <i>Poliklinisering</i> – paketet togs bort vid revidering av LUP ekonomi. 4. <i>Effektivisera lokal/resursutnyttjande</i> – på utredningsstadiet 5. <i>Metoder/utbud i vården</i> – paketet togs bort vid revidering av LUP ekonomi. 6. <i>Primärvårdsstrukturen</i> – ackumulerad effekt 3,4 miljoner kronor. 7. <i>Folktandvårdsstrukturen</i> – ackumulerad effekt 7,6 miljoner kronor. 8. <i>Administrativa och regionövergripande kostnader</i> – en stor del av åtgärderna har genomförts, vilket hittills medfört 15,9 miljoner kronor i lägre kostnader 9. <i>Regionens intäkter</i> – exklusive skatteintäkter och generella statsbidrag – patientavgifterna höjdes i april, vilket ledde till 16 miljoner kronor högre intäkter 2016. 10. <i>Åtgärder för att förhindra inläggning/minska antalet färdigbehandlade patienter</i> – genomförande pågår. 11. <i>Genomlysning vårdflöden psykisk ohälsa</i> – genomförande pågår. 12. <i>Läkemedelshandtering</i>. Hittills 1,6 miljoner kronor i lägre kostnader. Utredning pågår för att ta fram förslag på ytterligare kostnadsänkande åtgärder. 13. <i>Hemtagning av riks- och regionvård</i> – utredning pågår. 14. <i>Samverkan med andra huvudmän</i>. Projektet pågår med länets kommuner. Gemensam IT-nämnd är bildad. . 15. <i>Samverkan med landstinget i Västernorrland</i> – arbetet på is med anledning av arbetet hösten 2016 med regionbildning. 16. <i>Samarbete kring labbverksamhet</i> – utredning pågår 17. <i>Minskad sjukskrivning</i> – genomförande pågår <p style="text-align: right;"></p>																

	70, Förstärkt samverkan med regionens kommuner och landstinget i Västernorrland samt Norge med avtal.	Samverkan pågår avseende samarbete med kommunerna genom Ledningskraft, Fredagsgruppen, L-IFO, samt Sociala vård och omsorgsgruppen. Dessutom inom den nationella satsningen psykisk hälsa. Avseende Västernorrland sker samarbetet via NRF och professionella kontakter i aktuella ärenden. Region JH och St Olav hospital i Trondheim har överenskommit om fördjupat samarbete i juni 2016. 
	71, Bevaka och vidta ytterligare åtgärder för att uppnå målen i finansplanen.	Arbete pågår. Regionstyrelsen fattade i mars beslut om ytterligare resultatförbättrande åtgärder. Utifrån den nya majoritetens uppdrag genomfördes en heldag med samtliga chefer 2015-11-11 för att ta fram ytterligare åtgärder för att minska kostnaderna under 2016. Resultatet av detta är en åtgärdsplan för vardera Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Regionala utvecklingsförvaltningen och Regionstaben. Dessa åtgärdsplaner är framtagna av ledningsgrupperna och godkända av regiondirektören. Stöd och uppföljning av verkställandet av dessa planer har hög prioritet. I styrelsen i mars tillkom ytterligare uppdrag innebärande att sänka arbetade timmar till 2013 års nivå, se över jour/ beredskap i specialiserad vård och översyn av område kirurgi/ögon/öron. En extern genomlysning av området är genomförd och en särskild projektorganisation är tillsatt för genomförande av åtgärdsplanen. 
Långsiktigt hållbar verksamhet	72, Region Jämtland Härjedalen ska fortsatt utveckla sitt miljö- och klimatarbete i enlighet med miljöcertifieringens krav.	Externa miljörevisioner genomfördes i november och resulterade i tre mindre avvikelser. En av avvikelserna rör hur ledningen kommunicerar miljöaspekter och miljömål i organisationen. Miljöledningsstandarden ISO 14001 har reviderats och i den senaste versionen ställs bland annat högre krav på ledningens engagemang, kommunikation m.m. än tidigare samt högre krav på att se miljöpåverkan utifrån ett livscykelperspektiv. Certifieringen enligt nya standarden ska ske senast våren 2018. På grund av begränsade resurser på interna miljöfunktioner är det ett mycket begränsat utrymme för djupare analyser eller mer betydande förbättringsarbeten. 
	73 struken	
	74, Upphandling ska styra mot säker, god och om möjligt lokalt producerad mat, giftfria miljöer, socialt ansvar och vita jobb. (diff i RegDirVP mot RS-plan)	Livsmedelsupphandling är inte gjord under året, löpande avtal följs där det togs hänsyn till dessa aspekter när den upphandlingen gjordes. Miljöstrateg och upphandlingschef har påbörjat ett arbete för att ta fram nytt arbetssätt för att bättre bevaka miljöaspekter vid upphandling. Inköpsråd är inrättat. 
	75, Minska klimatpåverkan i regionens fastigheter och verksamheter jämfört föregående år.	Den totala klimatpåverkan från regionens verksamheter mäts inte. Av de parametrar som mäts är inte alla data klara före 31 mars. Verksamheter:  För energianvändning i regionens fastigheter är målet satt som en minskning av den totala energianvändningen, detta mål uppnåddes med god marginal då energianvändningen 2016 var 200,7 kWh/m ² . Energi: 




	76, Minska klimatpåverkan från regionens tjänsteresor och interna transporter (jämförelseår 2011). Detta beaktas även vid upphandling av leasingbilar.	Målet om att minska koldioxidutsläppen från tjänsteresor och transporter med 10% jämfört med 2011 är långt ifrån nått. Koldioxidutsläppen ökade istället med 24% till största delen på grund av en kraftig ökning, mer än fördubbling, av flygresandet i antal mil och i kg CO2. Totalt sett är resandet räknat i mil och utsläppen de högsta vi haft sedan 2010. Att vi gör också sämre val av transportsätt ur miljöperspektiv när vi reser visas också av att koldioxidutsläppen per rest mil 2011 var 1,64 kg/mil, men 2016 är motsvarande siffra 1,73 kg/mil. För att kartlägga och analysera resandet ur både kostnadssynpunkt och klimatpåverkan för att kunna hitta rätt åtgärder har Regionen tillsammans med Östersunds kommun sökt och beviljats projektmedel från Energimyndigheten för att bland annat göra en kartläggning med den s.k. CERO-metoden. Projekten påbörjades hösten 2016 och fortlöper tom 2017. 
Effektiva processer	77, Klargöra ansvar och roller avseende informations- och IT säkerhetsfrågor inom COSMIC förvaltning samt nationella e-hälsotjänster.	IT: Rutiner vid driftstopp COSMIC har utformats. Regler, roller och ansvar loggkontroll vårdssystem har reviderats under året. Loggpunkt verktyg för logguppföljning i COSMIC har driftsatts. 
	78, Förbättra resultaten avseende tillgänglighet till vård jämfört med 2015.	Uppföljningsmöten för verksamheterna gällande femstegsmodellen fortsätter. Verksamheterna har kommit olika långt bl.a. beroende på hur länge de har hållit på med produktions- och kapacitetsplanering. En stor utbildningsinsats tillsammans med Gävleborg genomfördes vecka 39. Inga tillgänglighetsmål klarades under 2016 men en liten förbättringar kan ses för antalet väntande på AKM. 
	79, Öka telefon tillgängligheten i primärvården (från RS plan 2015)	Aktivitet se ovan angående satsning produktion och kapacitetsåtgärder. Standardiserade vårdförlopp påverkar förbättrad tillgänglighet. Resultat i den nationella mätningen av telefonframkomlighet för december 2015 och 2016 är i stort sett detsamma, och ligger under riksgenomsnitt. 
	80 Öka antalet värdesflödeskartläggningar	Antalet värdekartläggningar kan inte mätas. Däremot används värdekartläggningar i ökande omfattning för att följa patientens väg t.ex. vid standardiserade vårdförlopp. 
	81, Integrera jämlikhet o jämställdhetsarbetet i Värdegrundsarbetet.	Se punkt 55 i medarbetaravsnittet. 
	82, Utveckla arbetet med standardiserade vårdförlopp för cancerpatienter.	18 standardiserade vårdförlopp i COSMIC. Standardiserade vårdförlopp (SVF) syftar till att göra utredningstiden så kort som möjligt. Omhändertagandet ska också vara samma oavsett var man bor i Sverige. Nya arbetssätt med fungerande dialog och samverkan mellan de berörda verksamheterna är grunden för att patienterna ska få vård på lika villkor. Under året har de tretton planerade SVF implementerats. Därmed har region Jämtland Härjedalen arton SVF implementerade. Varje SVF har en utsedd processarbetsgrupp. De regionala processledarna från RCC Norr besöker våra processarbetsgrupper i dialogmöte kring hur framgångar och utmaningar. Alla processarbetsgrupper har fått introduktion om hur respektive SVF hanteras som flöde i COSMIC.

		<p>VT-16 togs en införandeplan fram: förberedelse, arbetsgruppens implementeringsarbete, uppföljning/utveckling.</p> <p>Det första resultatet från patientnöjdhetssenkäten, PREM (patient reported experience measures), kom tidigt i sommar. Norra regionen fick tillsammans med Kalmar, gott betyg jämfört med övriga landet. Särskilt beträffande upplevd tillgänglighet och delaktighet. Den dimension som var i störst behov av utveckling handlar om emotionellt stöd, vilket vi påbörjat ett förbättringsarbete kring: nätverk för ssk/kssk i cancervården, med syfte att ssk/kssk ska utveckla sin roll i cancervården, samt i högre grad använda "min vårdplan". En processarbetsgrupp arbetar för närvarande fram ett förslag till strukturerat arbetssätt för cancerrehabilitering.</p> <p style="text-align: center;"></p>
	<p>83, Alla patienter som besöker sjukvården 2016 ska ha en komplett läkemedelslista i COSMIC /PASCAL baserad på kostnadseffektiva läkemedelsval.</p>	<p>Inom förmånsläkemedel, d v s läkemedel på recept, har kostnaden ökat med 8,3 procent. Det är en högre kostnadsökning än genomsnittet för riket (7,4 procent). Inom rekvisitionsläkemedel har kostnaden ökat med 13 procent i Jämtland Härjedalen, medan genomsnittet för riket var 2,0 % motsvarande period. Det nationella snittet saknar dock kostnaden för Blekinge läns landsting, som inte levererat sin statistik under 2016.</p> <p>En stor anledning till att Regionens kostnader för läkemedel ökar mer procentuellt sett än Riket är det nationella samarbetet för införandet av nya dyra läkemedel, patientlagen som säger att "vårdlandstingets regler gäller men hemlandstinget betalar", samt de alltför nationella riktlinjerna för läkemedelsbehandling. De tidigare stora skillnaderna från hur läkemedelskostnaderna per patient såg ut vid jämförelse mellan landstinget, jämnas nu ut till en mer jämlik behandling och kostnad per patient.</p> <p>Fler läkemedelsgenomgångar än 2015: </p> <p>Kostnadsutveckling för förmånsläkemedel och rekvisitionsläkemedel lägre än nationella utvecklingen.</p> <p style="text-align: center;"></p>
	<p>84 Minska andelen vårdskador jämfört 2015</p>	<p>Markörbaserad journalgranskning visar på förbättring.</p> <p>2015: 22 % 2016: 13 % (1/1-31/10)</p> <p style="text-align: center;"></p>
	<p>85, Styrelsen ska följa upp arbetet med att minska återinskrivningar.</p>	<p>Utifrån de förutsättningar som funnits för uppföljning under 2016 är styrelsen fått redovisning av arbetet med att minska återinskrivningar. Se utfall i målavsnitt patientperspektivet.</p> <p style="text-align: center;"></p>
	<p>86, Där det är möjligt ska upphandling genomföras ur hälsoekonomiskt perspektiv.</p>	<p>Upphandling är en konstant pågående aktivitet och bedömning av lämpliga kriterier görs vid varje enskild upphandling. Hälsoekonomiska perspektivet är ett av flera kriterier. I samband med upphandling av medicintekniska produkter tas exempelvis hänsyn till produktens nytta för patienters tillfrisknande.</p> <p style="text-align: center;"></p>
	<p>87 struket</p>	

	88 se jämlik och jämställd vård	Se punkt 25 i patientperspektivet. 
Fördjupat samarbete för att öka intäkter	89, Ökad extern finansiering till utvecklingsprojekt, t.ex. INTERREG samarbete med Norge	<p>Följande ansökningar för extern finansiering som lämnats in av Forsknings-utbildnings- och utvecklingsavdelningen har beviljats och har igångsatts.</p> <p>C3-Cloud, A federated collaborative care cure cloud architecture for addressing the needs of multi-morbidity and managing poly-pharmacy. 160501-200430 - Horizon 2020 RJH projektpart, total budget 4.995.000 EUR varav RJH 324.875 EUR.</p> <p>☒ I projektet C3-Cloud är Region Jämtland Härjedalen en av tre "Pilot sites". Detta innebär att vi utgör en testbädd för gemensam utveckling av ICT-stöd över vårdgivargränser med fokus på vårdguider för multisjuka där målgruppen är +65 år, med minst två av diagnoserna Diabetes, Njursvikt, Hjärtsvikt eller Ångest. Projektet är ett samarbete med 12 parter i 8 länder där andra testbäddar är Södra Warwickshire och Baskien. Andra svenska aktörer är Cambio och Örebro Universitet. Projektets fokus är främst utveckling inom primärvården men även att skapa IKT stöd över vårdgivargränser och att kombinera vårdprogram för flera diagnoser.</p> <p>VäITeL, Mixed-zone för velferdsteknologiske testlab. 160801-190731 - Interreg Sverige-Norge RJH projektägare, total budget 2.998.596 EUR varav RJH 1.876.408 EUR.</p> <p>Ett gränsöverskridande samarbete där Region Jämtland Härjedalen och Helse Nord-Trøndelag är projektägare och vi är huvudprojektägare. Projektet innehåller specifika arbetspaket för Decentraliserade hälsorum och mobila hälsolösningar, Säkerhet och trygghet i hemmet samt Akut Stöd. Aktivt deltagande från företag (micro och internationella) med mer än 30 svenska företag, där de flesta är regionala SME. Samtliga kommuner i Jämtland Härjedalen deltar genom att vara medfinansierare. SKL/Inera och Norska Helsedirektoratet är aktörer inom projektet.</p> <p>Följande ansökan som är under omarbetning kommer att lämnas i mars 2017.</p> <p>ERUF-ansökan: 0,1 till 1,0 - öka graden av företagets investeringar i forskning, innovation och utveckling. Målet att öka FoU investeringar hos företag i Jämtland och Västernorrland under projekttiden möjliggörs genom implementering av nya modeller och metoder i produktutveckling av nya innovationer inom vård- och omsorg. Detta innebär ett paradigmskifte genom nya och utvecklade samarbeten mellan hälsa-sjukvård-omsorg, akademi, näringsliv och brukare där de offentliga verksamheter är drivande motorer för att skapa nya marknader.</p> <p>Stödmottagare är Region Jämtland Härjedalen och våra samverkansparter tillika med-finansierare Landstinget i Västernorrland, Mittuniversitetet, Östersunds kommun och Örebro un Andra aktörer som är medfinansierare inkluderar 7 företag.</p> <p>Konkurrenskraftiga och hållbara lösningar genom innovativ utveckling där de offentliga behoven kopplas starkare till vetenskap, teknologi och näringsliv = Kunskapsdriven produktion. Omvårdnad, hälso- o sjukvårdsbranschen ansvarar för en kulturell förändring som möjliggör innovation och idéskapande arbete. Underlättar för företag som via FoU och testbäddsverksamhet får möjlighet att utveckla och kommersialisera produkter/tjänster. Ett mål är att etablera ett Living Lab som ett permanent forum – lett av näringslivet i samverkan med det offentliga och akademien. Detta forum kommer att startas under våren 2017 som ett e-hälsocenter där samverkansaktörer och andra medfinansierare inleder konkret samarbete i en projektorganisation. Total projektbudget kommer att vara på ca 100 Mkr.</p> <p><u>Vinnovaansökan</u> Medtech4Health Två projekt inskickade 2016-04-12:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fickultraljud för innovativ hjärtsviktsdiagnostik - syftar till att introducera viss ultraljudsundersökningar i primärvården för att diagnostisera hjärtsvikt. Ca 1,2 mkr - Fysioterapi på distans med hjälp av Virtuellt verklighet - syftar till att via 3D-glasögon införa virtuellt fysioterapi i patienters hem. Ca 1,5 mkr <p>Horizon 2020ansökan 2016-04-24 – Cost Action utveckla en strategi för att förstå och mäta effekterna av medborgares och patienters engagemang vid förändringar inom sjukvården. Region Jämtland Härjedalen är stödsökande till Helse-Nordtrøndelag.</p>





		<p>Amir är ett projekt som MIUN är huvudsökande, och vi är medsökande. Projektet handlar om att screena nyanlända vuxna för psykisk ohälsa genom att MIUN:s psykologstudenter gör en första screening. De med misstänkt psykisk ohälsa går vidare till nästa steg där Region Jämtland Härjedalens PTP-psykologer gör en andra bedömning. De med behov slussas därefter vidare till specialistpsykiatri.</p> <p>Total budget för Region Jämtland Härjedalen är 247 tkr.</p> 
--	--	--

Uppföljning av målen i regiondirektörens verksamhetsplan

	= målavvikelse med mer än 10 procent
	= målavvikelse med mindre än 10 procent
	= målet är uppnått



Samhälle




Strategiska mål: Hållbar utveckling avseende ekonomi, ekologi och socialt.
Förbättrad psykisk hälsa och hälsofrämjande och trygghetsskapande levnadsvillkor.




Mål och målvärden 2016	Utgångsvärde 2015	Utfall 2016-12-31		Kommentarer till utfallet
Antal idéer bearbetade av Kreativa team som nått fram till ledningsgruppen ska öka	1 idé	3 idéer		
Minskad antibiotikaförskrivning. Öppenvård: minskning av antal recept per 1000 invånare jämfört 2015 Långsiktigt mål är högst 250 recept/1000 inv. Målvärde 2016: 270 recept/1000 inv. Könsuppdelad statistik går ej att ta fram	274 recept/1000 inv.	275 recept /1000 invånare Kvinnor: 323 recept/TIN Män 213 recept/TIN		Det har inte skett någon förändring av antibiotikaförskrivning i Jämtlands län under det senaste året. Sedan 2013 har ingen förändring av antalet recept skett i Jämtlands län. Vid nationell jämförelse är det endast Västerbotten som har lägre förskrivning. Inom Region Jämtland Härjedalen finns fortsatt en skillnad mellan hälsocentralerna.
Antal personer som är heltidssjukskrivna och deras sjukskrivningsdagar ska minska i gruppen F30-39 (förstämningssyndrom)	Utgångsvärde helår 2014: 311 pers. 37234 dagar Kvinnor:188 pers. 23315 dagar. Män: 123 pers. 13919 dagar.	Antal dagar har minskat både för kvinnor och män.		Vg se vidare samhällsperspektivet i uppföljning regionstyrelsens framgångsfaktorer
Antal personer som är heltidssjukskrivna och deras sjukskrivningsdagar ska minska i gruppen M50-54 (andra ryggsjukdomar).	Utgångsvärde helår 2014: 103 pers. 6750 dagar Kvinnor 48 pers. 4366 dagar. Män 55 pers. 2384 dagar	Antal dagar har minskat både för kvinnor och män		Vg se vidare samhällsperspektivet i uppföljning regionstyrelsens framgångsfaktorer




Patient

Strategiska mål: likvärdig och tillgänglig vård, vård efter behov och hälsofrämjande arbete, trygga patienter

Mål och målvärden 2016	Utgångsvärde 2015-12-31	Utfall 2016-12-31		Kommentarer till utfallet
Tandhälsa 3 åringar mål: andel undersökta ska öka i förhållande till 2015	41 %	31 %		
Tandhälsa 19 åringar mål: andel kariesfria 35 %	34 %	35%		
Andel diabetespatienter typ 2 (<75 år) med HbA1c >70 mmol/mol ska minska. HbA1c = variabel för att följa blodsockernivå långsiktigt. Målvärde 2016: =< 8 % Kvinnor: 8 %, Män: 8 %	11,2 % Kvinnor 9,7 % Män 12,2 %	11,3 % Kvinnor 10,9 % Män 11,5 %		Andelen med högt HbA1c, över 70 mmol/mol är något svagare än 2015. Andelen registrerade i NDR har sedan 2015 ökat med ca 10 % men fortfarande ligger antalet registreringar ytterligare 10 procentenheter under nivån från 2012-2014. Att fortsätta att öka registreringsgraden är ett viktigt mål för 2017.
Strokevård: Andel patienter som var ADL-oberoende* 3 månader efter akutfasen. (urval; personer som var ADL-oberoende före insjuknandet) Målvärde 2016: 86 %. Könsuppdelad statistik går inte att ta fram.	88,7%	85,5%		Målet nästan uppnått. Fortsatt goda resultat inom strokevården. Nationella riktlinjer och nya interna remissrutiner bidrar till att patienter kan vårdas på strokeenhet.
Medelväntetid till höftfrakturoperation efter ankomst sjukhus ska inte överstiga 24 timmar Målvärde 2016: < 24 timmar	22,1 timmar	19,25 timmar		Glädjande noteras att medelväntetiden fortsatt är <24h. Detta är en viktig processindikator, som är beroende på resursinsats, attityd samt prioritering.
Andel patienter som behandlas inom tid för öppnande av förträngt kärl vid hjärtinfarkt med ST-höjning på EK (STEMI). Målvärde 2016: över 80 %.	75 %	85 %		Målet uppnått. Långa avstånd avgör om patienten behandlas i tid.
Andel planerade kejsarsnitt på omfödorskor med tidigare vaginal förlossning ska bibehållas eller minska Målvärde 2016: =< 2 %	0,9 %	0,7 %		Stabilt lågt
Brytpunktsamtal (dokumenterat i journal) för patienter som kan medverka. Målvärde 2016: minst 60 %	Total: 62,4 % Kvinnor: 65,4% Män: 58,5%	Total: 68,3 % Kvinnor: 76,7 % Män: 63,5 %		Målet uppnått för Region JH. Intern variation i måluppfyllelse mellan områdena av olika orsaker. Variationen mellan könen sannolikt orsakad av att det handlar om relativt få fall.
Oplanerad återinskrivning inom 30 dagar oavsett orsak, 65 år och äldre ska minska. Målvärde 2016: högst 19 %	Total: 18,7 % (15,1-21,7 %) Kvinnor: 16,9 % (12,1-20,4%) Män: 20,4 % (15,7-23,8%)	Total: 16,8 % (13,4-20%) Kvinnor: 16,5 % (13,7-22,3%) Män: 17 % (11,8-20,6%)		Målet uppnått baserat på den uppföljningsmöjlighet som har funnits under 2016. Uppgifterna hämtade från Kvalitetsportalen som inte kan redovisa resultat för ett verksamhetsområde





	= mållavvikelse med mer än 10 procent
	= mållavvikelse med mindre än 10 procent
	= målet är uppnått

Antal tobaksbrukare som är tobaksfria sedan minst 6 månader efter förebyggande insats.	Utgångsvärde <u>2014</u> : Totalt 23 personer, Män 14, Kvinnor 9			Funktion att kunna följa upp detta mål är framtagen under året. Dock har inte informationen spridits till alla berörda, varför resultat ej kan levereras..
Öka täckningsgraden i kvalitetsregistret Svedem att motsvara förväntat antal nyinsjuknade i demens per år, ca 350 personer.	Utgångsvärde 2015: 10 registreringar.			Täckningsgraden i Svedem inte ökad.
Bättre nivå avseende medelsystemiskt blodtryck hos patienter med diabetes. Uppgifterna redovisade för primärvård och specialiserad vård tillsammans.	Utgångsvärde 2015: Total 134,8 mmHg, Män: 134,7 mmHg, Kvinnor: 134,9 mmHg.	Total: 134,4 mm Hg Män: 134,6 mmHg Kvinnor: 134,1 mmHg		Ingen säker förbättring.

	= målavvikelse med mer än 10 procent
	= målavvikelse med mindre än 10 procent
	= målet är uppnått




Medarbetare




Strategiska mål: attraktiv arbetsgivare, en kompetensförsörjning som understödjer omställning till framtidens utmaningar.









Mål och målvärde 2016	Utgångsvärde 2015	Utfall 2016-12-31		Kommentarer till utfallet
Sänka sjukfrånvaron för medarbetare Målvärden 2016: Totalt max 6,2 % Män:4,5 %, kvinnor: 7,0 %	6,6% m. 3,8 % k. 7,4 %	6,6% m. 3,7 % k.7,5 %		Målet är inte uppnått
Nyttjande av inhyrd personal och arvodesläkare ska minska Målvärden 2016: Ej överstiga 2014- års utfall helår: 79,8 mnkr	126,7 mnkr	176,9 mnkr		Målet är inte uppnått
Förbättra resultatet för arbetsmiljöindex jämfört med utgångsvärdet okt 2015 som var 4,55 Målvärde 2016: ≥ 4,2	Utgångsvärde per oktober 2015: 4,55	Per oktober 2016: 4,59		Målet uppnått. Arbetsmiljöindex högre i år än föregående år per oktober.
Andel medarbetare som upplever att de på sin arbetsplats bemöter varandra med respekt och utifrån värdegrund ska öka. Målvärde: 4,50	Utgångsvärde per oktober 2015: 4,61	Per oktober 2016: 4,64		Målet uppnått. Över målvärdet och ökat sen ifjol per oktober.




Verksamhetsresultat





Strategiska mål: god ekonomisk hushållning med solidarisk fördelning där resurserna fördelas jämnt och jämställt, långsiktigt hållbar verksamhet utifrån socialt, miljömässigt och ekonomiskt perspektiv, effektiva processer.

Mål och målvärde 2016	Utgångsvärde 2015	Utfall 2016-12-31		Kommentarer till utfallet
Nettokostnadsutveckling Mål 0 %.	5,5 %	2,9 %		Ett stort kliv åt rätt håll. Minskning från 2015 men är inte tillräcklig. En inbromsning i ekonomin är gjord.
90 % av antalet redovisade åtgärder under 2016 ska vara genomförda vid redovisning i samband med årsbokslut 2016.	nytt	67 %		72 Beslutade åtgärder för områdena, varav 48 gett effekt 2016. Övriga 24 beräknas ge effekt 2017.
Ekonomiska effekten av beslutade resultatförbättrande åtgärder som avser 2016 ska uppnå 100 % till 2016-12-31. Rapport ska finnas i årsbokslut		72 % kr		Avvikelse framför allt avseende målet om reducering av arbetade timmar till 2013 års nivå. En besparing har uppnåtts om 21 mnkr, jmf med beräknat 29 mnkr.

	= målavvikelse med mer än 10 procent
	= målavvikelse med mindre än 10 procent
	= målet är uppnått

Tillgänglighet till akutmottagningen Andel patienter på akutmottagningen som är klara inom 4 timmar. Målvärde 2016: 75 % inom 4 timmar	18/3 – 31/12 Totalt 57 % Kvinna 56 % Man 58 %	Totalt 62 % Kvinna 60 % Man 64 %		Andelen klara inom 4 timmar har ökat jämfört med 2015 men målet är inte uppnått
Tillgänglighet till primärvård 0:an – Alla som försöker ska kunna komma i kontakt med primärvården samma dag. Målvärde 2016: 100 % Bedömer primärvården att patienten behöver läkarkontakt ska sådant besök erbjudas inom högst sju dagar. Målvärde 2016: 100 % av patienterna	2015-08 79 % 2015-08 85 %	Totalt 86 % Totalt 88 % Kvinna 87 % Man 88 %		Målen ej uppfyllda. Telefontillgängligheten har förbättrats mellan åren 2015 och 2016. Även tillgängligheten till besök har förbättrats jämfört med 2015
Tillgänglighet till 1:a besök Väntande till besök och genomförda besök inom specialiserad vård inom 60 dagar. Målvärde 2016: minst 75 % Könsuppdelad statistik fr.o.m. 2015.	Väntande Totalt 46 % Kvinna 45 % Man 45 % Genomförda Totalt 63 % Kvinna 63 % Man 63 %	Väntande Totalt 44 % Kvinna 45 % Man 44 % Genomförda Totalt 60 % Kvinna 60 % Man 61 %		Se kommentarer under Tillgänglighet till vård.
Tillgänglighet till behandling Väntande till behandling och genomförd behandling inom specialiserad vård inom 60 dagar. Målvärde 2016: minst 75 %. Könsuppdelad statistik fr.o.m. 2015.	Väntande Totalt 46 % Kvinna 44 % Man 48 % Genomförda Totalt 59 % Kvinna 58 % Man 61 %	Väntande Totalt 47 % Kvinna 46 % Man 49 % Genomförda Totalt 58 % Kvinna 55 % Man 61 %		Se kommentarer under Tillgänglighet till vård.
Tillgänglighet till Barn- och ungdomspsykiatri (BUP) Genomförda 1:a besök inom 30 dagar. Målvärde 2016: 90 % Genomförda fördjupade utredningar/behandlingar inom 30 dagar. Målvärde 2016: 80 %	64 % juli månad	Totalt 70 % Pojkar 70 % Flickor 70 % Data saknas.	 	Försämrade tillgänglighet jämfört med föregående uppföljning Paus i registrering pga. översyn av rutiner i KVÅ registrering. Detta för att få mer tillförlitlig data
Leva upp till Socialstyrelsens riktlinjer avseende väntetider 90 % tillgänglighet inom 8 v för alla modaliteter	60-95% beroende på modalitet	Ultraljud 96 % MRT 85 % DT 90 % Övriga 93 %		
Andel vårdskador ska minska. Utifrån resultat i ISIGNE databas kring "Andel vårdtillfällen med skada" Målvärde: 10 % färre vårdskador jämfört med år 2014	Utgångsvärde 2014: 29 %	2016-01-01-2016-10-31: 13 %		Markörbaserad journalgranskning 2014: 29 2015: 22 2016: 13 (1/1-31/10)




	= målavvikelse med mer än 10 procent
	= målavvikelse med mindre än 10 procent
	= målet är uppnått


Fler läkemedelsgenomgångar än föregående år	Utgångsvärde 2015-12-31: 210.	Fler än 210 gjorda.		
Förbättra resultat i enkät om patientsäkerhetskultur	Utgångsvärde helår 2014: Dimension "lärande organisation" 43 %	49 %		Resultat från patientsäkerhetskulturmätning 2016
Region Jämtland Härjedalens energianvändning i regionens fastigheter och verksamheter ska minska.		200,69kWh/m ²		
Tjänsteresor och interna transporter inom Region JH ska minska samt verksamheterna välja teknik och transportsätt så att regionens klimatpåverkan från tjänsteresor och transporter minskar. Mål att minska med 10 %.		+24%.		Målet nås inte. Totalt sett är resandet räknat i mil och utsläppen nu de högsta vi haft sedan 2009.








Avstämning av övergripande handlingsplaner

Här följer en sammanställning av läget gällande de övergripande handlingsplaner som ingår i regiondirektörens verksamhetsplan för 2016.



 Arbetet har gått bra Alla eller de flesta av målen är uppfyllda..	 Arbetet har gått delvis bra Målen är delvis uppfyllda.	 Arbetet har gått dåligt Inga eller väldigt få mål är uppfyllda
--	---	--

Ärende	Beslut	Dnr	Rapport/Uppföljning
<u>Övergripande handlingsplan Läkemedel 2016</u>	RD 2015-10-16 RD 2016-05-03 Version 2	RS/1436/2015	Aktuellt läge:  Kommentar/Förklaring: Se eget kapitel i årsbokslutet om läkemedel där handlingsplanen kommenteras.
<u>Övergripande handlingsplan Tillgänglighet 2016</u>	RD 2016-06-01	RS/1536/2015	Aktuellt läge:  Kommentar/Förklaring: Målen för vårdgarantin 0-7-90-90 (patientlag sen 1/1 2015) har inte uppnåtts under år 2016. Planen består av 6 målområden med ett antal aktiviteter med varierande grad av uppfyllnad. Tillgänglighet är ett av regiondirektörens fokusområden och styrelsens framgångsfaktorer, därav pågår mycket arbete kring tillgänglighet. Under hösten, vecka 39, genomfördes en utbildning för linjechefer och deras stödpersoner i arbetssättet med produktions- och kapacitetsplanering. Ett arbetssätt som utgår från medborgarnas behov och där resurserna anpassas efter dessa behov vilket ska påverka tillgängligheten till det bättre.
<u>Övergripande handlingsplan barnkonventionen och de nationella minoriteterna 2016-2018</u> Rapport nationella minoriteter	RD 2015-11-02	RS/1447/2015	NATIONELLA MINORITETER Aktuellt läge:  Kommentar/Förklaring: Arbetet går framåt i förväntad takt. Kunskapen om minoritetslagstiftningen är fortfarande bristfällig bland både beslutsfattare och övrig personal (mål 2). Samverkan med SANKS fortsätter och under 2016 har fem personer besökt SANKS för auskultation (mål 3). Dessutom genomfördes ett studiebesök i januari 2016 med fem representanter från Region Jämtland Härjedalen. (Därtill deltog personer från andra organisationer.) Ett samiskt personalnätverk, med syfte att mobilisera samisk kompetens, har inrättats.

Ärende	Beslut	Dnr	Rapport/Uppföljning
			<p>Nätverket hade två möten under 2016. Delar av nätverket deltog i en nätverksträff i Stjördal för hälsoarbetare på sydsamiskt område. (mål 3).</p> <p>Ett material för integrerad samiska i utvecklingskontroller inom BHV har tagits fram och en pilot genomfördes med början hösten 2016 och fortsättning under våren 2017. Målet är angeläget men också svårarbetat. Det är oklart hur vi går vidare efter avslutad pilot (mål 4).</p> <p>En behovsinventering har genomförts bland samer i länet. Inventeringen ska kompletteras i relation till gruppen äldre samer (65+) som inte kom till tals i tillräckligt hög grad i den genomförda undersökningen. Inventeringen bekräftade i mångt och mycket att våra prioriteringar är bra, men också att det går för sakta och att vi behöver arbeta mer med samers rätt till språk (mål 3).</p> <p>Samiskspråklig skyltning går långsamt framåt. Under 2016 beslöts att prioritera fasadskyltning på hälsocentraler i länets samiska förvaltningskommuner. Två hälsocentraler fick samisk fasadskyltning under 2016. Satsningen fortsätter under 2017 (Mål 4).</p> <p>Sedan hösten 2016 skickas ett nyhetsbrev ut efter varje möte med den samiska samrådsgruppen. Målgrupp för nyhetsbrevet är i första hand samebyar, sameföreningar, andra samiska organisationer och samiska privatpersoner. Samverkan med nationella och regionala samiska organisationer har stärkts under 2016 (Mål 5).</p>
	RD 2015-11-02	RS/1447/2015	<p>BARNKONVENTIONEN</p> <p>Aktuellt läge: </p> <p>Kommentar/Förklaring: Arbetet går framåt i förväntad takt.</p> <p>Två utbildningstillfällen om barnkonventionen har genomförts, ett med Länsombudsmannen i Uppsala län som talare och ett med SKL. Det sistnämnda hade sammanlagt 150 deltagare från både regionen och länets kommuner (mål 6).</p> <p>Under hösten har en kartläggning av nuläge samt behov vad gäller implementering av barnkonventionen i verksamheterna genomförts (mål 6).</p> <p>En övergripande rutin för orosanmälan är framtagen och implementering har inletts (Mål 7)</p> <p>Utbildning har genomförts i relation till anhöriga barn (HSL 2g§). Den valda metoden heter BRA - Barns Rätt som Anhöriga och är utarbetad av Stiftelsen Allmänna Barnhuset. Femtiofyra medarbetare utbildades under 2016.(Mål 8)</p>

Ärende	Beslut	Dnr	Rapport/Uppföljning
			Bildkallelsor för användning inom BHV har utarbetats och tagits i bruk. I övrigt finns behov av stöd till verksamheterna i hur de kan arbeta med barns delaktighet enligt barnkonventionen (Mål 9)
<u>Övergripande handlingsplan Informationssäkerhet 2016-2017</u>	RD 2015-11-02	RS/1444/2015	<p>Aktuellt läge: </p> <p>Kommentar/Förklaring: I mars genomfördes en informationssäkerhetsövning genomförd och arbete med kontinuitetsplanering pågår med framgång inom akutområdet. Etablerandet av organisation för loggkontroll samt införande av IT stöd har genomförts, men är något försenat och utveckling av detta fortsätter kommande år. Roller och ansvar COSMIC samt e-hälsa har bortprioriterats pga resursbrist men planeras genomföras 2017. Planering (prioritering) för återstart och återställande av regionens verksamhetskritiska IT system är inte heller genomfört utan är framflyttat. Även riskanalys avseende användande av molntjänster och att utarbeta regelverk för anskaffning av molntjänster prioriteras bort pga. resursbrist. Regelverk för behörighetshantering påbörjat men inte slutfört.</p> <p>Sammantaget är målen endast delvis uppfyllda och ca hälften av planerade aktiviteter är genomförda.</p>
<u>Övergripande handlingsplan attraktiv arbetsgivare 2016-2018</u>	RD 2015-10-19	RS/1553/2015	<p>Aktuellt läge: </p> <p>Kommentar/Förklaring: Flera aktiviteter pågår. Se kapitlet om personal i årsbokslutet.</p>
<u>Övergripande handlingsplan miljö 2016</u>	RD 2015-10-16	RS/1424/2015	<p>Aktuellt läge: </p> <p>Kommentar/Förklaring:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Energianvändning: Målet om minskning uppnått  - Klimatpåverkan från tjänsteresor och transporter: CO2-utsläppen ökade med 24 % istället för att minska med 10 %. Flygresandet har mer än fördubblats jämfört med referensåret.  - Ekologiskt och socialt-etiskt producerade livsmedel - För 2016 uppnåddes 26,4 % ekologiska och 8,7 % socialt-etiska för hela organisationen, vilket väl överstiger uppsatta mål.  - Ökad medvetenhet i miljöfrågor hos alla medarbetare: Endast ett område i organisationen har haft som mål att visa minst 2 av miljöfilmerna. Dock har vissa enheter även inom andra områden lånat filmerna. Status totalt saknas. 

Ärende	Beslut	Dnr	Rapport/Uppföljning
			<ul style="list-style-type: none"> - Avfall - För 2016 är inte alla avfallsdata klara, men vi kan förutse att det resulterade i en ökning av totala avfallsmängden istället för en minskning. ↓ - Andel avfall som går till materialåtervinning ska vara minst 47 %. 2015 sjönk återvinningsgraden till 43,1 %. Alla data är inte klara, men det är inte troligt att målet nåddes 2016 ↓ - Principer för hållbara inköp ska vara kända för all personal som är involverade i inköp. Inga särskilda aktiviteter genomfördes och det kan ej utläsas i några mål i områdenas verksamhetsplaner att det skulle gås igenom. ↓
<u>Övergripande handlingsplan patientsäkerhet</u>	RD 2015-10-16	RS/1584/2015	<p>Kommentar/Förklaring om handlingsplanens målområden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - God Patientsäkerhet ska genomsyra all verksamhet: ↑ Förbättrat resultat i patientsäkerhetskulturmätning, högsta lednings stöd har ökat, införande av daglig styrning. - Frekventa och allvarliga vårdskador ska identifieras och förebyggas: ↑ Förbättrat resultat enligt markörbaserad journalgranskning, fler läkemedelsgenomgångar, implementering av infektionsverktyget pågår - Patientsäkerhetsarbete ska utgå från evidensbaserade metoder: ↓ Arbetet med analys av resultat som redovisas i kvalitetsregister utifrån patientsäkerhetsperspektiv och arbete med att utvärdera effekter av åtgärder utifrån utredning av allvarliga vårdskador har inte påbörjats. Patientsäkerhetsvecka har inte genomförts. - Patienten ska vara delaktig i sin egen vård och behandling: ↑ Bedside-rapportering har ökat, förbättringsarbete av hemsidan har satts igång, andel patienter som fått utskrivningsinformation ligger på 30% - Vård ska ske inom den kompetensnivå som situationen kräver: ↑ Patientsäkerhet ingår i introduktionsprogram för nya medarbetare Antalet apoteksgenomförda läkemedelsgenomgångar har ökat
<u>Övergripande handlingsplan Suicidpreventivt arbete 2016-2018</u>	RD 2015-10-19	RS/1635/2015	<p>Aktuellt läge: →</p> <p>Kommentar/Förklaring: Planen ska revideras under 2017. Frågan om suicidprevention har aktualiserats på regional nivå inom ramen för framtagandet av en handlingsplan för psykisk hälsa tillsammans med</p>

Ärende	Beslut	Dnr	Rapport/Uppföljning
			<p>kommunerna. En uppstarts dag för arbetet är inplanerad till mars 2017. Område psykiatri deltar i Folkhälsomyndighetens nationella nätverk för suicidprevention.</p> <p>Kommentarer om mål:</p> <p>Mål 1: Öka kunskapen hos personal och andra nyckelpersoner i vård och omhändertagande av personer med suicidproblematik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utbildningsinsats instruktörer MHFA metoden (mental health first aid) var planerad men har inte genomförts. Kommer att föras över till den länsövergripande handlingsplanen. - Webbaserat utbildningsmaterial i suicidprevention (SPISS) är klart och utbildningar har påbörjats inom område psykiatri. Bör spridas till primärvården under 2017. - Inom psykiatri diskuteras händelseanalyser och handlingsplaner efter suicid eller suicidförsök på områdesledning. Överenskommelse mellan primärvård och psykiatri ska revideras för att tydliggöra ansvarsfördelning. Ska vara klart till sommaren 2017. <p>Mål 2: Minskad tillgänglighet till medel och metoder för suicid</p> <ul style="list-style-type: none"> - Revidering av Zamzynsdokument initierat angående att öka förskrivning av mindre förpackningar och itererade recept av antidepressiva. - Uppföljning av anmälningspliktens fullgörande avseende vapenansökan. - Inom psykiatri genomförs ronder och säkerhetskontroller för att minska risk att det finns saker i omgivningen som kan underlätta för patienter att genomföra självmord. <p>Mål 3: Öka samverkan och samordna regionala och lokala insatser kring en självmordspreventiv strategi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stöd till elevhälsa/skolhälsovård genom regelbundna träffar/nätverk ombesöks via område Barn- och unga vuxna. - Vårdprogram för suicidpreventivt arbete framtagna inom område Psykiatri och ska revideras under 2017.
<u>Övergripande handlingsplan lean 2013</u>	LD 2013-11-13	LS/1637/2013	<p>Aktuellt läge: </p> <p>Kommentar/Förklaring: Planen har gällt sedan införandet 2013 och har i allt väsentligt implementerats. Arbetet pågår med att utreda vilka planer och i vilken form kvalitetsarbetet ska planeras.</p>
<u>Övergripande handlingsplan för utveckling av cancervården 2013-2015</u>	LS 2013-01-23	LS/1907/2012	<p>Aktuellt läge: </p> <p>Kommentar/Förklaring: NRF godkände vid junimötet 2016 den regionala cancerplanen och inför det har RJH gjort en ny lokal cancerplan 2016-2018 som är en fortsättning och utvidgning av den tidigare lokala cancerplanen för 2013-2015. I september</p>

Ärende	Beslut	Dnr	Rapport/Uppföljning
<u>Handlingsplan för utveckling av cancervården i Region Jämtland Härjedalen 2016 – 2018</u>	HSV DIR 2016-05-25	RS/1512/2016	beslutades den lokala cancerplanen i regionstyrelsen. Uppdrag är givna utifrån den lokala cancerplanen. De löper på enligt planen och kommer, kontinuerligt att flöjas upp genom statusrapport med början i maj 2017.
<u>Övergripande handlingsplan för vård och omsorg i glesbygd</u>	2014-08-26	LS/821/2014	Aktuellt läge:  Kommentar/Förklaring: Arbetet har påbörjats och en första avstämning gjordes under hösten i NRF.
<u>Övergripande handlingsplan för samverkan i Region Jämtland Härjedalen kring psykiska funktionsnedsättningar 2014-2016</u>	2015-08-31	RS/585/2016 Ny finns under RS/2120/2016	Aktuellt läge:  Kommentar/Förklaring: Denna handlingsplan löpte ut den 31 december 2016. Alla aktiviteter som fanns upptagna i handlingsplanen har genomförts eller påbörjats och kommer att slutföras under 217.
<u>Övergripande handlingsplan bättre liv för sjuka äldre 2012-2016. Strategi och handlingsplan för Jämtlands län.</u>		RS/586/2016	Aktuellt läge:   Kommentar/Förklaring: Flera framsteg har gjorts, inte minst med läkemedelsgenomgångar. Planen kompletteras också årligen med nya krav vilket gör att planen inte blir helt grön.

Folkhälsa och hälsofrämjande arbete

Folkhälsopolicy och folkhälsostrategi

För det läns gemensamma folkhälsoarbetet i Jämtlands län finns nu ett reviderat politiskt styrande dokument, ”*Vår Hälsa - länets möjlighet*”, Folkhälsopolicy för Jämtlands län 2016-2019. Den nya reviderade policyn bygger vidare på tidigare policy 2011-2015.

Folkhälsopolicyn utgår därför fortsatt ifrån faktorer som påverkar hälsan med fyra huvudsakliga insatsområden:

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

I Folkhälsopolicyn anges att folkhälsoarbetet ska ha sin utgångspunkt i att samhället ska vara inkluderande. Det vill säga att samhället ska skapas för alla, oavsett kön/könsidentitet, ålder, nationalitet, religion, sexuell läggning, etnicitet, funktionsnedsättning och socioekonomisk situation. Folkhälsoarbetet i Jämtlands län ska ha särskilt fokus på barn, ungdomar och äldre. Ett kompletterande dokument med uppföljande indikatorer för att avgöra om de fyra insatsområdena utvecklas i enlighet med intentionerna är under framtagande. Detta sker i nära samverkan med länets kommuner inom ramen för folkhälsonätverket – Folkhälso Z.

Läget i länet

Resultatet från den nationella folkhälsoenkäten ”*Hälsa på lika villkor*” (2014) visar att närmare 70 procent av länets befolkning upplever att de har ett gott allmänt hälsotillstånd. Kvinnor i den äldsta åldersgruppen, 65-84 år, skattar en bättre hälsa än tidigare. Vad gäller levnadsvanor har andelen fysiskt aktiva ökat, och då särskilt bland kvinnor. Andelen med övervikt eller fetma i länet är 52 procent. Personer med sämre ekonomiska förutsättningar och med lägre utbildningsnivå är överviktiga eller feta i högre utsträckning än övrig befolkning.

Undersökningen visar att folkhälsan i länet förbättras på många områden, men det finns fortsatt skillnader mellan länsdelarna och mellan grupper i befolkningen. Det finns exempelvis en tendens till att den psykiska hälsan har försämrats för personer som definierar sig som homo, bi eller osäker på sexuell läggning eller identitet. Utmaningar för Region Jämtland Härjedalen är att tillsammans med andra aktörer

verka för en förbättrad folkhälsa i länet samt att utveckla en hälsofrämjande hälso- och sjukvård.

Resultatet från *Skolelevers drogvanundersökning (CAN) 2015* som genomförs bland länets elever i årskurs 9 och år 2 på gymnasiet visar på en minskad alkoholkonsumtion sedan de tidigare mätningarna. Även andelen elever som debuterar med tobak och alkohol i tidig ålder har minskat. Dock visar undersökningen på en hög tillgänglighet och att länets unga har en låg riskuppfattning vad gäller droger. Skillnader finns i resultat utifrån ålder och kön vilket behöver beaktas vid planering av insatser och att det finns ett helhetsperspektiv i det drogförebyggande arbetet.

Insatser för kunskapsspridning **inom** levnadsvanor, sexuell hälsa riktad till personal/aktörer har genomförts. I samverkan med länets kommuner har frågeformuläret till *Hälsosamtalet i skolan* reviderats. Ett antal frågor har utvecklats i syfte att främja barn och ungdomars psykisk hälsa, samt identifiera om barn som utsätts för psykiskt och fysiskt förtryck. Processen med att ta fram en länsrapport för Hälsosamtalet i skolan är påbörjad och en analysgrupp har skapats. Rapporten kommer att ge en bild om barn och ungas levnadsvanor och hälsa och beräknas vara klar sommaren 2017.

Föräldrastöd

Samordning av nätverket kring länets föräldrastöd fortgår enligt uppdrag. I nätverket ingår representanter från alla kommuner, Länsstyrelsen och funktioner från fyra olika områden i Region Jämtland Härjedalen. Målet för nätverket är att föräldrastödet i länet ska synas via 1177 genom kommunernas och Region Jämtland Härjedalens hemsidor.

Stöd med strategiskt folkhälsoarbete

Arbetet med *Tobaksfri duo* fortsätter för att förhindra tidig tobaksdebut bland barn och unga. Framtagande av en handlingsplan för arbetet med Tobacco Endgame Rökrfritt Sverige 2025 har påbörjats.

Utmaningar för Region Jämtland Härjedalen är att tillsammans med andra aktörer verka för en förbättrad folkhälsa i länet samt att utveckla en hälsofrämjande hälso- och sjukvård.

Mobilisering mot droger är en bred samverkan mellan myndigheter, frivilliga och idéburna organisationer, samfund och arbetsmarknadens parter. Arbetet leds av förtroendevalda från Region Jämtland Härjedalen, kommunerna tillsammans med Polisen och Länsstyrelsen. Arbetet samordnas av Region Jämtland Härjedalen. Målet är att behålla toppositionen i Sverige som en, trygg och attraktiv län – med landets lägsta brottslighet och störst upplevda trygghet.

Verksamhetsåret 2017 inleds med ”spridningskonferens” för verksamma personer från kommunerna, regionen, frivilliga och idéburna organisationerna. Där presenterades verksamhetsplan för 2017. I huvudsak handlar verksamhetsplanen om riktade aktiviteter till allmänheten genom bland annat primärvårdens försorg. Under året fortsätter arbetet med att introducera levnadsvanetestet och webbaserad utbildning om alkohol och trafik till ungdomsledare och föräldrar som skjutsar barn/ungdomar till olika tävlingar i länet mm.

Klamydiatest på nätet infördes under hösten som pilot. Syftet är: att få fler att testa sig framförallt killar, att ökad tillgänglighet för glesbygden till klamydiatest, att ur ett jämlikhetsperspektiv bör alternativa provtagningsmöjligheter finnas, att utjämna skillnader mellan grupper mm.

Levnadsvanor Insatser för kunskapsspridning inom området levnadsvanor har genomförts. Exempelvis har en pilotutbildning för hälso- och sjukvårdspersonal om ”Samtal om hälsosamma matvanor” genomförts. För tredje året i rad genomfördes en inspirationsdag för länet pedagoger kring rörelsens betydelse för hälsa och lärande

START och STOPP kampanjer har genomförts i samarbete med RCC norr för att öka fysisk aktivitet och minska rökning hos befolkningen. En mall för dokumentation av levnadsvanor i Cosmic har arbetats fram. Den testades och infördes under våren. Den nya mallen gör det möjligt att ta fram statistik kring arbetet med levnadsvanor. Implementeringen är påbörjad och fortsätter under 2017.

Våld i nära relationer

Region Jämtland Härjedalen fick under 2016 1 026 137 kr i statliga utvecklingsmedel för att utveckla kvalitetsarbetet inom området våld i nära relation. Medlen har i första hand använts för att kompetensutveckla medarbetare i att ställa frågor om våld, hantera svaret, och dokumentera i journal. Att arbetet har haft effekt framgår av en jämförelse av registreringar i Cosmic under perioden 2015-2016. Under 2016 tillfrågades 692 patienter om våldsutsatthet, vilket kan jämföras med 154 patienter år 2015. Observera att siffrorna bara anger antal korrekta registreringar i Cosmic, vilket innebär att de kan antas vara i underkant.

Nationella minoriteter

I augusti 2016 undertecknades en överenskommelse om samverkan för psykisk hälsa i Sápmi mellan Region Jämtland Härjedalen, Västerbottens läns landsting och Region Norrbotten. Överenskommelsen innebär både en formalisering av ett befintligt samarbete och ett steg framåt i arbetet med att tillförsäkra samer med psykisk ohälsa ett bra vårdmöte och lika möjligheter som övrig befolkning till ett bra tillfrisknande.

Under våren 2016 inrättades ett samiskt personalnätverk. Nätverket har till syfte att mobilisera och samordna samisk kompetens i organisationen på ett sätt som i förlängningen gynnar länets samiska befolkning. Ett ytterligare syfte är att verka stödjande för samiska medarbetare. Nätverket hade två träffar under 2016.

Barnkonventionen

Under hösten 2016 har insatser gjorts för att höja kunskapen om barnkonventionen och dess relevans för Region Jämtland Härjedalens olika verksamhetsområden. Satsningarna har i första hand handlat om generell kunskap om barnkonventionen, barns delaktighet och utsatta barn. Satsningarna har omfattat ett seminarium med SKL, ett seminarium med Uppsala läns barnombudsman och föredrag på möten för sju olika områdesledningsgrupper. Utbildning i BRA-samtal, där anhöriga barn till allvarligt sjuka föräldrar är målgrupp för samtalen, har hållits i två omgångar. Regionen har i dagsläget 43 BRA-samtalsutbildade medarbetare, främst inom Område Psykiatri.

Vård i rimlig tid

Vårdgarantin

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

Primärvård

Tillgänglighetsgarantin, 0:an

0:an innebär att den som söker primärvård ska få kontakt samma dag med en hälsocentral. Resultatet för 2016 års telefontillgänglighet är totalt 86 % för hela primärvården dvs både den regiondrivna och de privata. Variationen mellan hälsocentralernas tillgänglighet är stor, mellan 62-100 procent.

Totalt har telefontillgängligheten, 0:an, ökat på alla hälsocentraler under 2016 jämfört med år 2015.

För 2016 har påringda samtal minskat med 15 %. Mycket arbete har lagts ner med att identifiera flaskhalsar och problem i telefonsystemet. En utbildning/ informationsinsats genomfördes under senare hälften av 2015 och efter det har man på flera hälsocentraler arbetat intensivt tillsammans med justera och förbättra både i VCC och med arbetssätt. Ett arbete som gett resultat i förbättrad tillgänglighet. I Sveg hittade man bl.a. ett omfattande systemfel där pågående samtal bröts som inte kunde identifieras i efterhand. Det felet är nu åtgärdat.

På flera hälsocentraler har man också arbetat med att införa öppna mottagningar, triage och lättakut vilket i sin tur avlastat mycket telefonsamtal, vilket kan vara en förklaring till att samtal in minskat. Detta arbete fortsätter under 2017.

Besöksgarantin (7-an)

7:an innebär att om primärvården bedömer att hen behöver besöka en läkare ska detta ske inom sju dagar. Resultatet för 2016 års besöksgaranti är totalt 88 % för hela primärvården (kvinna 87 % och man 88 %).

Medelvärde för besöksgarantin varierar under året mellan 66-99 %.

Totalt har besöksstillgängligheten ökat på regionens hälsocentraler. Vad gäller ett flertal hälsocentraler har infört öppen mottagning för

distriktssköterskor och arbete med vem gör vad i vården, vilket kan tolkas som en framgångsfaktor.

Hälsocentral	Telefon tillgänglighet samma dag 0:an-	Läkarbesök inom 7 dagar 7:an
	2016	2016
Myrviken	85	82
Svenstavik	87	91
Bräcke	77	66
Kälarne	85	80
Funäsdalen	89	96
Sveg	69	87
Föllinge	89	82
Krokom	89	83
Hammarstrand	77	75
Backe	91	97
Strömsund	77	92
Hallen	85	83
Järpen	90	91
Åre	95	99
Brunflo	83	81
Frösö	82	75
Lit	92	87
Lugnvik	75	83
Odensala	77	93
Z-gränd	75	82
Fjällhälsan	100	87
Offerdal	88	73
Nya Närvården	87	86
Närvård Frostviken	100	92

Specialiserad vård – Sjukhuset i Östersund

Första besök inom 90 dagar

Om patienten får en remiss till den specialiserade vården, ska hen få en tid för besök inom 90 dagar. Det gäller även om vård som söks utan remiss.

Ett genomsnitt för hela året är att 60 procent av patienterna fick ett besök inom 90 dagar, vilket är lägre jämfört med tidigare år.

De flesta verksamheter som inte klarar tillgänglighetsmålet beskriver kapacitetsbrister i form av personal och lokaler men även ökat

inflöde och sjukdom nämns som förklaringar till utfallet.

Brist på tillgängliga vårdplatser på grund av brist på sjuksköterskor lyfts fram som en orsak till att tillgänglighetsmålet inte nås. Även här finns inom vissa områden brister i kapacitet på läkarsida gällande vissa specialiteter.

Behandling inom 90 dagar

Efter beslut om behandling, exempelvis operation, ska patienten få en tid inom 90 dagar. Ett genomsnitt för hela året är att 69 procent av patienterna fick sin behandling inom 90 dagar.

Sammanfattningsvis får flickor, kvinnor, pojkar och män inte sin vård inom vårdgarantins lagkrav i Region Jämtland Härjedalen. Den begränsade tillgängligheten till besök och vård i den specialiserade vården har medfört ett ökat antal medborgare som själv sökt öppen specialiserad vård i annat landsting/region. Även slutenvårdsåtgärder/behandlingar har ökat i omfattning på grund av att region Jämtland Härjedalen inte klarar vårdgarantin för sina medborgare.

Vårdgarantin för barn och unga med psykisk ohälsa

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

Målet att få komma till ett första besök inom 30 dagar har inte uppfyllts. I början av året var tillgänglighet sämre beroende på kraftigt ökat inflöde. Vidtagna åtgärder har medfört förbättringar och målnivån uppfylldes under årets sista 4 månader.

Det finns inga tillförlitliga data för fördjupad utredning/ behandling pga översyn av rutiner i KVÅ registrering. Detta för att få mer tillförlitlig data.

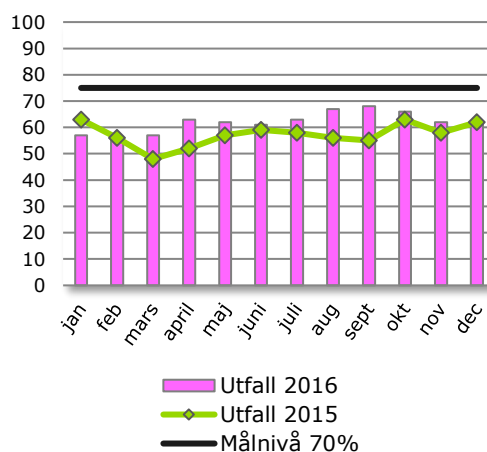
Väntetider inom specialistsjukvårdens akutmottagning

Målet är att 75 % av akutmottagningens patienter ska handläggas inom 4 timmar.

Under året har 62 procent (kvinnor 60 %, män 64 %) av patienterna fått vård på akutmottagningen inom 4 timmar. Det är en förbättring med 4 % jämfört med 2015.

Förbättringen kan kopplas samman med den förhöjda kompetensen av medicinläkare i triage och ett ständigt arbete med att förbättra flödet i triage. Det är en prioriterad fråga för de teamledare som har triage som ansvarsområde. För att öka kontrollen över vilka som väntar på triage har en förändring gjorts där ortopedpatienter avskiljs från övrig kö för att när möjlighet finns triageras av ortopedteamet.

Väntetid på akuten - Andel handlagda patienter inom 4 timmar



Tillgänglighet - folkandvården

Folkandvården har under 2016 arbetat med att öka tillgängligheten genom utökade öppettider. De flesta kliniker kan nu erbjuda tidig morgon och kvällstider minst en dag i veckan. Varje månad följer folkandvården upp väntande patienter. Väntande barn mäts försening mer än 3 mån. Målet är att andelen barn med försening mer än 3 månader ska vara 0 %. Vissa kliniker klarar inte detta mål, insatser görs därför för att stärka dessa kliniker med bl.a. omfördelning av resurser.

Produktions- och kapacitetsplanering

Arbetet med systematisk produktions- och kapacitetsplanering enligt 5-stegsmodellen pågår där verksamheterna har kommit olika långt i processen. Några verksamheter har fortsatt god tillgänglighet medan andra har andra brottas med kapacitetsbrister.

Under hösten genomfördes en utbildning i produktions- och kapacitetsplanering med hjälp av externt stöd från Region Gävleborg. Målgrupp var samtliga linjechefer inom hälso- och sjukvården samt deras stödresurser. En efterföljande workshop medförde att beslut togs om utökad stöd från regionstaben (utvecklingsenheten) till berörda verksamheter.

Distansoberoende teknik

I Regionens verksamhet pågår test och införande av teknik som innebär att vårdpersonal kan kommunicera med patienter, vårdpersonal på andra enheter inom Regionen eller t ex sjuksköterskor i kommunal verksamhet. Det enda som krävs för att detta ska fungera är att den som Regionens personal ska kommunicera med använder en någorlunda modern telefon, platta eller dator. Dietisterna på sjukhuset var först ut med att genomföra möten på distans. Barn och unga vuxna samt hjälpmedelscentralen har

påbörjat var sitt införandeprojekt där de kommer att nyttja distansteknik. Ny infrastruktur för videomöten har också upphandlat och installation av denna har påbörjats.

I Härjedalen pågår utveckling av akuta jour-rum på distans dvs läkaren finns i Sveg och kommunicerar via videoteknik med patienter som på jourtid akut besöker Hälsocentralerna i Funäsdalen eller Hede som då är bemannade med sköterskor.

Patientsäkerhet

Arbetet med patientsäkerhet har fördjupats genom att stödresurserna numera finns i hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Implementering av olika metoder och instrument för att förbättra patientsäkerheten införs över tid. Om instrumenten ska användas inom vårdverksamheterna eller utövas av medarbetare inom område patientsäkerhet blir ibland en fråga för prövning och omprövning. De flesta metoder ger bäst resultat om utövaren har möjlighet att uppjobba säkerhet, kunskap och erfarenhet för att kunna göra väl avvägda bedömningar.

Kunskapen att utföra markörbaserad journalgranskning är inget undantag. Med hjälp av markörbaserad journalgranskning har det upptäckts att många patienter drabbats av blåsöverfyllnad, vilket kan ge bestående skador för patienten som drabbats. Område Patientsäkerhet har på uppdrag av hälso- och sjukvårdsdirektör genomfört informations- och utbildningsinsatser i syfte att öka kunskapen hos vårdpersonalen för minskade skador för patienterna.

Ett annat instrument som är infört är Infektionsverktyget, ett nationellt IT-stöd för att dokumentera, lagra och återkoppla information om vårdrelaterade infektion och antibiotikaförbrukning. Stödet är utifrån nuvarande tekniska förutsättningar, implementerat inom slutenvården.

Sedan lång tid tillbaka genomförs så kallade hygienronder på enheterna inom vårdverksamheterna. Hygienronderna är ett viktigt instrument för att följa upp god hygienisk standard. Resultaten från dessa hygienronder är värdefulla underlag för enheternas chefer att få inspel till förbättringar och högre patientsäkerhet.

Under 2016 har förbättringsarbete pågått för förenkling och förbättring av formulär i Centuri avvikelssystemet. Arbetet fortsätter under 2017 med fokus på organisation av avvikelshantering. Den årliga punktprevalensmätningen av trycksår genomfördes under april. Förekomst av trycksår inom regionen är på samma nivå som för riket. Tyvärr pekar våra resultat mot minskande användning av trycksårförbyggande insatser.

Andelen patienter inom slutenvård som drabbats av vårdrelaterade infektion (VRI) varierade under året mellan 6,4 % - 10,8. 2377 patienter ingick i årets mätningar. Totalt hade 207 av dessa (8,7 %) patienter VRI, målvärdet är 5 %. Könsfördelning var 9,2 % män och 8,2 % av kvinnor.

Influensavaccinationen i gruppen 65 år och äldre har ökat något, 33,1 % 2015 till 35,6 % 2016, men Region Jämtland Härjedalen är fortsatt ett av de landsting/regioner som har lägst andel vaccinerade. För att underlätta tillgängligheten anordnades en influensavaccinationsmottagning i sjukhusets entré under veckorna 45 – 46. Totalt gavs 1930 vaccindoser, 1160 till patienter och 770 till personal. Såväl patienter som personal uttryckte uppskattning för tillgänglighet och snabbhet vid vaccinationen.

Under 2016 genomfördes en Patientsäkerhetskulturmätning. Enkät skickades till all personal i patientnära arbete, totalt bjöds 3447 medarbetare in att delta i enkäten. Svarsfrekvens var 51,8 %, något högre än undersökningen 2014. Det regionövergripande resultatet visade på förbättring i alla dimensioner utom två där resultaten var oförändrade från föregående undersökning.

Antal uppfyllda mål i övergripande handlingsplan för patientsäkerhet har under året följts upp i samband med delårsbokslut. Inom målområde 1, *God patientsäkerhet ska genomsyra verksamheten*, gäller att avvikelshantering fortsatt är ett problemområde och antalet avslutade avvikelser snarast har ökat. Arbetet pågår för att komma tillrätta med problemet och åtgärdsförslag kommer att presenteras under våren 2017. Patientsäkerhetskulturmätningen genomfördes så sent på året att aktiviteter blir aktuellt först under 2017.

För målområde 2, *Frekventa eller allvarliga vårdskador ska identifieras och förebyggas*, noteras uppfyllda eller till del uppfyllda mål. Gröna korset har införts på flera enheter, beslut om övergripande beslut införande saknas.

Målområde 3 *Patientsäkerhetsarbetet ska utgå från evidensbaserade metoder*, ingen patientsäkerhetsvecka genomfördes på grund av att de föregående haft så lågt antal deltagare. Arbetet med att utveckla lärande från lex Maria utredningar fortgår.

Område 4, *Patienten ska vara delaktig i sin egen vård och behandling*, här är måluppfyllelsen relativt låg och ett fortsatt arbete för ökad patientdelaktighet behövs.

För Målområde 5, *Vård ska ske inom den kompetensnivå som situationen kräver*, gäller att tre aktiviteter av fyra är uppfyllda.

Vårdkvalitet

Vårdens kvalitet redovisas numera öppet för de specialiteter som har kvalitetsregister eller andra underlag att hämta data från. Idag är det sällan brist på data som är problemet, snarare att välja de data som verksamheterna i hälso- och sjukvården har bäst nytta av att mäta och följa upp. Kvalitetsregistrens öppenhet medger att vårdverksamheterna bör ha lättare att identifiera förbättringsområden under vissa förutsättningar: - att verkligen ta del av egna resultat och sprida dessa i arbetsgrupperna. Även inom specialiteter som har god tillgång till medicinska resultat finns inte alltid arbetsformer där resultaten sprids till berörda medarbetare och dialog om möjligheter till förbättring därmed inte sker.

I slutet av januari 2017 utkom en försenad rapport Resultatöversikt för landsting på 16 hälso- och sjukvårdsområden från Sveriges Kommuner och Landsting. Rapporten består både av mer generella indikatorgrupper och för patientgrupperna psykiatri, hjärtsjukvård, stroke, diabetes, kvinnosjukvård, ortopedi, cancer, kirurgisk behandling, reumatoid artrit, njursjukvård och palliativ vård. De bästa resultaten i denna rapport och baserat på de ingående indikatorerna har Region Jämtland Härjedalen inom läkemedel, stroke och palliativ vård. Det svagaste resultatet baserat på de ingående indikatorerna är tillgänglighet. Gruppen övergripande indikatorer inrymmer tio indikatorer som avser att visa breda vårdsystemaspekter, såsom sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet. Det svagaste resultatet bland de övergripande indikatorerna finns avseende Responstid för ambulans, där Region Jämtland Härjedalen har längst responstid i hela landet. Exempel på bra resultat inom övergripande gruppen är indikatorn Återkommande slutenvård i livets slutskede.

Hälso – och sjukvårdsbarometern är en nationell undersökning som speglar vad den vuxna befolkningen i riket och Jämtlands län tycker om hälso- och sjukvården. Det är tio frågor som berör tillgång till, och förtroende för hälso- och sjukvården, attityder samt om vården uppfattas ges på lika villkor. 1000 personer i länet har tillfrågats. Svarmässigt anser 80 % att de har tillgång till den hälso- och sjukvård de behöver. Personer med egenuppfattat dåligt hälsotillstånd instämmer i lägre grad i detta. 60 % av de svarande anser att det är rimliga väntetider till besök på hälsocentral, vilket är något lägre andel än riket (65 %). Nära hälften av de svarande anser att vården ges på lika villkor. Män svarar i högre utsträckning än kvinnor att vården ges på lika villkor. Förtroendet för information via vårdguiden 1177 råd om hälsa och vård per

telefon är god i länet. Underlaget kan bli ett planeringsunderlag för att genomföra förbättringar.

Nationella riktlinjer för MS och Parkinson har fastställts av Socialstyrelsen. Inom verksamheten i Region Jämtland Härjedalen har ett förbättringsarbete på detta område resulterat i ett effektivare teamarbete genom att mottagningsverksamhet har flyttats till Remonthagen.

Revidering av Socialstyrelsens nationella riktlinjer inom depression och ångest respektive demens är påbörjade under 2016, men GAP-analyserna slutförs under 2017.

Ett flertal nationella satsningar har bedrivits under 2016. En av dessa är en förbättrad förlossningsvård och kvinnors hälsa som kommer att pågå t.o.m. 2018. En av förbättringarna som införts är ett säkrare övervakningssystem på förlossningen. Det finns en central skärm på förlossningsexpeditionen istället för att titta på varje enskild kurva inne hos patienten. Det innebär att barnmorskan i en del fall snabbare ser att barnets ”kurva” förändras och ett snabbt ställningstagande till förlossning/kejsarsnitt måste göras.

Psykisk hälsa, nationell satsning vänder sig till både region och kommuner. I denna ingår en särskild inriktning att på nya sätt möta unga. Inom verksamheten Barn och unga vuxna inom Region Jämtland Härjedalen har det bland annat resulterat i utbildningsinsatser så att fler medarbetare fått specialistkompetens i neuropsykiatrisk utredning. Utveckling av möjlighet till digitala patientbesök. Utbildning och start av en barn- och ungdomspsykiatrisk(BUP) mottagning inom ramen för BUP:s första linje uppdrag. Bedömningen är att insatserna leder till ökad tillgänglighet till specialiserad vård i glesbygd.

Förbättrad cancervård Satsningen att förbättra ledtider för cancerpatienter har under 2016 utökats genom arbetet med standardiserade vårdförlopp (SVF). Standardiserade vårdförlopp (SVF) syftar till att tiden från välgrundad misstanke (VGM), till avslut (första behandling eller avslut innan första behandling), dvs. utredningstiden är så kort som möjligt. Tiden ska också vara lika oavsett var man bor i vårt land. Det i sin tur förutsätter nya arbetssätt i alla verksamheter, framför allt fungerande dialog och samverkan mellan olika verksamheter.

2016 har tretton SVF implementerats. Därmed har region Jämtland Härjedalen arton SVF implementerade. Varje SVF har en utsedd lokal processledare och en processarbetsgrupp i respektive verksamhet. De regionala processledarna från Regionalt Cancer Centrum (RCC) Norr besöker våra processarbetsgrupper i dialogmöte kring framgångar och utmaningar.

Alla processarbetsgrupper har fått introduktion om hur respektive SVF hanteras som flöde i vårdsystemet COSMIC. Introduktionen innefattar genomgång av remisshantering och vikten av korrekt registrering i den så kallade canceröversikten. Ur canceröversikten hämtas data för automatisk rapportering till SKLs databas.

Canceröversikten utvecklas så att även ingående ledtider/SVF kan följas. SVF Tjock- och ändtarmscancer har fungerat som pilot för att i COSMIC följa hela förloppet. "Piloten" ska utvecklas under 2017 för att presenteras som möjlig lösning för alla SVF.

En införandeplan i tre steg (förberedelse, införande/implementering, utvärdering/utveckling) är framtagen i två versioner, en för specialistsjukvården och en för primärvård och bilddiagnostik.

Under 2016 utreddes totalt 824 patienter enligt SVF, varav 205 påbörjade första behandling. Man bör vara medveten om att av de 619 som inte behövde starta behandling kan det finnas patienter som följs upp kontinuerligt, sk monitorering. Dessa siffror är de som rapporteras till SKL och presenteras nationellt (www.cancercentrum.se). De kan avvika från vårt interna resultat, då vi haft problem med registrering i canceröversikten. Åtgärder vidtagna för att komma tillrätta med detta.

Det första resultatet från patientnöjdheten, PREM (patient reported experience measures), kom tidigt i sommar. Norra regionen fick tillsammans med Kalmar, gott betyg jämfört med övriga landet. Särskilt beträffande upplevd tillgänglighet och delaktighet. Den dimension som var i störst behov av utveckling handlar om emotionellt stöd.

Under hösten startade ett nätverk för sjuksköterskor och Kontaktsjuksköterskor i cancervården i enlighet med intentionerna i den regionala handlingsplanen för cancervården. I varje SVF ingår även cancerrehabilitering och i oktober startade en multidisciplinär processarbetsgrupp med uppdrag att, inom befintliga rehabiliteringsresurser, föreslå ett strukturerat arbetssätt. Arbetsgruppen har i uppdrag att redovisa ett förslag till strukturerat arbetssätt tillsammans med en implementeringsplan i maj 2017.

SVF har höga ambitioner och varje steg i riktning mot dessa bidrar till en mer jämlik cancervård med mer rimliga väntetider. Det är fortsatt besvärligt att leva upp stipulerade ledtider i synnerhet som patologer saknas i hela landet, så även urologer, hematologer och dermatologer.

Handlingsplan för SVF lämnas in till socialdepartementet 15/3 för ett år i taget och den följs upp genom en redovisning 1/11 varje år. Vi har haft stor fördel av att ha det patientadministrativa systemet COSMIC, vilket stöder processer. Många planerade delar genomfördes. Tyvärr klarade inte alla verksamheter att starta SVF enligt tidsplan, vilket fick till följd att region Jämtland Härjedalen inte kunde redovisa patienter i alla SVF.

Läkemedel

Kostnaden för läkemedel i Jämtland Härjedalen var 394 miljoner kronor 2016, enligt eHälsomyndighetens statistik. Där exkluderas rabatter, apotekstjänster, speciallivsmedel samt handelsvaror. Det är en ökning med 9,3 procent jämfört med samma period föregående år. Den största ökningen finns inom gruppen antineoplastiska medel som ökat med ca 11 miljoner kronor (28 procent). Det beror framför allt på introduktionen av nya effektiva läkemedel samt längre överlevnad, vilket leder till längre behandlingstid. Gruppen antikoagulantia, där nya direktverkande läkemedel till del ersatt det klassiska warfarin, har ökat med ca 4,3 miljoner kronor (28 procent).

Den dyraste läkemedelsgruppen är immunsuppressiva läkemedel (totalt 55 miljoner kronor), och då framför allt TNF-hämmare (27 miljoner kronor). Under det senaste året har flera biosimilärer introducerats till TNF-hämmarna och Tandvårds- och Läkemedelsförmånsverket, TLV, har dessutom haft en genomgång för att minska priserna. Det har tillsammans lett till att kostnaderna för TNF-hämmare har minskat med 5,8 procent efter många år med ökande kostnader.

Sedan 1 januari 2016 har barn upp till 18 år fria läkemedel. Kostnaden för läkemedel på recept för denna grupp har ökat med 5 miljoner kronor, till totalt 17 miljoner kronor. Det är framför allt kostnaderna för läkemedel vid förstoppning (+600 tusen kronor) som ökat. Den dyraste gruppen läkemedel för barn upp till 18 år är Psykostimulantia, medel vid ADHD och nootropika (dvs läkemedel som ökar användarens mentala förmåga) som kostat 2,8 miljoner kronor för Regionen under 2016.

Region Jämtland Härjedalens sjukhusapoteksfunktion har under hösten inspekterats av Läkemedelsverket. Ingen av de vid inspektionen noterade 15 avvikelserna var kritisk eller större. 8 av avvikelserna rörde vår leverantör Apoteket AB. Avvikelserna är åtgärdade eller håller på att åtgärdas.

Övergripande handlingsplan läkemedel
De flesta mål och aktiviteter har uppnåtts under året. Det har skett en ökning av antalet registrerade läkemedelsgenomgångar och utskrivningsinformation med läkemedelsberättelse.

Både i handlingsplanen och i Regiondirektörens verksamhetsplan finns målet, att kostnadsutvecklingen för förmånsläkemedel respektive rekvisitionsläkemedel ska vara lägre

än den nationella utvecklingen. De målen nådde vi inte upp till. Inom förmånsläkemedel, dvs läkemedel på recept, har kostnaden ökat med 8,3 procent. Det är en högre kostnadsökning än genomsnittet för riket (7,4 procent). Inom rekvisitionsläkemedel har kostnaden ökat med 13 procent i Jämtland Härjedalen, medan genomsnittet för riket var 2,0 % motsvarande period. Det nationella snittet saknar dock kostnaden för Blekinge läns landsting, som inte levererat in sin statistik under 2016.

En stor anledning till att Regionens kostnader för läkemedel ökar mer procentuellt sett än Riket är det nationella samarbetet för införandet av nya dyra läkemedel, patientlagen som säger att "vårdlandstingets regler gäller men hemlandstinget betalar", samt de alltför nationella riktlinjerna för läkemedelsbehandling. De tidigare stora skillnaderna från hur läkemedelskostnaderna per patient såg ut till jämförelse mellan landstinget, jämnas nu ut till en mer jämlik behandling och kostnad per patient.

Dosdispenserade läkemedel

Innan sommaren tilldelades Svensk Dos kommande avtalsperiod. Tilldelningen överklagades av en konkurrent till Förvaltningsrätten och sedan vidare till Kammarrätten. I slutet av december var rättsprocessen klar och det stod klart att norra sjukvårdsregionen kunde skriva avtal med den nya leverantören.

Antibiotika

Det har inte skett någon förändring av antibiotikaförskrivningen i Jämtlands län jämfört med de senaste åren. Från 2011 till 2013 skedde en stor minskning av antalet recept per invånare, men därefter är det ungefär samma volymer.

Primärvården står av naturliga orsaker för den största förskrivningen. Inom Regionen kvarstår en stor skillnad mellan hälsocentralerna. Hälsocentraler med en äldre befolkning och/eller hög bemanning av stafettläkare, har generellt sett en högre antibiotikaförskrivning. Alla hälsocentraler i Regionen har deltagit i hälsovalsuppföljningen där ordförande i Läkemedelskommittén presenterat och diskuterat aktuell antibiotikaförskrivning.

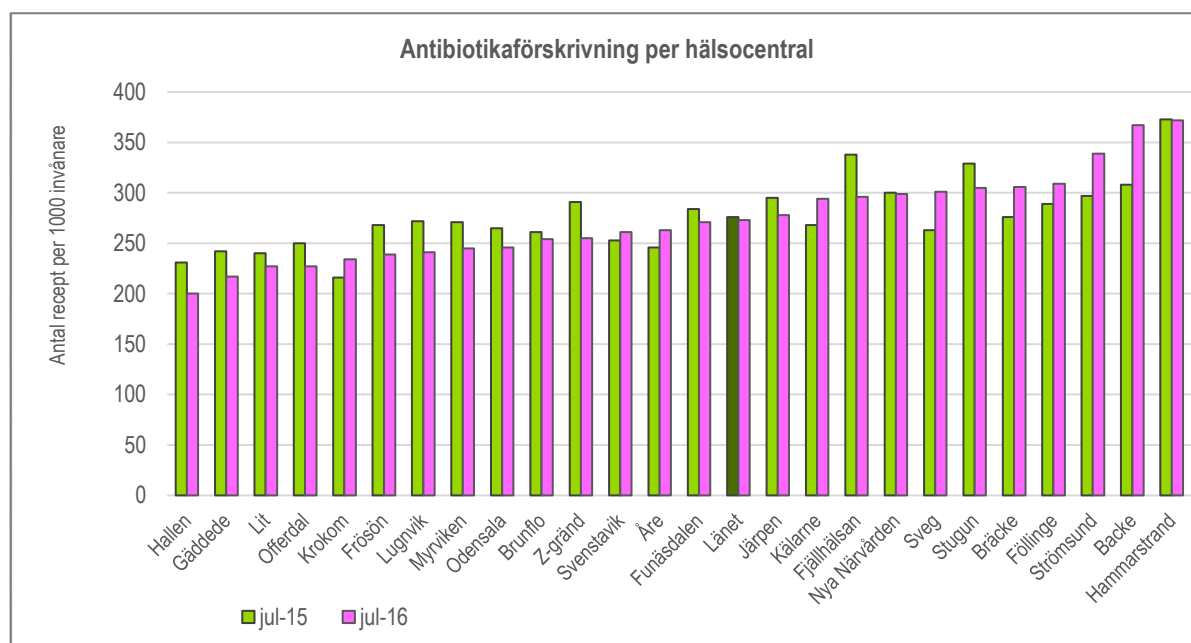
Under året har Strama och Läkemedelskommittén kontaktat alla och besökt flera av de hälsocentraler som står för en hög förskrivning av antibiotika. Inom tandvården i länet har antibiotikaförskrivningen minskat,

vilket tros bero på Stramas arbete mot folkhälsvården sedan flera år tillbaks. En antibiotikastudie bland privattdläkare i Jämtlands län har planerats under hösten, och genomförs i början av 2017.

I slutenvården, d.v.s. på sjukhuset, arbetar Strama för en översyn av antibiotikaproylax vid

kirurgi och ortopedi. Arbetet beräknas vara klart under vårvintern 2017.

Inköpet av antibiotika till slutenvården har minskat något jämfört med året innan, vilket är en trend sedan några år tillbaka. Det kan bero på antingen en lägre förbrukning och/eller en mer optimal lagerhållning i läkemedelsförråden.



Forskning, utveckling och utbildning

Forskning, utvecklingsarbete och utbildning (FoUU) är viktiga komponenter för att skapa en grund för kunskapsbaserad hälso- och sjukvård av hög kvalitet. Inom Region Jämtland Härjedalen är forskning och utveckling, tillsammans med den kliniska utbildningen av nuvarande och blivande medarbetare högt prioriterat. Ett kontinuerligt arbete pågår för att skapa, och ständigt förbättra, den akademiska miljön som stimulerar till forskning och vidareutbildning för regionens anställda, samtidigt som studenter inom läkar-, vård- och omsorgsutbildningar får ett bra utbildningsklimat. Organisationens FoUU-arbete är också en av grundpelarna i region Jämtlands Härjedalens ambition att vara en god arbetsgivare.

Forskning och utveckling

Region Jämtland Härjedalen satsar årligen ca 6,5 miljoner kronor på forskning och utveckling. FoUU-avdelningen ansvarar för att dessa medel fördelas i konkurrens och garanterar att medlen stöder både avancerad klinisk forskning likväl som utvecklingsprojekt med avsikt att förbättra medarbetares eller patienters vardag. En stor andel av FoU-medlen används också för finansiering av forskarstudier eller postdoktoral meritering mot docentur eller professor. FoUU-avdelningen har också till uppgift att utveckla, stimulera och underhålla den akademiska miljön. Det innebär bland annat att avdelningen kan erbjuda stödresurser till forsknings- eller utvecklingsprojekt som exv. hjälp med statistikfrågor och vetenskaplig handledning. Under 2016 har den vetenskapliga produktionen inom Region Jämtland Härjedalen ökat för femte året i rad och nu uppnått ca 70 artiklar som publicerats i vetenskapliga tidskrifter. Dessutom har tre medarbetare disputerat inom ämnena psykiatri, primärvård och anesthesiologi.

Utbildning

FoUU-avdelningen har det regionövergripande ansvaret för Umeå universitets läkarutbildning med studieort Östersund. Arbetet innefattar att bevaka att den kliniska undervisningen kan fullföljas, samt att initiera åtgärder nödvändiga för att garantera detta. Till FoUU-avdelningen är också studierektorsfunktionerna för PTP-psykologer, ST- och AT-läkare knutna. Detta innebär att dessa funktioner upprätthålls med hög kvalitet och följer socialstyrelsens riktlinjer, att undervisning och

handledning är säkerställd, samt att skapa förutsättningar för utbildning av hög kvalitet i samverkan med verksamhet och ledning. Till FoUU-avdelningen är också AT-chef och stora delar av AT-administration knuten. Under 2016 har ett långvarigt och envist arbete resulterat i att AT-proven från hösten 2016 är förlagda i Östersund.

FoUU-avdelningen har också ansvar för att samordna verksamhetsförlagd utbildning (VFU) för medellånga vårdutbildningar, samt arbetsplats förlagt lärande (APL) för många av länets gymnasiala vård- och omsorgsprogram. Årligen förmedlas samordning och handledning av 1000-1200 studenter/elever under deras VFU och APL placeringar. FoU-staben upplever dock att det blivit betydligt svårare att leva upp till de avtal som ingåtts med utbildningsanordnare för att tillgodose praktikplatser. Detta kan bero på att den kliniska verksamheten upplevs mer pressad och kliniker därför i större grad tackar nej till att ta emot studenter.

Biobanksansvar

Region Jämtland Härjedalens biobanksansvar ligger sedan januari 2015 vid FoUU-staben. Detta koordineras av en biobankssamordnare med FoUU-direktör som biobanksansvarig. Under 2016 har tydliga rutiner för biobankning utformats. Region JH har även inlett ett projekt för integrerad biobankning finansierad av Swelife, vilket innebär att hantering av biobanksprov följer en nationell standard.

Medicinska biblioteket

Fram till 2015 har verksamheten för medicinska biblioteket köpts av Östersunds kommun, men kommunen sade upp avtalet som reglerar detta och driften har sedan januari 2015 tagits över av FoUU-avdelningen.

Kliniskt forskningscentrum (KFC-Z)

Kliniskt forskningscentrum (KFC-Z) är placerad inom FoU-avdelningen. Till KFC-Z är två tjänster fördelade på totalt 1,25 tjänster som forskningssköterska. KFC-Z ingår som en nod till Kliniska studier Sverige - Forum Norr som är norra regionens nod i det nationella nätverk av klinisk forskning som ingår i den nationella satsningen "Kommittén för nationell samordning av kliniska studier" via vetenskapsrådet.

Utomlänsvård

Kostnader för utomläns- och utomlandsvård 2016 i miljoner kronor	2015	2016	förändring	i %
Totala kostnader	338,5	356,0	17,5	5
Primärvård totalt	8,5	9,0	0,5	6
Universitetssjukhus totalt	248,5	251,9	3,4	1
<i>Varav slutenvård på remiss</i>	<i>206,4</i>	<i>207,4</i>	<i>1,0</i>	<i>0</i>
<i>Varav öppenvård på remiss</i>	<i>27,0</i>	<i>24,5</i>	<i>-2,5</i>	<i>-9</i>
<i>Varav akut vård utan remiss</i>	<i>15,1</i>	<i>20,0</i>	<i>4,9</i>	<i>32</i>
Länssjukvårdssjukhus totalt	65,5	72,6	7,1	11
Västernorrlands län	25,7	23,6	-2,1	-8
<i>Varav slutenvård</i>	<i>12,0</i>	<i>11,2</i>	<i>-0,8</i>	<i>-7</i>
<i>Varav primärvård</i>	<i>1,3</i>	<i>1,3</i>	<i>0,0</i>	<i>0</i>
<i>Varav akut vård utan remiss(inkl primärvård)</i>	<i>12,5</i>	<i>11,1</i>	<i>-1,4</i>	<i>-11</i>
Övriga län exkl Västernorrland	34,2	42,1	7,9	23
<i>Varav akut vård utan remiss(inkl primärvård)</i>	<i>21,8</i>	<i>25,7</i>	<i>3,9</i>	<i>18</i>
Rättspsykiatrisk vård	16,0	22,5	6,5	41
Utomlandsvård	1,0	1,6	0,6	60

Köpt vård utanför länet

Köpt vård utanför länet består av kostnad för vård när jämtar och härjedalingar besöker primärvård och länssjukvård utanför Jämtland Härjedalen, vård vid universitetssjukhus och vård utomlands. Dessutom ingår köpt vård vid behandlingshem och rättspsykiatrisk vård. Under 2016 har dessa kostnader ökat med 17,5 miljoner kronor (+5 procent) till 356 miljoner kronor. I dessa siffror ingår både en mycket hög ökning av kostnaden för rättspsykiatrisk vård och en minskning av köpt hjärtsjukvård med 12,4 miljoner kronor (-21 procent). Minskningen var en följd av att PCI numera utförs i det nybyggda PCI-labbet på Östersunds sjukhus.

Primärvårdskostnader utanför Jämtland Härjedalen har legat runt 7 miljoner i flera år, men ökade under 2015 och 2016 med ca 2 miljoner kronor till 9 miljoner kronor. En trolig förklaring är besök på vårdcentraler utanför länet för att få remiss skriven för att kunna nyttja nya patientlagens möjligheter.

Kostnaderna för besök hos länssjukvårdssjukhus utanför Jämtland Härjedalen har under flera år legat på nivån 45-52 miljoner kronor, men har de senaste två åren vuxit till 73 miljoner kronor.

Från regionens närmaste grannlandsting i öster – Västernorrland – sjönk kostnaderna för köp av utomlänsvård, exklusive rättspsykiatrisk vård, med 2 miljoner kronor (-8 procent) 2016. Primärvård i Västernorrland låg kvar på samma

nivå som 2015, ca 1,3 miljoner kronor. I övriga kostnader för vård i Västernorrland (23,6 mkr) ingick kirurgi, som låg kvar på 10,5 miljoner kronor 2016, samma nivå som 2015. Det rörde sig främst om strålning av cancerpatienter. Den andra större kostnaden i Västernorrland, akuta patienter utan remiss, minskade från 12,5 mkr 2015 till 11,1 mkr 2016 (-11 procent).

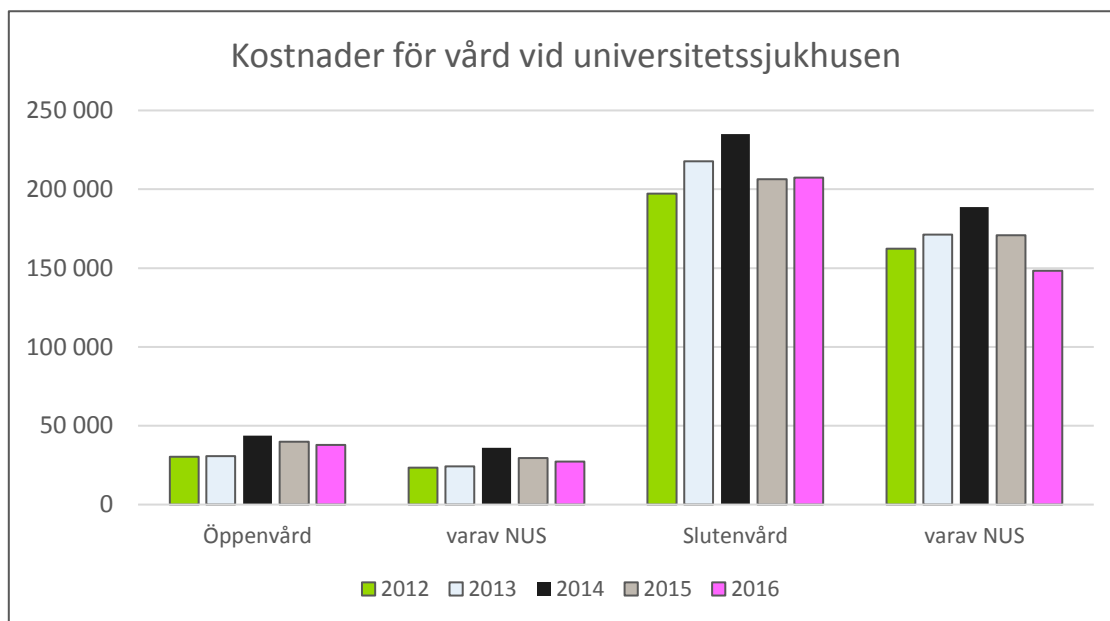
Av de totala kostnaderna för länssjukvård i övriga län exkl Västernorrland (42 mkr) utgjorde akutvård utan remiss 25,7 miljoner kronor 2016, vilket innebar en ökning med 18 procent. Utomlänskostnader för ortopedi ökade med 3,7 miljoner kronor till 10,8 miljoner kronor (+53 procent). En trolig förklaring är den nya patientlagen och långa väntetider i regionens egen verksamhet.

Köp av rättspsykiatrisk vård ökade under 2016 med 6,5 miljoner kronor (+ 41 procent). Område psykiatri minskade övrig köpt psykiatrisk slutenvård med 0,4 miljoner kronor (-7 procent). Kostnaderna för akut psykiatrisk slutenvård i andra län ökade kraftigt från 0,4 till 1,5 miljoner kronor.

Den 1 oktober 2013 trädde en ny EU-lag i kraft som ger patienter större rätt att röra sig över landsgränserna och få den vård de önskar betald. Från 0,3 miljoner kronor 2014, det första året då denna möjlighet fanns, steg kostnaderna till 1,6 miljoner kronor år 2016. Jämfört med kostnaden

på 1 miljon kronor 2015, innebär det en ökning med 0,6 miljoner kronor (+60 procent). I tabellen på nästa sida visas kostnader för vård vid universitetssjukhusen. I siffrorna ingår vanlig akutsjukvård på länssjukhusnivå med 20 mkr, men den dominerande kostnaden är riks och regionsjukvård. Största delen av kostnaden återfinns hos Norrlands universitetssjukhus, NUS i Umeå.

Sammanfattningsvis låg den köpta vården från universitetssjukhus kvar på ungefär samma nivå mellan 2015 och 2016, medan kostnaden för övrig länssjukvård ökade. Det var framför allt två slags kostnader som blev större, nämligen rättspsykiatrisk vård och akut vård för länsinvånare som befinner sig i annat län. Båda kostnadsslagen är svårpåverkbara från regionens sida. Även utomlandsvården fortsatte att växa.



Intäkter för såld vård till andra landsting

Intäkterna för vård till medborgare från andra län, som befunnit sig i Jämtland Härjedalen ökade med 8,8 miljoner kronor från 97,7 miljoner kronor 2015 till 106,1 miljoner kronor 2016, vilket var en ökning med 10 procent. Det innebar att intäkterna från övriga landsting/regioner ökade med 2,2 miljoner kronor mer än kostnaderna för köp av länssjukvård från samma landsting/regioner. Procentuellt stod område

psykiatri för den största ökningen och i kronor ökade intäkterna mest för primärvården i Åre och Härjedalen som har många utomlänsturister som patienter. En stor ökning av intäkterna skedde även för Backe hälsocentral, som i tabellen ingår i *Primärvård övriga länet*. Där rörde det sig om en ökning av vården till invånare i Västernorrlands län, vilket medförde en ökning av utomlänstintäkterna med 44 procent.

Utomlänstintäkt per område Tkr	2012	2013	2014	2015	2016	2015-2016 i %	2015-2016 i Tkr
Akuten	7 095	6 679	6 738	8 139	8 751	8	612
Barn/kvinna	8 929	8 299	7 486	11 096	10 035	-10	-1 060
Kirurgi Ögon Öron	7 303	6 734	7 063	11 998	11 467	-4	-531
Medicin	9 412	8 306	8 663	10 379	11 921	-15	1 542
Psykiatri	2 102	2 104	2 835	1 622	3 071	86	1 395
Ortopedi	7 658	8 272	7 858	9 566	10 803	13	1 237
Primärvård Åre	12 838	11 847	13 776	20 565	22 887	11	2 322
Primärvård Härjedalen	6 734	7 220	9 246	13 431	15 515	16	2 084
Primärvård övriga länet	6 645	7 930	6 439	7 875	9 481	20	1 606
Retts center	2 677	2 303	2 857	1 977	2 188	11	211
Klinisk kemi			245	51	0	-100	-51
Summa	71 393	69 694	73 206	96 699	106 065	10	9 366

Produktionsstatistik

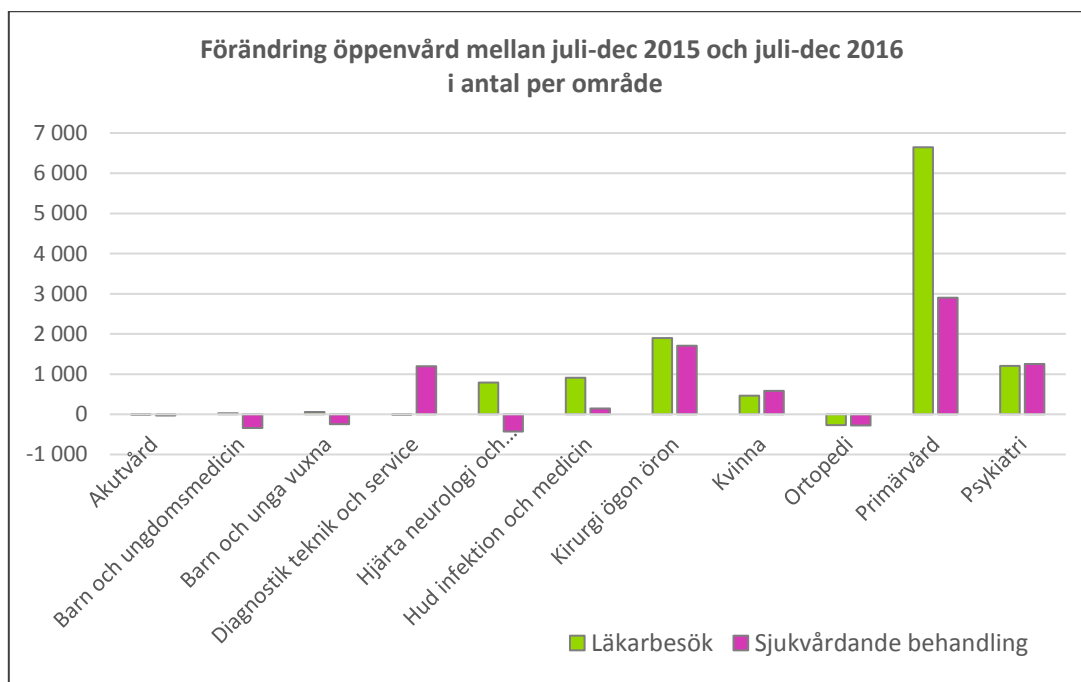
Öppenvård juli- december	2015 antal	2016 antal	Förändring i antal	Förändring i %
Läkarbesök	165 592	177 297	11 705	7,1 %
-män	74 278	78 568	4 290	5,8 %
-kvinna	91 314	98 729	7 415	8,1 %
Sjukvårdande behandling	242 922	249 384	6 462	2,7 %
-män	105 126	106 179	1 053	1,0 %
-kvinna	137 796	143 205	5 409	3,9 %

Öppenvården

Under andra hälften av mars 2015 bytte regionen vårdssystem från VAS till Cosmic. Bytet innebar både att vissa registreringsrutiner förändrades och att det dröjde några månader innan registreringen i det nya vårdsystemet blev stabil. Det innebär att det är svårt att kunna dra några slutsatser om förändringen i öppenvårdsproduktion, ifall jämförelsen görs på helårsbasis. Ökningen i produktion blir då orimlig och vid en jämförelse månad för månad är det tydligt att det går att koppla till övergången från VAS till Cosmic. För att kunna jämföra siffror som registrerats på ett stabilt och likvärdigt sätt i samma vårdssystem har därför produktionssiffrorna för andra halvåret 2016 (Cosmic) jämförts med andra halvåret 2015 (Cosmic).

När andra halvåret 2016 jämförs med andra halvåret 2015 blir resultatet att läkarbesöken ökade med 7,1 procent och sjukvårdande behandlingar med 3,0 procent.

När siffrorna delas upp på de olika områdena i hälso- och sjukvården blir det tydligt att utvecklingen sett olika ut på olika områden. Inom område psykiatri har besöken ökat kraftigt. Enligt uppgift beror det till en betydande del på att besöken och behandlingarna sjönk under 2015. Men även på områdena Hjärta neurologi och rehabilitering (HNR), Hud infektion och medicin (HIM), Kirurgi Ögon Öron (KIÖÖ) och Kvinna ökade läkarbesöken med över eller kring 10 procent.



Det är framför allt besök på vissa enheter inom respektive område som ökat kraftigt. På Område hjärta, neurologi och rehabilitering är det framför allt läkarbesöken till hjärtsjukvård (+14 procent) och reumatologimottagningen (+23 procent) som ökat. Inom Område hud, infektion och medicin har besöken till mag- och tarm respektive medicinmottagningen ökat. Till dialysmottagningen har läkarbesöken ökat med 18 procent. Ökad dialysvård brukar medföra högre kostnader för sjukresor i taxi. Detta har sannolikt bidragit till att målet att minska kostnader för sjukresor taxi inte uppfyllts. Inom Område kirurgi, ögon öron ökade läkarbesöken till urologi- och onkologimottagningen med 20 procent. Besöken till ögonmottagningen ökade med 16 procent och till öron, näsa, halsmottagningen med 18 procent. Ökningen av läkarbesök på förlossningsavdelningen ökade med 28 procent

De största ökningarna när det gäller sjukvårdande behandlingar är på ungefär samma enheter, som de som läkarbesöken ökar till. När det gäller område diagnostik teknik och service har volymen i antal undersökningar ökat med 15 procent på klinisk fysiologi och 8 procent på laboratoriemedicin.

Om man tittar på förändringen av läkarbesök och sjukvårdande behandlingar i absoluta tal, skedde den största ökningen i primärvården, både när det gällde läkarbesök som ökade med 6 644 (+6,5 procent) och sjukvårdande behandlingar med 2 900 (+1,7 procent). Men även område kirurgi hade en stor ökning i absoluta tal, + 1899 läkarbesök och 1 706 sjukvårdande behandlingar och likaså område psykiatri med en ökning på 1 201 läkarbesök och 1 256 sjukvårdande behandlingar under andra halvåret 2016 jämfört med andra halvåret 2015.

En av de faktorer som bidragit till fler arbetade timmar på vissa områden i hälso- och sjukvården är ökningen av läkarbesök och sjukvårdande behandlingar. Det gäller primärvården, kvinna, kirurgi ögon öron och diagnostik teknik och service. Flera områden har också ökat köpen av inhyrd personal för att möta det ökade patientinflödet. Det gäller i synnerhet

primärvården, men även område psykiatri, som genomfört mer öppenvård trots en minskning av arbetade timmar.

Slutenvården

Antalet vårddagar fortsatte minska under 2016. Orsaker till minskningen, som uppges av områdena, är minskat antal öppna slutenvårdsplatser, förbättrade utskrivningsprocesser och införande av PCI inom hjärtsjukvården. Samtidigt tar inte alltid kommuner över färdigvårdade patienter, varför de ligger kvar på Östersunds sjukhus längre tid än vad som är motiverat med hänsyn till vårdbehovet. Detta bidrar till fler vårddagar än vad som annars hade varit möjligt.

I procent uppgick minskningen av vårddagar till 2,4, men det var en tydlig storleksskillnad i nedgången för män, -4,2 procent, och kvinnor, -0,7 procent. En del av detta återspeglar den höga aktiviteten inom område kvinna.

Ökningen i DRG-vikt fortsatte under 2016, vilket tyder på en ökad komplexitet i vården.

Medelvårdtiden var 2016 oförändrad totalt sett (5,3 dagar) trots att vårdtyngden mätt som DRG har ökat.

Slutenvård	2014	2015	2016
Vårdtillfällen	24 715	22 589	22 049
-män	11 092	10 358	10 064
-kvinnor	13 497	12 093	11 983
Vårddagar	123 573	120 144	117 299
-män	58 786	57 161	54 747
-kvinnor	64 787	62 982	62 551
Medelvårdtid	5,0	5,3	5,3
-män	5,3	5,5	5,4
-kvinnor	4,8	5,2	5,2
DRG-vikt	15 338	15 604	15 812
-män	7 344	7 472	7 574
-kvinnor	7 994	8 131	8 237

Vårdval och privata vårdgivare

2015 infördes Vårdvalsnämnden, en politisk styrning av beställd vård och tandvård, bestående av fem ordinarie ledamöter. Vårdvalsnämnden har under året haft sex möten. Ändrad majoritet i regionen från 2016 har gjort att nya ledamöter tillträdde, varför informationer och utbildning i nämndens uppdrag har genomförts. Vårdvalsnämnden består av tre olika uppdrag:

- Hälsoval/vårdval
- Privata vårdgivare
- Beställartandvård

Vårdval - lagen om valfrihetssystem (LOV)

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

Tre typer av vårdval finns i Region Jämtland Härjedalen:

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

Hälsoval

Från 1 januari 2010 blev det obligatoriskt att införa vårdval inom primärvården som i länet kallas Hälsoval Region Jämtland Härjedalen. Inom hälsovalet verkar 18 landstingsdrivna enheter med 13 filialer samt 4 vårdenheter med 3 filialer i annan driftform. Fjällhälsan meddelade i juni att de påbörjat en utredning om att öppna filial i Björnsrike och Sveg, men någon ansökan om filial har inte inkommit.

Bruttoersättningen i Hälsoval Region Jämtland Härjedalen var 596 miljoner kronor för året, varav 527 miljoner kronor (88 %) till landstingsdriven primärvård och 69 miljoner kronor (12 %) till privata utförare. Knappt 9 procent av befolkningen i länet är listade vid en privat hälsocentral.

Hälsoval

Från 2015 har medborgarna rätt att välja vilken hälsocentral/vårdcentral de vill i landet. Vid årsskiftet hade 425 personer från annat län valt en hälsocentral i Jämtlands län, varav 274 bosatta i Västernorrland. Backe är den hälsocentral i länet som har flest utomlännsbor listade. 512 länsbor har valt en hälsocentral/hälsocentral i annat län, av dessa

har 35 % valt Västernorrland och 27 % valt Stockholm

Fyra leverantörsträffar har ägt rum under året med fokus på innehåll i förfrågningsunderlag, regionfrågan, statliga satsningar som påverkar primärvården samt utredning om "primärvård i förändring".

Under första kvartalet 2016 följdes 2015 års verksamhet upp vid särskilda dialogmöten, där dessa möten resulterade i åtgärdsplaner som ligger till grund för 2016-års uppföljning. Behandling av diabetespatienter, läkemedelsförskrivning samt den patientupplevda kvaliteten låg i fokus och verksamheterna har arbetat med dessa frågeställningar på olika sätt under året.

Åre Hc utsågs till 2015-års hälsocentral. Priset delades ut på Storsjöteatern i samband med primärvårdens utbildningsdagar.

Årligen avsätts 1,1 miljoner kronor för särskilda utvecklingsuppdrag för folkhälsoinsatser som hälsocentralerna kan ansöka för att få ta del av. För 2016 beviljades Krokoms, Frösön, Torvalla samt Brunflo ersättning för utvecklingsuppdrag.

Medicinsk fotvård

Totalt ingår 27 fotvårdare i vårdvalet, samtliga kvinnor.

Under året har två fotvårdare sagt upp sitt avtal där en avslutat verksamheten under 2016 och den andra avslutar 2017. En ansökan inkom under året om att få delta i vårdvalet för medicinsk fotvård men avslogs då samtliga krav inte var uppfyllda.

Barn och ungdomstandvård

1 januari 2014 införde landstinget sitt tredje vårdval för barn- och ungdomstandvård.

Beställarenheten har avtal med regionens folktandvård samt 26 privata kliniker. Länet har i december 2016 23 626 barn i åldrarna 3-19 år, varav 19% (4 483) valt privat vårdgivare. I december 2016 fattades beslut på riksnivå om att från 2017 höja åldern till 21 år för kostnadsfri tandvård.

Reformerat tandvårdsstöd

Informationsinsatser om tandvårdsstödet har genomförts genom deltagande i seniormässa. Arbetet pågår med att förbättra den uppsökande verksamheten via folktandvårdens samordnare, träffar med kommunansvariga samt anpassning

av utbildningsinsatser till förändrade förutsättningar.
Möten med representanter för privata tandläkare, folktandvårdschef samt bedömningstandläkare har återupptagits.

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

Två sjukgymnaster/fysioterapeuter har sålt sin etablering, en i Strömsund och en i Östersund och avtal har tecknats med nya aktörer.
För en sjukgymnast har byte av lokal inom Östersunds kommun genomförts.

Granskning av fem sjukgymnaster/fysioterapeuter påbörjades i slutet av året som beräknas vara klar februari 2017.
Under året har ett omfattande arbete påbörjats med att byta systemstöd för ersättning till privata vårdgivare.

Privat vårdgivare enligt Lag om offentlig upphandling (LOU)

Avtalet med Medicin Direkt avseende ortopedisk verksamhet löpte ut vid årsskiftet och under 2016 har ett omfattande arbete med övertagande av lokaler och dess operationer i egen regi ägt rum.
Naprapat verksam i Åre/Järpen avslutade avtalet på grund av konkurs.

Köpt vård privata vårdgivare	Utfall 2014	Utfall 2015	Utfall 2016	Procentuell förändring 2015 jmf 2016
Läkarbesök	4 278	2 880	2 085	-28
Operationer	526	448	527	18
Sjukgymnastbesök	53 185	43 820	40 927	-7
* Naprapatbesök	1 892	2 492	2477	-1
Patienter som fått nödvändig tandvård	357	1 817	1743	-4
Patienter som fått tandvård som led i sjukdomsbehandling	1 214	379	448	18
Antal som fått uppsökande tandvård	3 297	1 438	1 415	-2
Antal barn som valt privattandläkare	92	3 807	4 483	18
* *Tandvård för personer med stora behov pga långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning		122	134	10

*Avtal från 2015

**Reformen infördes 2013 och har inte hunnit bli helt känd ännu

Kommentar till tabellen över köpt vård från privata vårdgivare:

Minskning av antal läkarbesök beror på färre avtal. För fysioterapeuter/sjukgymnaster verksamma enligt lagen om ersättning för fysioterapi, beror minskningen till stor del på att fler beviljas ersättning med särskilt arvode.

Miljö

Hela Region Jämtland Härjedalen är från 21 december 2015 miljöcertifierade enligt ISO 14001 och EMAS-registrerade. Det innebär bland annat ett åtagande att sätta upp mål utifrån vår mest betydande miljöaspekter och arbeta med ständiga förbättringar inom miljöområdet. Externa miljörevisioner för 2016 genomfördes i november vilket resulterade i tre avvikelser. För två av avvikelserna har åtgärder påbörjats och är mer av engångskaraktär. Den tredje avvikelsen rör hur ledningen kommunicerar miljöfrågor och miljöaspekter.

Övergripande handlingsplan för miljö

Det finns sju övergripande miljömål för 2016 som handlar om minskad energianvändning, minskad klimatpåverkan från tjänsteresor och transporter, inköp av ekologiska och socialt-etiskt märkta livsmedel, ökad medvetenhet om miljöfrågor, minskade avfallsmängder och hög nivå på materialåtervinning samt hållbara inköp.

Tjänsteresor och transporter

Målet om att minska koldioxidutsläppen från tjänsteresor och transporter är satt utifrån nationella mål. Målet nås inte och istället för en minskning med 10% ser vi en klar ökning, +24%. Totalt sett är resandet räknat i mil och utsläppen nu de högsta vi haft sedan 2009. Flygresandet har mer än fördubblats jämfört med referensåret. Vi gör också sämre val av transportsätt ur miljöperspektiv när vi reser då koldioxidutsläppen per rest mil 2011 var 1,64 kg/mil, men 2016 är motsvarande siffra 1,73 kg/mil. För att kartlägga och analysera resandet ur både kostnadssynpunkt och klimatpåverkan för att kunna hitta rätt åtgärder har Regionen tillsammans med Östersunds kommun sökt och beviljats projektmedel från Energimyndigheten för att bland annat göra en kartläggning med den s.k. CERO-metoden. Projekten påbörjades hösten 2016 och fortlöper tom 2017.

Totala avfallsmängden ökar

All avfallsdata är inte klara än, men vi kan redan nu konstatera att istället för en minskning fick vi istället en ökning med över 7 procent jämfört med 2012. Vi når inte heller målet om bibehållen återvinningsgrad, men jämfört med andra landsting och regioner har vi dock fortfarande en relativt hög återvinningsgrad.

Energianvändning

Regionen arbetar intensivt med energifrågorna, bland annat genom informationsinsatser och energieffektiviseringsåtgärder. En åtgärd som

medfört stor effekt är avveckling av centrala ångpannan till förmån för lokal ångproduktion. En stor utmaning är att hantera teknikinförande på ett klokt sätt även ur energisynpunkt, så att energieffektiva alternativ av utrustning kan väljas. Målvärde för energiförbrukning en år 2016 var 210,2 kWh/m². Årsförbrukningen blev 200,69kWh/m². Den 1 november 2014 övertog landstinget (numera regionen) ägandet av det vindkraftverk som uppförts för landstingets räkning. Vindkraftverket producerar ca 30 procent av Regionen Jämtland Härjedalens elförbrukning.

Kemikalier

Det har tidigare inte funnits någon samlad bild över kemikalieanvändningen i regionens verksamheter. Det har därför varit svårt att arbeta förebyggande med substitution och utfasning av farliga ämnen. Ett kemikaliehanteringssystem upphandlades 2014 som implementerades under 2015. Utbildning har genomförts och nästan alla enheter som hanterar kemikalier har nu sina förteckningar i systemet. Under implementeringen har många enheter uppmärksammat kemikalier på ett nytt sätt och på eget initiativ fasat ut vissa onödiga respektive extra skadliga kemikalier. En utmaning framöver är att få igång ett strukturerat arbete kring riskbedömningar av kemikalier och fasa ut de mest skadliga produkterna. För att komma igång med det arbetet anlitas konsulter under 2017 för att riskbedöma de skadligaste kemikalierna i verksamheten.

Livsmedel

Målet för 2016 var 21 procent ekologiska livsmedel och 6 procent socialt-etiskt märkta livsmedel (räknat som andel av det totala utfallet i kronor). För 2016 uppnåddes 26,4 % ekologiska och 8,7 % socialt-etiska för hela organisationen, vilket väl överstiger uppsatta mål. För enskilda kök är det svårt att nå målet om socialt-etiskt producerade livsmedel då utbudet av produkter är begränsat.

Produktionsköket på Kostenheten har köpt ekologiskt för 25,4 % av 8,6 mnkr och Café Entré för 1 % av 1,4 mnkr. För Cafét är det svårt att komma upp i eko-målet pga att utbudet består till stor del av konditori- och kioskvaror.

Kaffepriset har sjunkit med den nya upphandlingen. Kaffet står för den största delen av socialt-etiskt producerade livsmedel. Det finns ett mycket begränsat utbud av socialt-etiskt märkta produkter, så det är svårt att öka andelen

utan att själva konsumtionen av aktuella produkter ökar.

nå både ekonomiska och ekologiska mål då de motverkar varandra.

Det är en svår balansgång utifrån det ekonomiska läget, då kostenheten har ett stort underskott, att

Kök	Andel Ekologiskt, %	Andel soc/etiskt, %
Birka	33,6 %	5,8 %
Bäckedal	27,5 %	5,1 %
Kostenheten (Sjukhuset)	23,4 %	6,3 %
Kaffe till personalen	100,0 %	100,0 %
Totalt:	26,4 %	8,7 %

Medarbetare

Utförd tid

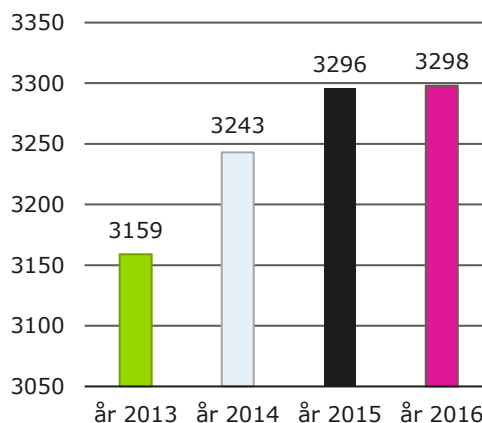
Regionstyrelsen har fattat beslut om att områdena ska minska antalet arbetade timmar ner till 2013 års nivå. Antalet arbetade timmar 2016 är i princip jämförbart med 2015 men är inte i nivå med 2013. I diagrammet har korrigeringar gjorts för att Regional utvecklings medarbetare kom med i statistiken först 2015. Ingen sådan korrigering är dock gjord i tabellen nedan.

Det är viktigt att minskning av timmar inte sker genom att timmarna ersätts med inhyrd personal. Regionen hade kostnader för inhyrd personal på 174,6 miljoner kronor. Uppskattningsvis motsvarar det ungefär 60-70 omräknat till årsarbetare extra ute i verksamheten förutom egen personal.

Ökningen jämfört 2015 i kostnader för bemanningsföretag 2016 innebär att det fanns ytterligare ett tjugotal inhyrda omräknat till årsarbetare i verksamheten 2016. På yrkesgruppsnivå så har både den utförda tiden för sjuksköterskor och nyttjandet av bemanningsföretag ökat. Utförd tid för undersköterskor är jämförbart med 2015 men har ökat jämförbart med 2014. Införandet av vårdnära service samt arbetet med ”vem gör vad” har inte inneburit några förändringar på regionnivå vad gäller utförd tid för sjuksköterskor och undersköterskor.

Utförda tiden för läkare har ökat med totalt 4 årsarbetare jämfört med 2015. Däremot fördelas timmarna annorlunda i år jämfört med 2015. Färre specialist-, överläkar-, distriktsläkartimmar medan ST- och underläkartimmar har ökat. Ökningen på underläkartimmar beror delvis på utökning av antalet AT-läkare.

Utförd tid i antal årsarbetare
år 2013 - 2016



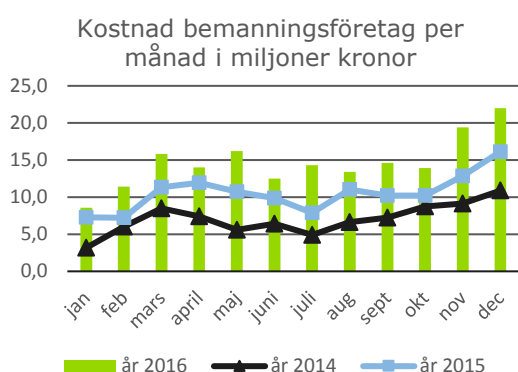
Utförd tid januari – dec	2013	2014	2015	2016
Total utförd tid	5 296 186	5 438 705	5 801 227	5 803 874
Ledning	234 840	232 154	265 101	267 954
Överläkare/Distriktsläkare/ Specialistläkare	384 500	370 877	373 768	359 349
ST-läkare	171 382	170 503	177 099	182 697
Underläkare	74 362	89 927	104 719	120 319
Sjuksköterskor	1 713 576	1 737 173	1 746 510	1 752 380
Undersköterskor	904 895	958 811	968 612	965 707
Medicinska sekreterare	303 262	311 062	323 551	326 602
Psykolog Psykoterapeuter	91 269	95 417	97 648	98 222
Paramedicin	375 876	386 662	396 803	398 800
Administrativ personal	398 326	417 790	533 312	531 158
Övrigt	643 899	668 328	814 102	800 685

Bemanningsföretag

Köp av bemanningsläkare

Minskningen av arbetade timmar för gruppen specialist-, överläkare-, distriktsläkare har sannolikt försökts kompenseras via arbetade timmar utförda av läkare från bemanningsföretag, då kostnaderna för köp från bemanningsföretag ökat med 31,4 miljoner kronor jämfört med 2015. Ökningen av bemanningsföretag (motsvarar drygt 10 årsarbetare) överstiger minskningen gällande specialist-, överläkare-, distriktsläkartimmarna (motsvarar – 8 årsbetare). Dessutom tillkommer ökning av timmar (motsvarande +12 årsarbetare) och kostnader i och med en ökning av ST- och AT-läkare.

Vakanser, svårigheter att rekrytera specialistläkare, brist på bakjournskompetenta läkare är skäl som anges till köp av bemanningsläkare. På Reumatologimottagningen har nyttjandet av bemanningsläkare ökat utifrån att fler riktade läkemedelsgenomgångar genomförs. Syftet är att minska läkemedelskostnaderna.



Köp av bemanningssjuksköterskor

Det är främst områdena HIM och HNR som nyttjar bemanningssjuksköterskor på grund av vakanser och rekryteringssvårigheter. Områdena barn och unga vuxna, psykiatri samt ortopedi har nyttjat bemanningssjuksköterskor i perioder.

Köp av övrig personal

Område barn och unga vuxna köper psykologutredningar. Område psykiatri köper utredningar på grund av bristen på neuropsykologer.

Tandvården köper bemanningspersonal för totalt 2,2 miljoner kronor som ingår i Övrig personal i tabellen nedan. Köp av tjänster sker inom specialisttandvården, dels beroende på vakanser men även beroende på att det är svårt att rekrytera till deltidstjänster (där inte heltid behövs). Extraresurs inom allmäntandvården har tagits in på en klinik för att klara en stor tillströmning av asylsökande.

Vidtagna åtgärder

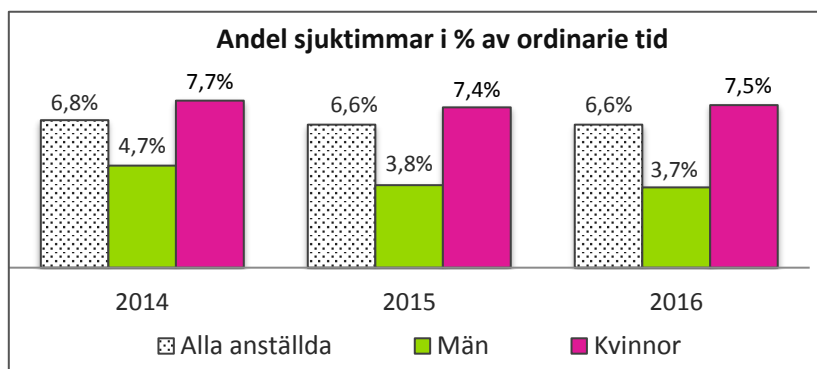
Åtgärder för att minska köp från bemanningsföretag är bland annat genom att kontinuerligt genomföra rekryteringsåtgärder inklusive utlandsrekrytering, anställning av ST-läkare, anställning av pensionärer, översyn av "vem gör vad i vården", samt förbättrad produktions- och kapacitetsplanering.

Regionen deltar i det regionövergripande arbetet kring stafettoberoende från och med senast 2019 som leds av Statens kommuner och landsting SKL

I primärvården har ett arbete påbörjats med att utforma en bemanningsplan på var och en av de hälsocentraler som använder bemanningsläkare.

Kostnad bemanningsföretag (miljoner kronor)	Jan-dec 2015	Jan-dec 2016	Förändring i mnkr	Förändring i procent
Läkare	107,8	139,2	+31,4	28 %
Sjuksköterskor	13,7	28,8	+15,1	111 %
Övrig personal	4,1	6,6	+2,5	60 %
Totalt	125,6	174,6	49,1	

Sjukfrånvaro - Hälsöfrämjande arbete



Sjukfrånvaron har inte förändrats procentuellt under 2016 och ligger kvar på 6,6 procent. Sjukfrånvarotimmar uppgår totalt till 478 507 timmar per 161231, en ökning av sjukfrånvarotimmarna med 4102 timmar jämfört med året innan. Ökningen syns mest i gruppen kvinnor och inom Regionstaben.

Hälsa – och sjukvårdsförvaltningen (6,9 %) ökar med 1151 timmar av totalt 449 612 sjukfrånvarotimmar under året dvs. procentuellt lite.

Regionstaben ökar från 3,9 procent till 4,7 procent och det motsvarar i timmar 4778 av totalt 20 403 sjukfrånvarotimmar och är en procentuellt stor ökning. Regionala utvecklingsförvaltning (3,2 %) minskar sin sjukfrånvaro.

Sjukpenningtalet i Försäkringskassan statistik visar en ökande trend i samtliga län i Sverige, förutom 2 stycken (Jämtland och Halland). Region Jämtland Härjedalen har glädjande inte samma ökning som riket.

Under delar av första halvårets månader, januari, mars, maj, juni, juli och augusti låg sjukfrånvaron procentuellt lägre jämfört med tidigare år, medan feb, april, sep, okt, nov och december låg högre. Den sjunkande sjukfrånvarotrenden vände i september och sista månaderna låg sjukfrånvaron per månad väsentligt högre i jämförelse med året innan, en oroväckande signal. Den säsongsinfluensa som pågick i början av året var mer långvarig och bestod av flera olika typer av influensa (svininfluensan, influensa typ B och Hongkong influensa). Det var fler än normalt som insjuknade, vilket kan ha påverkat sjukfrånvaron i spannet 1-14 dagar perioden februari och fram till maj enligt smittskydds enheten. Även i november rapporterades tidig förkylningssäsong och magsjukor i områdets bokslut.

Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen som har flest antal anställda påverkar sjukfrånvaron mest och ligger på 6,9 procent, samma som 2015. Mer än hälften av områdena minskade sjukfrånvaron och dessa är; Akuten, Psykiatri, Primärvården, Ortopeden, Barn unga vuxna, Hjärta infektion medicin, Diagnostik, Teknik och service. Områden som ökar sjukfrånvaron; Folk tandvården, Hjärta, Neuro, Rehab, Barn och ungdomsmedicin, Kirurgi samt Kvinna.

Utifrån arbetet med långsiktig utvecklingsplan för sjukskrivning fortsätter arbetet med projektet Hälsöfrämjande ledarskap. Från Region Jämtland Härjedalen ingår nu 6 stycken chefer i projektet samt personalstrateg från hälsöfrämjande teamet. Nätverksträffar och dialoger kring ett hälsöfrämjande ledarskap ska utveckla användbara metoder och utvärdera chefernas förutsättningar att leda på ett hälsöfrämjande sätt. Erfarenhets- och kunskapsutbyte förväntas bidra till strategier och metoder att jobba vidare med för en långsiktigt lägre sjukfrånvaro.

Det hälsöfrämjande teamet är också en pågående satsning och ett led i att sänka sjukfrånvaron, genom att driva ett lösningsfokuserat arbete med specialister i hälsa o rehabiliteringsfrågorna inom organisationen. Hälsöfrämjande teamet arbetar med uppföljningar av sjukfrånvaron och hälsa, håller i och erbjuder olika utbildningar som rör hälsa, rehabilitering och hälsöfrämjande arbete. Under året har "Återhämtning" varit ett tema med bland annat; hjärnergonomi och sömnföreläsningar för att lyfta vikten av att känna igen signaler på ohälsa tidigt och hur vi kan agera för att motverka stress genom ex. återhämtning, sömn och planering av arbetet. Teamets uppdrag är också att föra dialog och stötta chefer i rehabilitering och hälsöfrämjande arbete som ett led i att sänka sjukfrånvaron och agera mer proaktivt.

Företagshälsovård

Under 2016 har 70 procent av företagshälsovårdsmedlen använts i förebyggande och främjande arbete jämfört med 57 procent för samma period året innan. Detta visar att medlen börjat användas mer proaktivt med förbyggande insatser. Kostnaderna för företagshälsovård har ökat till 7 miljoner. En ökning som till del finansierats med sökta medel via Försäkringskassans arbetsplatsnära stöd. 935 714 kronor har beviljats för förebyggande och utredande insatser via företagshälsovården och ansökningsen har gjorts centralt inom hälsofrämjande teamet.

Som en del i Region Jämtland Härjedalens det förebyggande arbetet har föreläsningar kring sömnens betydelse för hälsan och hjärnergonomi, ACT (acceptance and commitment therapy) och avspänning arrangerats på olika tider och platser i länet för att lyfta behovet av återhämtning och förebygga stress. Företagshälsovården har också under året fått ett uppdrag att utveckla bättre tjänster som alternativ till sjukskrivning, förebyggande sjukpenning samt ett arbete med hälsosam schemaläggning har påbörjats.

I egen regi har också en livsstilsgrupp och ”kom i gång att träna grupp” erbjudits. Zefyrens ombyggnation har medfört att antalet inpasseringar för att träna ökar rejält under året. Information och praktiska övningar kring vikten av pauser i arbetet samt fysisk kompetens har genomförts på flera enheter. Idrottsvetarpraktikanter har besökt arbetsplatser och genomfört föreläsningar och praktiska moment inom fysisk aktivitet och hälsa.

Arbetsmiljö

Arbetet för en bra och säker arbetsmiljö pågår ständigt genom att ha en god planering av verksamheten, genom kontinuerligt bemanningsarbete, genom skyddsronder, risk- och konsekvensanalyser och arbetsmiljöenkäter som är en del i det systematiska arbetsmiljöarbetet. En ny skyddsrondsmall har tagits fram under året där frågorna nu är ställda mer positivt d.v.s. man utgår från att arbetsmiljön är bra och inte tvärtom. Några områden anger att arbetsbelastningen har varit hög för både medarbetare och chefer under året. En hög omsättning av personal på

vårdavdelningarna påverkar arbetsmiljön, som beskrivs innebära en hög arbetsbelastning, stress, vårdtunga patienter, slitsamt med 3-skift och svårt att hinna med sina arbetsuppgifter på ett tillfredsställande sätt.

För att möta hög arbetsbelastning och svårigheten att rekrytera specialistsjuksköterskor har omfördelning av bemanningsmål gjorts på enheter inom akutområdet.

Intensivvårdsavdelningen (IVA) har under året infört måltidsuppehåll under vissa förutsättningar, på försök i verksamheten. Detta har fallit väl ut och kommer att permanentas under 2017. På Akutmottagningen har en arbetstidsmodell införts på försök under året. Fokus har varit återhämtning som i en första utvärdering fallit väl ut.

Inom Regionstaben har året präglats av omorganisation och flytt till nya lokaler för de flesta av enheterna. Vissa av dessa enheter upplever en försämring av arbetsmiljön. Andra områden uppger att överlag är den allmänna uppfattningen att arbetsmiljön är god utifrån arbetsmiljöenkätsresultatet. För att höja personalsäkerheten arbetas det med att införa larm och ser över miljön i receptionerna inom Primärvården och Folk tandvården. Ett flertal fysiska förbättringar i lokaler, byte av möbler, installation av nytt larmsystem har skett på olika enheter under året. Men behov av förändrade lokaler kvarstår på flera enheter för att dessa ska vara ändamålsenliga såväl ur ett logistiskt perspektiv som utifrån krav gällande arbetsmiljö, smittskydd och vårdhygien.

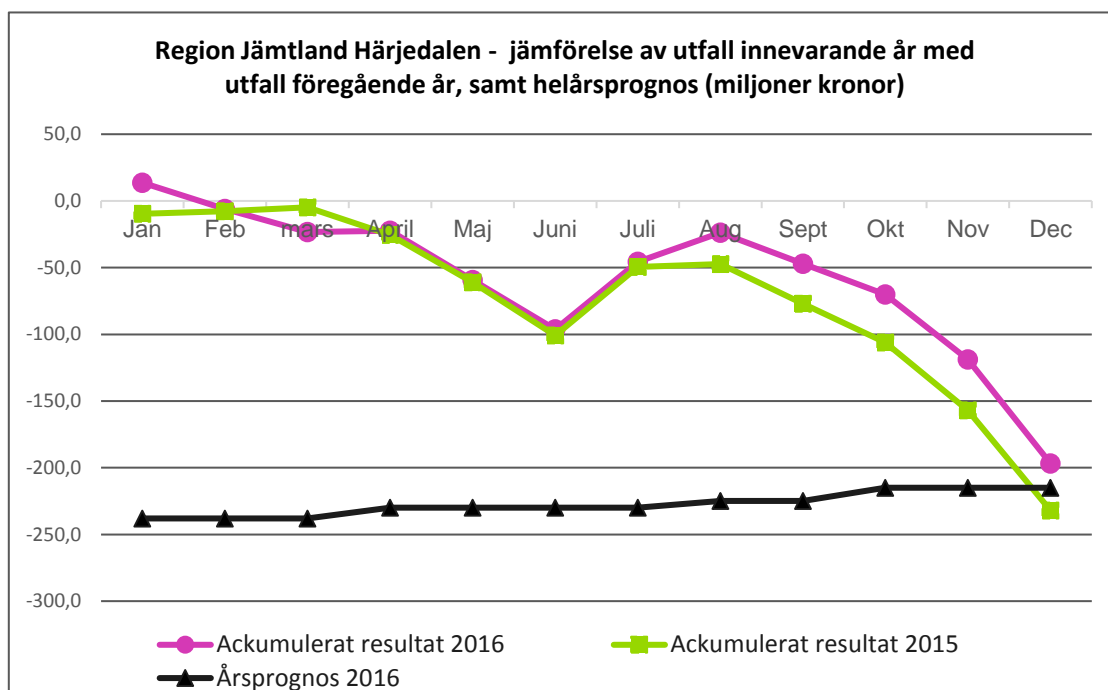
Primärvårdens nya jour och beredskapsorganisation är en del i satsningen för en förbättrad arbetsmiljö för läkarna. Ett nytt schema på Klinisk kemi infördes under hösten med reducerad arbetstid för de som arbetar ett visst antal jourpass, för att ge tid för återhämtning. Schemat är under en begränsad tid. Omorganiseringar har genomförts under året med ett förändrat arbetssätt på Medicinheten vilket har fått goda omdömen från medarbetarna vid utvärdering. Arbetssättet har gett en tydlighet i fördelning av arbetsuppgifter och vem som gör vad. Som ett led i att förebygga ohälsa på grund av en ogynnsam fysisk arbetsmiljö så har arbetsrotation införts där det har varit möjligt samt ett nytt produktionskök planeras.

Strålsäkerhetsmyndigheten har gjort en inspektion hos Folktandvården under 2016. Syftet med inspektionen var att kontrollera hur verksamhet med joniserande strålning bedrivs ur strålsäkerhetssynpunkt. Inspektionen mynnade ut i en tillsynsrapport där några förbättringsområden identifierades. En analys och handlingsplan med åtgärder ska skickas under januari 2017. Under hösten inkom en framställan enligt 6 kap. 6a§ arbetsmiljölagen från läkarföreningen gällande läkarexpedition på plan 8. Denna hanterades och handlingsplan upprättades och efter viss justering var parterna överens och ärendet avslutades. Ett stort arbete

för att leva upp till arbetsmiljölagens krav gällande riskbedömning av kemikalier har startats upp och kommer att pågå under hela 2017.

En tvådagars arbetsmiljöutbildning för skyddsombud och chefer inom regionen erbjöds i maj, oktober och november månad. Totalt har 30 st. skyddsombud och 21 st. chefer deltagit. Även en halvdags utbildning för chefer i nya föreskrifter för Organisatorisk och social arbetsmiljö erbjöds vid tre tillfällen under våren.

Ekonomi



Ekonomiskt resultat

Region Jämtland Härjedalens resultat för år 2016 är - 196,8 miljoner kronor, vilket är 35,5 miljoner kronor bättre än föregående år.

Nettokostnadsutvecklingen rensat för engångseffekter 2016 har varit 2,9 procent.

Regionens ekonomi är fortfarande mycket ansträngd men nettokostnadsutvecklingen har sjunkit under 2016. Regionfullmäktige och regionstyrelse har tagit beslut om resultatförbättrande åtgärder inför 2016. Hittills har det genomförts åtgärder under 2016 för cirka 90 miljoner kronor och arbetet fortsätter under 2017. Fler verkningsfulla åtgärder har vidtagits för att minska underskottet, bland annat höjda patientavgifter som ökat intäkterna med cirka 16 miljoner kronor.

En ingående ekonomisk obalans samt fortsatt kraftigt ökade kostnader avseende inhyrda läkare och sjuksköterskor, fortsatt höga personalkostnader samt ökade läkemedelskostnader är de huvudsakliga orsakerna till underskottet. Enbart kostnader för köp från bemanningsföretag motsvarar en merkostnad om 77 miljoner kronor.

Omvärldsanalys

Den ekonomiska utvecklingen i omvärlden påverkar Region Jämtland Härjedalens finansiering i form av skatteunderlag och statsbidrag och får därmed ett inflytande på hur stor verksamhet som kan bedrivas.

Enligt SKL:s ekonomirapport från december 2016 har den svenska ekonomin 2016 nått konjunkturell balans efter en lågkonjunktur i nästan åtta år, som utlöstes av den internationella finanskrisen hösten 2008. Konjunkturen fortsätter stärkas in i 2017. Det innebär en stark ökningstakt för BNP, sysselsättning och skatteunderlag. Bidragande faktorer till återhämtningen har främst varit utvecklingen av den inhemska efterfrågan, ökade investeringar samt ökad offentlig konsumtion framför allt till följd av det stora antalet asylsökande. Vilket således medfört en stigande produktion och sysselsättning.

Under 2017 räknar SKL med att konjunkturen förstärks ytterligare och en konjunkturtopp nås. BNP beräknas därför öka med 2,8 procent 2017 jämfört med 3,2 procent 2016. Sysselsättningen

ökar samtidigt som arbetslösheten minskar ytterligare. Detta har inneburit en gynnsam utveckling för kommunernas och landstingens skatteunderlag.

Statens finansiella sparande fortsätter att förbättras och 2020 beräknas den offentliga sektorns samlade finansiella sparande motsvara 1,0 procent av BNP. Det ger ett visst utrymme för överföringar från staten till kommunsektorn.

Enligt SKL:s MakroNytt från december 2016 kommer skatteunderlagens utveckling åren 2018-2020 bli betydligt svagare allt eftersom konjunkturen utvecklas i lugnare takt. En snabb befolkningsökning främst bland barn och till viss del äldre kommer att innebära en kostnadsutveckling som är högre än normalt. Det i kombination med att skatteunderlaget har en mer normal, eller till och med långsammare utveckling, medför att Kommuner och Landsting måste hålla tillbaka kostnadsökningarna för att motverka gapet mellan intäkter och kostnader.

Om nyanländas etablering på arbetsmarknaden lyckas väl, så förbättras förutsättningarna för den långsiktiga finansieringen av välfärden, då relativt stor del av invandrarna är i yrkesverksam ålder. Under de närmaste åren är det emellertid inte troligt att nyanlända med en gång kan försörja sig och betala skatt i samma utsträckning som befolkningen i övrigt.

Utöver detta finns även andra faktorer som påverkar kostnadsutvecklingen såsom nya läkemedel och behandlingsmetoder, nyinvesteringar i kollektivtrafik samt ökade pensionskostnader.

Den ekonomiska utvecklingen i omvärlden är befolkningsförändringar en viktig faktor för skatteintäkternas storlek i länet. Befolkningen i Jämtlands län ökade med 1 297 personer 2016 vilket är en betydande ökning jämfört med 2015.

Resultat enligt balanskravet

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

huvudregeln. Däremot ska reaförluster vid försäljning av anläggningstillgångar räknas in.

Efter år 2016 uppgick det totala balanserade underskottet till 771,0 miljoner kronor att återställa varav 196,1 miljoner kronor under år 2016 efter justering för omställningskostnader för omorganisation med 0,9 miljoner kronor samt en reducering av samtliga realisationsvinster med 0,2 miljoner kronor.

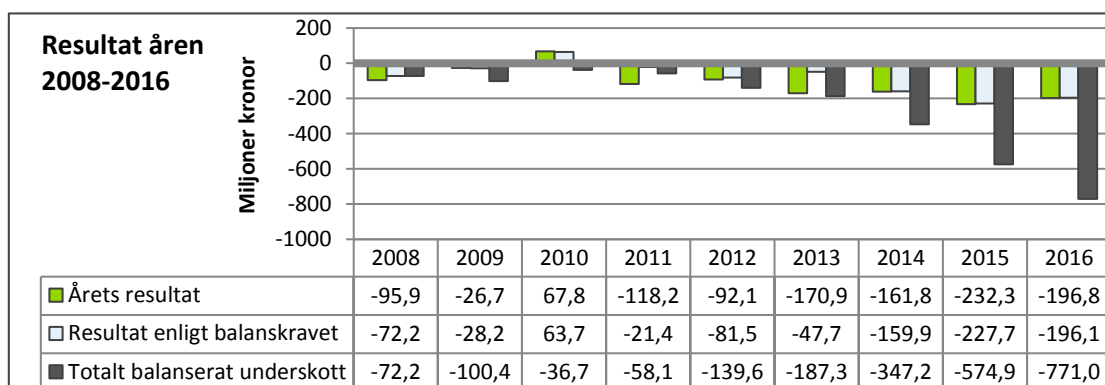
På grund av det ekonomiska läget 2016 måste Region Jämtland Härjedalen arbeta fokuserat för att minska kostnaderna och återställa det balanserade underskottet. Det ska ske genom tydliga krav på besparingsåtgärder och effektiviseringar. Dels genom att verkställa långsiktig utvecklingsplan för god ekonomisk hushållning och dels genom att verkställa åtgärdsplanen efter november 2015 (20151111) inklusive de åtgärder som regionstyrelsen beslutade om i februari 2016. Varje ny verksamhet, aktivitet eller liknande ska noga övervägas. Om den bedöms nödvändig måste den finansieras antingen via ökade externa intäkter eller genom att fördela om inom befintlig verksamhet, krona för krona.

Region Jämtland Härjedalen ska utveckla arbetet med att öka intäkterna. Inom de regionala utvecklingsverksamheterna betyder det att fördjupa ansträngningarna att få fler att bli skattebetalare i Jämtland Härjedalen. Inom hälso- och sjukvården betyder det att exempelvis etablera kontakter med andra som vill köpa hälso- och sjukvård eller administrativa tjänster. Det kan också betyda att få extern finansiering i andra former till exempel projektfinansiering.

Ett långsiktigt arbete pågår för att uppnå en ekonomi i balans via långsiktiga utvecklingsplaner, detta är närmare beskrivet under rubriken Resultatförbättrande åtgärder på sidan 80.

Flera andra åtgärder har vidtagits för att försöka bromsa kostnadsutvecklingen, bland annat har ett investeringsråd inrättats under 2015 och alla investeringar ska fastställas och framgå i finansplanen. Objekt över 250 000 kronor ska godkännas specifikt per objekt, för objekt under 250 000 kronor tilldelas en pott per område.

Handlingsplaner för kostnadsminskningar har framtagits av de flesta områden under 2015 och 2016 och dessa ska utökas och följas upp även under 2017. Steg två är att även återställa tidigare års underskott.



God ekonomisk hushållning

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

Fullmäktige ska besluta om riktlinjer för god ekonomisk hushållning. För verksamheten ska anges mål och riktlinjer och för ekonomin ska anges finansiella mål som är av betydelse för god ekonomisk hushållning

Ett resultat på 70-80 miljoner kronor motsvarar de 2 procent av verksamhetens nettokostnader som brukar användas som tumregel för god ekonomisk hushållning. Endast två år det senaste decenniet översteg regionens resultat 2 procent av verksamhetens nettokostnader.

Region Jämtland Härjedalens resultat 2016 blev minus 196,8 miljoner kronor. För att nå ett resultat som är i nivå med god ekonomisk hushållning skulle regionen behöva förbättra resultatet med cirka 270 miljoner kronor. I finansplan för 2017-2019 budgeteras för ett nollresultat de första två åren, vilket inte är i nivå med god ekonomisk hushållning. Under 2019 budgeteras ett positivt resultat på 20 miljoner kronor. Detta kommer inte återställa balanskravet.

Ett grundvillkor för god ekonomisk hushållning är att intäkterna överstiger kostnaderna. Intäktsutvecklingen blir därmed avgörande för

hur snabbt kostnaderna kan växa. Även när Region Jämtland Härjedalen har haft en låg nettokostnads-utveckling det senaste decenniet jämfört med övriga landsting, så har nettokostnaderna ökat snabbare än intäkterna. Regionen har därför fått allt svårare att klara en god ekonomisk hushållning.

Region Jämtland Härjedalens viktigaste inkomstkälla är landstingsskatten. Den står för 60 procent av de totala intäkterna. Genom utdebiteringsrätten kan Region Jämtland Härjedalen besluta om hur stor andel av länsinnevånarnas förvärvsinkomster som ska gå till regionens verksamhet. Skatteunderlaget däremot kan regionen endast till en mindre del påverka.

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

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

Detta system ska utjämna för skillnader i inkomster och kostnader mellan olika delar av landet i syfte att skapa likvärdiga förutsättningar oavsett strukturella förhållanden.

Landstingen/Regionerna kompenseras dock inte för befolkningsminskning – den faktor som har den största negativa effekten på regionens skatteintäkter.

Verksamhetens intäkter ingår i nettokostnaderna. Av Region Jämtland Härjedalens totala intäkter utgör de endast 14 procent. Jämfört med de generella statsbidragen är de i något högre grad påverkbara.

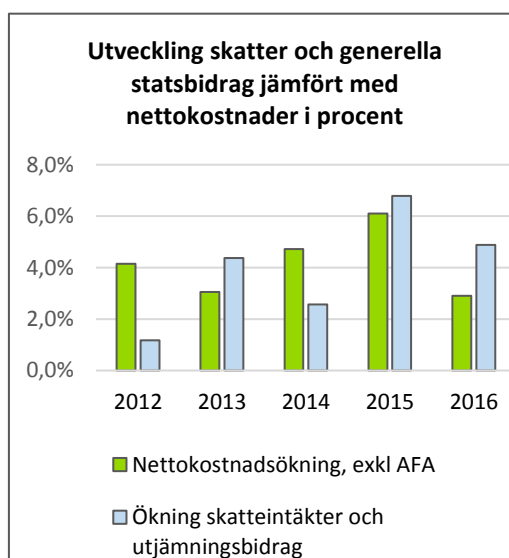
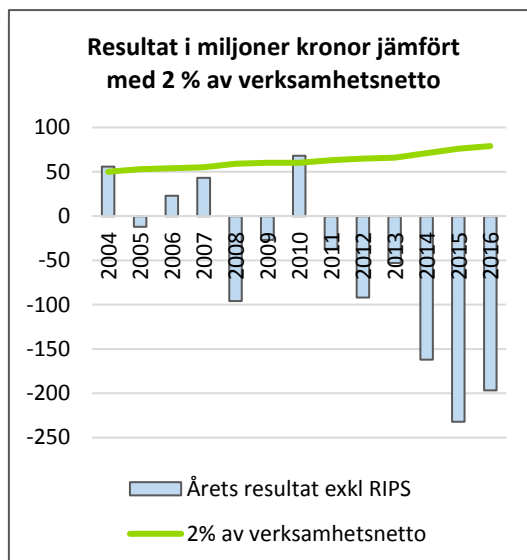
Med begränsade möjligheter att påverka inkomsterna återstår kostnadskontroll som det viktigaste verktyget för att nå en god ekonomisk hushållning. Vidare påverkar avgiftsnivån intäkternas storlek. Totalt sett är det dock inte möjligt att öka verksamhetens intäkter tillräckligt mycket för att kunna finansiera nuvarande underskott på 196,8 miljoner kronor och fortsatta kostnadsökningar i den takt som skett de senaste åren.

Utveckling av skatter och generella statsbidrag jämfört med nettokostnadsutvecklingen

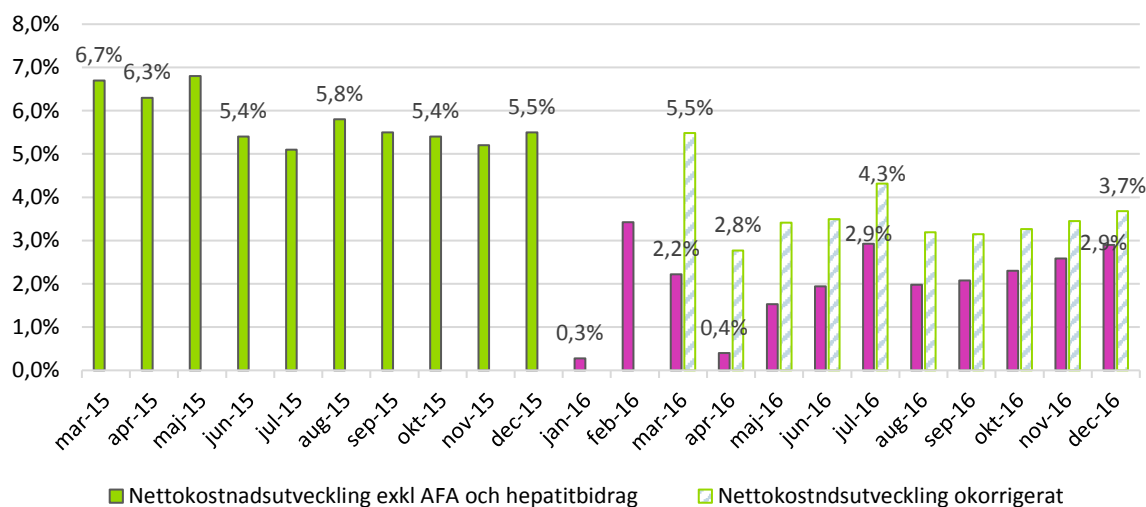
I en riksjämförelse har Region Jämtland Härjedalens nettokostnadsutveckling varit måttlig det senaste decenniet, men har vuxit mycket de senaste åren. Under perioden 2005-2015 växte nettokostnaderna med i snitt 4,3 procent per år och samtidigt steg skatteintäkter, kommunalt utjämningsbidrag och läkemedelsbidrag med 3,5 procent per år.

För år 2016 steg nettokostnaden (justerad för jämförelsestörande poster) med 2,9 procent och skatter, kommunalt utjämningsbidrag och läkemedelsbidrag steg med 4,9 procent.

Kostnaden för pensioner återfinns, med undantag för räntekostnaden på pensionsskulden, bland verksamhetens nettokostnader. Dessa kostnader som endast till en mindre del går att påverka, ökade med 6,8 procent 2016.



Procentuell nettokostnadsutveckling innevarande år t o m period jämfört med samma period föregående år



Analys av förändring av intäkter och kostnader

De streckade staplarna i diagrammet ovan från mars t o m december 2016 visar den okorrigerade nettokostnadsökningstakten. De fyllda staplarna visar nettokostnadsökningstakten korrigerat för jämförelsestörande poster. De ackumulerade nettokostnaderna i mars och april 2015 påverkades av att Regionen då fick en engångs återbetalning av AFA-pengar samt ett bidrag för Hepatit-C-läkemedel avseende 2014. För att få en rättvisande jämförelse justeras därför nettokostnaderna avseende dessa engångsintäkter.

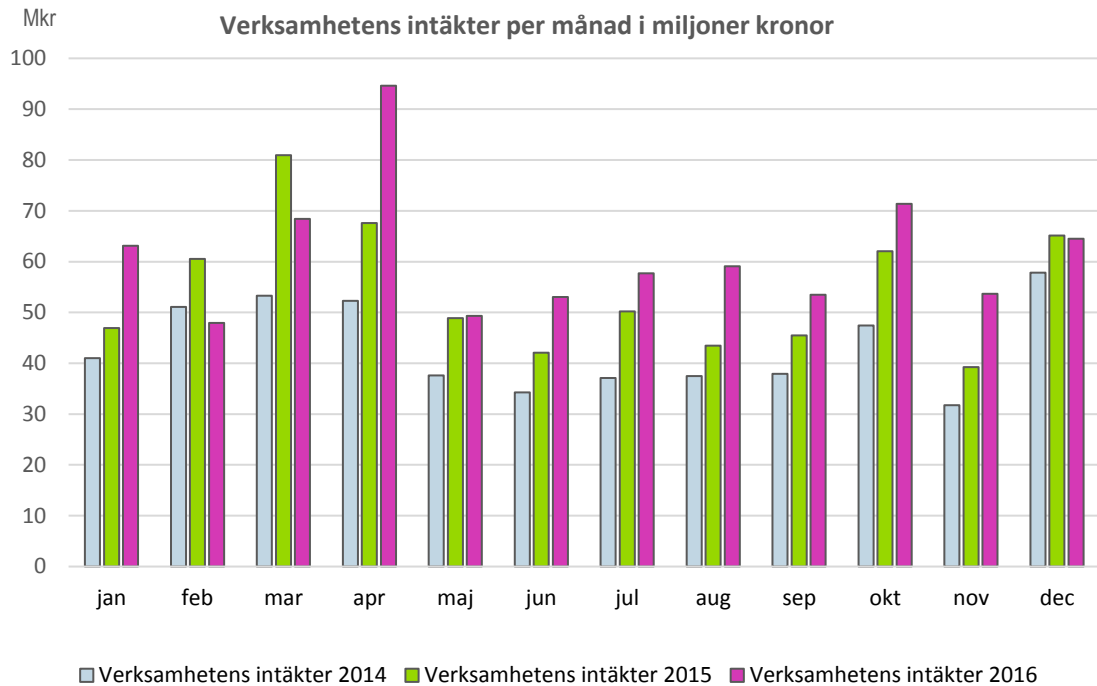
Nettokostnaderna fortsätter att uppvisa en betydligt lägre takt 2016 jämfört med samma period 2015. Orsaken till den lägre ökningstakten är givetvis att de resultatförbättrande åtgärder som regionen arbetar med ger effekt samt att regionen under 2016 erhållit större intäkter i verksamheten. Det är givetvis mycket positivt att nettokostnaderna under 2016 nu stabilt ökar i en

betydligt långsammare takt än 2015. Men utifrån det ekonomiska läge som Regionen befinner sig i är det viktigt att framhålla att det inte finns något utrymme för nettokostnaderna att växa överhuvudtaget. Kostnadsutvecklingen behöver tvärtom minska för att Regionen ska kunna nå ett nollresultat.

Verksamhetens intäkter har ökat kraftigt jämfört med föregående år. Under våren erhöll Regionen betydligt större belopp än normalt i olika specialdestinerade statsbidrag, den största delen kom från Migrationsverket. En höjning av patientavgifterna i april 2016 har också gett en positiv effekt på intäktsökningen.

Den enskilt största ökningen står de riktade statsbidragen för. I juni träffade SKL ett nytt läkemedelsavtal med staten, vilket innebär en intäktsförstärkning jämfört med budget.

Jämförelse perioden jan-dec	2015	2016	Förändring	i %
Verksamhetens Intäkter totalt	652,6	736,3	83,7	12,8%
Verksamhetens Intäkter totalt exkl AFA o hepatitbidrag (2015)	623,6	736,3	112,7	18,1%
Varav patientavgifter exkl tandvård	56,1	71,9	15,8	28,1%
Varav specialdestinerade statsbidrag	190,3	263,7	73,4	38,6%
Varav försäljning hälso- och sjukvård	171,9	180,4	8,4	4,9%

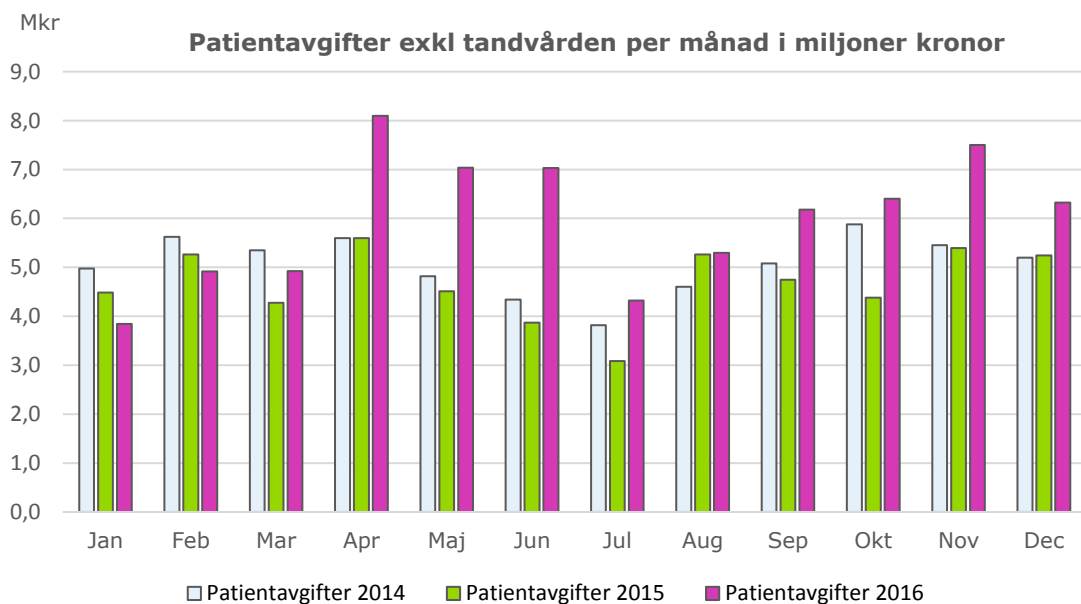


Även andra intäkter än statsbidragen och patientavgifter har ökat under 2016. Försäljningen av hälso- och sjukvård steg med cirka 8 miljoner kronor.

Om jämförelsesiffran för intäkter 2015 rensas för engångsåterbetalningen från AFA om 22 miljoner kronor och 7 miljoner kronor i statsbidrag för hepatit-C-bidrag avseende 2014, uppgår den

totala ökningen av verksamhetens intäkter till 18,1 procent.

Effekten av de höjda patientavgifterna under framgår även tydlig i nedanstående diagram. Ökningen under året uppgår till 28,1 %. Ökningstakten hittills indikerar att kalkylerad helårseffekt kommer infrias.



Bruttokostnaderna har totalt ökat med 4,6 procent under 2016 jämfört med 2015. Personalkostnaderna exklusive pensionskostnader har en fortsatt låg ökningstakt och uppgår till 2,1 procent. Kostnadsutvecklingen har ökat något jämfört med utfallet efter tertialrapporten i augusti.

Pensionskostnaderna som till största delen är helt opåverkbara från Regionens sida fortsätter uppvisa en hög takt och uppgår till 6,8 procent. En markant ökning sedan augusti. Utvecklingen är i linje med tidigare långtidsprognoser. Den stora ökningen av pensionskostnaderna speglar utbyggnaden av hälso- och sjukvården på 1960- och 1970-talet. Det var framför allt medarbetare från fyrtiotalistgenerationen som anställdes. De flesta av dem har nu gått i pension.

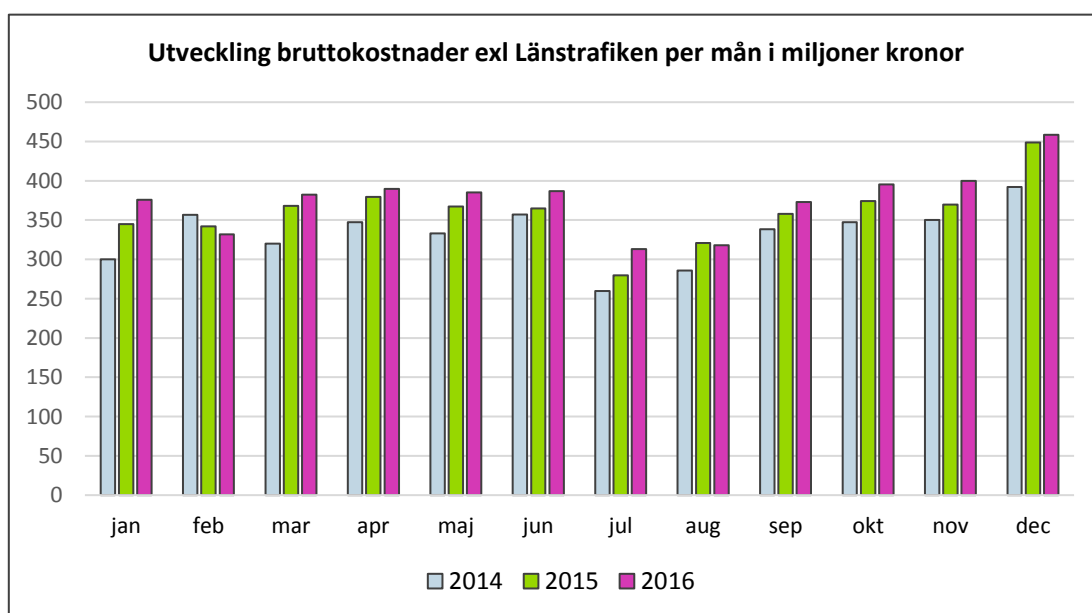
För att uppnå en bättre följsamhet mot sjukresoreglerna pågår arbetet med utbildning och uppstramning av rutiner för utfärdande av intyg för sjukresor med taxi. Ännu har dessa

åtgärder inte lett till lägre kostnader för taxiresor. Kostnaderna har ökat med 3,4 procent jämfört med föregående år, men man kan se att ökningstakten har avtagit under 2016. Detta har föranlett ytterligare intensifiering i pågående förändringsarbete.

Den enskilt största ökningstakten avser köp från bemanningsföretag. Kostnaderna har ökat med 39 procent jämfört med 2015. Denna ökningstakt väger ensamt upp i stort sett övriga vidtagna resultatförbättrande åtgärder. Att bryta denna utveckling är därför nu helt avgörande för att regionens ekonomi ska nå balans.

I jämförelsen av bruttokostnaderna över åren har Länstrafiken exkluderats eftersom Regionen tog över en större kostnad för kollektivtrafiken 2015, samtidigt med en skatteväxling. Kostnaden blir därför jämförelsestörande. Bruttokostnaden följer trenden från tidigare år.

Jämförelse perioden jan-dec	2015	2016	Förändring	i %
Bruttokostnader totalt	4 495,7	4 701,5	205,9	4,6%
Varav personalkostn exkl pensioner	2 027,3	2070,2	42,9	2,1%
Varav pensionskostnader	287,8	307,2	19,4	6,8%
Varav riks- och regionvård	330,8	346,7	15,9	4,8%
Varav läkemedel	375,0	409,3	34,3	9,2%
Varav sjukresor taxi	36,0	37,2	1,2	3,4%
Varav bemanningsföretag	125,6	174,6	49,0	39,0%



Verksamhet i miljoner kronor per förvaltning/område	Resultat 2016	Budget 2016	Avvikelse utfall mot budget 2016
Akutvård	-333,0	-304,5	-28,5
Barn- och ungdomsmedicin	-118,8	-119,6	0,8
Kirurgi, ögon och öron	-462,0	-378,3	-83,7
Hud, infektion och medicin, HIM	-470,8	-418,2	-52,5
Psykiatri	-237,9	-227,7	-10,2
Hjärta, neurologi och rehab, HNR	-368,9	-316,7	-52,1
Kvinna	-90,5	-99,9	9,4
Barn och unga vuxna	-86,7	-87,3	0,6
Ortopedi	-194,2	-175,6	-18,5
Folktandvård	-39,1	-42,3	3,2
Primärvård	-85,9	-32,6	-53,3
Hälso- & sjukvårdsövergripande kostnader	-76,3	-50,2	-26,1
Patientsäkerhet	-15,5	-16,1	0,6
Diagnostik, teknik och service	-17,5	-24,0	6,5
Summa Hälso- och sjukvård	-2 597,0	-2 293,0	-303,9
Regionala utvecklingsförvaltningen	-302,3	-303,3	0,9
Regionstaben	-242,7	-249,2	6,5
Patientnämnden	-2,7	-2,8	0,0
Förtroendevalda politiker	-23,3	-24,8	1,5
Revisorerna	-5,1	-5,2	0,1
Vårdvalsnämnden	-656,2	-658,8	2,6
Motsedda utgifter	-93,9	-149,4	55,5
Summa Verksamheten	-3 923,2	-3 686,4	-236,8
Område finansförvaltning	3 726,3	3 686,4	40,0
TOTAL	-196,8	0	-196,8

Kommentarer till ekonomiskt resultat från verksamheten 2016.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

De största underskotten mot budget uppvisar område Kirurgi Ögon Öron. Även områdena Hud Infektion Medicin och Hjärta Neuro Rehab samt Primärvården visar på stora obalanser mot budget. En mängd åtgärder pågår inom dessa områden för att förbättra ekonomin. Inom område Kirurgi Ögon Öron har både intäkter och kostnader ökat under 2016. Förutom ökade intäkter för patientavgifter har bidrag ökat med 92,7 procent, vilket till största delen avser ersättning för kostnader kopplade till flyktingar och asylsökande. De ökade kostnaderna beror främst på inhyrd personal som ökat med 191,2 procent, men även köpt vård, läkemedel och diagnostik. En extern genomlysning har resulterat i ett förändringsarbete som startade i slutet av 2016.

Inom Primärvården ökar också kostnaden för bemanningstjänster och läkemedel kraftigt. Under 2017 kommer fokus vara att minska kostnader för inhyrd personal inom Primärvården, som ett led i det nationella arbetet med att minska beroendet av bemanningsföretag. Utöver det fortsätter arbetet med förbättring av produktions- och kapacitetsplanering samt utveckla arbetet med distansberoende teknik.

Område Hud Infektion Medicin har ökade kostnader för inhyrda sjuksköterskor. Däremot är det minskade kostnaderna för inhyrda läkare. Införandet av ballongvidgning av hjärtats kranskärl (PCI) ökade de egna personalkostnaderna men samtidigt minskade därmed kostnaden för riks- och regionvård.

Även område Hjärta Neuro Rehab har kraftigt ökade kostnader för sjuksköterskor. Liksom

område Hud Infektion Medicin har kostnader för riks-och regionvård påverkats positivt efter införandet av PCI, men ett ökat antal utförda klaffoperationer i Umeå har bidragit till en ökning totalt sett.

Några områden visar ett något bättre resultat än budget, främst område Kvinna, Folk tandvården samt Diagnostik Teknik och Service.

Generellt inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen är det kostnader för bemanningsföretag samt läkemedel som ökar mest.

Regionala utvecklingsförvaltningen

Inom regional utveckling har samtliga verksamhetsområden en ekonomi i balans. Resultatet 2016 uppgår till ett budgetöverskott på 0,9 miljoner kronor. Överskottet beror främst på personalplanering, nettointäktsökningar och interkommunala ersättningar för folkhögskolorna, projektmedel för infrastruktur och kommunikation samt stor återhållsamhet med medel för särskilda insatser.

Regionstaben

Regionstaben har ett resultat som är 6,5 miljoner kronor bättre än budget, vilket till stor del beror på ökade statsbidrag, främst från Migrationsverket. Överskottet beror även på vakanta tjänster samt högre intäkter än budgeterat. Vakanserna har medfört att vissa omprioriteringar av planerade aktivitet har behövs göras.

Patientnämnden

För Patientnämnden var resultatet 49 000 kronor bättre än budget. Under året har avvikelserna främst berott på minskade kostnader avseende en vakant tjänst under hösten samt en partiell tjänstledighet. Samtidigt har kostnaderna ökat för skattepliktiga och skattefria ersättningar.

Vårdvalsnämnden

Vårdvalsnämnden resulterar för 2016 i ett överskott motsvarande 2,6 miljoner kronor,

framförallt beroende på ej nyttjade medel inom beställartandvården.

Finansförvaltningen - Motsedda

I Finansförvaltningen redovisas Regionens skatteintäkter, generella statsbidrag från utjämningsystemet, läkemedelsbidrag samt finansiella intäkter och kostnader.

Utöver detta redovisas även intäkter och kostnader för den pensionsplacering regionen gjort i vindkraft.

Skatteintäkterna blev 12 miljoner kronor lägre än budgeterat och övriga intäkter som generella statsbidrag, läkemedelsbidrag samt inkomst och kostnadsutjämnning blev 50 miljoner kronor högre än budgeterat (varav ökat läkemedelsbidrag står för 26 mnkr). Budgeten baserades på SKLs skatteunderlagsprognos från 2015. De finansiella kostnaderna för pensionsavsättningar blev cirka 8 miljoner kronor lägre än budget enligt pensionsprognos från Skandia 161231, budgeten baseras på prognos från början av 2015.

I Motsedda budgeteras och bokförs i huvudsak regionens pensionskostnader, riktade statsbidrag samt så kallade motsedda kostnader som avser medel avsatta för kommande kostnader i verksamheterna. Dessa medel fördelas ut till verksamheterna när kostnaden uppstår. Internränta som kostnadsförs hos verksamheterna för investeringar kommer som en intäkt på motsedda. I Motsedda budgeteras även årlig premie till Landstingens ömsesidiga försäkringar (LÖF).

Utfall för 2016 är 55,5 miljoner kronor bättre än budgeterat och 32,3 miljoner kronor bättre än senaste årsprognos.

Motsedda har fått in specialdestinerade statsbidrag på 91,7 miljoner kronor, 13 miljoner kronor som förstärkning till hälso-och sjukvård och 33 miljoner kronor för flyktingmottagande/hälsoundersökning.

Resultatförbättrande åtgärder

Region Jämtland Härjedalen arbetar kontinuerligt med att genomföra åtgärder för att nå en ekonomi i balans. Vid sidan om de handlingsplaner som varje område inom hälso- och sjukvården tagit fram, pågår det mer långsiktiga förändringsarbetet i *Långsiktig utvecklingsplan för god ekonomisk hushållning 2015-2025 (LUP ekonomi)*. Den första versionen av planen togs fram 2014 och reviderades i juni 2015. LUP ekonomi påverkar också innehållet i den regionplan för kommande tre år som fullmäktige årligen fattar beslut om.

Syftet med LUP ekonomi var att identifiera ett antal områden där strukturåtgärder skulle kunna genomföras för att förbättra regionens ekonomiska resultat. Efter revideringen i juni 2015, då två paket (3 och 5) togs bort och åtta paket lades till, innehåller planen totalt 15 strukturpaket. År 2015 fattades ett antal politiska beslut om åtgärder inom flera av strukturpaketet. Under 2015 och 2016 har åtgärderna börjat genomföras. I tabellen på nästa sida visas planerad och verklig resultatförbättring, samt avvikelsen däremellan. Några paket saknar siffror, då resultatförbättringar bedöms ske först under kommande år.

Några paket gav större och några mindre effekt än enligt plan. I det sistnämnda fallet rör det sig om antingen förseningar (paket 16 samverkan lab) eller att det tar längre tid att nå effekt än förutsett (paket 2 sjuktransporter och paket 6 primärvårdsstruktur).

Den totala effekten på 2016 års resultat, efter 2 års genomförande av åtgärder i LUP ekonomi, blev en förbättring med 71 miljoner kronor. Det var 23 miljoner kronor högre än enligt planen. Tillsammans med åtgärderna i områdenas egna handlingsplaner samt oförändrade internpriser på diagnostik, teknik och service, uppgick den totala förstärkningen av det ekonomiska resultatet till 131 miljoner kronor.

Av de resultatförbättrande åtgärderna utgjordes ungefär en fjärdedel av intäktsförstärkningar. Cirka 20 miljoner kronor var ett resultat av översynen av den regionala prislistan 2015 och 15,8 miljoner kronor var en följd av beslutet att höja patientavgifterna, 2016-02-09–10, fullmäktige § 10. De nya avgifterna började gälla den första april 2016. Avgiftshöjningen gav således effekt endast under 8 av 12 månader. Omräknat till helårseffekt motsvarar ökningen 23,7 miljoner kronor, vilket låg i nivå med den beräkning på 22,7 miljoner kronor som ingick i underlaget till fullmäktiges beslut. En del av

ökningen 2016 kan bero på fler patientbesök än föregående år.

Möjliga resultatförbättringar avseende administration och regionövergripande kostnader uppskattades i LUP ekonomi till mellan 10 och 13 miljoner kronor för perioden 2015-2016. Utfallet blev 15,9 miljoner kronor och innehåller bland annat 9,5 miljoner kronor för ej återbesatta tjänster, uppsagda avtal 5,3 miljoner kronor och 0,7 miljoner kronor på tjänsteresor och logi.

Under 2016 genomfördes åtgärder för att förbättra intygsutfärdandet och uppnå en mer korrekt tillämpning av gällande sjukreseregler. Syftet var att sänka kostnaderna för sjukresor med taxi. Kostnaderna ökade trots det kraftigt. Per den sista juni var ökningstakten 7 procent. Fram på hösten började dock ökningen bromsa in, och beräknat på hela 2016 ökade kostnaderna för sjukresor med taxi med 3,5 procent.

Inbromsningen visade troligen att åtgärderna då började ge effekt.

I *Långsiktig utvecklingsplan för god ekonomisk hushållning* pekas också områden ut som regionen ska satsa på. Avsikten är att ge förutsättningar för kostnadskontroll, vardagsrationaliseringar och för att kunna genomföra strukturåtgärderna i paketet.

Satsningarna omfattar:

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

Som exempel på en av de satsningar som pågår kan nämnas utvecklingen av arbetssätt inom primärvården med hjälp av distansoberoende teknik. Genom inrättande av virtuella jour-rum i Härjedalen möjliggörs vård utan fysisk närvaro av läkare. Det innebär att en läkare kan täcka ett betydligt större geografiskt område och sjukresorna blir avsevärt kortare. Förutom bättre tillgänglighet för patienterna till vården, medför detta lägre kostnader.

Resultatförbättringarna på 91 miljoner kronor 2016, som åtgärderna i LUP ekonomi och områdenas handlingsplaner ledde till, bidrog till att dämpa nettokostnadsutvecklingen. Det räckte dock inte för att uppnå en ekonomi i balans,

eftersom ett antal kostnadsslag höll en betydligt högre ökningstakt än normalt ¹. De kostnadsslag som det framför allt rörde sig om var läkemedel + 39 miljoner kronor (+10 procent), rättspsykiatrisk vård + 7 miljoner kronor (+41 procent) och köp från bemanningsföretag + 49 miljoner kronor (+39 procent).

Kostnader för köp av inhyrd personal och beroendet av bemanningsföretagen har vuxit i hela landet under senare år trots tidigare försök att minimera inhyrningen av personal. Mot bakgrund av denna utveckling startade alla landsting och regioner 2016 med stöd från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) ett projekt för att uppnå oberoende av bemanningsföretag senast 1 januari 2019.

Med oberoende avses en situation där hälso- och sjukvården har en stabil och varaktig bemanning med egna medarbetare för den löpande verksamheten. Varje landsting/region ska ta fram en egen plan med ett stort antal åtgärder inom olika områden, t e x arbetsmiljö, verksamhetsutveckling, utbildning, ledarskap och rekrytering. Region Jämtland Härjedalen tog för 2016 en lokal projektgrupp tillsammans med hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp fram en åtgärdsplan. Åtgärderna kommer att genomföras och verkställas under 2017 och 2018. I åtgärdsplanen har åtgärder som omfattar distriktsläkare i primärvården och allmänsjuksköterskor på vårdavdelningar på Östersunds sjukhus prioriterats. En extra kraftsamling kommer att sättas in under första halvåret 2017 på genomgångar av arbetsuppgifter, roller och ansvar på vårdavdelningar. Syftet är att kunna renodla sjuksköterskors respektive undersköterskors roller. I detta arbete ingår också att införa karriärvägar för dessa yrkesgrupper samt att ta fram förslag på nya arbetstidsmodeller.

En minskning av nyttjandet av inhyrd personal leder till mer kontinuitet och högre kvalitet för patienterna och bidrar dessutom till lägre kostnader. År 2016 uppgick Region Jämtland Härjedalens köp från bemanningsföretag till 175 miljoner kronor. Om färre läkare och sjuksköterskor hyrs in, måste dessa ersättas med anställd personal. Den möjliga resultatförbättringen, är därför inte den totala kostnaden för hyrpersonal, utan *skillnaden* mellan kostnaden för anställd och inhyrd personal. Baserat på kostnaderna 2016 uppskattas potentialen för att förbättra regionens ekonomiska resultat till ca 70 miljoner kronor

under perioden 2017-2018.

Åtgärdsplan efter 11/11 2015

Den 11 november 2015 genomfördes en workshop med alla chefer i Region Jämtland Härjedalen. Syftet var att beskriva det ekonomiskt kärva läge som regionen befann sig i och att tillsammans ta fram åtgärdsförslag för ytterligare besparingsåtgärder. Dagen gav cirka 600 lappar med förslag på åtgärder, som bearbetades till en åtgärdsplan med tre prioritetsnivåer.

Av åtgärder på nivå 1, mycket pengar och/eller snabb effekt (ca 30-115 mkr), har många åtgärder genomförts. Eftersom en del av dessa åtgärder handlade om effektivisering inom administrationen, fick de ingå i arbetet med paket 8 administration i LUP ekonomi. Genomförandet av övriga åtgärder har påbörjats eller kommer att starta under 2017: Det handlar om

- Produktions- och kapacitetsplanering
- Effektivare inskolning av nyanställda
- Bassängutredningen
- Projekt prehospital vård
- Kompetensförskjutning
- Minska arbetade timmar
- E-brev som kallelse

Åtgärder på nivå 2, beräknades få effekt 2017 och senare i tiden. De summerades till ca 13-22 miljoner kronor. De flesta åtgärder på nivå två har genomförts, t e x ingick en översyn av jourer. De som återstår rör förslag på hemtagning av viss riks- och regionvård samt förändringar inom lab-verksamheten.

På nivå 3 fanns åtgärder som bedömdes komplicerade att verkställa och svåra att beräkna effekterna av, t e x förhandlingar kring samarbeten med kommunerna, försäljning av vård och outsourcing. Arbetet med dessa förslag kommer att ske under kommande år.

Sammanfattningsvis har en stor del av förslagen från den 11/11 2015 genomförts och för de övriga pågår arbeten. Prioriteringen under 2017 och framåt kommer därför att ligga på projektet *Uppnå oberoende av bemanningsföretag* och på att fortsätta arbetet med LUP ekonomi.

Utöver det som har beskrivits tidigare i detta avsnitt, har Regionstyrelsen i mars 2016 bland annat beslutat om en genomlysning av område Kirurgi Ögon Öron.

¹ *Normalt* mätt som landstingsprisindex (LPIK).

Strukturpaket i LUP ekonomi Resultatförbättringar i miljoner kronor	Plan 2014 - 2015	Utfall 2014 - 2015	Avvikelse 2014 - 2015	Plan 2016	Utfall 2016	Avvikelse	Ackum. effekt 2016
1 Akutflöde (PCI)				5,0	8,2	3,2	8,2
2 Sjuktransporter				5,0	-1,3	-6,3	-1,3
4 Lokal/resurs-utnyttjande							
6 Primärvårdsstruktur	2,0	2,0		2,0	1,4	-0,6	3,4
7 Folktandvårdsstruktur		0,4	0,4	6,6	7,2	0,6	7,6
8 Administration		3,8	3,8	10,5	12,1	1,6	15,9
9 Externa intäkter	10,0	20,0	10,0	5,0	15,8	10,8	35,8
10 Färdigbehandlade på vårdavd							
11 Psykisk ohälsa							
12 Läkemedels- hantering					1,6	1,6	1,6
13 Hemtagning riks- och regionvård							
14 Samverkan med kommunerna							
15 Samverkan med Västernorrland							
16 Samarbeta lab-verksamhet				2,0	0,0	- 2,0	0,0
17 Minskad sjukskrivning							
A Summa åtgärder LUP ekonomi	12,0	26,2	14,2	36,1	45,0	8,9	71,2
B Områdenas handlingsplaner		14,4			20,9		35,3
C Oförändrade interntpriser diagnostik, teknik och service					25,0		25,0
D Summa resultatförbättringar per år (A+B+C)		40,6			90,9		131,5
Ackumulerade resultat- förbättringar (D)		40,6			131,5		

Pensioner

Det senaste decenniet har de flesta av de 40-talister som varit medarbetare i Regionen gått i pension. Under 2016 ökade pensionskostnaden med 6,8 procent. Enligt den senaste prognosen från regionens pensionsadministratör Skandia, kommer pensionsutbetalningarna det närmaste två åren inte öka nämnvärt, men från 2019 och därefter växa kraftigt.

Region Jämtland Härjedalens pensionsåtagande består av två delar. Pensioner som tjänats in efter 1997, avseende lönesummor över 7,5 inkomstbasbelopp, återfinns i balansräkningen under Avsättningar. Pensioner intjänade före 1998 redovisas som en ansvarsförbindelse och återfinns inte i balansräkningen. Pensioner avseende lönesummor över 7,5 inkomstbasbelopp är förmånsbestämda, vilket innebär att pensionens storlek garanteras av Region Jämtland Härjedalen.

Storleken på pensionsåtagandet värderas genom att framtida pensionsutbetalningar nuvärdesberäknas med en diskonteringsränta baserad på ett rullande femårsgenomsnitt av långa statsobligationsräntor. De senaste åren har pensionsåtagandet omvärderats både 2011 och 2013 på grund av kraftigt fallande långa statsobligationsräntor. Båda gångerna ledde det till stora engångskostnader för regionen. År 2011 belastades landstingets resultat med 80 miljoner kronor i kostnad för den extra ökningen av pensionsskulden inklusive särskild löneskatt och 2013 med 118 miljoner kronor.

Under 2013 träffade Sveriges kommuner och landsting (SKL), arbetsgivareförbundet Pacta, samt ett antal arbetstagarorganisationer en överenskommelse om ett helt avgiftsbestämt nytt pensionsavtal (AKAP-KL) för arbetstagare födda 1986 och senare. Att pensionsavtalet är helt avgiftsbestämt innebär att landstinget varje år kommer att betala ut ett belopp till medarbetaren för egen förvaltning. Pensionens storlek garanteras inte i förhand, utan är beroende av vilken förvaltning som medarbetaren valt. För landstinget blir konsekvensen av avtalet framför allt likviditetsmässig. Pensionsskulden i balansräkningen kommer på längre sikt att minska och försvinna, i takt med att allt fler går i pension. Det kommer även att leda till att regionens placeringar för framtida pensioner och likvida medel minskar över tiden.

Det är viktigt att förtydliga att omvärderingen av pensionsåtagandet inte påverkar storleken på medarbetarnas intjänade pensionsförmån, utan att skulden ökar därför att landstinget behöver reservera ett större belopp när räntan blir lägre.

Återlån

Ansvarsförbindelsen inklusive löneskatt började minska efter 2013. Det medförde att Region Jämtland Härjedalens totala pensionsåtagande inklusive löneskatt minskade 2014 och 2015. Den närmaste treårsperioden beräknas åtagandet åter öka, som följd av att pensionsskulden i balansräkningen växer.

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Pensionsskuld i balansräkningen	786	984	1 048	1 125	1 186	1 262	1 392	1 566
Ansvarsförbindelsen	2 465	2 627	2 519	2 381	2 305	2 246	2 181	2 138
Total pensionsskuld	3 251	3 611	3 567	3 506	3 491	3 508	3 573	3 704
Avgår värdepapper för pensioner	-352	-349	-379	-411	-425			
Återlån	2 899	3 262	3 188	3 095	3 065			
Avgår rörelsekapital	-302	-341	-72	117	300			
Återlån inklusive rörelsekapital	2 597	2 921	3 116	3 212	3 352			
Årlig förändring av återlån	42	324	195	96	141			

Låga eller negativa resultat under många år har inneburit att regionen har använt en del av de likvida medel, som blivit en följd av pensionskuldsökningen i balansräkningen, till investeringar i byggnader, maskiner och inventarier. Detta förfarande kallas för återlån. År 2013 ökade återlånet kraftigt på grund av den stora engångsuppskrivningen av ansvarsförbindelsen för pensioner och pensionsskulden. De senaste fem åren har regionens återlån ökat med över en miljard kronor. Ökningen av återlånen beror framför allt på de stora negativa resultaten i verksamheten och investeringsutgifter.

Det är viktigt att klargöra att utbetalningen av pensioner inte är beroende av utvecklingen av återlånet. Region Jämtland garanterar med stöd av beskattningsrätten pensionsutbetalningarna till tidigare medarbetare.

I tabellen nedan ses pensionsåtagandet inklusive löneskatt 2012–2016 samt prognos 2017-2019 i miljoner kronor.

Finansförvaltning

Förvaltning av värdepappersportföljen för pensioner

Region Jämtland Härjedalen började 1999 köpa värdepapper för att möta framtida pensionsutbetalningar. Värdepapperen ska ha liknande egenskaper som pensionsskulden, dvs. ha lång löptid och ge en real avkastning när inflationen dragits av.

I november 2013 beslutade fullmäktige att tillåta en större andel aktier i portföljen än tidigare, dock högst 50 procent av portföljens marknadsvärde. Vid utgången av december bestod värdepappers-portföljen av 4 procent realränteobligationer, 78 procent nominella obligationer och 18 procent aktier i form av fondandelar och en aktieindexobligation. Det finns även en knapp procent innehav i en alternativtillgång i form av en räntefond. Under året har det skett en flytt av värdepapper från den korta portföljen till pensionsportföljen till ett bokfört värde av 19 miljoner kronor, det har även skett ett förfall som inte återinvesteras på 5 miljoner kronor.

Förvaltningen av pensionstillgångarna följer de regler fullmäktige beslutat om, med undantag för Exportfinans fondobligation som rapporteras i likviditetsrapporterna, Region Jämtland Härjedalen har en obligation utgiven av det norska bolaget Eksportfinans. I november 2011 fick bolaget sin rating sänkt till en nivå som medför att denna placering ligger utanför Region Jämtland Härjedalens kreditlimiter enligt Placeringsreglemente för förvaltning av pensionsmedel. Kreditvärderingsinstituten motiverade sänkningen med att osäkerheten ökat om bolagets framtid, efter att en av bolagets huvudägare, den norska staten, meddelat att de planerade att avveckla bolaget under ordnade former. Den norska staten hade beslutat att själva ta över bolagets huvuduppgift – att ordna exportfinansiering för norska exportföretag. Avvecklingen av bolaget planerades ske genom att bolaget fick leva vidare tills alla dess lån och tillgångar hade förfallit, något som i enlighet med de olika lånen och tillgångarnas löptid, beräknades ske över en lång följd av år. Innan bolaget har avslutats får inga utdelningar till ägarna ske. Sedan det beslutet, har bolagets långsiktiga avveckling följt planen.

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

I Eksportfinans avvecklingsplan ingår inte någon förtida inlösen av upplåning. I Q3 rapporten för 2016 skriver företaget att avvecklingen går enligt plan och att bolagets finansiella situation fortsätter att stärkas i takt med att balansräkningen krymper. Risken för att Region Jämtland Härjedalen inte får tillbaka hela beloppet vid förfall bedöms således fortfarande vara mycket liten, både med hänsyn till bolagets solida ställning och dess exceptionellt solida ägare, med den norska staten som är en av världens finansiellt starkaste nationer.

Eksportfinans är enligt rådande bedömningskala välkapitaliserat. Av bland annat dessa skäl höjde ratinginstitutet Standard & Poor´s kreditbetyget för Eksportfinans till BBB+ i november 2016, med positiva utsikter, vilket innebär att man förutspår ytterligare höjningar av betyget längre fram i tiden. Obligationen kommer att utbetala 18 miljoner kronor i kupongröntor under återstående löptid till förfall i mars 2019. Obligationen planeras enligt Regionstyrelsebeslut att behållas i pensionsportföljen till förfall.

Under 2016 har värdepappersportföljen avkastat 4 procent och gett utdelningar/kuponger på totalt 10 miljoner kronor.

Pensionsportföljens utveckling 2016, mkr	Totalt
Marknadsvärde 31/12 2015	422,9
Marknadsvärde 31/12 2016	444,2
Orealiserad värdeförändring	3,96 %
Bokfört värde 31/12 2015	411,4
Bokfört värde 31/12 2016	425,1

Regionfullmäktige har beslutat om placeringsreglementet som anger vilka värdepapper Region Jämtland Härjedalen får placera i. Ett av syftena med placeringsreglementena är att begränsa kreditrisk, ränterisk, valutarisk och valutarisk.

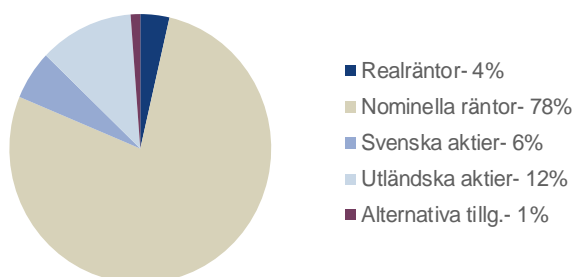
- **Kreditrisk** – att Region Jämtland Härjedalen inte får tillbaka placerade pengar när ett värdepapper förfaller, begränsas genom att placeringarna måste spridas på flera låntagare Endast låntagarna med ett högt kreditbetyg från kreditinstitut eller bank tillåts.
- **Ränterisk** – att värdepapperets marknadsvärde faller vid rörelser på

räntemarknaden regleras genom att det finns maxgränser för portföljens återstående löptid och för varje enskilt värdepapperslöptid. Ju längre återstående löptid ett värdepapper har, desto större är ränterisken. Undantaget är så kallade FRN-lån, som utbetalar rörliga kupongröntor. Per den sista december 2016 uppgick likviditetsportföljens återstående löptid till 0,4 år, portföljen är under avveckling så ingen nyanskaffning görs.

- **Valutarisk**- ingen direkt valutarisk finns, då endast placeringar i svenska kronor tillåts.
- **Aktiekursrisk**- finns inom pensionsportföljen, där aktieinnehav är tillåtet enligt policy. Därför tillåts aktier endast som en begränsad andel av portföljen, maximalt 50 procent. För att undvika nedskrivningar och oönskad resultatpåverkan är dessutom ambitionen att alltid ha en tillräcklig marginal mellan portföljens marknadsvärde och bokförda värde.

Varje månad görs en riskkontroll av pensionsportföljen där det tydliggörs hur god marginal portföljen har till sitt definierade säkerhetsgolv på 10 procent. Detta innebär att beräkningar görs över hur stor sannolikhet det är att portföljen tappar 10 procent av sitt värde de närmast 12 månaderna. Den sista december 2016 var sannolikheten att gå under skyddsnivån någon gång på ett års sikt (givet att aktuell allokering bibehålls) låg. Analysen ger en högsta tillåtna aktieexponering om 39,0 procent, aktuell aktieexponering uppgår till 18,1 procent och

understiger därmed maximal andel enligt vår riskmodell med 20,9 procent.



Vindkraftverk

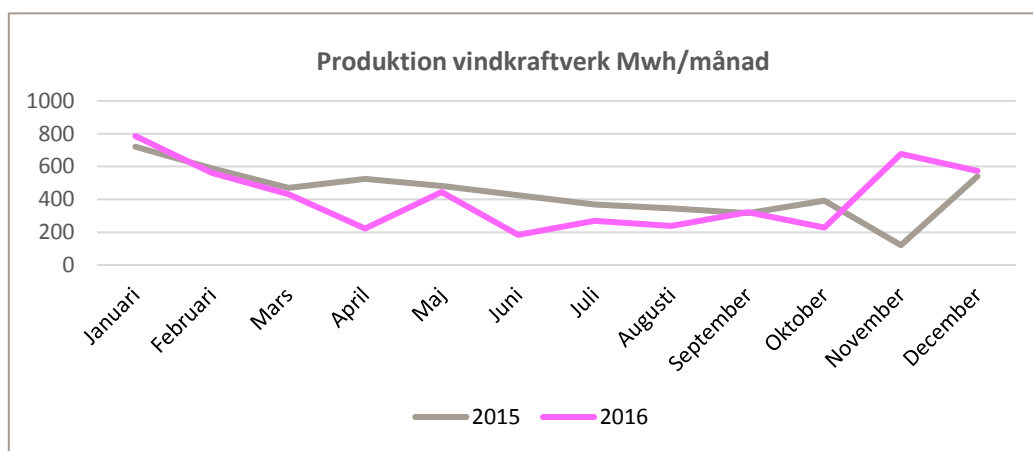
Fullmäktige beslutade år 2010 att landstinget skulle köpa ett vindkraftverk, både för att bidra till ökad andel förnybar energi i Sverige och för att sprida investeringarna för framtida pensioner på fler tillgångar än räntepapper och aktier. Vindkraftverket togs i bruk november 2014 och är placerat i Mortorp strax utanför Kalmar.

Vid en beräkning av den årliga kostnaden för vindkraftverket har en alternativränta använts. En lämplig alternativränta är statslåneräntan, som fastställs av Riksgälden. Den baseras på ett genomsnitt av längre statsobligationsräntor och

låg per 2016-12-31 på 0,36 procent. Det motsvarar en avkastning som Regionen hade kunnat få, om de avsatta pensionsmedlen hade investerats i värdepapper utgivna av svenska staten.

Vid en beräkning av vindkraftverkets resultat efter avdragen alternativränta och avskrivningar uppgick den årliga avkastningen under hela innehavstiden till 1,75 procent.

Vindkraftverket har producerat 4934 MWh under 2016 fördelat enligt diagram nedan. I november 2015 hade verket driftproblem vilket är orsak till den för årstiden låga produktionen.



Likviditet

Likviditeten består av medel i kassa och bank samt de snabbt omsättningsbara värdepapperen i den kortsiktigt förvaltade likviditetsportföljen. Likviditeten försämrades med 163,1 miljoner kronor under 2016 till 189,5 miljoner kronor. Detta innebär att under 2017 kommer likviditeten behöva förstärkas med upplåning av kapital.

Avkastning på likviditetsförvaltning

De snabbt realiserbara värdepapperen, med kort löptid, som ingår i likviditeten återfinns bland omsättningstillgångarna i balansräkningen. Målet med förvaltningen av värdepappersportföljen är att den ska utgöra en likviditetsbuffert och ge en avkastning som överstiger utvecklingen av OMRX T-bill (ett index för korta räntebärande papper) under 2016 har portföljen gett en avkastning på ca 0,32 procent. Det innebär en avkastning som var 0,03 procentenheter sämre än det årliga förvaltningsmålet om utvecklingen på indexet OMRX T-Bill + 1 procent. I kronor räknat innebär det att den kortsiktiga portföljen har avkastat cirka 16 tusen kronor under målet i år. Portföljen har gett 970 tusen kronor i utdelning/kuponger.

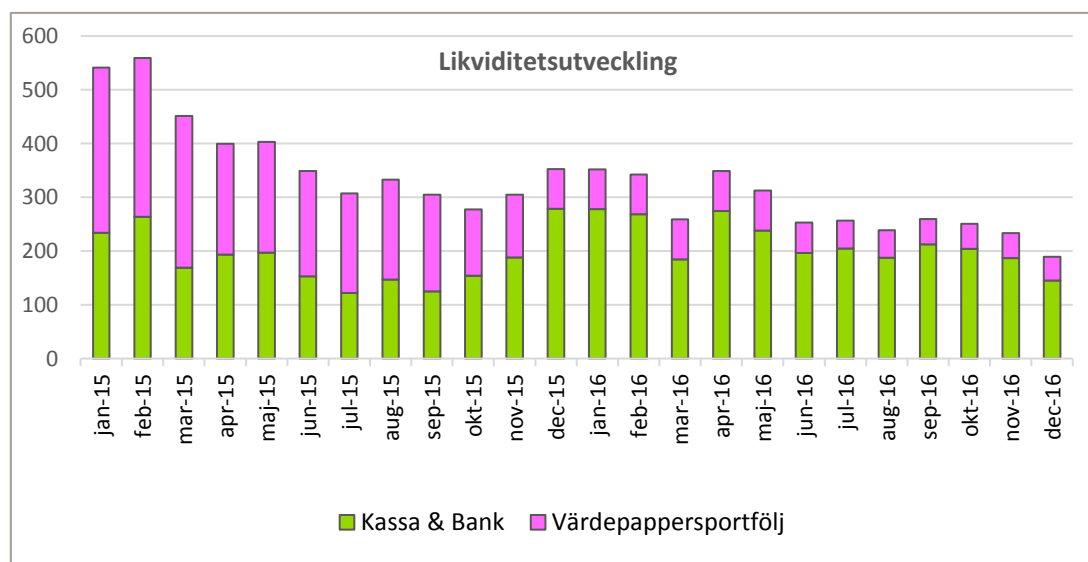
Förvaltningen av likviditetsportföljen under 2016 följde de regler som fullmäktige beslutat om, med ett undantag. I takt med att portföljen krymper kommer innehaven inte att kunna ligga inom samtliga policylimiten som gäller för

likviditetsförvaltningen som enskild portfölj, innehaven totalt sett ligger dock inom limiterna och regionen behöver inte hantera avvikelser utan accepterar att det ligger kvar i denna portfölj. Samtliga innehav i denna portfölj kommer förfalla under 2017.

Betalningsberedskap

Likviditetsrisken hanteras genom att hålla en god betalningsberedskap, för att kunna tillhandahålla medel för löpande driftsutbetalningar och investeringar skall en likviditetsreserv finnas tillgänglig. I tabellen nedan ses landstingets betalningsberedskap per den 31 december 2016 i miljoner kronor. Eftersom betalningsberedskapen inte uppfyller målet om tre dagar, kommer upplåning av kapital att genomföras under 2017.

Tillgångar 2016-12-31 (mkr)	Utfall	Mål
Kassa och bank	145	
Kortfristiga placeringar	44,5	
Checkräkningskredit	50	
Medel som kan betalas ut inom två dagar	239,5	65,0
Medel som kan betalas ut inom tre dagar	239,5	250,0



Likviditet i diagrammet motsvaras av tillgångarna i kassa och bank samt kortsiktiga placeringar.

Leasing

Antalet registrerade leasingbilar vid utgången av 2016 var 76 bilar (Fastighet är inte medräknat) Föregående år var det 73 bilar. Den totala kostnaden för leasing, skatt, och försäkring uppgick 2016 till 3,8 miljoner kronor. En minskning jämfört med 2015 som då uppgick till 4,2 miljoner kronor. En anledning till den minskade kostnaden är att fler väljer det billiga alternativet (VW Golf) och att det alternativet har en lägre månadskostnad än tidigare alternativ. Ett nytt billigare försäkringsavtal som tecknades 2016 bidrog också. Hanteringen av leasingbilar följer även en mer tydligt samordnad central hantering.

Under 2016 Beställdes 25 bilar varav 19 stycken var ersättningsbilar för bilar med utgående leasingavtal. Noterbart är att en 100-procentig elbil beställdes.

2016 lämnades 3 bilar med utgående leasingavtal tillbaka utan att en ny ersättningsbil beställdes. Nya beställningar kommer nu där man startar upp mobilverksamhet inom flera områden vilket kräver bilar, detta kommer att öka det totala antalet bilar.

System för samordning av leasingbilar finns inte och genomförs bara inom respektive enhet.

Samordning, alternativt en Bilpool ligger som uppdrag hos den nyinrättade gemensamma kundtjänsten att genomföra.

Investeringar

Måttet - självfinansieringsgrad av investeringar – mäter i vilken grad investeringar finansieras med kassaflöden från verksamheten.

Om självfinansieringsgraden uppgår till minst 100 procent innebär det att landstinget kan betala för investeringarna utan ökad belåning eller minskad likviditet.

Målet om en självfinansieringsgrad på minst 100 procent har inte uppfyllts de senaste fem åren. Det betyder att investeringsutgifterna har delfinansierats genom en minskning av likviditeten samt återlån från de anställdas pensionsavsättningar. För 2016 var självfinansieringsgraden negativ med -69 procent (år 2015 – 74 procent). Förklaringen till att självfinansieringsgraden är negativ under alla dessa år är de stora negativa resultaten i verksamheten.



Nivå på investeringar och avskrivningar

Regionfullmäktige har beslutat om ett investeringstak för 2016 om 96 miljoner kronor. 36 miljoner kronor avser fastighetsinvesteringar och 60 miljoner kronor övriga investeringar (varav 43,1 mnkr investeringar över 250 tkr, 12 mnkr för mindre investeringar under 250 tkr och 4,9 mnkr i en central pott för haverier och oförutsedda händelser).

Utfallet avseende ovan beslutat investeringstak har blivit 92 miljoner kronor. 47 miljoner kronor avser fastighetsinvesteringar för byggande av donationssal (11,6 mnkr avser externa bidrag och 5,9 mnkr inköp av fastighet) och 45 miljoner avser övriga investeringar (32 mnkr avser investeringar över 250 tkr, 10 mnkr för mindre investeringar under 250 tkr och 3 mnkr för haverier och oförutsedda händelser).

I utfallet ovan ingår inte övriga justeringar och pågående investeringar från tidigare år om 9,5 miljoner kronor och utfallet för hjälpmedel. Hjälpmedel hanteras enligt särskilda rutiner och ligger utanför investeringstaket. Budgeten för hjälpmedel är 14 miljoner kronor medan utfallet blev 17 miljoner kronor. Det totala utfallet för årets investeringar inklusive hjälpmedel, övriga justeringar och pågående investeringar från tidigare år uppgår till totalt 118,5 miljoner kronor.

Investeringar i maskiner och inventarier inom investeringstaket.

Förklaringen till den stora differensen mellan årets totala investeringar, 118,5 miljoner kronor och föregående års investeringar som uppgick till 157,6 miljoner kronor är utöver förra årets investering i Cosmic om 34,4 miljoner kronor även en mer styrd och kontrollerad investeringsprocess, i enlighet med nu gällande regelverk för investeringar.

Investeringar i fastigheter

Fastighetsinvesteringar står för 47 miljoner kronor (varav 11,6 mnkr avser externa bidrag och 5,9 mnkr inköp av fastighet). Ett budgetöverskridande om 11 miljoner kronor.

Investeringarna följer plan på ett bra sätt och alla beslutade delprojekt har startat. Många projekt är kopplade till den planerade ombyggnaden av mottagningarna på kirurgen och ortopederna på plan 6. Under året har läkarexpeditionerna på plan 5 byggts med planerad inflyttning under mars 2017. Ombyggnad av plan 8 har påbörjats

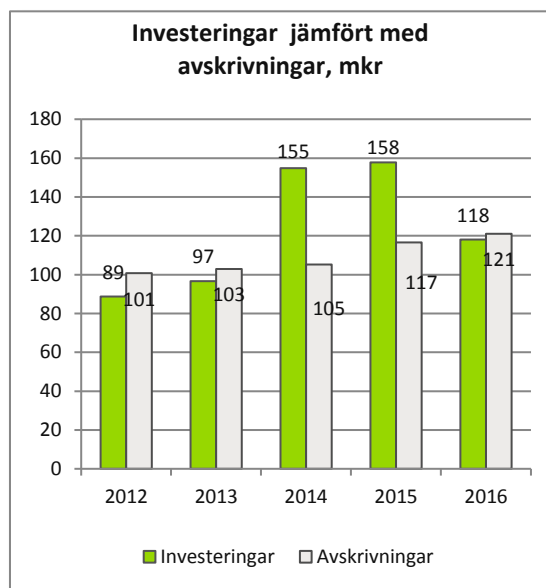
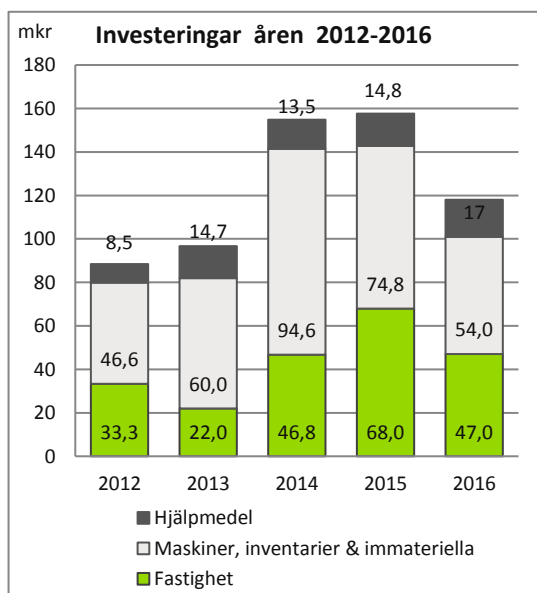
för att anpassa lokalen för att skapa effektivare lokaler för vården samt möjliggöra hemtagning av patienter från Umeå.

Donationsoperationssalen har färdigställts och finansieras i huvudsak via investeringsbidrag. I Funäsdalen har en mindre ombyggnation av hälsocentralen skett och under hösten påbörjades även en planering för ombyggnation av Svegs hälsocentral.

Ett flertal lokalanpassningar har skett för anpassning till medicinsk utrustning.

För den kommande treårsperioden planeras 100 miljoner kronor för fastighetsinvesteringar men behovet är avsevärt större för att anpassa fastigheten till vårdens utveckling. Större projekt som pågår och successivt färdigställs under perioden är ombyggnaden av plan 6 med tillhörande delprojekt.

Region Jämtland Härjedalen har under året erhållit externa bidrag för investeringar om ca 17 miljoner kronor. I diagrammen nedan syns nivåer på investeringar och avskrivningar per år och i tabellen ses hur investeringarna fördelar sig mellan förvaltningar och områden.



Tabell över investeringarna fördelat per område

Investeringar - gjorda 2016, mkr	Utfall 2016	Budget 2016 över 250 tkr + pott enligt investeringsråd	Budget från tidigare år
Maskiner, inventarier och fastighetsinvesteringar			
010 Akutvård	11,3	12,3	
012 Barn och Ungdomsmedicin	1,3	1,9	
013 Kirurg, ögon och öron	5,8	4,0	
014 Hud, Infektion och medicin	0,5	0,8	
016 Psykiatri	0	0	
017 Hjärta, neurologi och rehab	1,3	1,5	
019 Kvinna	2,3	1,3	
021 Barn och unga vuxna	0,06	0	
027 Ortopedi	0,2	0,4	
104 Folkvandvård	2,0	2,9	
166 Primärvård	2,7	1,9	
371 Diagnostik, teknik och service	25,1	25,2	11,0
600-613 Regiondirektör	3,9	3,0	
220-226 Regionala utvecklingsförvaltningen	0,4	0	
Potten för akuta investeringar		4,9	
Fastighetsinvesteringar, donationsoperationssal ingår med 5,1 mkr i utfall ej i investerings plan	41,2	35,7	
Differens mellan Redovisning och anläggningsregister, utredning pågår	-2,8		
Pågående investering	0,2		
Summa maskiner, inventarier och investeringar (investeringsrådet)	95,4	96,0	
Hjälpmiddelscentralen (ej med i investeringsråd / investeringsplan)	17,1	14	
Inköp av fastighet Myggan 1 Östersunds kommun	5,9		
Totalt gjorda och planerade investeringar	118,4		
Beslutad investeringsplan 2016 exklusive Hjälpmiddelscentralen och inköp av fastighet	96	96	

Finansiella mål

I fullmäktiges uppgifter ingår enligt kommunallagen, 8 kap 5§, att för ekonomin ange de finansiella mål som är av betydelse för en god ekonomisk hushållning. Mål för år 2016 redovisas här.

Mätetal	Mål 2016	Utfall 2016-12	Kommentar till utfall
<p>Långsiktigt hållbar ekonomi Ekonomiskt resultat efter finansnetto som procentandel av verksamhetens nettokostnader.</p> <p>Mål på lång sikt är 2%</p>	0 %	-5,0%	Målet uppnås inte.
<p>Kostnadskontroll Nettokostnadsutveckling: (Exklusive återbetalning från AFA Försäkring samt Hepatit C för att få jämförelse mellan 2016 och 2015)</p> <p>Mål på lång sikt: Ej högre än ökningen av skatter och generella statsbidrag</p>	0 %	2,9 %	Målet uppnåddes inte. Utfallet är dock klart lägre än nettokostnadsutvecklingen 2015.
<p>Avtalstrohet Mål på lång sikt: minst 95 %</p>	Minst 90 %	91%	Målet för 2016 är nått.
<p>Investeringsstak</p> <p>Mål på lång sikt är att självfinansieringsgraden av investeringar ska vara 100 %.</p>	96 mnkr	92 mnkr - 69 %	<p>Investeringsstaket 96 mnkr klarades. Utfallet blev 92 mnkr.</p> <p>Målet uppnåddes inte.</p>

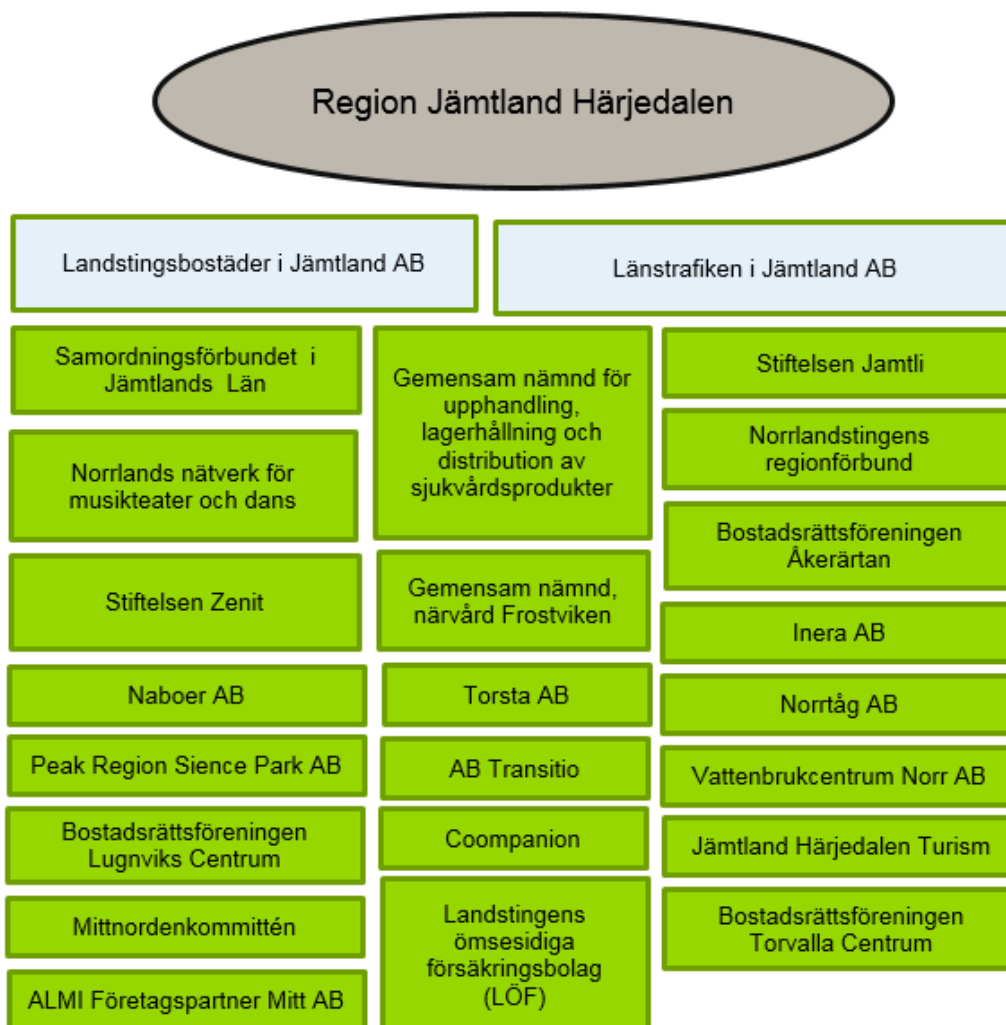
Engagemang i bolag och stiftelser

Förvaltningsberättelsen ska enligt kommunallagen även omfatta verksamhet som bedrivs genom andra juridiska personer i form av till exempel aktiebolag och stiftelser.

Landstingets verksamhet kan bedrivas i annan form än inom förvaltningsorganisationen om effekten blir större för landstingets vision och att medborgarnytan är högre än om verksamheten bedrivits inom den egna organisationen. Samverkan med andra kan ibland vara ett alternativ.

Proportionell konsolidering har använts i enlighet med RKR 8.2 Sammanställd redovisning. Det innebär att endast ägd andel av koncernföretagens räkenskapsposter medtas i den sammanställda redovisningen.

Helägda bolagen Landstingsbostäder i Jämtland AB och Länstrafiken i Jämtland AB har konsoliderats. Övriga engagemang i olika organisationer redovisas nedan i text.



Koncernfakta	Enhet	2015	2016
Landstingsbostäder i Jämtland AB			
Omsättning	mkr	28,5	28,4
Landstingets andel	%	100,0	100,0
Resultat	mkr	1,7	3,0
Rörelseresultat	mkr	3,3	4,6
Eget kapital	mkr	21,1	24,0
Balansomslutning	mkr	76,1	82,6
Soliditet	%	29,9	31,1
Antal anställda, medeltal	st	3	3
Länstrafiken i Jämtland AB			
Omsättning	mkr	487,4	484,9
Landstingets andel	%	100,0	100,0
Resultat	mkr	0,0	0,0
Rörelseresultat	mkr	2,6	8,2
Eget kapital	mkr	8,0	8,0
Balansomslutning	mkr	36,5	49,4
Soliditet	%	18,6	17,0
Antal anställda, medeltal	st	27,0	25,0

Landstingsbostäder i Jämtland AB

För 2016 redovisas ett plusresultat på knappt 3 miljoner kronor.

Landstingsbostäder i Jämtland AB är ett allmännyttigt bostadsbolag som ägs helt av Region Jämtland Härjedalen. Genom ägardirektiv tydliggörs landstingets intentioner utöver vad som framgår av gällande bolagsordning. Bolagets verksamhet ska bedrivas för landstinget, i första hand, i rekryteringsbefrämjande syfte. Styrning sker i form av avkastningskrav

Verksamheten är lokaliserad inom tre områden: centrala staden 241 lägenheter, Solliden med 101 lägenheter, Mariedal med 118 lägenheter samt Ås inom Krokoms kommun med 7 lägenheter. Totalt 467 lägenheter med en sammanlagd lägenhetsyta om 30 970 kvm. Dessutom finns 231 garage och 156 bilplatser. Bolaget äger vidare 11 bostadsrättslägenheter i 8 föreningar, varav en lägenhet i Åre kommun, en lägenhet i Funäsdalen och övriga i Östersunds kommun.

Flyttningsfrekvensen är fortsatt hög inom bolaget och ligger på 21 procent under 2016. Då ingår inte de 16 lägenheter som Region Jämtland Härjedalen hyr av bolaget och i sin tur hyr ut möblerat för korttidsboende och i några fall direkt till olika enheter inom sjukhuset. Bolagets verksamhet ska bedrivas för ägaren, i första hand, i rekryteringsbefrämjande syfte och vid

uthyrning ska fastställd prioriteringsordning (4 prioriteringsgrupper) gälla. Under året har 284 ansökningar registrerats och 109 (107) bostadsansökningar förmedlats, i princip alla inom prioritetsgrupp 1-3. Samtliga i prioriteringsgrupp 1 som är nyanställd inflyttad svårrekryterad personal som sökt lägenhet har fått erbjudande om lägenhet.

Åldersstrukturen i beståndet präglas av hög andel fastigheter byggda under åren 1950-1970 varför bolaget fortsätter att underhålla i hög utsträckning. Den höga omflyttningen medför också fortsättningsvis omfattande kostnader för det löpande lägenhetsunderhållet. Många badrum renoveras även årligen då de är i behov av upprustning för att undvika fuktskador.

Bolaget följer viljeinriktningen i Region Jämtland Härjedalens miljöpolicy i sin verksamhetsutövning. I all upphandling har stor vikt lagts vid att de företag som skall utföra arbete för bolagets räkning har dokumenterade miljöprogram och också metoder och rutiner för uppföljning av dessa. Bolaget har en miljöpolicy och miljöplan i tillämpliga delar enligt ISO 14001 och EMAS. Lagbevakning inom miljöområdet görs fyra gånger per år och miljöplanen uppdateras årligen. Styrelsen beslutar om nya mål vart annat år.

Bolaget tillämpar redovisningsreglerna K3 från 2014, således tillämpas komponentavskrivning på byggnader.

Vid förhandlingar med Hyresgästföreningen Region Norr i början av 2016 beslutades om hyreshöjning med 0,75 procent för bostäder från och med 1 juli 2016. Den här hyresnivån gäller fram till 1 april 2017, nya hyresförhandlingar påbörjas under februari 2017. Bolaget har fortfarande lägre hyresnivåer än den stora allmännyttan på orten som är Östersundshem och målet är att närma sig Östersundshems hyresnivåer. Detta för att kunna fortsätta underhålla fastigheterna efter behov samt förbättra avkastningen på bolaget enligt ägarnas krav.

Länstrafiken i Jämtlands län AB

För 2016 redovisas ett nollresultat

Trafikkostnaderna har totalt sett varit lägre än budget med 1,2 miljoner kronor, trots att utfall för index varit högre än beräknat. Bolaget har inte uppfyllt finansieringsgraden på 46 procent utan utfallet blev 37 procent.

Länstrafiken bedriver allmän kollektivtrafik med buss och bil samt tåg inom Jämtlands län samt interregional trafik i norrlandsläna. Verksamheten omfattar också godstrafik med terminaler i Östersund, Sveg och Strömsund samt 53 godsombud runt om i länet under namnet Bussgods.

Väsentliga händelser under året har varit att

- Stadstrafikavtalet med operatören Nettbuss Stadsbussarna AB startade i juni. De vann också upphandlingen av receptionen Busstorget i Östersund. Den största upphandlingen för Länstrafikens del startades under hösten för Buss 2018 som omfattar 6 kommuners Länstrafik.
- Ett projekt startades under året där målet är att 2019 trafikera en linje i staden med 6 elbussar. I projektet deltar förutom

Östersunds Kommun och Länstrafiken, Krokoms Kommun, Jämtkraft, Nettbuss Stadsbussarna och Region Jämtland Härjedalen. Slutgiltigt beslut om finansiering är inte taget ännu.

- Det har skett stora förändringar av upphandlad Landsbygdstrafik mellan åren. Ett projekt kallat Projekt Egen Regi startades för att analysera Buss 2010- avtalet och komma med förslag till bolaget och sedan Region Jämtland Härjedalen om det är realistiskt eller ej att helt eller delvis köra den trafiken i egen regi. Projektet avslutades i februari 2016. Länstrafikens styrelse var positiv till att köra delar av trafiken i egen regi i framtiden men Region Jämtland Härjedalen beslutade att Buss 2018 ska upphandlas.
- Regionfullmäktige beslutade i november att Länstrafikens verksamhet ska fortsätta bedrivas i bolagsform tills vidare.
- Kontantfritt infördes den 22 augusti ombord på Länstrafikens bussar. Skälet var ökad säkerhet för busschaufförerna.
- Nya resealternativ, priser och busskort har införts.
- Bussgods verksamheter har under flera år gått med förlust. Trots en satsning under vintern på ökad försäljningsaktivitet visar resultatet för 2016 en fortsatt minskning av antal försändelser. Liknande tendenser finns i andra närliggande län. Presidiekonferensen för de fyra norrlandsläna i februari 2016 gav cheferna i uppdrag att genomföra en utredning och komma med förslag till en gemensam lösning av Bussgodsfrågan. Förslaget blev att de fyra läna gemensamt bildar ett bolag, Bussgods Norr AB. Bolaget ska bildas under 2017 och verksamheten starta 2018. Samtliga län har fattat beslut om detta förslag 2016.
- Ny VD för om 20170101 är Per-David Wennberg.

Länstrafiken i Jämtlands län AB Mål	Målet uppfyllt	Kommentarer
Restidskvot tåg-bil högst 0,8	Nej	Storlien – Östersund 0,84 Duved- Östersund 0,86 Sundsvall- Östersund 0,95
Kollektivtrafikens marknadsandel ska öka	Nej/Ja	Länstrafiken mål 8,5%, utfall 7%, Tätortstrafiken mål 15,5%, utfall 16%
Minskade nettoutsläpp av CO2	i.u.	Mål 0,66, utfall saknas för 2016. Kommer i februari 2017
Antal resor ska öka med 5%	Ja	Länstrafiken + 11,8% och Tätortstrafiken +9,6%
Länstrafiken erbjuder resealternativ som passar mina behov, andelen ska öka.	Nej	Länstrafiken mål 21,5% utfall 17%. Tätortstrafikens mål 45,5 utfall 43%
Tillgänglighet i den allmänna kollektivtrafiken ska öka	Nej	Andelen fordon med låggolv eller hiss i tågtrafik, interregionaltrafik och tätortstrafik är 100%. I stomlinjetrafiken finns för närvarande 25 fordon med låggolv/hiss. Beräknas vara i trafik t o m slutet av 208, då ny avtalsperiod börjar.
Nöjdhet med färdtjänstresa	Ja	Ska uppgå till minst 90%, utfall 96%
Länstrafikens självfinansieringsgrad ska öka, mål 2016 47 %	Nej	Utfall 37 %

Övriga organisationer

Norrtåg AB

Bolaget uppvisar ett o-resultat. Omsättningen uppgick till 269,6 miljoner kronor. Den ackumulerade skulden till ägarna har ökat från 21,3 miljoner kronor till 24,7 miljoner kronor. Minskade elkostnader, räntekostnader och ett lägre behov av reservfordon och en planerad utbyggnad av verkstaden i Umeå har totalt gett en lägre trafik kostnad på 9,9 miljoner kronor. Det i sin tur har minskat ägarnas medfinansiering med 4,9 miljoner kronor mot budget 2016.

I ägardirektivet framgår att bolaget skall för ägarna bedriva persontrafik med tåg på dag i respektive län (regional) samt mellan länen och angränsande län enligt överenskommelse med staten/Trafikverket. Därutöver ska bolaget tillhandahålla tågfordon och en verkstad.

Under året har övertagande av trafik med nytt trafikavtal skett med startdatum 2016-08-20. Den nya operatören är Tågkompaniet och har ett nytt trafikavtal som löper i 10 år. Bolaget har under året arbetat aktivt för att ha en rationell och effektiv övergång från avträdande operatör till den nya operatören. Övergången har gått bra och utan större besvär för resenärerna men den totala trafik kostnaden har ökat.

Tillsammans med ägare och länstrafiken har ett arbete initierats. Målen och riktlinjerna i

strategiplanen bildar grund för utvecklingen och förvaltningen av kollektivtrafiken och anger samtidigt hur tågtrafiken ska bidra till att förverkliga målen som ett väl sammanhållet trafiksystem för Norrlandsläna. Strategin bildar ett underlag för två huvudområden, dels för trafikering/ infrastrukturplanering, dels för en dialog kring tågtrafikens roll i ett bredare samhällsutvecklingsperspektiv.

AB Transitio

För 2016 redovisas ett minusresultat på 453 000 kronor. Ifjol var resultatet -87 000 kronor. Bolagets omsättning har varit 0,5 miljoner kronor. Balansomslutningen 3,1 miljoner kronor.

År 2006 behövde Länstrafiken tåg för trafiken på Mittlinjen. Ett antal landsting hade några år tidigare startat ett bolag, Transitio AB, för upphandla och finansiera tåg. Genom att bli delägare i bolaget kunde Länstrafiken nyttja Transitios sakkunskaper och möjlighet att skaffa finansiering. Villkoret för att bli delägare var att Länstrafikens huvudmän tecknade en solidarisk borgen för hela bolagets åtaganden. Beloppet uppgick till 8 miljarder kronor. Varje landsting har regressrätt mot övriga landsting. Därigenom behöver respektive landsting bara bära kostnaderna för sin del av avtalen.

Totalt solidarisk borgen, proprieborgen och estimerad termineringskostnad blir för Region Jämtland Härjedalen 313,7 miljoner kronor.

Stiftelsen Jamtli

För 2016 redovisas ett minusresultat på 1,5 miljoner kronor. Omsättningen har varit 82,2 miljoner kronor och balansslutningen 31,7 miljoner kronor. Soliditet 22,0 procent.

Ekonomiskt blev 2016 betydligt sämre än förväntat. Lågt besökstal under sommaren och stora nysatsningar under året har bidragit till detta. Jamtli har också haft en pressad likviditet på grund av de stora byggprojekten med konstmuseiflygel och nya bostäderna.

Stiftelsen ska förvalta samlingar och markområden och hålla dem tillgängliga för allmänheten. Stiftelsen ska inom Jämtlands län bedriva och främja kulturminnesvård och museal verksamhet och närstående kulturell verksamhet.

Stiftelsen Jamtli är ett moderbolag med 5 dotterbolag. Dock upprättas ingen koncernredovisning i enlighet med bestämmelserna i Årsredovisningslagen 7:3.

Under året valde Jamtli att ha entréfritt tio månader under året, precis som de statliga museerna, och ett något högre entrépris till sommaren Jamtli Historieland. Jamtli fick inte väsentligt fler besökare under lågsäsongen och under stora delar av sommaren var besökstalet alltför lågt.

Den nya entrépolicyn blev en lärdom att Jamtli redan är duktiga på att attrahera besökare och det finns inte så många fler att locka in med gratis entré. Det finns också en psykologisk spärr för entrépriset under sommaren, trots att besökare uttrycker att en dag på Jamtli Historieland är värd varenda krona.

I slutet av året fick Jamtli klartecken att kunde sätta igång med bygget av ett konstmuseum som ska inrymma en satellitverksamhet för Nationalmuseum i Stockholm. Under året har det förberetts för att bygget av det nya huset ska kunna påbörjas under 2017 och kunna invigas försommaren 2018.

Samtidigt med det nya muséet valde Jamtli att ta ställning, ta plats i samhällsdebatten och satsa långsiktigt genom att bygga bostäder på Jamtlis område. Jamtli bygger nio småhus, i egen regi, samt åtta hus som Östersundshem placerar i samma område. I slutet av året började bygget och successivt under 2017 kommer husen att stå klara. När alla husen är inflyttningsklara kommer det kunna bo ca 50 personer på Jamtliområdet.

Under året har Jamtli investerat i en ny etablering av 1950-tals miljö: banvaktsstugan Nyvik som ett tillskott till sommaren Historieland. Men också som en ny miljö för minnestimuleringsverksamhet och på övervakningen en volontärverkstad för statistikverksamhetens textilrekvisita.

I samarbete med Jämtlands gymnasium har Jamtli etablerat ett metodkök i Milkolandbyggnaden och en helt ny klasslokal i anknäring här till. För Historielands fordonspark förvärvades ett stort tält som kan klimatstyras under året.

Strategiska insatser har gjorts under året för att bidra till Tekniklands utveckling. Jamtli har förvärvat mark mellan flygfältet och E14 som skapar möjlighet för Teknikland att växa. Jamtli har också arbetat för att få in fler delägare i bolaget och målet är att samla alla aktiva i och omkring flygfältet i samma organisation.

Jamtlis uppföljning av målen i huvudmannadirektiven:

Antal besökare på Jamtli ligger i intervallet 180-210 000 under året	Målet är uppfyllt. Utfall 199 478 besökare under 2016.
Stiftelsen ska sträva efter att uppnå 2/3 egenfinansiering.	Stiftelsen strävar mot målet, som inte är helt uppfyllt, men de kommersiella delarna av verksamheten har ökat sina intäkter under 2016.
Stiftelsen strävar efter att vara ledande inom utveckling av kulturarvspedagogisk verksamhet och barn- och ungdomar är en prioriterad grupp	Målet uppfyllt
Stiftelsen bidrar till hållbar regional utveckling genom att aktivt verka för demokratiskt, social, ekonomisk och ekologiskt hållbar utveckling	Målet uppfyllt
Utveckla samverkan och öka den sociala gemenskapen för främjande av kulturell mångfald, demokratiskt medborgarskap och geografisk spridning av kulturutbud	Målet uppfyllt
Stiftelsen bidrar genom sin verksamhet till att öka intresset för konst, foto och samtida uttryck samt för historia, natur, kulturarv och hembygdsvård	Målet uppfyllt

Torsta AB

Det preliminära resultatet för 2016 visar på en vinst på 0,6 miljoner kronor före bokslutsdispositioner.

Omsättningen har varit 41,4 miljoner kronor och balansomslutningen 13,0 miljoner kronor.

Ägarnas målbeskrivning för bolaget enligt ägardirektivet och resultat för 2016

Högst rikspriser på Gymnasieutbildningarna (211 106)	2016 137 kr i vägt snitt
Resultat 3-5% och soliditet på 5-15%	Resultat 1,3% och soliditet 16%
Attraktiv utbildningsanordnare	Ja, fler elever
Kompetens inom jord, skog och vattenbruk	Ja
Vara en inspirationskälla för landsbygdsutveckling	Ja, men kan alltid bli bättre
Ta till vara möjligheter som finns i EU fondprogram	Ja och flera ansökningar inne för beslut
Nära samverkan med näringslivet	Ja

Ett antal åtgärder har genomförts både under hösten 2015 och våren 2016 för att förbättra resultatet och vända den negativa trenden. Bland annat har antalet anställda minskats på utvecklingsavdelningen både av ekonomiska skäl men även för att kunna ta in ny kompetens för att möta framtidens behov.

Beslut att inte anta nya elever på hästinriktningen på gymnasiet togs av JGY under våren 2016. Detta innebär ett försämrat resultat under 2017 och halva 2018 med lägre intäkter eftersom antalet elever är få, men kommer att leda till en stor besparing när dessa elever gått klart sin utbildning.

Även 2016 har det varit mycket fokus på att marknadsföra gymnasieutbildningarna. Trots lyckat resultat med en ökning av antagningar till årskurs 1 med 24 procent anser dock ledningen att det behöver bli ett ännu bättre strategiskt arbete och har från och med den 1 januari 2017 anställt en marknadsföring / kommunikationschef på 50 procent.

I restaurang- och konferensdelen ökar ständigt antalet externa lunchgäster, i genomsnitt 26 per dag under 2016 jämfört med 17 per dag under 2015, och antalet konferenser ökar.

Krokoms kommun har gett ett positivt besked angående finansiering av ombyggnad av ladugård vilket beräknas genomföras 2017. Investeringen är väsentlig för att få en långsiktig hållbar

ekonomisk situation för gårdsbruket och för att hålla en bra undervisning på lantbruk. Mjölkkrisen har förbättrats under hösten.

Peak Region Science Park AB

Ingen årsredovisning har inkommit till Region Jämtland Härjedalen 2016.

Vattenbrukcentrum Norr AB

Företaget redovisar ett underskott på 0,1 miljoner kronor för 2016. Nettoomsättningen har varit 5,7 miljoner och soliditeten är 58,3 procent (inklusive obeskattade reserver blir soliditeten 81%).

Vattenbrukcentrum Norr AB (VBCN) driver tillsammans med Sveriges Lantbruksuniversitet (SLU) avelsprogram för röding och regnbåge. Forskning- och försöksverksamheten sker i bolagets anläggning i Kälarne. SLU står för den genetiska kompetensen och den forskningsmässiga ansatsen. Vattenbrukcentrum ansvarar för den dagliga driften och utför delar av det centrala i avelsprogrammen. Även näringen har en aktiv och betydande roll i avelsprogrammen.

VBCN ser i stort ljus på framtiden trots att finansieringen av avelsprogrammen för regnbåge och röding är ett orosmoment.

Anläggningen är i fortsatt behov av stort underhåll. Att förbättra anläggningen och arbetsmiljön sker kontinuerligt och under 2017 kommer ett förebyggande arbete göras för att minska extern smittorisk. Konsultverksamheten beräknas öka något under 2017. Vattenbrukcentrum fortsätter ansvara för den operativa driften av branschorganisationen Matfiskodlarna men förväntar också mindre uppdrag inom den nationella handlingsplanen.

ALMI Företagspartner Norr AB

Almi redovisar ett underskott för 2016 på 0,04 miljoner kronor mot budgeterat underskott -2 miljon kronor. Företaget har haft en omsättning på 30,5 miljoner kronor, en balansomslutning på 22,0 miljoner kronor och soliditeten är 80,8 procent.

Almikoncernens uppdrag är att bidra till hållbar tillväxt och innovation genom att förbättra möjligheten att utveckla konkurrenskraftiga företag såväl nationellt som globalt. Almis verksamhet ska utgöra ett komplement till den privata marknaden avseende företags behov av finansiering och rådgivning. Koncernens verksamhet är organiserad i tre affärsområden - Lån, Riskkapital och Rådgivning. Almi Företagspartner Mitt AB är ett regionalt dotterbolag med verksamhet inom två affärsområden - Lån och Rådgivning. Bolaget har

sitt säte i Jämtlands län, Östersund kommun och verksamheten bedrivs i Åre, Örnsköldsvik, Härnösand, Sundsvall och Östersund.

Mål och måluppfyllelse av ägaranvisning

Förädlingsvärdet för bolagets kunder ska utvecklas bättre än för jämförbara företag i regionen	Målet uppnått
Minst 90 % av bolagets kunder ska rekommendera Almi	94% målet uppnått
Andelen kvinnor och personer med utländsk bakgrund ska, avseende antal lån samt andel kunder inom rådgivningsverksamheten, vara högre än den procentuella andel av antalet företag bland dessa grupper i regionen	Målen uppnådda
Medarbetarnas totalbetyg i den årliga medarbetarundersökningen avseende bolaget som arbetsplats ska vara minst 4,0 på en 5-gradig skala	4,4. Målet uppnått
Bolaget ska sträva efter god mångfald bland medarbetarna. Bolagets styrelse ska därför fastställa långsiktiga mångfaldsmål avseende medarbetarnas ålder, etnicitet och genus	Målet uppnått
Andelen kundtid ska uppgå till minst 80 procent	82%. Målet uppnått
Bolagets styrelse ska fastställa mål avseende antal unika kunder och antal leveransmoduler inom affärsområde Råd samt antal lån och nytulningsvolym inom affärsområde Lån. Målen ska tas fram i samråd med ansvariga på moderbolaget	Lån –utfall 128 miljoner i nytulning mot mål 150 miljoner. Mål antal lån var satt till 288, utfall 278 lån Almi Mitt har högst effektivitet i koncernen med 4,6 lån per finansieringsrådgivare och månad, mål 4. Rådgivning – Utfall 1 759 leveranser

	mot mål 1 671 leveranser
Fritt eget kapital i bolaget ska uppgå till en nivå som motsvarar 3 till 6 månaders driftskostnader	8,3. Målet uppnått
Avkastningen i låneverksamheten ska under en period på rullande 12 kvartal vara minst 2 %	5,15% avkastning i låneverksamheten rullande 3 år

Under året har det utförts tillväxtprocesser med 155 företag i syfte att identifiera tillväxthinder och genomföra affärsutvecklingsinsatser, coaching och strategigrupper.

243 innovativa idéer prövades under 2016, av dessa gick 198 vidare till utvecklingsfas och slutligen arbetar man med 77 (31%) av dessa idéer i kommersialiseringsfasen.

Efterfrågan på lån av Almi har varit fortsatt hög

Naboer AB

Omsättningen i bolaget 2016 är 1,9 miljoner kronor och resultatet blev ett överskott på 6 886 kronor. Likviditeten i bolaget har under året varit god och även soliditeten som slutade på 76,0 procent. Balansomslutningen var 3,1 miljoner kronor.

En betydande del av Naboer ABs gränsöverskridande verksamhet bygger på samarbete inom nätverk av offentliga instanser, föreningar och företag inom Jämtlands län och de båda fylkena i Tröndelag samt på produktutveckling som en följd av våra nätverkssamarbeten.

Bolaget arrangerade årsstämman/generalförsamling den 11 maj på Frösö Park i Östersund. Där valdes även en ny styrelse i Naboer AB.

Under Naboer AB:s projektägarskap startade i januari ett svensk-norskt samarbetsprojekt som byggts fram utifrån de behov som uttryckts från fjällnätverken. Det är ett treårigt interregprojekt "Fjällkunskap-den del av vårt natur och kulturarv". Projektet handlar om att i huvudsak till unga och fjällets gäster, sprida Fjällkunskap ur olika aspekter och teman. Kunskapspridningen sker både i fjällmiljö, tätorter och digitalt miljö med lite nya metoder och konstellationer. Det är totalt 19 olika medfinansierare involverade och ännu fler samarbetspartners. Projektet består av en mängd olika aktivitetsområden. Dessutom är Naboer AB involverade i många andra sammanhang som berör fjällfrågor.

Arbetet med att vidta åtgärder för St Olavsloppet långsiktiga utveckling har fortsatt. Planen är att svenska delen av St Olavsloppet i samverkan med partners, 2017 bildar en förening och även ett aktiebolag. Därigenom blir de inte heller så beroende av Naboer AB's support på olika sätt. Allt enligt den plan bolaget jobbat för de senaste åren.

Jämtland Härjedalen Turism

Resultatet uppgår till 73 106 kronor före skatt och 56 411 kronor efter skatt. Soliditeten uppgår till 48 procent. Balansomslutning var 5,5 miljoner kronor och omsättningen 11,5 miljoner kronor.

Jämtland Härjedalen Turism ekonomisk förening (JHT) är samverkansplattformen för utveckling av besöksnäringen i Jämtland Härjedalen. JHT företräder regionens besöksnäringar i nationella och internationella sammanhang och samverkar med regionens destinationer, turistföretag, företrädare för offentlig sektor och intresseorganisationer med flera.

Till grund för arbete som bedriv inom regionens besöksnäring ligger strategin för besöksnäringen i Jämtland Härjedalen med visionen "Jämtland Härjedalen- ledande på naturbaserade upplevelser" och med "Ansvar" som värdegrund. I strategin finns ett antal mätbara mål med den övergripande målsättningen att utvecklingen ska vara i nivå med den nationella och att Jämtland Härjedalen år 2030 ska vara en av de tre regioner med starkast utveckling.

Prioriterade insatsområden för att nå strategin vision och mål är:

- Hållbara destinationer
- Reseansledningar
- Infrastruktur och tillgänglighet
- Marknadskommunikation
- Kompetensutveckling

Vid 2016 års Guldgala utsågs JHT tillsammans med Visita och Etour Peter Ekholm Snötåget / Inlandsbanan till Årets Turismföretagare. Pristagaren är därmed också Jämtland Härjedalens nominerade till Stora turismpriset 2017.

Coompanion

Bolagets har haft en nettoomsättning på 2,5 miljoner kronor, ett positivt resultat på 89 400 kr och en soliditet på 62 procent. Balansomslutningen var 1,0 miljoner kronor.

Coompanion Jämtlands läns grunduppdrag om nyföretagande och medlemstjänster bedrivs genom följande affärsområden på regional (och nationell) nivå:

- Företagssamverkan
- Vård- och omsorg
- Arbetsintegrering socialt företagande
- Landsbygdsutveckling
- Sociala innovationer
- Samhällsentreprenörskap

Projektverksamhet

- SPIRA (ESF). Syfte att bredda arbetsmarknaden och inkludera fler i arbete genom att skapa förutsättningar för arbetsintegrering sociala företag att bli hållbara och öka kunskaperna om dessa.
- MOA (ERUF). Hjälpa företag (särskilt kooperativa) inom den sociala ekonomin/civilsamhället att finansiera nystart, tillväxt och utveckling genom lån eller krediter.
- MIKROFONDEN Z. Mikrofonden hjälper till med finansiering genom att erbjuda garantier och finansiering till föreningar, kooperativ, samfund, sociala företag, stiftelser, byalag, utvecklingsgrupper och entreprenörer på landsbygden i Jämtlands län.
- GRENI 2 (Inter Reg) Grönt entreprenörskap och innovationssystem i mitt-Norden.
- RESENS (Inter Reg) Regional utveckling och samhällsentreprenörskap i Norge-Sverige.
-

Under året har Coompanion genomfört ett stort antal informationsinsatser, egenanställningsrådgivningar och deltagit vid flertalet konferenser, möten och workshops arrangerade av andra parter. Coompanion har även deltagit i Strukturfondspartnerskapet och i partnerskapet för Landsbygdsprogrammet. 2016 har också inkluderat flertalet insatser där Coompanion sålt tjänster för processledning, främst genom metoderna Open Space och OPERA till bland annat Länsstyrelsen, Östersunds kommun, Region Jämtland Härjedalen och Östersundshem.

Kommunalförbund

Norrandstingens regionförbund

För 2016 redovisas ett minusresultat på 0,1 miljoner kr, vilket föreslås balanseras i ny räkning. Omsättningen har varit 26,0 miljoner kronor, balansomslutningen 18,0 miljoner kronor och soliditeten är 12,6 procent.

Region Norrbotten, Landstinget Västernorrland, Region Jämtland Härjedalen och Västerbottens läns landsting (fortsättningsvis kallade Norrandstingen), har sedan 2005 ett gemensamt kommunalförbund, Norrandstingens regionförbund. I den antagna förbundsordningen

anges att regionförbundet ska vara ett samverkansorgan i norra sjukvårdsregionen för Norrlandstingen i syfte att tillvarata och utveckla gemensamma intressen inom hälso- och sjukvård, utbildning och forskning och därmed sammanhängande verksamheter.

Vidare anges att Norrlandstingen har ett gemensamt ansvar för planering och samordning av region- och rikssjukvård, utbildning och forskning utifrån ett behovs- och befolkningsperspektiv.

Regionförbundet har getts befogenheter att avtala om riks- och regionsjukvård. Sedan 2011-12-07 har regionförbundet också ansvar för Regionalt cancercentrum Norr och befogenhet att besluta om den regionala utvecklingsplanen för cancervården, inklusive nivåstrukturerings inom cancervården på regional nivå. Budgetering och kostnadsansvar för region- och rikssjukvård ligger på respektive landsting/region. På folkhälsoområdet har förbundet enligt förbundsordningen ansvaret att ta fram strategiskt underlag för folkhälsoinriktade åtgärder i ett norrlandsperspektiv.

Under året har en metod för kostnadsjämförelser godkänts av Förbundsdirektionen. Därmed har båda uppdragen om metodutveckling enligt den reviderade ersättningsmodellen som antogs 2014 och började tillämpas 2015 fullföljts. Förbundsdirektionen har också under året 2016-06-01 § 44, beslutat om vissa förtydliganden i ersättningsmodellen vid eventuell kapacitetsbrist vid NUS.

Föregående Förbundsdirektion initierade ett uppdrag om att belysa NRFs framtida roll. Uppdraget fullföljdes inte då Indelningskommittén aviserade ett förslag om ny länsindelning. Frågan om NRFs framtida roll blir åter aktuell att belysa då denna nya länsindelning inte blev aktuell.

Vid Regionalt cancercentrum Norr har stödet till norrlandstingen i arbetet med standardiserade vårdförlopp inom cancervården och arbetet med revidering- och uppföljning av den regionala utvecklingsplanen för cancervården och varit stora uppdrag under året.

Förbundet har under året fortsatt varit engagerat i samverkan för utveckling inom diagnostik. Forskningssamverkan i regionen har utvecklats ytterligare.

Forskning och utbildning är helt centrala delar i kompetensförsörjning. Förbundsdirektionen har tidigare identifierat kompetensförsörjningen som

helt avgörande för att norrlandstingen skall kunna utföra sitt uppdrag för medborgarna.

Förbundsdirektionen beslutade 2016-03-02 § 11 att bedriva ett gemensamt projekt för utveckling av sjukvårdssystemet med Primärvården i fokus.

Samverkan kring nära vård på distans fortsätter.

Baserat på behov framförda inom landstingen/regionen, har den regionala samverkansgruppen för kunskapsstyrning (RSK) tillsammans med Registercentrum Norr (RCN) initierat ett utvecklingsarbete i ett avgränsat pilotprojekt (Norrlandstingens uppföljning och Analys – NORA).

Kommunalförbundet Norrlands nätverk för musikteater och dans (NMD)

För 2016 redovisas ett plusresultat på 62 800 kronor. Omsättningen har varit 11,6 miljoner kronor, balansomslutningen 0,8 miljoner kronor och soliditeten uppgår till 45,0 procent.

NMD – är ett kommunalförbund bildat av landstingen i Norrbotten, Västerbotten, Västernorrland och Jämtland. I NMD ingår en barn- och ungdomsoperaensemble inom Estrad Norr i Östersund, Norrdans i Härnösand, NorrlandsOperan i Umeå samt Piteå Kammaropera.

NMD:s intäkter består dels av ett statligt verksamhetsbidrag, som uppgår till 10,8 miljoner kronor, samt ett regionalt verksamhetsstöd på 804 000 kr. Det statliga verksamhetsstödet fördelas till de fyra ingående ensemblerna i relation till hur målen för turnéstöd och tillgänglighet uppfylls. Hela bidraget fördelas för respektive budgetår och kan därmed inte generera vare sig över- eller underskott i kommunalförbundet.

Det regionala verksamhetsstödet är avsett för administrativa kostnader för styrelse, koordinator med mera. Denna del budgeteras separat och kan ge över- eller underskott.

NMD:s uppdrag är att:

- Medverka till att musikteater och dans blir tillgänglig för alla i Norrland
- Administrera till NMD givna gemensamma bidrag
- Etablera NMD lokalt och regionalt samt utveckla nationella och internationella kontakter
- Övergripande koordinera de i förbundet ingående konstnärliga enheterna.

Totalt sju produktioner från ensemblerna har under 2016 gått på turné och/eller nyttjat

bidraget för öka tillgänglighet inom NMD-området. Under 2016 gav ensemblerna 102 föreställningar i samband med turnéer.

Styrelsen har återkommande diskuterat hur NMD och ensemblerna kan bidra till att öka tillgängligheten för dem som bor utanför föreställningsorterna. Därför är det viktigt att upprätthålla antalet publikbussar för att fler som är bosatta utanför huvudorterna för NMD-ensablerna, mestadels mindre orter i inlandet, får möjlighet att se och höra någon NMD-föreställning. Årets antal bussar, 66 stycken, är betydligt färre jämför med föregående år, 106 stycken. I jämförelse med snittet de senaste fem åren, 72 bussar, är det inte anmärkningsvärt eftersom antalet varierar över åren.

Antalet kommuner som har fått direkta besök av föreställningar av någon av NMD-ensablerna under 2016 var 22 kommuner. Det är i paritet med genomsnittet de senaste fem åren. Av årets föreställningar gavs 60 procent utanför ensemblernas hemlän. Det är något högre än genomsnittet de senaste fem åren.

- Piteå Kammaropera: 7 besökta kommuner 2016 (Genomsnitt för 2011-2015: 7)
- NorrlandsOperan: 4 besökta kommuner 2016 (Genomsnitt för 2011-2015: 5)
- Norrdans: 13 besökta kommuner 2016 (Genomsnitt för 2011-2015: 15)
- Estrad Norr: 14 besökta kommuner 2016 (Genomsnitt för 2011-2015: 13)

Alla ensembler bidrar dessutom, förutom de produktioner som går på NMD-turné, också med andra uppsättningar som enbart spelas i hemlandet och som inte redovisas här.

Samverkansförbund, nämnder med flera

Gemensam nämnd för närvård i Frostviken

För 2016 redovisas ett minusresultat på 484 000 kronor. Omsättningen har varit 14,6 miljoner kronor.

Samarbetsavtalet mellan Strömsunds kommun och Region Jämtland Härjedalen har pågått sedan 1 januari 2005. Både kommun och region har beslutat att fortsätta arbetet med gemensam nämnd med ett nytt samarbetsavtal som gäller från och med 2012-01-01 tills vidare, avtalet kan sägas upp av parterna var för sig. Parternas syfte med Gemensam nämnd för Närvård i Frostviken är att åstadkomma en kostnadseffektiv vård och omsorg med hög kvalitet i Frostvikenområdet.

Den gemensamma nämndens uppdrag styrs av hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), socialtjänstlagen (2001:453) och lagen om särskilt stöd, LSS (1993:387) samt strategier, policys och upprättat avtal. Huvudarbetsgivare i uppdraget är Strömsunds kommun. Antalet bofasta i området minskar men med drygt hundra asylsökande i området är det fler personer i området som har behov av hälso- och sjukvård.

I månadsskiftet november/december flyttade Hälsocentralen till Storgatan 30 i Gäddede efter totalrenovering av lokaler som tidigare inrymt kommunkontor och bibliotek.

Under december flyttades Ambulansverksamheten till Storgatan 18 i Gäddede, lokaler i samverkan med Räddningstjänst, Polis, Ambulans och Fjällräddning, ett "Minicertus". Under 2017 kommer lokalen i samverkan med Strömsunds kommun och MSB (Myndigheten för samhällsskydd och beredskap) att utrustas med reservkraft för kommunikation.

Nämndens verksamhetsområden är: Särskilt boende, trygghetsboende, hemtjänst, hälsocentral/ambulans, hemsjukvård, LSS-verksamhet och fotvård.

Inom Närvård Frostviken arbetar 42 personer, de personer som arbetar som mest kombinerat med kommun och region-uppgifter är sjukgymnast, distriktssköterskor, administration och fotvård, totalt 6 personer. Största effektiviseringen kan vara den att aldrig hamnar i någon diskussion om patientens tillhörighet beträffande kommun eller region/primärvård. Närvård Frostviken har det totala ansvaret oavsett vilken insats som är aktuell.

Gemensam nämnd för samordnad upphandling, lagerhållning och distribution av sjukvårdsprodukter

Ekonomiskt utfall 2016 var plus 14 000 kronor. Budgeten 40 000 kronor. Den kostnad nämnden haft under året är kostnaden för sekreterare vid nämndens sammanträden. Nämnden är en Gemensam Nämnd mellan Region Jämtland Härjedalen och länets samtliga kommuner avseende samordnad upphandling, lagerhållning och distribution av sjukvårdsprodukter och hjälpmedel.

Nämnden har under året arbetat i enlighet med det samarbetsavtal samt det reglemente som ligger till grund för nämnden och har under året haft fyra sammanträden.

Uppföljning av mål och aktiviteter

Nämnden ska inom ramen för god ekonomisk hushållning skapa optimala förutsättningar för regionens invånare när det gäller möjligheter till god hälsa, en jämställd och jämlik vård samt en hållbar regional utveckling.	Genom att Region Jämtland Härjedalen genomför upphandlingar av sjukvårdsmaterial och hjälpmedel förbättras möjligheten att regionens invånare får tillgång till samma sjukvårdsmaterial och hjälpmedel vilket ger möjligheter till god hälsa och en jämställd och jämlik vård.
Nämnden följer brukarrådets arbete och utveckling samt tar del av de rapporter som ges.	Vid varje sammanträde under året har nämnden tagit del av de möten brukarrådet haft och även dess arbete.
Nämnden följer arbetet med ny hjälpmedelspolicy samt gällande regelverk. Översynen ska slutföras under 2016 och nämnden kommer vid behov att samverka i arbetet. Efter att arbetet avslutas ska policyn beslutas i de åtta kommunernas fullmäktige samt i regionfullmäktige.	Under året har nämnden informerats om processen med hjälpmedelspolicy.
Nämnden arbetar med de upphandlingar som planeras att genomföras under 2016 och som nämnden tagit beslut om. Nämnden säkerställer att upphandlingarna genomförs utifrån de politiska beslut, inriktningsdokument och policys som ligger till grund för upphandlingsarbetet.	Vid varje sammanträde informeras nämnden om de upphandlingar som beslutats att genomföras under året. Nämnden har även informerats om de miljökrav och sociala hänsyn som ställs i samband med upphandlingarna utifrån gällande politiska beslut, inriktningsdokument och policys.
Nämnden följer på vilket sätt den nya patientlagen (SoU24) påverkar regionen och länets kommuner.	Den nya patientlagen har inte varit uppe på dagordningen under året.

Bostadsrättsföreningen Åkerärtan

Ekonomiskt utfall 2016 var 0,9 miljoner kronor, vilket balanseras i ny räkning. 257 000 kr har avsatts till fond för yttre underhåll enligt underhållsplan. Omsättningen har varit 2,1 miljoner kronor, balansomslutningen 10,6 miljoner kronor och soliditeten uppgår till 65,2 procent.

Föreningen äger fastigheterna Åkerärtan 1 och Kartboken 1, som är byggda 1977. Bostadsrättsföreningen upplåter lägenheter och lokaler, i dessa fastigheter, bland annat Odensala hälsocentral.

Föreningen är en så kallad oäkta bostadsrättsförening och är därför konventionellt beskattad avseende statlig inkomstskatt. Föreningen kan nyttja taxerade underskott från tidigare år.

Ordinarie föreningsstämma hölls 2016-05-26. På stämman deltog 3 medlemmar. På stämman behandlades stadgeenliga frågor även förslag till mindre förändringar. Föreningen hade vid årets slut 5 röstberättigade medlemmar varav HSB Södra Norrland är en medlem.

Föreningen har en 30 årig underhållsplan som årligen uppdateras. Planen ligger till grund för styrelsens beslut om fondering eller nyttjande av fondmedel. Då det pågår en diskussion angående regeländring gällande redovisningsregler för ekonomiska föreningar, har styrelsen valt en försiktighetsprincip gällande underhållsplanen.

Avgifter och hyror höjdes från och med 2016-01-01 med 2,1 procent. I budget 2017 ingår 257 000 kr för framtida underhåll. Styrelsen beslutade att höja månadsavgifterna med 1,5 procent för 2017 på grund av ökade driftskostnader. Årsavgiften är i genomsnitt 731 kr/m².

Brf Lugnviks centrum

Årets resultat är minus 1,0 miljoner kronor, det vill säga 739 000 kronor lägre än föregående år, vilket i huvudsak beror på oförändrade intäkter och ökade driftkostnader. Nettoomsättningen har varit 7,1 miljoner kronor och balansomslutningen 29,3 miljoner kronor. Soliditeten 25 procent.

Föreningens fastighet utgörs av Lugnviks Centrum 2 och innehåller bland annat Lugnviks hälsocentral. Byggnadsår 1976-82.

Årsavgiften för 2016 uppgick i genomsnitt till 524 kr/ m²/år. Styrelsen beslutade efter antagen budget att inte förändra årsavgiften.

Driftkostnaderna i föreningen har ökat jämfört med föregående år beroende på högre kostnader

för reparationer, fjärrvärme och en genomförd OVK. Räntekostnaderna har minskat på grund av omsatta lån.

Brf Torvalla centrum

För 2016 redovisas ett minusresultat på 1,3 miljoner kronor. Nettoomsättningen har varit 4,4 miljoner kronor. Balansomslutning 90,9 miljoner kronor. Soliditet 64,5 procent.

Föreningen äger fastigheterna Bakkbordet1, Degspaden 1 och Spritsen 1, byggd år 1986 i vilken man upplåter lägenheter och lokaler. Bostadsrättsföreningen är ett privatbostadsföretag enligt inkomstskattelagen (199:1229).

Ordinarie föreningsstämma hölls 2016-05-17. På stämman deltog två ombud. På stämman behandlades stadgeenliga frågor.

Föreningen har vid årets slut tre röstberättigade medlemmar. Medlemmarna och andelstal är Östersunds kommun 80,3 procent, Region Jämtland Härjedalen 16,4 procent samt Jämtlands läns bibliotek 3,3 procent.

Östersunds kommun, tekniska förvaltningen har upprättat en underhållsplan som sträcker sig från 2014-2018. Föreningen fortsätter med underhållsåtgärder enligt underhållsplan.

Avgiften höjdes från och med 160101 med 16,83 procent. Styrelsen beslutade att höja månadsavgifterna med 2,11 procent för 2017. Årsavgiften är i genomsnitt 429 kr/m² för lokaler och 199 kr/m² för lägenheter 2017. Motivering till avgiftshöjningen är ökade underhålls- och driftskostnader.

Samordningsförbundet i Jämtlands län

För 2016 redovisas ett plusresultat på 2,6 miljoner kronor. Region Jämtland Härjedalens bidrag för 2016 var 2,2 miljoner kronor.

Samordningsförbundet i Jämtlands län bildades som länsförbund 2011. Det är ett av Sveriges 80 samordningsförbund där kommuner, landsting, försäkringskassan och arbetsförmedlingen verkar för att samordna rehabiliteringsinsatser. Målgruppen är människor i åldrarna mellan 16 och 64 år med behov av samordnade rehabiliteringsinsatser. Man ska skapa möjligheter och stötta människor så att de kommer ut på eller närmar sig arbetsmarknaden. Lagen om finansiell samordning anger ramarna för verksamheten. Uppdraget är att bedriva utvecklingsarbete samt finansiera projekt, utvärderingar och uppföljningar samt sprida erfarenheter.

Samordningsförbundet har ansvar för att rapportera in resultat i det nationella uppföljningssystemet SUS, "sektorövergripande system för uppföljning av samverkan och finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet". Via SUS får regering och departement rapporter om olika insatser som finansierats med samverkansmedel och vilka resultat de gett.

Under året har följande rapporterats till SUS: Under året har 102 personer fördelat på 42 män och 60 kvinnor varit inskrivna i olika projekt. 65 deltagare har avslutats. Huvuddelen av deltagarna har varit mellan 19-27 år. De flesta har deltagit i aktiviteter under sju till nio månader. Av de avslutade kan konstateras att 78 procent har fått eller ökat omfattningen av arbete och/eller studier.

Totalt 747 personer har registrerats i volyminsatser exempelvis konferenser, konsultationer och utbildningar. En förändring och förflyttning kan konstateras när man mäter försörjning före och efter projektavslut. Mest markant synes det minska de försörjningsstödet vara.

Målluppföljning mot styrelsebeslut

Aktiva rätt sammansatta LOKSAM-grupper i alla kommuner.	Målet uppfyllt
70 procent avslutade projekt skall vara implementerade	Målet uppfyllt. 5 projekt avslutade, av dessa ger 4 ett utfall på 80 procent
Erfarenheter av arbetsätt och metoder skall spridas i länet	Målet uppfyllt
Länsövergripande event skall genomföras	Målet uppfyllt. Samjamtdagen genomfördes 161021. Ett 60 tal deltog.

Mittnordenkommittén

För 2016 redovisas ett plusresultat på 0,5 miljoner kronor. Region Jämtland Härjedalens bidrag för 2016 var 0,14 miljoner kronor.

Mittnordenkommittén samarbetar med avsikt att främja hållbar utveckling och tillväxt i Mittnorden baserad på historiskt och kulturell samhörighet och gemensamt regionalt utvecklingsintresse. Mittnordenkommittén är ett gemensamt Nordiskt gränsregionalt samarbetsorgan som verkat sedan 1978 inom de mittnordiska regionerna belägna från den ryska gränsen i öst till Atlanten i väst.

Mittnordenkommitténs prioriterade områden för gränsöverskridande samarbete är:
Övergripande samarbete för öst - västliga förbindelser och kultur. Specifikt samarbete gäller bioekonomi, landsbygdsutveckling och sociala innovationer samt folkhälsa.

Kommittén är högsta beslutande organ för samarbetet och består av politiskt förtroendevalda. Varje medlemsregion utser en ledamot till ledningsgruppen på sätt och tid form bestäms av respektive medlemsregion. Som stöd har kommittén och ledningsgruppen ett kansli.

Inera AB

Ingen årsredovisning har inkommit till Region Jämtland Härjedalen.
Inera leds av en politisk styrelse med landstings-/regionråd. Beredningsgruppen består av landstings-/regiondirektörer och hälso- och sjukvårdsdirektörer. VD ansvarar för verksamheten och har till sitt stöd en ledningsgrupp. Programrådet är Ineras kanal för förankring, dialog och samverkan med landstingen och regionerna.

Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag (LÖF)

Ingen årsredovisning har inkommit till Region Jämtland Härjedalen.
LÖF är ett svenskt försäkringsbolag inom patientförsäkring. LÖF är ett ömsesidigt bolag som försäkrar landstingens och regionernas ansvar gentemot patienter som skadas i samband

med hälso-, sjuk- och tandvård. Sveriges landsting och regioner är ägare av LÖF. Bolaget står under Finansinspektionens tillsyn. Verksamheten omsätter årligen cirka 1 miljard kronor och har en balansomslutning på ca 8 miljarder kronor med ca 160 medarbetare som arbetar med försäkring, skadereglering och patientsäkerhet. Huvudkontoret finns vid Medborgarplatsen i Stockholm.

LÖF har som ett av sina uppdrag att arbeta för en ökad patientsäkerhet i svensk sjukvård. LÖF verkar genom att stödja sina ägare landsting och regioner, samt professionella organisationer, i deras pågående patientsäkerhetsarbete.

Stiftelsen Zenit

Ingen årsredovisning har inkommit till Region Jämtland Härjedalen. Stiftelsen Zenit har som huvudmän Östersunds kommun, Jämtkrafts stiftelse för forskning, Jämtlands läns landsting och Mittuniversitetet.

Under åren har verksamheten genererat ett kapital. I enlighet med stiftelsens ändamål används avkastningen till att stimulera kommersialisering av affärsidéer som genereras i anslutning till högre utbildning. Särskilt intressant är idéer sprungna ur studentgrupperna. Insatserna till studentföretagen satsas på kommersiella grunder och återbetalas om några år i form av royalty på omsättning, om företaget utvecklas positivt. Som alternativ har också ett avtal med konvertering av aktier tagits fram

Räkenskaper

Resultaträkning

miljoner kronor		Region Jämtland	Region Jämtland	Sammanställd
		Härjedalen	Härjedalen	redovisning
		2015	2016	2016
Verksamhetens intäkter	Not 1,4	652,6	736,3	1073,6
Verksamhetens kostnader	Not 2,4	-4360,2	-4580,4	-4908,2
Avskrivningar	Not 3	-116,5	-120,6	-125,6
Verksamhetens nettokostnader		-3824,1	-3964,8	-3960,2
Skatteintäkter	Not 5	2614,7	2726,2	2726,2
Generella statsbidrag och utjämning	Not 6	973,5	1037,4	1037,4
Finansiella intäkter	Not 7	22,6	11,7	11,7
Finansiella kostnader	Not 8	-19,0	-7,2	-8,0
Aktuell skatt		0,0	0,0	-0,8
Resultat före extraordinära poster		-232,3	-196,8	-193,7
Extraordinära kostnader		0,0	0,0	0,0
Extraordinära intäkter		0,0	0,0	0,0
Årets resultat		-232,3	-196,8	-193,7

Budget och utfall 2015		Budget 2016	Utfall 2016	Avvikelse
miljoner kronor				2016
Verksamhetens intäkter		586,0	736,3	-150,3
Verksamhetens kostnader		-4 163,3	-4580,4	417,1
Avskrivningar		-109,0	-120,6	11,6
Verksamhetens nettokostnader		-3 686,3	-3964,8	278,5
Skatteintäkter		2 737,7	2726,2	11,5
Generella statsbidrag		949,3	1037,4	-88,1
Finansiella intäkter		15,0	11,7	3,3
Finansiella kostnader		-15,7	-7,2	-8,5
Resultat före extraordinära poster		0,0	-196,8	196,8

Balansräkning

miljoner kronor	Region Jämtland Härjedalen 2015	Region Jämtland Härjedalen 2016	Sammanställd redovisning 2016
TILLGÅNGAR			
Anläggningstillgångar			
Immateriella anläggningstillgångar			
Immateriella tillgångar	Not 9 18,1	13,7	13,7
Materiella anläggningstillgångar			
Mark och byggnader och tekniska	Not 10 667,5	665,0	741,1
Maskiner och inventarier	Not 11 258,2	254,8	263,0
Finansiella anläggningstillgångar			
Finansiella anläggningstillgångar	Not 12 48,0	64,8	49,5
Långfristig fordran			1,8
Summa anläggningstillgångar	991,8	998,3	1 069,1
Omsättningstillgångar			
Förråd	Not 13 13,4	14,5	14,5
Kortfristiga fordringar	Not 14 164,8	211,8	253,3
Skattefordran	0,0	0,0	0,4
Kortfristiga placeringar	Not 15 484,6	468,3	468,3
Kassa och bank	Not 16 278,4	145,0	147,6
Summa omsättningstillgångar	941,2	839,7	884,1
SUMMA TILLGÅNGAR	1 933,0	1 838,0	1 953,2
EGET KAPITAL, AVSÄTTNINGAR OCH SKULDER			
Eget kapital			
Eget kapital	353,5	121,2	136,2
Årets resultat	-232,3	-196,8	-193,7
Summa eget kapital	Not 17 121,2	-75,7	-57,5
Avsättningar			
Pensioner	905,4	954,5	954,4
Särskild löneskatt övriga avsättningar	219,6	231,6	231,6
Avsättning skatter	0,0	0,0	0,5
Summa avsättningar	Not 19 1 125,0	1 186,0	1 186,5
Skulder			
Långfristiga skulder	Not 20 11,8	9,5	58,4
Kortfristiga skulder	Not 21 675,0	718,1	765,8
Summa skulder	686,8	727,6	824,2
SUMMA EGET KAPITAL, AVSÄTTNINGAR OCH SKULDER	1 933,0	1 838,0	1 953,2

Panter och ansvarsförbindelser	miljoner kronor	2016-12-31
Ansvarsförbindelse pensioner		1 878,0
Ansvarsförbindelse särskild löneskatt		455,6
Borgensåtaganden och fastighetsinteckningar		
Fastighetsinteckningar Landstingsbostäder		54,5
Region Jämtland Härjedalen har utfäst att gå i solidariskt borgen om 800 mkr för AB Transitio. (Länstrafiken i Jämtland AB)		
Region Jämtland Härjedalens del av detta per 31/12-16 är (regressavtalat)		313,7
Landstinget ansvarar som delägare i Patientförsäkringen LÖF för bolagets förbindelser till ett belopp motsvarande 10 gånger den premie landstinget har att erlägga för vart år som förlust har uppkommit i patientförsäkringen. År 2016 uppgår premien till		16,5
Förvaltningsuppdrag 2016-12-31		
Förvaltade fonder och stiftelsers tillgång		19,0
Operationella leasingavtal (not 22)		332,6

Kassaflödesanalys

	Region		Sammanställd
	Jämtland Härjedalen	Jämtland Härjedalen	redovisning
Den löpande verksamheten	miljoner kronor		2016
	2015	2016	2016
Verksamhetens intäkter	652,6	736,3	1073,9
Justering för reavinster	-1,1	-0,2	-0,3
Verksamhetens kostnader	-4476,7	-4701,1	-5034,1
Justering för reaförluster	12,5	0,6	0,6
Justering för gjorda avskrivningar	116,5	120,6	125,6
Justering för gjorda nedskrivningar	0,0	0,0	0,0
Avsättningar	76,6	61,1	61,1
Verksamhetens nettokostnader justerade för ej likviditetspåverkande poster	-3 619,6	-3 782,8	-3 773,3
Skatteintäkter och generella statsbidrag	3588,2	3763,5	3763,5
Finansiella intäkter	22,6	11,7	11,7
Finansiella kostnader	-19,0	-7,2	-8,0
Skattkostnader	0,0	0,0	-0,8
Medel från verksamheten före förändring av rörelsekapital	-27,8	-14,8	-6,9
Justering för rörelsekapitalets förändring			
Ökn(-)/minskn(+) förråd och varulager	0,6	-1,1	-1,1
Ökn(-)/minskn(+) kortfristiga fordringar	12,9	-47,1	-61,0
Ökn(-)/minskn(+) korta placeringar	189,1	16,3	16,3
Ökn(+)/minskn(-) kortfristiga skulder	-46,7	43,1	55,1
Kassaflöde från den löpande verksamheten	156,0	11,1	9,2
INVESTERINGSVERKSAMHETEN			
Investering i immateriella anläggningstillgångar	-34,4	0,0	0,0
Försäljning av immateriella anläggningstillgångar	0,0	0,0	0,0
Investering i materiella anläggningstillgångar *	-123,2	-110,9	-120,2
Försäljning av materiella anläggningstillgångar	1,7	0,3	0,3
Investering i finansiella anläggningstillgångar	-4,4	-17,2	-19,4
Försäljning av finansiella anläggningstillgångar	0,0	0,0	0,0
Kassaflöde från den löpande investeringsverksamheten	-160,3	-127,8	-139,2
FINANSIERINGSVERKSAMHETEN			
Utlåning/ökning långfristiga fordringar	-0,6	0,0	0,0
Minskning av långfristiga fordringar	0,0	0,4	0,4
Amortering skuld	0,0	0,0	0,0
Ökning långa skulder	11,8	0,0	4,4
Minskning långa skulder	0,0	-2,3	-2,3
Kassaflöde från finansieringsverksamheten	11,2	-1,9	2,5
Årets kassaflöde	-20,9	-133,4	-134,4
Likvida medel vid årets början	299,3	278,4	282,0
Likvida medel vid periodens slut	278,4	145,0	147,6
Förändring av likvida medel	-20,9	-133,4	-134,4

Driftredovisning

Driftredovisning är ett sätt att visa hur verksamhetens kostnader och intäkter är fördelade på landstingets kärnverksamheter, hälso- och sjukvård och regional utveckling. Kostnader och intäkter som inte under året bokförs direkt på någon av kärnverksamheterna fördelas ut efter schablon. Exempel på en kostnad som fördelas ut är pensionsskuldökningen.

Driftredovisningen är uppställd enligt den verksamhetsindelning som är framtagen av Sveriges kommuner och landsting. Driftredovisningen visar inom vilka verksamhetsområden resurserna använts under året. Nettoavvikelsen visar huruvida det använts mer än vad som budgeterats (-) eller mindre (+).

Verksamhetsområden miljoner kronor	Budget			Utfall			Netto- avvikelse
	Kostnader	Intäkter	Netto	Kostnader	Intäkter	Netto	
Primärvård	1 559	816	743	1 821	1 039	782	-39
Specialiserad somatisk vård	2 744	602	2 142	2 836	724	2 112	30
Specialiserad psykiatrisk vård	136	57	79	400	85	315	-235
Tandvård	283	186	97	290	199	91	6
Övrig hälso- och sjukvård	412	132	280	491	168	323	-43
Politisk verksamhet avseende hälso- och sjukvård	29	0	29	28	1	27	2
Utbildning	87	19	68	93	67	26	42
Kultur	97	80	16	110	52	58	-42
Trafik och infrastruktur	215	1	213	221	6	215	-1
Allmän regional utveckling	53	21	33	61	28	33	-0
Politisk verksamhet avseende regional utveckling	3	0	3	5	1	4	-0
Summa	5 618	1 914	3 704	6 354	2 368	3 986	-282

Driftredovisningen visar på en differens på -282 mkr mellan budgeterad verksamhetens nettokostnad och utfall. I Region Jämtland Härjedalens resultaträkning visas en differens på -278 miljoner kronor. I driftredovisningens kostnader, både utfall och budgeterat, ingår internkostnadsränta (på investeringar). Den ingår däremot inte i Jämtland Härjedalens resultaträkning, där är alla interna kostnader och intäkter eliminerade. I driftredovisningens budgeterade kostnader ingår 17 miljoner kronor i internräntekostnader och i kostnadsutfallet 21 miljoner kronor.

Noter till räkenskaperna

Noter till resultaträkningen

Not 1 Verksamhetens intäkter (miljoner kronor)	Bokslut 2014	Bokslut 2015	Bokslut 2016
Verksamhetens intäkter enligt driftsredovisning	1823,4	2041,5	2368,0
Avgår interna intäkter	-1304,4	-1388,9	-1631,9
Summa	519,0	652,6	736,1
Patientintäkter och andra avgifter	118,1	116,5	127,2
Försäljning av hälso- och sjukvård, exkl. tandvård	143,3	171,9	183,9
Försäljning av tandvård	24,0	22,5	21,2
Försäljning inom regional utveckling	0,7	3,8	4,4
Försäljning av medicinska tjänster	9,6	9,4	16,6
Försäljning av tekniska tjänster	56,6	52,7	55,9
Försäljning av material och varor	30,1	31,1	32,3
Erhållna bidrag	110,7	190,3	265,3
Övriga intäkter	25,8	54,3	29,4
SUMMA	519,0	652,6	736,3

Not 2 Verksamhetens kostnader (miljoner kronor)	Bokslut 2014	Bokslut 2015	Bokslut 2016
Verksamhetens kostnader enligt driftsredovisning *	5349,3	5865,6	6332,9
Avgår interna kostnader	-1304,4	-1388,9	-1631,9
Avgår avskrivningar	-105,2	-116,5	-120,6
Summa	3 939,7	4 360,2	4 580,4
Kostnader för personal och förtroendevalda	2110,6	2315,1	2377,4
varav utbetalda pensioner uppgår till	111,1	104,4	128,4
Köp av verksamhet	468,9	468,1	482,0
Verksamhetsanknutna tjänster	201,0	252,1	317,9
Läkemedel	432,6	471,1	511,6
varav läkemedel inom läkemedelsreformen	247,8	275,3	298,1
Material och varor	120,6	134,1	137,5
Lämnade bidrag	203,5	250,3	267,5
Reaförlust, maskiner och inventarier	0,1	1,3	0,6
Reaförlust utrangering av konsultkostnader i Cosmic vårdssystem	0,0	11,2	0,0
Övriga verksamhetskostnader	402,4	457,0	486,1
varav lokal- och fastighetskostnader **	79,5	88,2	92,9
varav sjukresor	76,1	77,3	76,8
varav försäkringsavgifter och övriga rikskostnader	18,6	25,0	22,6
därav kundförluster	4,5	3,9	5,3
SUMMA	3 939,6	4 360,2	4 580,4

* I driftredovisningen ingår även internränta på avskrivningar 21,3

mkr i verksamhetens kostnader, 6351,9 +21,3 = 6329,6

**Upplysning om leasing lämnas i not 22

Not 3 Avskrivningar (miljoner kronor)	Bokslut 2014	Bokslut 2015	Bokslut 2016
Avskrivningar immateriella tillgångar	0,0	5,1	4,3
Avskrivningar byggnader och anläggningar	45,4	47,4	49,8
Avskrivningar maskiner och inventarier	9,8	11,0	13,1
Avskrivningar medicinteknisk utrustning	33,3	33,5	33,5
Avskrivningar övriga maskiner och inventarier	4,4	6,7	6,6
Avskrivningar hjälpmedel	12,3	12,7	13,4
SUMMA	105,2	116,5	120,6

Not 4 Jämförelsestörande poster (miljoner kronor)	Bokslut 2014	Bokslut 2015	Bokslut 2016
Verksamhetens intäkter			
Reavinst	0,0	1,1	0,2
Återbetalning från AFA	0,0	22,0	0,0
Skatteväxling 35 öre pga att Länstrafikens verksamhet ingår till 100% Region Jämtland Härjedalen, tidigare 50% och kommunerna 50%	0,0	105,0	0,0
SUMMA	0,0	128,1	0,2
Verksamhetens kostnader			
Ökade kostnader pga Länstrafikens verksamhet ingår med 100% från och med 2015	0,0	105,0	0,0
Utrangering av konsultkostnader i Cosmicprojektet (immateriell tillgång), redovisat som reaförlust		11,2	0,0
SUMMA	0,0	116,2	0,0

Not 5 Skatteintäkter (miljoner kronor)	Bokslut 2014	Bokslut 2015	Bokslut 2016
Preliminär skattebetalning	2430,9	2612,5	2734,4
Preliminär slutavräkning innevarande år	2,7	5,7	-12,6
Slutavräkningsdifferens föregående år	-6,4	-3,5	4,3
Övriga skatter	0,0	0,0	0,1
SUMMA	2 427,2	2 614,7	2 726,2

Not 6 Generella statsbidrag (miljoner kronor)	Bokslut 2014	Bokslut 2015	Bokslut 2016
Särskild ersättning rehabilitering och behandlingsinsatser	0,8	0,8	0,8
Läkemedelsbidrag	287,3	308,7	318,2
Utjämningsbidrag			
Inkomstutjämnning	528,5	563,8	597,9
Kostnadsutjämnning	47,0	49,7	41,4
Generellt statsbidrag	100,9	101,1	99,7
Nivåjustering	0,0	0,0	0,0
Regleringsavgift	-31,7	-54,6	-55,7
Kostnadsutjämningsavgift	0,0	0,0	-5,1
Kompensation för höjd soc. avg. för unga	0,0	1,7	0,0
	0,0	0,0	13,0
Tillfälligt bidrag för flyktingsituationen, 29,3 mkr periodiserat i 13 delar, dec 2015- dec 2016, enligt RKR	0,0	2,3	27,1
SUMMA	932,9	973,5	1 037,4

Not 7 Finansiella intäkter (miljoner kronor)	Bokslut 2014	Bokslut 2015	Bokslut 2016
Utdelningar	1,4	2,3	2,4
Bankränta	1,6	0,2	0,0
Ränta utelämnade lån	0,1	0,1	0,1
Ränta på kortfristiga placeringar	10,3	3,0	1,2
Ränta på finansiella anläggningstillgångar	3,9	7,9	7,7
Realisationsvinst vid försäljning av finansiella omsättningstillgångar	0,0	8,7	0,0
Återföring nedskrivn finansiella anl. tillg.	1,4	0,0	0,0
Ränta på kundfordringar	0,3	0,3	0,3
SUMMA	19,0	22,6	11,7

Not 8 Finansiella kostnader (miljoner kronor)	Bokslut 2014	Bokslut 2015	Bokslut 2016
Ränta på leverantörsskulder	0,1	0,1	0,1
Nedskrivning av finansiella anläggningstillgångar	0,0	0,0	0,0
Räntedel årets pensionskostnader	10,7	14,9	5,6
Bankkostnader	0,3	0,3	0,2
Räntekostnad revers hos Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag	1,1	0,2	0,0
Räntedel årets löneskattkostnad	2,6	3,6	1,4
Övriga finansiella kostnader, (sänkt diskonteringsränta i pensionsskuldbräkningen RIPS 07)*	0,1	-0,1	0,0
SUMMA	14,9	19,0	7,2

*I finansiella kostnader 2013 ingår jämförelsestörande poster på 117,8 miljoner kronor, se not 4

Noter till balansräkningen

Not 9 Immateriella tillgångar (miljoner kronor)	Bokslut 2014	Bokslut 2015	Bokslut 2016
Redovisat värde vid årets början	0,0	0,0	18,1
Nyanskaffning	0,0	34,4	0,0
Avskrivningar	0,0	-5,1	-4,3
Avyttringar/Utrangering, egentligen minskning av årets investering pga att konsultkostnader först aktiverades och sedan utrangerades	0,0	-11,2	-0,1
Förändring av bokfört värde	0,0	18,1	-4,4
Redovisat värde vid årets slut	0,0	18,1	13,7

Not 10 Mark och byggnader (miljoner kronor)	Bokslut 2013	Bokslut 2014	Bokslut 2016
Redovisat värde vid årets början	643,3	645,8	667,5
Nyanskaffning	46,8	68,0	47,1
Avskrivningar	-44,3	-45,8	-49,8
Avyttringar	0,0	-0,3	-0,9
Justering	0,0	-0,1	1,1
Förändring av bokfört värde	2,5	21,7	-2,6
Redovisat värde vid årets slut	645,8	667,5	664,9

Pågående investeringar avskrivs ej

Not 11 Maskiner och inventarier (miljoner kronor)	Bokslut 2013	Bokslut 2014	Bokslut 2016
Redovisat värde vid årets början	222,9	270,0	258,2
Nyanskaffning	108,1	47,4	71,3
Pågående investering	0,0	7,7	-7,4
Investering aktiverad olika år i EK och AR	0,0	0,6	0,0
Avskrivningar	-60,9	-65,6	-66,6
Försäljning	0,0	-1,7	-0,7
Utrangering	0,0	-0,3	0,0
Justeringar	-0,1	0,1	0,0
Förändring av bokfört värde	47,1	-11,8	-3,4
Redovisat värde vid årets slut	270,0	258,2	254,8

Linjär avskrivning tillämpas för samtliga tillgångar

Not 12 Finansiella anläggningstillgångar (miljoner kronor)	Bokslut 2014	Bokslut 2015	Bokslut 2016
Aktier o andelar			
Länstrafiken i Jämtlands län AB	1,0	8,0	8,0
HSB Brf Torvalla centrum (Torvalla hälsocentral)	7,1	7,1	7,1
HSB Brf Åkerärtan (Odensala hälsocentral)	1,3	1,3	1,3
Brf Lugnviks centrum (Lugnviks hälsocentral)	2,0	2,0	2,0
Landstingsbostäder i Jämtland AB	7,4	7,4	7,4
Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag (LÖF)	17,1	17,1	17,1
Kommuninvest Ekonomisk förening	0,0	0,0	17,2
Almi företagspartner Mitt AB	0,0	0,5	0,5
Torsta AB	0,0	0,2	0,2
Mid Sweden Science Park AB	0,0	0,1	0,1
Vattenbrukscentrum Norr AB	0,0	0,1	0,1
Norrtåg AB	0,0	0,5	0,5
AB Transitio	0,0	1,0	1,0
Inera AB	0,1	0,1	0,1
Kommunalförbundet för svenskt ambulansflyg	0,0	0,1	0,1
Övrigt diverse små andelar	0,2	0,3	0,3
Delsumma	36,2	45,8	63,0
Långfristiga fordringar			
har en löptid på ett år eller mer från balansdagen. Långfristiga fordringar består av utlämnade lån till:			
Länstrafiken i Jämtlands län AB, Torsta AB och Stiftelsen Jamtli	6,7		
Jamtli 1,9 mkr och Torsta AB 0,3 mkr		2,2	1,8
Delsumma	6,7	2,2	1,8
SUMMA	42,9	48,0	64,8

Not 13 Lager o förråd (miljoner kronor)	Bokslut 2014	Bokslut 2015	Bokslut 2016
Centralförråd	4,9	4,7	5,2
Övriga förråd	9,1	8,7	9,3
SUMMA	14,0	13,4	14,5

Not 14 Kortfristiga fordringar (miljoner kronor)	Bokslut 2014	Bokslut 2015	Bokslut 2016
Kundfordringar	42,2	52,3	51,9
Förutbetalda kostnader och upplupna intäkter	71,7	44,1	59,6
Periodisering leverantörsfakturor	43,9	25,0	59,2
Mervärdesskatt	16,6	20,8	22,2
Övriga kortfristiga fordringar	0,6	9,3	0,2
Upplupna skatteintäkter	2,7	5,7	10,0
Projektredovisning EU*	0,0	7,5	8,8
SUMMA	177,7	164,8	211,8

* I projektredovisningen är 210 tkr eller 0,2 Mkr projektskulder

Not 15 Kortfristiga placeringar (miljoner kronor)	Bokslut 2014	Bokslut 2015	Bokslut 2016
1. Likviditetsportfölj			
Räntebärande värdepapper utgivna av:			
Svenska staten	0,0	0,0	0,0
Svenska kommuner och landsting	10,0	10,0	10,0
Banker och bostadsinstitut med rating om lägst A-/A3	195,0	41,5	5,0
Värdepapper med lång rating om lägst A-/A3	16,1	0,0	20,1
Värdepapper med lång rating om lägst BBB-/Baa3	0,0	0,0	0,0
Värdepapper med kort rating om a-2, K1 eller p-2	0,0	0,0	0,0
Värdepapper med kort rating om a-3, K2 eller p-3	0,0	0,0	0,0
Värdepapper svenska statsägda företag utan rating	41,9	10,0	8,0
Värdepapper övriga företag med skuggrating minst A-	0,0	0,0	0,0
Värdepapper övriga företag med skuggrating minst BBB-	0,0	0,0	0,0
Sammansatta kapitalgaranterade instrument med rating om lägst A/A2	39,7	11,7	0,0
Delsumma	302,7	73,2	43,2
2. Värdepappersportfölj för framtida pensioner			
Svenska staten	15,0	15,0	15,0
Värdepapper med rating om lägst AAA/Aaa	22,6	62,9	58,5
Värdepapper med rating om lägst AA/Aa2	33,7	33,7	50,0
Värdepapper med rating om lägst A/A2	0,0	0,0	12,1
Värdepapper med rating om lägst BBB/Baa	0,0	0,0	0,0
Värdepapper med rating om lägst Ba3/BB+	200,6	200,6	200,6
Fonder	99,2	99,2	88,9
Delsumma	371,0	411,4	425,1
SUMMA	673,7	484,6	468,3

Not 16 Kassa, bank (miljoner kronor)	Bokslut 2014	Bokslut 2015	Bokslut 2016
Kassa	0,2	0,2	0,1
Bank	299,1	278,2	144,8
UTGÅENDE EGET KAPITAL	299,3	278,4	145,0

Not 17 Eget kapital (miljoner kronor)	Bokslut 2014	Bokslut 2015	Bokslut 2016
Ingående eget kapital	515,2	353,5	121,2
Rörelsekapital (omsättningstillgångar-korta skulder)	443,1	266,2	124,9
Anläggningsskapital (anläggningstillgångar-långa skulder & avsättning)	-89,6	-145,0	-197,2
UTGÅENDE EGET KAPITAL	353,5	121,2	-72,3

Not 18 Årets resultat enligt balanskravet (miljoner kronor)	Bokslut 2014	Bokslut 2015	Bokslut 2016
Årets resultat enligt resultaträkning	-161,8	-232,3	-196,8
Reducering av samtliga realisationsvinster	0,0	-1,1	-0,2
Jusering för realisationsvinster enligt undantagsmöjlighet	0,0	0,0	0,0
Justeringsför realisationsförluster enligt undantagsmöjlighet	0,0	0,0	0,0
Orealiserade förluster i värdepapper	0,0	0,0	0,0
Årets resultat efter balanskravsjusteringar	-161,8	-233,4	-197,0
Särskilda skäl			
Omställningskostnader, omorganisation	1,9	5,7	0,9
Balanskravsresultat	-159,9	-227,7	-196,1
Balanskravsresultat från tidigare år	-187,3	-347,2	-574,9
Summa att återställa	-347,2	-574,9	-771,0

Not 19 Avsättningar (miljoner kronor)	Bokslut 2014	Bokslut 2015	Bokslut 2016
Avsättningar till pensioner	843,6	905,4	954,5
Avsättning särskild löneskatt	204,7	219,6	231,6
Övriga avsättningar	0,1	0,0	0,0
SUMMA	1 048,4	1 125,0	1 186,0
Årets förändring av ansvarsförbindelsen inkl löneskatt*	-108,3	-95,1	-90,2
Årets avsättning för pensioner inklusive löneskatt	64,5	76,6	61,0
förändring av finansiella placeringar	22,5	40,4	16,0
<i>varav placerat i aktierelaterade placeringar</i>	<i>14,3</i>	<i>14,0</i>	<i>0,2</i>
<i>varav placerat i räntefonder och obligationer</i>	<i>8,2</i>	<i>26,4</i>	<i>15,8</i>
Ökning/minskning av återlån (+/-), medel använda i verksamheten	-66,3	-58,9	-45,2

*Ligger utanför balansräkningen

Not 20 Långfristiga skulder (miljoner kronor)	Bokslut 2014	Bokslut 2015	Bokslut 2016
Skuld patientskadereserv (Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag)	0,0	0,0	0,0
Flyttad till kortfristig skuld 2015. Revers löst mars 2015			
Resultat likvidation Regionförbundet. Region Jämtland Härjedalen förvaltar. Regional utvecklingsnämnd beslutar om användningen av pengarna	0,0	11,8	9,5
SUMMA	0,0	11,8	9,5

Not 21 Kortfristiga skulder (miljoner kronor)	Bokslut 2014	Bokslut 2015	Bokslut 2016
Leverantörsskulder	175,7	222,4	224,0
Upplupna kostnader och förutbetalda intäkter	93,1	84,2	79,6
Preliminärskatt innevarande år	34,4	37,2	38,9
Semesterlöneskuld	89,3	94,7	95,7
Innestående jourkompensation	18,0	19,6	19,8
Innestående övertid	7,7	8,1	8,4
Upplupna löner	4,8	5,8	6,7
Upplupna sociala avgifter	87,2	94,6	103,5
Pension individuell del	67,1	69,5	75,1
Främmande medel	0,4	0,5	0,5
Momsskulder	2,2	1,7	2,3
Skulder staten	0,0	0,0	6,2
Förutbetalda skatteintäkter	21,1	0,8	12,6
Skatteskulder, preliminärskatt pensioner	-0,7	0,4	0,4
Övriga skulder.	1,9	5,2	10,2
Skuld LÖF (Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag) bokad från långfristig till kortfristig skuld 2014. Revers löst mars 2015	82,3	0,0	0,0
Inbetalning av garantikapital till LÖF 2015	15,7	0,0	0,0
Fria projektmedel KFC (regional utvecklingsförvaltning)	0,0	2,2	1,3
Projektskulder (regional utvecklingsförvaltning)	0,0	6,9	8,3
Avräkningskonton	0,1	-1,7	-2,4
**Avräkning forskningsanslag (projektbankbok konto 2898)	21,3	22,8	26,9
<i>- varav villkorad återbetalning</i>	<i>12,6</i>	<i>11,6</i>	<i>8,8</i>
SUMMA	721,7	675,0	718,1

*Saldo i projektbankboken konto 2898 innebär att Region Jämtland Härjedalen har fått pengar i förskott (externa) för att bedriva projekt under flera år, det vill säga en förutbetalda intäkt. Ungefär hälften är villkorade för återbetalning om vi inte skulle förbruka projektmedlen. Återbetalning av medlen bedöms dock inte bli aktuellt då avsikten är att alla projektmedel ska förbrukas utifrån beslutade projektplaner.

Not till ansvarsförbindelser

Not 22 Leasing (miljoner kronor)	Bokslut 2014	Bokslut 2015	Bokslut 2016
Under året har landstingets leasing/hyresavgifter uppgått till*	11,7	8,1	8,2
Framtida leasingavgifter förfaller till betalning enligt följande			
Inom 1 år	12,2	8,3	8,0
Inom 2 till 5 år	11,7	8,2	8,1
Senare än 5 år	0,8	4,1	4,1
Summa övriga leasing/hyresavgifter	36,3	28,8	28,4
Under året har landstingets hyresutgifter för fastigheter uppgått till	47,2	48,6	48,7
Framtida hyror för fastigheter förfaller till betalning enligt följande			
Inom ett år	44,7	48,6	50,3
Inom 2 till 5 år	188,3	194,4	205,2
Senare än 5 år	Saknas	Saknas	Saknas
Summa hyresutgifter fastigheter	280,2	291,6	304,2
Summa	316,5	320,4	332,6

* varav 3,9 mkr billeasing och 4,3 funktionsavtal telekommunikation och datalagring, övrigt 0 mkr. 2016

* varav 4,2 mkr billeasing och 4,2 funktionsavtal telekommunikation och datalagring, övrigt 0 mkr. 2015

* Varav: 3,6 mkr billeasing och 8,1 funktionsavtal telekommunikation och datalagring, övrigt 0 mkr. 2014

Noter till sammanställda redovisningen

Not 23 Personal	Sammanställd redovisning	Region Jämtland Härjedalen	Landstings bostäder i Jämtland AB	Länstrafiken i Jämtland AB
Antal anställda	4 062	4 032	3	27
varav anställda kvinnor	3 151	3 138	1	12
varav anställda män	911	894	2	15
Lön VD/Styrelse, miljoner kronor	13,3	11,1	0,8	1,4
Lön övriga, miljoner kronor	1 561,8	1549,0	1,7	11,1

Not 24 Ställda panter	Sammanställd redovisning	Region Jämtland Härjedalen	Landstings bostäder i Jämtland AB	Länstrafiken i Jämtland AB
Fastighetsinteckningar	54,5	0,0	54,5	0,0
Företagsinteckningar (Landstingsbostäder)	54,5	54,5	0,0	0,0
Övrigt	0,0	0,0	0,0	0,0

Not 26 Anskaffningsvärden	Sammanställd redovisning	Region Jämtland Härjedalen	Landstings bostäder i Jämtland AB	Länstrafiken i Jämtland AB
Maskiner och inventarier	959,6	947,9	1,8	9,9
Mark, byggnader och tekn anl tillg.	1684,6	1549,0	98,0	37,6
Övrigt	29,5	29,5	0,0	0,0
	2673,7	2526,4	99,8	47,5

Not 27 Ackumulerade avskrivningar	Sammanställd redovisning	Region Jämtland Härjedalen	Landstings bostäder i Jämtland AB	Länstrafiken i Jämtland AB
Maskiner och inventarier	-702,2	-693,1	-0,9	-8,3
Mark, byggnader och tekn anl tillg.	-937,9	-884,0	-21,8	-32,1
Övrigt	-15,8	-15,8	0,0	0,0
	-1655,9	-1592,9	-22,7	-40,3
Utgående planenligt restvärde	1017,8	933,5	77,1	7,2
Checkräkningslimit	125,0	100,0	0,0	25,0

Allmänna redovisningsprinciper

Årsredovisningen är upprättad i enlighet med lagen om kommunal redovisning (1997:614), rekommendationer från Rådet för kommunal redovisning (RKR) och god redovisningssed.

Att lagen om kommunal redovisning och rekommendationer från Rådet för kommunal redovisning följs innebär bland annat att:

- Intäkter redovisas i den omfattning det är sannolikt att de ekonomiska tillgångarna kommer att tillgodogöras och intäkterna kan beräknas på ett tillförlitligt sätt.
- Fordringar har upptagits till de belopp de beräknas inflyta.
- Tillgångar och skulder har upptagits till anskaffningsvärde där inget annat anges.
- Värdering av kortfristiga placeringar har gjorts till det lägsta av verkligt värde och anskaffningsvärdet.
- Periodisering av inkomster och utgifter har skett enligt god redovisningssed

Jämförelsestörande poster

Jämförelsestörande poster är resultatet av händelser eller transaktioner som inte är extraordinära men som är viktiga att uppmärksamma vid jämförelser med andra perioder.

Periodisering

Periodisering har skett för att ge en rättvisande bild av resultat och finansiella ställning för den aktuella perioden. Det innebär att utgifter kostnadsförts det år då förbrukning skett och inkomster intäktsförts det år som intäkten genererats.

Konsekvensprincipen, väsentlighetsprincipen och försiktighetsprincipen, vilka i viss mån modifierar huvudprincipen, tillämpas i förekommande fall. Eventuella avvikelser kommenteras under respektive rubrik.

Sammanställd redovisning

Enligt bestämmelserna i den kommunala redovisningslagen ska årsredovisningen även omfatta den verksamhet som bedrivs i bolagsform. Syftet med den sammanställda redovisningen är att ge en sammanfattande och rättvisande bild av Region Jämtland Härjedalens totala ekonomiska ställning och resultat oavsett om verksamheten bedrivs i förvaltnings- eller företagsform.

INTÄKTER

Skatteintäkter

Den preliminära slutavräkningen för skatteintäkter baseras på SKL:s

decemberprognos i enlighet med rekommendation RKR 4.2.

Statsbidrag

Specialdestinerade/riktade statsbidrag redovisas i resultaträkningen tillsammans med övriga verksamhetsanknutna intäkter. De periodiseras i normalfallet till den period där kostnaderna som statsbidraget avser är bokförda.

Generella statsbidrag och utlämning redovisas i resultaträkningen tillsammans med bidrag och avgifter i utjämningsystemen i posten generella statsbidrag och utjämnings. De redovisas normalt enligt kontantmetoden vilket innebär att de redovisas vid utbetalning.

KOSTNADER

Hyses- och leasingavtal

Operationell leasing:
Samtliga leasingavtal är operationella leasingavtal.

Avskrivningar

Avskrivning av materiella anläggningstillgångar görs för den beräknade nyttjandeperioden med linjär avskrivning baserat på anskaffningsvärdet exklusive eventuellt restvärde. På tillgångar i form av mark, konst och pågående arbeten görs emellertid inga avskrivningar.

Avskrivningstider

Följande avskrivnings tider tillämpas normalt:
3, 5, 7, 8, 10, 15, 20, 30 år.

Nyttjandeperioden utgör grunden för bedömningen av avskrivningstidens längd. Avskrivningstiden ska vara ett resultat av en lokal bedömning och anpassas till den aktuella anläggningens speciella förutsättningar, till exempel verksamhetens art, utnyttjandet av tillgången, geografiska förutsättningar.

Omprövning av nyttjandeperioden sker om det finns omständigheter som pekar på att det är nödvändigt (till exempel verksamhetsförändringar, teknikskiften, organisationsförändringar).

Avskrivningsmetod

I normalfallet tillämpas linjär avskrivning, dvs. lika stora nominella belopp varje år. Avskrivning påbörjas när tillgången tas i bruk och utgår ifrån anläggningarnas ursprungliga anskaffningsvärde.

Den normala avskrivningstiden för olika typer av anläggningstillgångar är följande:

Markanläggningar	5-50 år
Byggnadsinventarier	3-30 år
Inventarier	5-10 år
IT-utrustning	3-5 år
Medicinteknisk utrustning	5-10 år
Bilar och andra transportmedel	5-10 år
Jord-, skogs- och Trädgårdsmaskiner	5-10 år

Rekommendationen avseende materiella anläggningstillgångar RKR 11:4 som beskriver att förväntas skillnader i förbrukningen av en materiell anläggningstillgångs betydande komponenter vara väsentlig, ska tillgången delas upp på dessa komponenter och respektive komponent skrivs av separat, så kallad komponentavskrivning.

Region Jämtland Härjedalen har infört komponentavskrivning i enlighet med RKR 11:4 på byggnader.10-60 år.

Exempelvis, stomme, fasad, VVS, styr- och regler, övervakning samt övriga komponenter som kan identifieras.

Återanskaffning av en komponent redovisas som anskaffning av ny anläggningstillgång och eventuellt kvarvarande redovisat värde för den ersatta enheten kostnadsförs.

ANLÄGGNINGSTILLGÅNGAR

Immateriella tillgångar

En immateriell anläggningstillgång är en identifierbar icke-monetär tillgång utan fysiskt form. Vid redovisning av immateriella tillgångar följs RKR 12.1.

Av försiktighetsskäl tillämpas en beloppsgräns på 30 prisbasbelopp eller mer.

Avskrivningstiden varierar mellan 3-5 år. Nyttjandeperioden omprövas i slutet av varje räkenskapsår.

Materiella tillgångar

En materiell anläggningstillgång är fysisk tillgång avsedd för stadigvarande bruk. Vid redovisning av materiella tillgångar följs RKR 11.4.

En anskaffning som i övrigt uppfyller kriterierna för investering, ska bokföras som investering endast under förutsättning att utgiften uppgår till minst ett halvt basbelopp och att nyttjandeperioden är minst 3 år.

Anläggningstillgångarna är i balansräkningen värderade till anskaffningsvärdet med avdrag för ackumulerade avskrivningar.

Undantaget från RKR 11.4 är tillgångsredovisningen av individmärkta hjälpmedel där alla individmärkta hjälpmedel från 1000 kr hos hjälpmedelscentralen bokas som anläggningstillgång och avskrivningar görs. Detta enligt beslut från 2006. Ett skäl är att kostnader och intäkter ska matchas under samma period då de individmärkta hjälpmedlen hyrs ut. Systemstödet finns i lagersystemet Sesam 2. Datorer och rollatorer avskrivs på 3 år, sängar på 8 år och allt övrigt på 5 år.

I anskaffningsvärdet för fastigheter och tåg ingår lånekostnader enligt alternativmetoden i RKR 15.1.

Finansiella anläggningstillgångar

Enligt Rådet för kommunal redovisningsrekommendation nr 20 ska finansiella tillgångar klassificeras som anläggningstillgångar då syftet med innehavet är att tillgången ska innehas eller brukas stadigvarande. Medel som kontinuerligt är föremål för köp och försäljning och som är tillgängliga för att möta löpande utbetalningar, ska klassificeras som omsättningstillgångar. Pensionsmedel och samtliga placeringsmedel är klassificerade som omsättningstillgångar. De är värderade till det lägsta av anskaffningsvärdet och försäljningsvärdet.

Huvudmetoden tillämpas.

OMSÄTTNINGSTILLGÅNGAR

Omsättningstillgångar värderas som huvudprincip till det lägsta av anskaffningsvärdet och det verkliga värdet. Med det verkliga värdet avses försäljningsvärde efter avdrag för beräknad försäljningskostnad.

Kundfordringar och övriga kortfristiga fordringar.

Fordringar värderas till de belopp varmed de beräknas inflyta.

Varulager och förråd

Inventering ska göras av alla förråd/lager med undantag av köksförråd, medicinförråd, avdelningsförråd samt smärre förråd av omsättningskaraktär med ett värde som bedöms underskrida 50 000 kr. Alla inventerade lager ska bokas upp. Lager av olja och flis för löpande användning ska alltid inventeras.

Lagret ska värderas till senast kända anskaffningsvärde exklusive moms. När det gäller förråd med systemstöd, till exempel Sesam lager, värderas lagret till faktiskt anskaffningsvärde enligt FIFO. Inkuransavdrag görs med 3 procent av samtliga lagertillgångar enligt försiktighetsprincipen.

SKULDER OCH AVSÄTTNINGAR

Skuld personalen

Skuld till personalen i form av semesterlöneskuld, upplupen övertid, jour och beredskap samt tillhörande upplupen arbetsgivaravgift, har värderats och redovisats som kortfristig skuld enligt löneläget 31 december 2016 och gällande arbetsgivaravgifter för 2017.

Pensionsskuld/avsättning

Förpliktelser för pensionsåtaganden för anställda i kommunen är beräknade enligt RIPS07.

En förpliktelse att betala ut pensionsförmåner som intjänats före 1998 ska inte tas upp som skuld eller avsättning. Dessa pensioner redovisas som kostnader i resultaträkningen vid utbetalning.

Pensionsåtagande för förtroendevalda

Förtroendevalda med en uppskattad sysselsättningsgrad på minst 40 procent omfattas av ett särskilt avtal om pensionsförmåner. Pensionen beräknas till 65 procent av genomsnittet på de årsarvoden som utbetalats två år före avgång. För full pension krävs minst 12 års uppdrag och minst en mandatperiod. Visstidspension utbetalas för tid före 65 års ålder. Från 65 eller 67 års ålder omräknas pensionen till ålderspension. För tid före 65 års ålder samordnas vistidspensionen med eventuella förvärvsinkomster.

För avtal med samordningsklausul utgår beräkningen från de förhållanden som är kända vid bokslutstillfället. Om inget annat är känt görs beräkningen utifrån att ingen samordning kommer att ske.

Transparensbokslut 2016, Folktandvården

Region Jämtland Härjedalen har följt modellen för särredovisning av tandvårdsverksamhet sedan 2012 men det saknas ett formellt beslut om uppdragets formulering samt införandet och tillämpningen av modellen. Ett ärende har därför inlämnats till Regionstyrelsen RS/2017/2177 för att fastställa tillämpningen. Ärendet behandlas av Regionstyrelsen 2017-01-25.

Nedan följer en sammanställning av årets resultat per verksamhetsgren.

BOKSLUT 2016

Sammanställning per verksamhetsgren fördelat på konkurrensutsatt och konkurrensskyddad verksamhet

*) KUV= Konkurrensutsatt verksamhet KSV=Konkurrensskyddad verksamhet

Verksamhetsgrenar	KUV/KSV*	Summa intäkter	Summa kostnader	Årets resultat
FOLKTANDVÅRD				
Barn- och ungdomstandvård				
Allmäntandvårdersättning 3-19 år	KUV	30 771	-32 671	-1 900
Befolkningsansvar (allmäntandvård)	KSV	7 072	-7 393	-321
Specialisttandvård	KSV	9 874	-8 707	1 167
Vuxentandvård				
Allmäntandvård vuxna	KUV	67 966	-64 285	3 681
Befolkningsansvar	KSV	13 947	-14 837	-890
Specialisttandvård	KUV	10 669	-12 542	-1 873
Uppsökande tandvård, nödvändig tandvård till vissa äldre och funktionshindrade och tandvård som ett led i kortvarig sjukdomsbehandling	KUV	9 918	-8 899	1 019
Särskilda uppdrag				
Folkhälsoinsatser	KSV	463	-357	106
Kompetensförsörjning	KSV	3 863	-2 212	1 651
Tolkar, sjukresor	KSV	2 977	-2 312	665
Offentlighet och förvaltning	KSV	3 840	-3 716	124
Omtällning ny Ftv struktur	KSV		-260	-260
Stab/Kansli				
Stab/Kansli	KUV	3 553	-3 553	0
SUMMA FOLKTANDVÅRD				
		164 913	-161 744	3 169
RESULTAT KONKURRENSSKYDDAD (KSV)				
		42 036	-39 794	2 242
RESULTAT KONKURRENSUTSATT (KUV)				
		122 877	-121 950	927
SUMMA FOLKTANDVÅRD				
		164 913	-161 744	3 169

Kommentar:

Av folktandvårdens totala resultat är övervägande del överskott i den konkurrensskyddade verksamheten. En orsak till att tilldelad ram inte nyttjats fullt ut är att specialiteterna ortodonti och pedodonti på grund av vakanta specialisttjänster inte utfört vård i den omfattning som varit planerad. Den andra större överskottsposten ligger inom kompetensförsörjning där medel avsatts för två ST-tjänster. De pågående ST-tjänsterna avslutades under året men inga nya har hunnit starta. Nya ST-tjänster startar under 2017.

Den konkurrensutsatta verksamheten visar på underskott i allmäntandvård för barn. Kostnaden för utförda åtgärder överstiger den kapiteringsersättning som utbetalats till folktandvården. Vuxentandvården sammantaget inom folktandvården genererar ett överskott.

Begreppsförklaringar och ordlista

Anläggningstillgång och omsättningstillgång

Ett landsting har två sorters tillgångar, anläggningstillgångar och omsättningstillgångar. Med anläggningstillgångar menas tillgång som är avsedd att stadigvarande brukas eller innehas i verksamheten. Följande typer av anläggningstillgångar existerar:

materiella; maskiner, inventarier och fastigheter, finansiella; aktier i dotterbolag immateriella; goodwill, patent- och licensrättigheter Med omsättningstillgångar menas tillgångar som inte är avsedda att stadigvarande brukas eller innehas i verksamheten; likvida medel, värdepappersportföljer, kundfordringar och varulager.

Ansvarsförbindelser

Förpliktelse som inte redovisas som skuld eller avsättning på grund av att det inte är troligt att den kommer att behöva infrias, eller på grund av att dess storlek inte kan beräknas med tillräcklig tillförlitlighet. Det kan även vara fråga om en möjlig förpliktelse, det vill säga det är osäkert om det föreligger en förpliktelse eller ej. Ansvarsförbindelser redovisas inom linjen i balansräkningen, det vill säga de tas inte med i balansräkningens beloppskolumner och räknas inte in i balanssumman.

Avsättning

En skuld som är oviss när det gäller förfallotidpunkt eller belopp. Ett företag ska redovisa en avsättning i balansräkningen när det har ett åtagande för en inträffad händelse där det är troligt att det krävs ett utflöde av resurser för att reglera åtagandet och företaget kan göra en tillförlitlig uppskattning av beloppet. Om inte samtliga dessa villkor är uppfyllda, ska någon avsättning inte redovisas i balansräkningen. Exempel på avsättning är kostnaden för intjänade pensioner.

Balansräkning

En ögonblicksbild av den ekonomiska ställningen på bokslutsdagen, uttryckt i tillgångar, skulder och kapital. Balansräkningen har en tillgångssida och en skuldsida.

Bruttokostnader

Är verksamhetens kostnader inklusive avskrivningar.

Eget kapital

Värdet av ett företags tillgångar med avdrag för skulder och avsättningar. Om resultat är positivt ökar det egna kapitalet, medan ett negativt resultat minskar det egna kapitalet.

Extern intäkt eller kostnad

Intäkter eller kostnader som företaget har i relation till andra företag, organisationer eller privatpersoner. Interna intäkter eller kostnader är transaktioner mellan olika kostnadsställen eller enheter inom organisationen.

Ingående balans

Värdet på tillgångar, skulder och eget kapital vid årets början.

Komponentavskrivningar

Avskrivningar ska spegla hur tillgångens värde och/eller servicepotential succesivt förbrukas därför måste skillnader i förbrukning och nyttjandeperioder av betydande komponenter i en materiell anläggningstillgång delas upp på dessa. Respektive komponent ska skrivas av separat.

Byggnader har normalt ett antal betydande komponenter som stomme, stam, fasad, tak, hissar, ventilation mfl.

Poster inom linjen

Redovisningsbegrepp som innebär att ställda säkerheter och ansvarsförbindelser inte ska räknas in i balansräkningen utan redovisas inom linjen. Det betyder att de ska visas i anslutning till balansräkningen och att deras belopp inte ska räknas in i balansomslutningen.

Investering

Definieras som inköp av anläggningstillgångar såsom fastighet, utrustning eller maskiner med varaktighet över 3 år och ett inköpsvärde på minimum ett halvt basbelopp.

Regionkoncernen

Regionen med dess förvaltning samt de aktiebolag, ekonomiska föreningar och stiftelser där Regionen har ett väsentligt inflytande.

Likvida medel

Företagets penningtillgodohavanden i kontanter: kassa, postgiro, bank och bankgiro men även utländska

sedlar, erhållna checkar, postanvisningar och postväxlar som ännu inte lösts in. Ordet likviditet är en definition av företagets betalningsförmåga på kort sikt.

Nettoinvestering

Årets investeringsutgifter efter avdrag för årets försäljning och utranering.

Nettokostnad

Verksamhetens intäkter (avgifter och ersättningar) minus verksamhetens kostnader (personal, material, tjänster och avskrivningar). Nettokostnaden finansieras med skatter och generella statsbidrag.

Nyckeltal och nyckelindikatorer

Ett sätt att genom jämförelsetal beskriva verksamheten och göra den jämförbar över tid och med andra företag. Nyckeltal används i samband med uppföljning för att bland annat mäta effektivitet vid resursanvändning. Exempel på nyckeltal är soliditet och likviditet.

Periodisering

En fördelning av kostnader och intäkter på den redovisningsperiod till vilken de hör.

Realisationsvinst eller reavinst

Vinst som uppstår vid försäljning, till exempel vid fastighetsaffärer. Realisationsvinsten är försäljningsvärdet minus bokfört restvärde och eventuella försäljningskostnader.

Resultat

Skillnaden mellan ett företags intäkter och kostnader under en viss period. Resultaträkning är den uppställning som visar hur vinsten eller förlusten för perioden uppkommit.

Rörelsekapital

Alla de tillgångar som inte är avsedda att stadigvarande innehas, minskade med de skulder som ska betalas inom ett år. Rörelsekapitalet är ofta en konstant andel av omsättningen. Ett positivt rörelsekapital innebär en buffert tack vare att det finns ett eget och långfristigt kapital som även räcker till att finansiera omsättningstillgångarna. Ett negativt rörelsekapital innebär att leverantörerna till viss del finansierar anläggningstillgångarna.

Skuld

Åtagande att i framtiden betala eller på annat sätt fullgöra en ekonomisk förpliktelse till någon utomstående. Skulder som förfaller till betalning inom ett år benämns kortfristiga skulder, övriga skulder benämns långfristiga.

Soliditet

Betalningsförmåga på lång sikt eller förmåga att stå emot förluster och konjunkturnedgångar. Soliditeten

anger den del av tillgångarna som finansierats med eget kapital (eget kapital genom totalt kapital).

Utgående balans

Värdet på tillgångar, skulder och eget kapital vid årets slut.

Upplupna intäkter och kostnader

Upplupna intäkter är sådana intäkter som hör till bokslutsåret, men där företaget/myndigheten varken har skickat en faktura eller

fått betalt för tjänsten eller varan före bokslutsdagen. En upplupen intäkt redovisas i balansräkningen som en interimfordring.

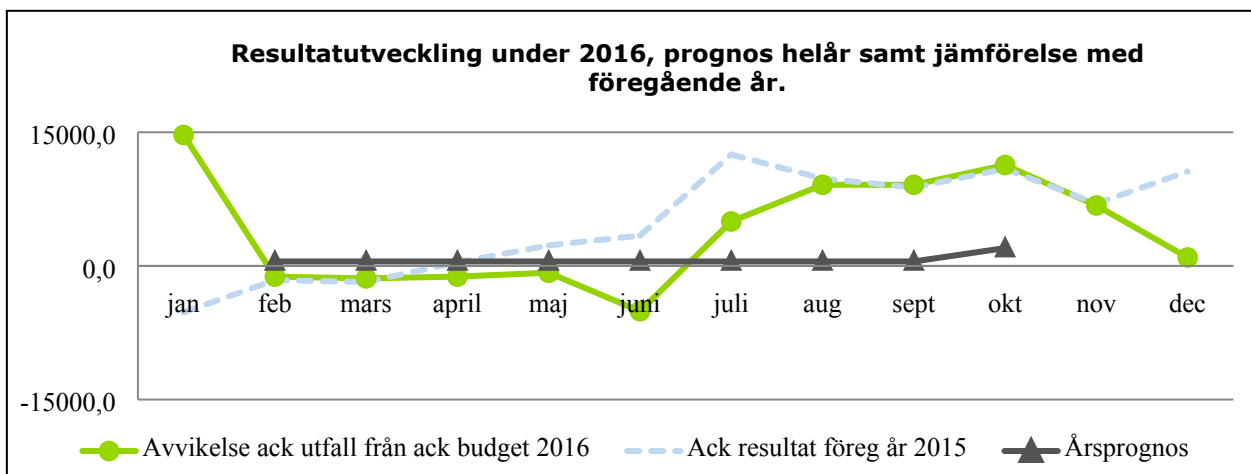
Upplupna kostnader är sådana kostnader som hör till bokslutsåret, men där företaget/myndigheten varken fått faktura eller betalat för tjänsten eller varan före bokslutsdagen. En upplupen kostnad redovisas som en interimsskuld.

Bokslut december 2016

REGIONALA UTVECKLINGSNÄMNDEN

Beslut 2017-02-27





Sammanfattning

Verksamhet

Under året har förvaltningen arbetat med organisationsutveckling som bland annat resulterat i områdessammanslagning samt beslut om förbättrade arbetsprocesser.

Förvaltningen har under perioden genomfört nuläges- och behovsanalys för jämställd regional tillväxt.

Region Jämtland Härjedalen har tillsammans med 12 andra regioner i norra Sverige, norra Finland och norra Norge beställt en analys av OECD om läget i regionen och om hur tillväxten kan förbättras. Den slutliga rapporten från OECD beräknas kunna presenteras i mars 2017. Förväntningarna på rapporten är att den ska kunna användas i det fortsatta strategi- och målarbetet för regional utveckling men också att den ska kunna fungera som ett underlag vid påverkansarbete.

”Läget i länet” är ett arbete för att ta fram relevant underlag med indikatorer för fortsatta gemensamma ansträngningar för länets utveckling. En utvärdering har tagits fram gällande statusen för de sju prioriteringarna som ingår i den Regionala utvecklingsstrategin (RUS).

Under 2016 har Regionala utvecklingsnämnden fattat 31 beslut om medfinansiering av projekt till ett värde av 38 Mnkr.

Under det gångna året har ansökan om företagsstöd ökat i jämförelse med 2015 och totalt har 83,7 Mnkr beslutats. Antalet beslutade stöd uppgår till 81, varav 23 gäller företag i Östersunds kommun.

Projektet Etableringsfrämjande samverkan har under 2016 startat och levererat resultat. sju

företagsetableringar med 76 arbetstillfällen fördelat på 43 kvinnor och 33 män.

Fullmäktige behandlade frågan om länstrafikbolaget ska vara kvar eller föras över i förvaltning och beslutade att Länstrafiken i Jämtlands läns AB ska behålls. Ett konkret resultat av samarbetet med norrlandslänen är en utredning om gemensamt bolag för bussgodis. Målet är att ett gemensamt bolag för bussgodis ska finnas från 2018.

Sedan april 2016 går nattågen till/från Jämtland endast under turistsäsong. Region Jämtland Härjedalen har inlett ett samarbete med SJ om hur trafiken ska kunna utvecklas på ett lönsamt sätt så att säsongerna kan förlängas. Region Jämtland Härjedalen har dessutom initierat att Trafikverket ska utreda om nattågstrafiken har en sådan betydelse för tillgängligheten till/från länet att staten ska ta ansvar för trafikförsörjningen.

Under våren yttrade sig Region Jämtland Härjedalen över regeringens förslag till inriktning för planeringen av transportinfrastrukturen för åren 2018 – 2029. Bland annat framhölls behovet av en ny modell för fördelning av de ekonomiska ramarna som väger in antalet mil statlig väg och trafiken på dessa i högre utsträckning än idag. När regeringens proposition presenterades med förslag till inriktningen på satsningarna perioden 2018 – 2029 kan konstateras att man uppmärksammat Regionens synpunkter gällande ramfördelningen till Länstransportplanerna.

Anställningen av bredbandsamordnaren har överförs från länsstyrelsen till Region Jämtland Härjedalen. Den regionala bredbandssamordnaren har bidragit till ökad samordning av dessa viktiga frågor i länet.

Under året har insatser genomförts som syftar till att bygga en starkare kulturell kreativ näring (KKN) i

regionen. Ett 100-tal företagare har fått personlig konsultation. Unesco-samarbetet har lett till internationellt utbyte med medlemsstäderna och en stor konferens förlagd till Östersund, där 300 delegater från över 50 länder diskuterat kultur och kreativa näringar som grund för urban och regional utveckling.

Regionen avtalar med Jamtli om det regionala museiuppdraget för att ett levande kulturarv som bevaras används och utvecklas. Förprojektering har gjorts av *Nationalmuseum Norr* och under januari 2017 sker byggstarten för den största konststsatsningen i regionen på många år. I juni 2018 kommer den första permanenta filialen till Nationalmuseum i Stockholm invigas på Jamtli

Klimatrådet har under perioden arrangerat två workshoppar för Samverkansgruppen. Vid en av workshopparna genomfördes också ett samarbete med Mittuniversitetets studenter som under en idéverkstad tog fram lösningar utifrån de utmaningar som Klimatrådet står inför. Syftet med workshopparna har varit att stödja deltagarna att hitta samarbetspartners och identifiera samordningsvinster.

Förvaltningen driver kompetensplattformen med stöd av Tillväxtverket. Målet är förbättrad matchning mellan utbildning och arbetsliv, få fler att gå högre utbildning. Samordnar Lärcentra i regionen, utveckla flexibla utbildningsformer, kommunikation och marknadsföring av vuxenutbildning.

Förvaltningens medarbetare samordnar socialfondens länsprojekt UVAS, ungdomar som varken arbetar eller studerar. Kommunerna och arbetsförmedlingen medverkar. Syftet är att förkorta ungas väg till arbete.

Birka har under året fortsatt att fortbilda personal inom migrationsboenden. Studieplatserna betalas av regionens kommuner. Samarbetet med Arbetsförmedlingen kring Etableringskurs för nyanlända fortsätter

På Bäckedal genomfördes under hösten en folkhögskolekurs för asylsökande i språkundervisning och samhällsorientering samt orientering i arbetsmarknaden.

Förvaltningens personal har deltagit i två möten i regeringens program Team Sweden för sektor kultur och kreativa näringar för att stimulera internationalisering och export. Gruppen består av 30 handplockade experter,

koordineras av UD och Svenska Institutet. Region Jämtland Härjedalen är en av tre utvalda regioner.

Regional jämställd tillväxt är ett prioriterat område för nämnden och en handlingsplan är framtagen, som är godkänd av tillväxtverket.

Måluppfyllelse

Förvaltningens mål utgår från Regionala utvecklingsstrategin (RUS), Regionfullmäktiges mål och Regionala utvecklingsnämndens fem prioriterade områden:

- Inflyttning
- Integration
- Jämställdhet
- Arbete/Näringsliv
- Miljö och klimat

Graden av måluppfyllnad hög eller mycket hög med ett undantag. Minskning av koldioxidutsläppen från tjänsteresor. Förvaltningens uppdrag kräver mycket resande och alternativ till flyg finns långt ifrån alltid.

För produktionsmålen konstateras att såväl Estrad Norr som folkhögskolorna Birka och Bäckedal når eller överträffar målen. Övriga verksamheter är av den art att numeriska produktionsmått inte är tillämpliga.

Ekonomiskt utfall

Resultatet för 2016 uppgår till ett överskott om 946 tkr. De största överskotten utgörs av allmänt stor återhållsamhet och budgetdisciplin, interkommunala ersättningar folkhögskolor samt projektmedel.

Underskott om 3 337 belastar resultatet efter korrigerering av Länsstrafiken i Jämtlands län AB intäkter för den så kallade Norrlandsresan 2013 – 2015. Beloppet hör rätteligen till Regionala kollektivtrafikmyndigheten i Västernorrland och har skuldbokförts hos länsstrafiken.

Nettokostnadsökningen uppgår till 3,82%.

Viktiga händelser under året

OECD-rapporten

Region Jämtland Härjedalen har tillsammans med de nordligaste regionerna Sverige, Finland och Norge beställt en analys av OECD om läget i regionerna och hur tillväxten kan förbättras. I november 2016 presenterades policy high lights som bland annat lyfte vikten av att de unika förutsättningarna i regionerna (kargt klimat, långa avstånd till marknader och låg befolkningstäthet) implementeras effektivt i såväl nationell som EU-policy för regional utveckling. Den slutgiltiga rapporten med regionala rekommendationer kommer presenteras i mars 2017. Förväntningarna på rapporten är att den ska kunna användas i det fortsatta strategi- och målarbetet för regional utveckling men också att den ska kunna fungera som ett underlag vid påverkansarbete, till exempel vid tilldelning av EU-medel till regionen.

Internationalisering

Under 2016 har det internationella påverkans- och bevakningsarbetet tydliggjorts. Brysselkontors verksamhetsdirektiv har tydliggjorts.

Företagsstöd

Under det gångna året har ansökan om företagsstöd ökat i jämförelse med 2015 (69 mnkr) och totalt har år 2016 83,7 Mnkr beslutats. Av denna summa har 80 Mnkr fördelats. Antalet beslutade stöd uppgår till 81, varav 23 gäller företag i Östersunds kommun.

Projektstöd

Region Jämtland Härjedalen har under 2016 fattat 31 beslut om medfinansiering av projekt till ett värde av 38 Mnkr. 36 Mnkr avser området Innovation och företagande, fördelat på 28 stöd. Med anledning av de beslut som fattades 2015 om att lägga ut finansieringen av beslut över flera års anslag har tillgången på medel varit begränsad under 2016. Detta kommer även att gälla för verksamhetsåret 2017.

Etableringsfrämjande samverkan

Projektet Etableringsfrämjande samverkan har under 2016 startat och levererat resultat. sju företagsetableringar med 76 arbetstillfällen fördelat på 43 kvinnor och 33 män.

Nya lokaler

Under sommaren flyttade Regionala utvecklingsförvaltningen från Österängsskolan till i huvudsak Regionens hus medan området Näringsliv flyttade in på Lagmannen, Köpmangatan 21. Det kan konstateras att den åtskilda lokaliseringen för Regionala

utvecklingsförvaltningen kräver att arbets sättet anpassas för att undvika negativa konsekvenser.

Regionalt trafikförsörjningsprogram

Ett regionalt trafikförsörjningsprogram 2016 - 2020 antogs i Regionfullmäktige i februari 2016.

Länstrafikbolag eller förvaltningsorg.

Fullmäktige behandlade frågan om länstrafikbolaget ska vara kvar eller föras över i förvaltning och beslutade att Länstrafiken i Jämtlands läns AB ska behålls.

Länstrafikens intäkter för Norrlandsresan

I slutet av januari 2017 uppdagades att Länstrafiken i Jämtlands län AB erhållit för hög ersättning för den så kallade Norrlandsresan åren 2013 till 2016. Fördelningen av intäkterna mellan de fyra norrlandsläna har skötts av Länstrafiken i Västerbotten, vilka förväxlat Jämtlands och Västernorrlands ersättning. Misstaget innebär att förvaltningens resultat 2016 försämras med 3 337 tkr för Norrlandsresan åren 2013 till 2015.

Utredning om gemensamt bolag för bussgods

Ett konkret resultat av samarbetet med norrlandsläna är en utredning om gemensamt bolag för bussgods. Inriktningsbeslut är fattade i alla fyra läna. Arbetet fortsätter under 2017. Målet är att ett gemensamt bolag för bussgods ska finnas från 2018.

Utredning om kollektivtrafik i egen regi

Länstrafiken utredde möjligheter och kostnader med att bedriva trafik i egen regi i stället för att upphandla all allmän kollektivtrafik. Regionala utvecklingsnämnden beslöt att trafiken ska upphandlas även i fortsättningen.

Nattågen till och från Jämtland

Sedan april 2016 går nattågen till/från Jämtland endast under turistsäsong. Region Jämtland Härjedalen har inlett ett samarbete med SJ om hur trafiken ska kunna utvecklas på ett lönsamt sätt så att säsongerna kan förlängas. Region Jämtland Härjedalen har dessutom initierat att Trafikverket ska utreda om nattågstrafiken har en sådan betydelse för tillgängligheten till/från länet att staten ska ta ansvar för trafikförsörjningen.

Inriktning för planeringen av transportinfrastrukturen

Under våren 2016 yttrande sig Region Jämtland Härjedalen över regeringens förslag till inriktning för planeringen av transportinfrastrukturen för åren 2018 – 2029. Bland annat framhölls behovet av en ny modell för fördelning av de ekonomiska ramarna som väger in antalet mil statlig väg och trafiken på dessa i högre utsträckning än idag. När regeringens proposition presenterades med förslag till inriktningen på satsningarna perioden 2018 – 2029 kan konstateras att man uppmärksammat Regionens synpunkter gällande ramfördelningen till Länstransportplanerna.

Förfart Brunflo

Frågan om förfart Brunflo har diskuterats flitigt under året. Regionala utvecklingsnämnden förordade det alternativ till sträckning som Trafikverket under hösten 2016 valde att gå vidare med.

Mittbanans standard

Regionen har engagerat sig i frågan om Mittbanans standard. Både i form av skrivelser och i direkt dialog med Trafikverkets ledning. Den under hösten befarade hastighetssänkningen på del av banan från år 2018 har kunnat undanröjas genom Trafikverkets omprioritering av underhållsmedel till förmån för denna bandel.

Regional bredbandssamordnare

Från 2016-10-01 har anställningen av bredbandssamordnaren överförts från länsstyrelsen till Region Jämtland Härjedalen.

Den regionala bredbandssamordnaren har bidragit till ökad samordning av dessa viktiga frågor i länet och bland annat ordnat regelbundna träffar med kommunernas bredbandssamordnare, bredbandsoperatörer, länsstyrelsens handläggare av ekonomiskt stöd från landsbygdsprogrammet och Tillväxtverkets handläggare för ortsammanbindande nät i det regionala strukturprogrammet för mellersta Norrland. Bredbandssamordnaren har också deltagit på olika informationsmöten om bredbandsutbyggnad med föreningar, företag och privatpersoner ute i länet och samverkar också med andra län kring olika bredbandsfrågor och projekt.

Kanaliseringsstöd till bredbandsutbyggnad

Ansvar för det så kallade kanalisationsstödet till bredbandsutbyggnad har överförts från Länsstyrelsen till Regionen från år 2016. Region Jämtland Härjedalen har fattat två beslut om slutligt kanalisationsstöd utifrån tidigare, av länsstyrelsen fattade, preliminära beslut. Regionen har också fattat tre nya beslut om kanalisationsstöd under år 2016. Några ytterligare nya

beslut kanalisationsstöd kommer inte att fattas då denna stödform upphör i och med utgången av år 2016.

Digitala Jämtland Härjedalen

Digitala Jämtland Härjedalen, den regionala digitala agendan, fokuserar på digitaliseringens möjligheter och har identifierat fyra prioriterade områden; infrastruktur, digital kompetens, expertis och samverkan och finns representerad i Regionalt nätverk för eSamhället som drivs av SKL. En av de prioriterade frågorna är att digitalisera arkiven inom offentliga verksamheter. Ett initiativ, för att införa eArkiv har lett till en gemensam upphandling där kommunerna deltar men regionen valt att avvakta.

Gemensam nämnd inom IT- och eFörvaltningsområdet

IT-chefsnätverket är initiativtagare till att etablera en samverkansorganisation inom IT- och eFörvaltningsområdet. En förstudie genomfördes under 2015 och samtliga kommuner, kommunalförbunden samt Region Jämtland Härjedalen beslutade under våren 2016 att gå vidare med ett genomförandeprojekt. Projektdirektiv utgavs i augusti och projektet "KITE – regional samverkan inom Kompetens, IT och eFörvaltning" startades upp under hösten. Ett första resultat var beslutet om att formen för samverkan ska vara gemensam nämnd under Region Jämtland Härjedalen och arbetet att prioritera bland möjliga samverkansobjekt påbörjades under sen höst.

Kulturtinget

Årets kulturting lockade 196 personer från Jämtland och Västernorrland. Temat var integration och civilsamhället.

Särskilda insatser för nyanlända

Kulturen har medverkat i *Särskilda insatser för nyanlända*, vilket har haft 430 deltagare fördelat på 18 workshops i samarbete med SFI, Svenska kyrkan, studieförbund, integrations samordnare med flera. Insatsen leder till nya kontaktytor mellan nyanlända och respektive ords lokalbefolkning.

Starkare Kulturella och kreativa näringar (KKN näringar)

Under året har insatser genomförts som syftar till att bygga en starkare KKN näring i regionen och stärka den ideella sektorns roll i samhället. Ett 100-tal företagare har fått personlig konsultation.

Unescosamarbetet har lett till internationellt utbyte med medlemsstäderna och en stor konferens förlagd till Östersund, där 300 delegater från över 50 länder diskuterat kultur och kreativa näringar som grund för urban och regional utveckling.

Norrländska slöjdställningen Next Level Craft gick vidare på export och visades i Washington sju veckor under våren.

Nationalmuseum Norr

Regionen avtalar med Jämtli om det regionala museiuppdraget för att ett levande kulturarv som bevaras används och utvecklas. Förprojektering har gjorts av *Nationalmuseum Norr* och under januari 2017 sker byggstarten för den största konstsatsningen i regionen på många år. I juni 2018 kommer den första permanenta filialen till Nationalmuseum i Stockholm invigas på Jämtli.

Ekologisk hållbarhet

Energimyndigheten har beviljat en ansökan som gjorts tillsammans med Östersunds kommun kring fördjupad analys av våra resor/transporter i syfte att ytterligare minska miljöbelastningen på ett kostnadseffektivt sätt. Projektet PVC free blood bags är inne i sitt slutskede. Lagringsstudien av röda blodkroppar i den nya påsen är slutförd och ser lovande ut. Planering och genomförande av projektets slutseminarium har skett. Ett genomfördes i Östersund i september och ett i samband med CleanMed Europé i oktober.

Klimatrådet har under perioden arrangerat två workshopar för Samverkansgruppen. Vid en av workshoparna genomfördes också ett samarbete med Mittuniversitetets studenter som under en idéverkstad tog fram lösningar utifrån de utmaningar som Klimatrådet står inför. Syftet med workshoparna har varit att stödja deltagarna att hitta samarbetspartners och identifiera samordningsvinster. Sekretariatet har därefter arbetat med att stödja arbetsgrupperna att arbeta vidare med de projektidéer som utvecklades och andra behov som identifierades. Under samma period har styrgruppen träffats vid tre tillfällen för övergripande frågeställningar kring Klimatrådets aktiviteter och inriktning.

Energikontoret och Klimatrådet startar nu upp en treårig satsning riktad till aktörer i fastighetsbranschen i länet. Syftet är att stimulera till ökad energieffektivitet i byggnader. Satsningen finansieras av Interreg Europe

Fler kommuner har valt att ge Energikontoret i uppdrag att sköta den kommunala energi- och klimatrådgivningen, vilket har resulterat i en nyrekrytering av en rådgivare. Nu utförs energi- och klimatrådgivning i alla länets kommuner utom Östersund och Bräcke.

Energikontoret har bidragit till att företag och kommuner i Jämtland Härjedalen beviljats investeringsstöd från klimatklivet med cirka 7,3 miljoner kronor.

Social välfärd

Under oktober månad har färdigställt analys och handlingsplan för psykisk hälsa. Plan och analys pekar bland annat ut områden som särskilt utsatta grupper, samverkansbrister, styrning-lednings förslag. SVOM fattar beslut om förbättringsåtgärder.

FoU Jämt samordnar och leder gemensamt regionalt kvalitetssäkrings- och analysarbete av öppna jämförelser inom individ- och familjeomsorg, stöd till personer med funktionsnedsättning samt äldreområdet. Regional

utbildningsdag tillsammans med Rådet för kommunala analyser (RKA) har hållits i september och en gemensam analysdag har hållits i december.

I april presenterade Fou Jämtes medarbetare "Regional Development of Evidence-Based Practice in Municipality Based Activities" vid internationell workshop "Knowledge as an Empowerment Tool in Social Services". Presentationen hölls i Uppsala.

FoU Jämt har i samverkan med Mittuniversitetet hållit en FoU-dag i september. Målgruppen var personal och förtroendevalda inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård. Drygt 100-talet besökare tog del av förbättrings- och utvecklingsarbeten som presenterades av medarbetare i nämnda verksamheter. Syftet med dagen var att sprida goda exempel och bidra till kunskaps- och erfarenhetsutbyte.

Integration

Arbetet utifrån den regionala strategin för ökad inflyttning och förbättrad integration fortgår med statistik och analyser kring integration och dialoger i regionala nätverk för att hitta prioriterade utvecklingsområden. Regionen leder och samordnar ESF projektet Integration Jämtland Härjedalen med insatser för att utveckla och förbättra integrationen samt kommunernas mottagning både kvalitativt och kvantitativt. Projektet är framgångsrikt.

Kompetensförsörjning, utbildning och arbetsmarknad

Förvaltningen driver kompetensplattformen med stöd av Tillväxtverket. Arbetar med förbättrad matchning mellan utbildning och arbetsliv, få fler att gå högre utbildning. Dialog med branscher, Kompetensforum mm. Samordnar Lärcentra i regionen, utveckla flexibla utbildningsformer, kommunikation och marknadsföring av vuxenutbildning.

Leder och samordnar socialfondens länsprojekt UVAS, ungdomar som varken arbetar eller studerar. Kommunerna och arbetsförmedlingen medverkar. Syftet är att förkorta ungas väg till arbete. Har utvecklat en gemensam lednings- och strategigrupp för detta arbete.

Statistik och analys – Läget i länet

Enhetens personal samarbetar med övriga norrlandslän i framtagandet av ett nytt ramverk för uppföljning, utvärdering och lärande då det gäller tillväxtarbetet i regionerna.

Jobbar med "Läget i länet" att ta fram relevant underlag med indikatorer. En utvärdering har tagits fram gällande statusen för de sju prioriteringarna, uppdelade i 35 mål, som ingår i den Regionala Utvecklingsstrategin. Utvärderingen har samlats i en SWOT och breda diskussioner om utvärderingens resultat förs i länet under januari – februari 2017. Ur många aspekter "går det bra" för Jämtlands län; sysselsättningen är hög, gott om lediga platser, besöksnäringen växer, befolkningsantalet ökar.

Samtidigt finns utmaningar i form av kompetensförsörjning och matchning. Många inflyttare med utländsk bakgrund är i linje med de strategiska målen men det reser också höga krav på att lyckas med integrationen. Infrastruktur i form av tåg, flyg och bredband är viktiga och är i behov av fortsatt utveckling för att möta upp behoven.

Den regionala utvecklingsstrategin utarbetades under 2013 och frågan om behov av uppdatering kommer att behandlas i samband med diskussionerna som följer på Läget i länet-rapporten. Diskussioner om vad som kommer efter Europa 2020 liksom NSPA-rapporten från OECD kan också komma att peka på revideringsbehov.

Folkbildning

Birka startade i augusti som första skola i landet en heltidsutbildning till fritidsledare på distans. Kursen innehåller några närträffar på Birka under året.

Birka har under året fortsatt att fortbilda personal inom migrationsboenden. Studieplatserna betalas av regionens kommuner. Samarbetet med Arbetsförmedlingen kring Etableringskurs för nyanlända fortsätter och under våren har 12 deltagare genomgått den 6 månader långa utbildningen och under hösten startade en kurs med 7 deltagare.

Under september 2016 startade Bäckedal en kortkurs i hållbar kunskap med inriktning på traditionell kunskap om självförsörjning kombinerat med modern teknik och entreprenörskap.

På Bäckedal genomfördes under hösten en folkhögskolekurs för asylsökande i språkundervisning och samhällsorientering samt orientering i arbetsmarknaden. Kursen finansieras via Folkbildningsrådet och deltagarna antas efter Migrationsverkets förslag. Kursen hade 25 deltagare och pågick fram till mitten av december 2016.

Attraktivitet och demografi

Förvaltningens personal har deltagit i två möten i regeringens program Team Sweden för sektor kultur och kreativa näringar för att stimulera internationalisering och export. Gruppen består av 30 handplockade experter, koordineras av UD och Svenska Institutet. Region Jämtland Härjedalen är en av tre utvalda regioner.




En koordinator för demografiutveckling har anställts på enheten för att vidareutveckla arbetet med den demografiska utmaningen i samarbete med företag och kommuner i regionen.






Jämställd regional tillväxt







En behovs- och nulägesanalys har genomförts med tillhörande prioriteringar och är inskickad till Tillväxtverket för bedömning. Handlingsplan med genomförandeplan har tagits fram och godkänts. Föreläsning för all personal genomfördes den 6:e december "Jämställdhet och intersektionallitet" Rekrytering av strateg för uppdraget påbörjades under 2016 och har slutförts i januari 2017.



Uppföljning av mål (aktiviter redovisas längst bak)

Mål samhälle




-  = mållavvikelse med mer än 10 procent
 = mållavvikelse med mindre än 10 procent
 = målet är uppnått





Mål och målvärden 2016	Utgångsvärde 2015	Utfall 2016-12-31		Kommentarer till utfallet
Fler arbetstillfällen och fler personer är företagare/företagsamma	14,5%	14,8%		14,8 % är den högsta andelen företagsamma någonsin i Jämtland Härjedalen och innebär en tredjeplats i landet. Även för kvinnorna är länet bland de tre mest företagsamma länen i Sverige. Andelen för kvinnor är 8,9 % vilket är en ökning med 0,2 procentenheter. Andelen unga som är företagsamma vänder uppåt och utgör idag 6,7 procent. Vilket är näst bäst i landet.
Fler personer besöker vårt län än idag	10 miljoner övernattningar	10,3 miljoner övernattningar	 	10,3 miljoner övernattningar i regionen innebär en ökning med knappt 0,43 miljoner (+3%) jämfört med 2014. Statistik från SCB visar att antalet kommersiella gästnätter har ökat med 10% under 2015 och uppgår nu till nästan 2,9 miljoner, varav utländska gästnätter uppgick till 0,6 miljoner. Den inresande turismen till Jämtland Härjedalen omsatte under år 2015 nästan 4650 Mnr. En ökning med 200 Mnr jämfört med 2014. Statistik för 2016 kommer först i mars. Nationalmuseum Norr blir ny konstatraktion för regionen med planerad invigning vårvintern 2018.
Ökad försäljning på utländsk marknad ≥439	439	416		Dessvärre ser vi en minskning av antalet exportföretag
Tillgång till bredband Mål 2016: Minst 40 procent av hushållen och företagen ska ha tillgång till bredband med den hastigheten 100 Mbit/s I den regionala utvecklingsstrategin och i gällande bredbandsstrategi för Jämtlands län anges att "Minst 90 procent av alla hushåll och företag ska ha tillgång till minst 100 Mbit/s år 2020.	44 % av länets hushåll och 38% av företagen	Enligt senast tillgänglig statistik (oktober 2015) hade 53,6 procent av hushållen och 42,2 procent av arbetsställena tillgång till bredband om minst 100 Mbit/s		PTS mäter tillgängligheten till bredband i oktober varje år, men siffrorna publiceras inte förrän i mars året efter. För närvarande saknas således mer aktuella siffror än oktober 2015. En omfattande utbyggnad av fiber har skett under det senaste året och planer för en omfattande fortsatt utbyggnad finns. Att nå målen för år 2020 förefaller därför inte omöjligt.




Mål och målvärden 2016	Utgångsvärde 2015	Utfall 2016-12-31		Kommentarer till utfallet
Kulturutbudet kännetecknas av förnyelse, hög kvalitet och variation. Minst 8 av 10 arrangörer/samarbetspartners nöjda. Målvärde: Nöjdhetsindex 9.6 på en 10 gradig skala	9,6	Nöjdhetsindex 9.6 på en 10 gradig skala. Estrad Norr 8.7%		Mäts inför årsskiftet genom arrangörsenkäter Estrad Norr samt övriga verksamheters riktade enkäter
Länets barn och unga har kunnat vara delaktiga i och fått ta del av det regionala utbudet av scenkonst. Minst hälften av utbudet har riktats till målgruppen 0 -25 år	76 % av utbudet av scenkonst har riktats till barn o unga	65 % av utbudet av scenkonst har riktats till barn o unga.		Når målet
Minst 50 procent av kulturutbudet har riktats utanför Östersunds kommun	57 % av utbudet har riktats utanför Östersunds kommun	57 % av utbudet har riktats utanför Östersunds kommun		Når målet
Mobilisera civilsamhället, föreningar och enskilda i arbetet med integration och ökad mångfald.	I samarbete med civilsamhället genomfört kulturaktiviteter för 500 deltagare/nyanlända	I samarbete med civilsamhället genomfört kulturaktiviteter för 430 deltagare/nyanlända		Når målet
Länets elever genomgår utbildning med uppnådd gymnasieexamen (RUS) Målvärde 75% av 20-åringarna klar gymnasieexamen		75%		Regionen är näst bäst i landet. Flera insatser gjorda med bl a PlugIn och aktiviteter via Buz.
Fler i högre utbildning (RUS) Målvärde: 40% av 30-34 åringarna har högre utbildning		40%		Ca 8% lägre än riksgenomsnittet. Ännu lägre siffror då det gäller övergång från gymnasieskolan. inom 3 år Stor skillnad mellan könen. Kvinnor på riksgenomsnittet och män väsentligt under.
Näringslivsanpassade utbildningar (RUS) Målvärde Matchnings-grad 73%		Matchnings-grad 73%		Ökat antal platser och studerande i Yrkesvux. Matchningsgraden 73% , samma som riksgenomsnittet. Minskad arbetslöshet och ökade ej tillsatta jobb i regionen senaste året.
Livslångt lärande för tillväxt och personlig utveckling (RUS)		4600 personer använder Lärcentra Drygt 1000 fler deltagarveckor på fhsk		Samordning Lärcentra/ komvux. Projektverksamhet livslångt lärande tillsammans med kommuner o arbetsförm.
Andelen utomnordiskt födda är detsamma som riksgenomsnittet. (RUS) Målvärde 17%		8,6%		Nationellt är andelen 17%. Projekt och insatser pågår i syfte att öka attraktivitet och inflyttning till länet.

Mål och målvärden 2016	Utgångsvärde 2015	Utfall 2016-12-31		Kommentarer till utfallet
<p>LIFE+ 10 ENV/SE/037 www.pvcfreebloodbag.eu Det två övergripande målen är att visa att det går att tillverka en PVC-fri blodpåse som uppfyller en förankrad kravspecifikation inklusive CE-märkning och att tillsammans med europeisk sjukvård sprida kunskap och öka efterfrågan för att underlätta introduktionen av de nya påsarna.</p>	<p>“Mid-Term report” godkänd och den andra utbetalningen till medlemmar utförd.</p>	<p>Målen uppfyllda förutom verifieringen av CE-märkning</p>		<p>Projektet förlängs med 3 månader för att kunna uppfylla målet om CE-verifiering. Avslut 30 juni 2017 Slutrapport sep 2017</p>
<p>UVAS 2015/00246, ESF projekt. Det övergripande syftet och målet är att få unga som inte arbetar eller studerar att komma närmare eller etablera sig på arbetsmarknaden. Att underlätta etableringen på arbetsmarknaden även för unga med funktionsnedsättning samt utländsk bakgrund. Minska ungdomsarbetslösheten och därmed även utanförskap samt psykisk ohälsa.</p>	<p>Start 150601 med analys av målgrupp mm. Genomförande-start 150701 avslut 171231. Alla åtta kommuner deltar</p>	<p>Målen fördelas under hela projektiden 20150601-20171231 Rapporteras varje månad till ESF Ligger i fas enligt budget samt mål och uppföljning</p>		




Mål medarbetare




 = mållavvikelse med mer än 10 procent
 = mållavvikelse med mindre än 10 procent
 = målet är uppnått

Mål och målvärden 2016	Utgångsvärde 2015	Utfall 2016-12-31		Kommentarer till utfallet
Sänka sjukfrånvaron för medarbetare Målvärde 2016: Totalt max 6,2 % Män:4,5 %, Kvinnor: 7,0 %	Totalt 3,42% Kvinnor 4,57% Män 1,76%	Totalt 3,18% Kvinnor 3,87% Män 2,20%		Förvaltningen sjukfrånvaro är fortsatt mycket låg. Enstaka längre sjukskrivningar kan påverka utfallet mycket eftersom förvaltningen endast har 146 anställda
Utveckla chefsrollen och etablera chefsnätverk Nätverk etablerat Ja/Nej, Antal chefer ingående i nätverk		12 chefer ingår i totalt 5 olika nätverk		Förvaltningen har endast 12 chefer. Nätverkandet sker främst inom de 4 olika ledningsgrupperna, där alla chefer ingår i minst en. Folkhögskolornas chefer och områdeschefen träffas regelbundet i ett nätverk där också rektor för Åredalens fhsk ingår.
Kvalitets- och utvecklingsmetoden "Lean" ska användas i hela organisationen Mätetal: 80 % av alla medarbetare ska ha medverkat i ett förbättringsarbete under 2016.				Förvaltningens ledningsgrupp har fått en grundläggande information om Lean, men inplanerade fortbildningar har försenats för de flesta medarbetarna, eftersom regionens lean coach är sjukskriven och ingen vikarie finns tillsatt. Sedan tidigare arbetar förvaltningen med frågorna : - Resultatfokus, värdet för medborgaren - Medarbetaren som den viktigaste resursen för att nå målen - Utföra ett effektivt arbete av hög kvalitet - Återkommande reflektera över vad vi gör, föra en dialog om vad vi inte ska göra
Andel medarbetare som upplever att de på sin arbetsplats bemöter varandra med respekt och utifrån värdegrund ska öka. Målvärde 2016 Regionen 4,50	4,86	5,0		Indexet för bemötandet har succesivt ökat sen första mätningen




Mål och målvärden 2016	Utgångsvärde 2015	Utfall 2016-12-31		Kommentarer till utfallet
Förbättra resultatet för arbetsmiljöindex mot utgångsvärdet och mål ska fastställas på enhetsnivå. Målnivå: 4,9 (förvaltningen) Målnivå: ≥ 4,2 (Regionen)	Februari 4,86	Oktober 4,83		Vi når regionens mål med råge, men förvaltningens mål har kanske satts väl högt.
Alla medarbetare ska ha en individuell kompetensplan. Målvärde 2016: fler än 50%	Följs upp första gången i årsbokslut 2016			Arbetet har påbörjats genom att kartlägga kompetensbehovet vid verksamhetsutvecklingsdagar. Vid de flesta enheter tas den individuella kompetensplanen upp på medarbetarsamtalet enligt rutin sedan många år. Förvaltningen totalt når ej målet 2016, men många undantag finns.
Alla områden och enheter ska genomföra skydds rond Mål: 100%		75%		Tre av fyra verksamhetsområden har genomfört skydds rond.

Mål miljö

-  = målavvikelse med mer än 10 procent
-  = målavvikelse med mindre än 10 procent
-  = målet är uppnått

Förvaltningschefens mål och aktiviteter	Utgångsvärde 2015	Utfall 2016-12-31		Kommentarer till utfallet
Andelen ekologiska livsmedel inom våra folkhögskolor Målvärde 21 % av det totala utfallet av livsmedelsinköpen		Birka 34% Bäckedal 28%		
Socialt etiskt märkta livsmedel Målvärde minst 6%		Birka 6% Bäckedal 5%		Svårt att öka då utbudet är smalt.
Koldioxidutsläppen från förvaltningens tjänsteresor	Minska med 12 %			Ej lätt att beräkna då både volym- och prisförändringar måste beaktas, liksom förändrade uppdrag. Då kostnaderna för både flyg- och tågresor ligger kvar på samma nivå som 2015 är den samlade bedömningen att målet inte uppnåtts.

Mål jämställdhet

Förvaltningschefens mål och aktiviteter	Utgångsvärde 2015	Utfall 2016-12-31		Kommentarer till utfallet
Regionalt mål från handlingsplan: Ökad kunskap om jämställdhet inom den regionala tillväxt ansvaret		Implementering av Rutin för att bereda ett ärende med jämställdhets- jämlikhets- och barnrätts-perspektiv		<p>I arbetet med stödhanteringen av t.ex. företagsstöd innefattar arbetsprocessen att man tar jämställdhets- jämlikhets- och barnrättsperspektivet i beaktande.</p> <p>En behovs- och nulägesanalys har genomförts av område Kultur med tillhörande prioriteringar, som är inskickad till Tillväxtverket för bedömning. Handlingsplan med genomförandeplan har tagits fram och godkänts. Föreläsning för all personal genomfördes den 6:e december "Jämställdhet och intersektionallitet" Rekrytering av strateg för uppdraget påbörjades under 2016 och har slutförts i januari 2017.</p>
Regionalt mål från handlingsplan: Ökad kunskap om jämställdhet inom den regionala tillväxt ansvaret		<p>Antal chefer som har använt fram- arbetat material om jämställdhet och jämlikhet på arbetsplatsträffar och planerings- dagar.</p> <p>Ska diskuteras vid minst 2 APT / år och verksamhets- område</p>		<p>Enheten har deltagit på workshop i samband med personaldagar. Det regionala målet har även diskuterats vid minst 2 APT under 2016. (N-liv)</p> <p>Jämställdhet har behandlats vid ett personalmöte och i den digitala bemötandeutbildningen. (IoK)</p> <p>Kultur vid två tillfällen.</p> <p>(VKK) Film om jämställdhetsintegrering med tillhörande powerpoint har diskuterats vid APT</p> <p>Värderingsövningar har genomförts vid APT</p>
<p>Estrad Norr jämställdhet på scen</p> <p>Målvärde: 45% kvinnor</p>	44%	37%		<p>37 % kvinnor på scen. Har inte nått målet- 2016 En förklaring är att bland större grupper som anlitas var flertalet män. Motsvarande bland mindre grupper var flertalet kvinnor, vilket påverkat utfallet.</p>

Nationella satsningar och särskilda stadsbidrag

Extra flyktingpengar 9909

Den stora invandring som skedde till landet under hösten 2015 har i vårt län inneburit att asylboenden öppnats och att nyanlända bosatt sig i länet. En i grunden positiv utveckling med fler boende i länet. Länet kollektivtrafik är inte planerad för att klara den ökade efterfrågan på resor som det medfört och trafiken har därför utökats på olika sätt. Nettokostnaden för den extra trafik som inrättats uppgår till ca 4,7 Mnkr 2016.

Region Jämtland Härjedalen erhöll ett generellt statsbidrag för hantering av asylkostnader. Ur det har 1 Mnkr tilldelats Länstrafiken i Jämtlands län AB, efter begäran från regionala utvecklingsförvaltningen. De extra medlen, samt övriga åtgärder som länstrafiken genomfört, har inneburit upprätthållande av en tillräckligt bra service för våra nyanlända och förbättrade kommunikationer för många tidigare bofasta i ytterområdena.

Produktionsstatistik

Folkbildning	2015-12	2016-12
Eleveckor		
-Birka (mål 7000)	7 054	7 431
-Bäckedal (mål 4000)	4 157	4 054

Kommentarer till utfall:

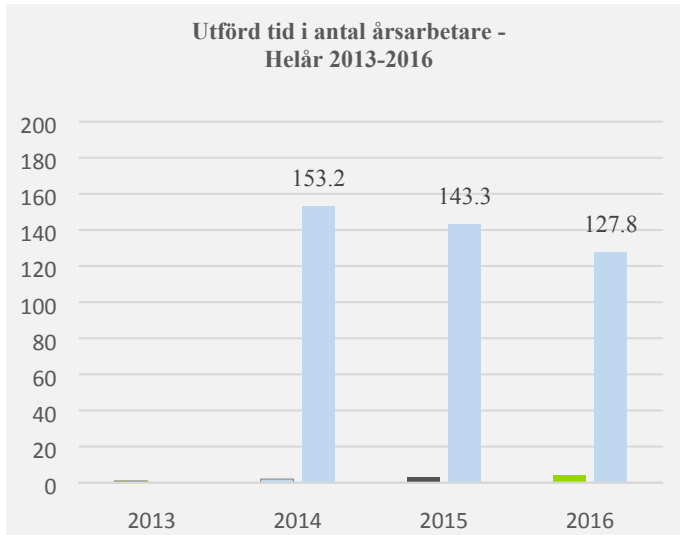
Scenkonst	2015-12	2016-12
Föreställningar	512	500
- Estrad Norr, musik	297	310
- Estrad Norr, NMD-Z	51	33
- Estrad Norr, teater o dans	164	157

Kommentarer till utfall:

Generellt har Estrad Norr satsat på föreställningar i större lokaler och ökat bussning av elever från länet till föreställningar. Det ger färre föreställningar och en viss ökning av Östersund som spelplats. Föreställningar inom Görbart och Hörbart samt konserter med amatörorkestrar som samverkat med Estrad Norr, redovisas inte i denna statistik.

Medarbetare

Utförd tid



Utförd tid i timmar

Personalgrupp	2014 tim	2015 tim	2016 tim	diff tim 2015/2016	diff åa 2015-2016
00: /Okänd Personalgrupp/	1195		71	71	0,0
1010: Ledning administration	3408	3528	1824	-1704	-1,0
1020: Ledning Hälso- o sjukvård		1984	1048	-936	-0,5
1040: Rektor	3712	4156	5168	1012	0,6
1045: Ledn kultur, turism o fritid	6200	6688	6688	0	0,0
1060: Ledning köks- o måltidsarb	3356	3101	3214	113	0,1
1090: Ledning annan	10954	9801	8968	-833	-0,5
1510: Handläggare	99608	88906	72174	-16732	-9,5
1520: Assistent, läkarsekreterare	20633	18366	10794	-7572	-4,3
3010: Rehab- o förebyggande arbete	756			0	0,0
3510: Socialt arbete	5776			0	0,0
3520: Kurator etc	943	946	872	-74	0,0
4010: Lärare	50157	49307	47674	-1633	-0,9
4030: Studie- och yrkesvägledare	1486	841	1696	855	0,5
4510: Kulturarbete etc	31204	33443	36319	2876	1,6
4520: Turism. och fritidsarbete	3431	3648	1828	-1820	-1,0
5030: Tekniker	5786	5980	4956	-1024	-0,6
5210: Hantverkare, vaktmäster etc	1756	1730	2302	572	0,3
6010: Måltidspersonal, kock etc	13712	14281	14310	29	0,0
6510: Lokalvård, tvätt, förrådsarb	5615	5431	5027	-404	-0,2
Totaler	269688	252135	224932	-27203	-15,5

Kommentarer till utfall och gjorda åtgärder för att uppnå målet att komma ner till 2013års nivå:

Antalet anställda har totalt minskat med 15,5 årsarbetare jämfört med föregående år. Största minskningen är beroende på att staben för regional utveckling upphörde och medarbetarna fick sin placering hos regionstaben från och med jan 2016. Några verksamheter har ökad utför tid och det beror på projektanställningar samt överföring från annan verksamhet.

Estrad Norr är länets professionella institution för musik, teater och dans. De flesta musiker, skådespelare och dansare kontraktanställs utifrån produktion. Vissa anställs av Estrad Norr medan andra anlitas på F-skatt. Det går därmed inte att jämföra enbart den utförda tiden för anställda för denna form av verksamhet.

För flertalet verksamheter inom förvaltningen är som regel ökad utförd tiden positiv utveckling. Det innebär att förtroendet från våra finansiärer ökar och att utvecklingsresurserna ökar. Detta under förutsättning att nettokostnaden inte överstiger tilldelade medel.

Antal anställda

Antal månadsavlönade	2015-12-31	2016-12-31
Totalt antal anställda	162	146
- varav kvinnor	97	83
- varav män	65	63

Bemanningsföretag**Kommentarer till köp av övrig personal:**

Förvaltningen anlitar inte bemanningsföretag.

Bemanning av organisation

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

Svårt = möjligt efter flertal rekryteringsinsatser.

Balans = finns ett tillräckligt urval av sökande vid rekrytering.

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

Befattning	Mycket svårt att rekrytera	Svårt att rekrytera	Balans	Lätt att rekrytera
1520: Assistent, läkarsekreterare			X	
3520: Kurator etc			X	
4010: Lärare		X		
4030: Studie- och yrkesvägledare			X	
4510: Kulturarbete etc			X	
1510: Handläggare			X	
4520: Turism. och fritidsarbete			X	
5030: Tekniker			X	
5210: Hantverkare, vaktmäster etc			X	
6010: Måltidspersonal, kock etc			X	
6510: Lokalvård, tvätt, förrådsarb			X	

Lärare blir en allt mer svårrekryterad grupp. Speciellt vissa ämneslärare. Det har också blivit en hårdare konkurrens med den kommunala skolan gällande behöriga lärare. Det är viktigt att arbeta med hela frågeställningen och se över alla faktorer som kan påverka rekryteringssituationen positivt. Det är kopplat till anställningsvillkor, personalförmånerna bör tydliggöras samt lönenivå bör ses över i jämförelse med andra folkhögskolor.

Avslutningssamtal

Personalerörligheten är låg, men några medarbetare har avslutat sina anställningar och arbetar nu i annan verksamhet utanför Region Jämtland Härjedalen. Några medarbetare har gått i pension. Avslutningssamtal har genomförts med flertalet.

Jämställdhet, mångfald och diskriminering

Förvaltningen arbetar mycket medvetet med frågor gällande jämställdhet, mångfald och diskriminering speciellt kopplat till verksamheterna uppdrag. För medarbetarna ordnades en föreläsning kopplat till jämställdhet. Mångfald och normkritik där bland annat begreppen tydliggjordes. Det fördes också en diskussion kring kvantitativ och kvalitativa aspekter av jämställdhet och mångfald. Denna föreläsning var en uppstart och arbetet kommer att fortsätta under 2017. Tillgänglighetsplan för område kultur revideras och arbetet med förbättrad tillgänglighet pågår. Samtliga regionala kulturverksamheter har genomfört åtgärder för *ökad tillgänglighet* till lokaler och web. Område Kultur har haft dialog med länets handikapprörelse och engagerat en tillgänglighetskonsult för ytterligare åtgärder i lokaler 2017.

Arbetsmiljö

Arbetsmiljöenkäten

Mätetal	Utfall 2016 (oktobervärde)	Målvärde 2016
Hälsofrämjande mål: arbetsmiljöindex Utgångsvärde: februari 2016 (index 1-6): — Mäts två gånger per år	Okt 4,83 Feb 4,86	Arbetsmiljöindex 4,2 på regionnivå. Förvaltningens målvärde: 4,9

Friskvård

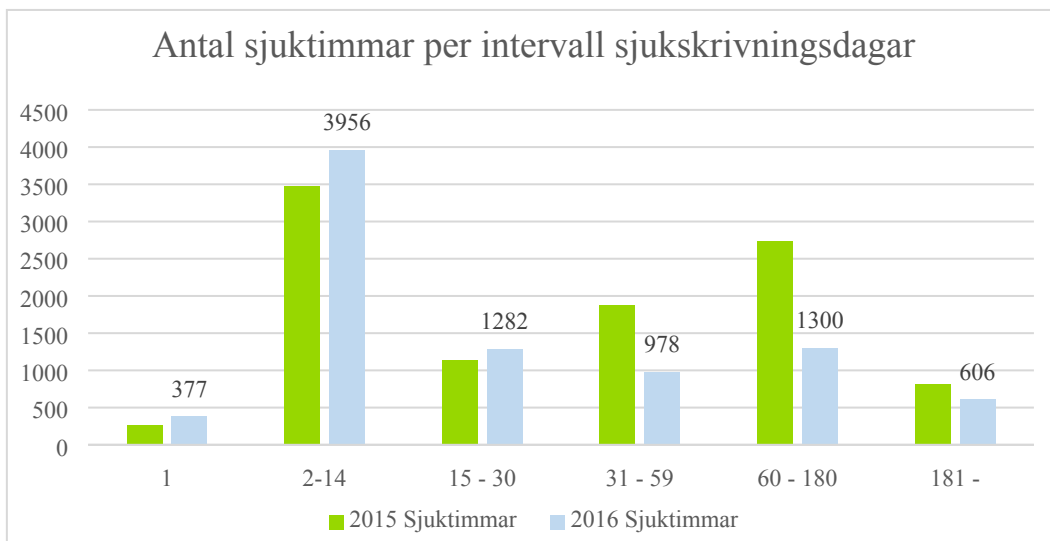
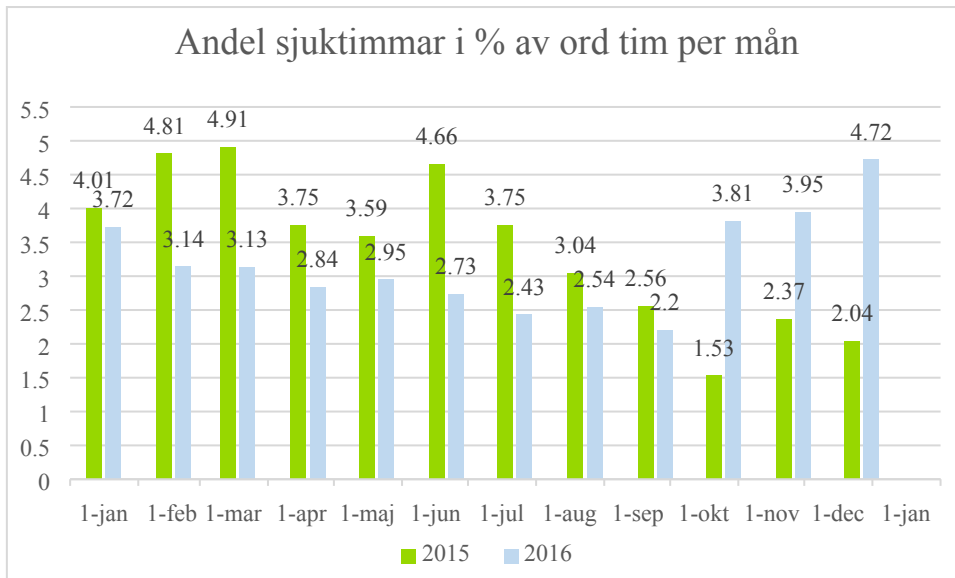
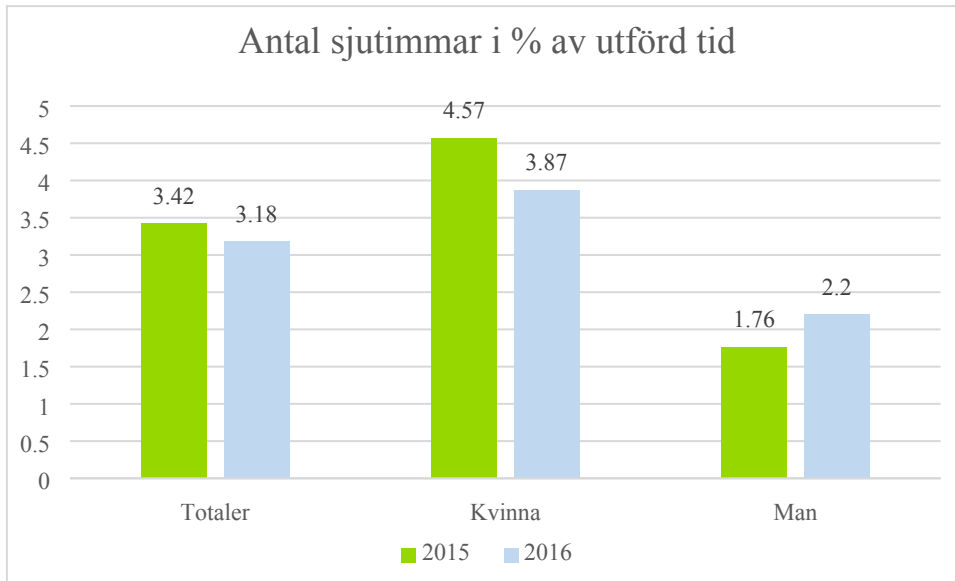
Friskvårdspeng Utbetalt 2016	Friskvårstimme Uttaga 2016
41 408 kr	37,58 tim

Regionala Utvecklingsförvaltningen ett högt arbetsmiljöindex 4,83, i jämförelse med det totala indexet för hela Region Jämtland Härjedalen som är 4,59. Detta trots att det har varit en del oro under året kring flytt av medarbetare i och med omorganisationen som började gälla från årsskiftet 2015/2016. Målet 4,9 är dock inte uppnått. Målet ökat index för bemötande (4,9) är däremot uppnått. Arbetsmiljöenkäten visar att medarbetarna känner stort engagemang (5,32) i sitt arbete och upplever arbetet meningsfullt (5,39). Frågorna kring stödjande förhållande har höga värden. Att det finns fungerande samarbetsformer (4,58), upplevelsen av god stämning på arbetsplatsen (4,91) och att vi bemöter varandra med respekt och utifrån värdegrund (5,0) Dessa värden har ökat sen föregående mätning.

Under året har flera insatser gjorts och Previa har varit inkopplad på vissa delar. Åtgärderna innefattar både individuella åtgärder samt gruppinsatser. Som exempel kan nämnas arbete med kommunikation och förbättrat samarbete samt vissa insatser kring specifika inriktningar som t ex heta arbeten. Det har även gjorts risk- och konsekvensanalyser i samband med flytten och handlingsplaner är upprättade. Skyddsronder är genomförda och handlingsplan upprättad utifrån dessa. Handlingsplanen är ett levande dokument som kommer att arbetas med kontinuerligt under året.

Det har genomförts organisationsförändringar med sammanslagningar av två områden. Detta arbete fortgick under slutet av 2016 även om den formella överföringen skedde vid årsskiftet 2016/2017. Risk- och konsekvensanalys är genomförd och arbete pågår.

Sjukfrånvaro



exempel: sjukskrivningar med längden 2 till 14 dagar genererade totalt 3956 sjuktimmar 2016

Förvaltningens mål för sjukfrånvaron var att vidmakthålla den låga sjukfrånvaron totalt, minska kvinnornas sjukfrånvaro och vidmakthålla männens låga sjukfrånvaro. Det totala målet är uppnått (3,18 %). Kvinnornas sjukfrånvaro har minskat (-0,7 procentenheter), männens sjukfrånvaro har ökat (+0,44 procentenheter). Ökningen bland männen förklaras till stor del av infektioner och planerade operationer. Totalt har de långa sjukskrivningarna minskat vilket förklaras med återgång i arbete efter längre sjukskrivning. Den korta sjukskrivningen har ökat och beror till stor del på infektioner. Sjukfrånvaron har minskat bland de äldre medarbetarna men ökat bland yngre.

Sjukfrånvaron är som lägst i början av året men ökade i slutet av året, vilket förklaras med längre sjukskrivning som ökar andelen sjuktimmar i procent av utförd tid relativt markant.

Previa har anlåtats vid flera tillfällen under året både på individ och gruppnivå samt i förebyggande syfte.

Under året genomfördes en enkätundersökning på förvaltningen gällande sjukfrånvaro och hälsotvårfaktorer. Detta i samarbete med fackliga representanter. Enkäten visar bland annat att 43% går till jobbet trots att dom borde sjukskrivits sig. 33% säger att dom inte har någon att lämna över arbetsuppgifter till vid sjukdom. Medarbetarna visar stort engagemang och känner stort ansvar för sina arbetsuppgifter. Många medarbetare arbetar ensamma med sina uppdrag och har givna tidsramar och andra åtaganden som gör det svårt att överlämna till någon annan. Det finns inte heller vikarier att täcka upp med i den utsträckning som ibland vore önskvärd som till exempel för lärare. Handlingsplan utifrån enkätresultatet är upprättad och innefattar bland annat frågan om överlämnade av arbetsuppgifter vid oplanerad frånvaro, vilket tas upp på medarbetarsamtalet, informera om AFA försäkring samt göra en rutin för sjukanmälan med mera.

Chef- och ledarskap

Antal chefer	2015-12-31	2016-12-31
Totalt	14	12
- varav män	7	7
- varav kvinnor	7	5
Hur många chefer har slutat som chef under året?	0	4
- varav män		3
- varav kvinnor		1
Hur många nya chefer har börjat under året?	1	2
- varav män	1	1
- varav kvinnor		1

Om ni har nyanställt några chefer under året:

Chefsintroduktionsprogrammet följs för alla nyanställda chefer.

Om ni haft chefer som slutat under året:

Tre av cheferna som slutat har nu andra anställningar inom Region Jämtland Härjedalen. En medarbetare har gått i pension. Avslutningssamtal har hållits.

Lön

▪ Löneutveckling %	2015	2016
Individuell	2,34	2,6
Kvinnor	2,65	3,38
Män	1,96	1,73
0-29 år	2,59	4,52
30-49 år	2,51	3,85
50- år	2,26	1,27

Lönerevisionen genomförs enligt övergripande riktlinjer. Ny lön sätts utifrån de utarbetade lönekriterierna. Medarbetarsamtal är genomförda och ny lön presenterad i resultatsamtal.

Ekonomi

Analys av utfall helår 2016

RR	Ack utfall	Ack budget	Bud-Utf Diff	Ack utfall fg år	Ack utf-Ack fg år Diff	Utf ack - Ack fg år%	Årsprognos	Årsbudget	Årsbudg-Årsprogn Diff
Patientavgifter/tandvård	2 443	21 798	-19 355	2 490	-47	-2	1 800	21 798	-19 998
Kommuner o landsting	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tjänster,material,varor	18 110	4 276	13 834	18 602	-492	-3	17 612	4 276	13 336
Bidrag	88 878	66 195	22 683	90 308	-1 429	-2	83 974	66 195	17 779
Övriga intäkter	7 825	5 078	2 747	8 331	-506	-6	7 862	5 078	2 784
Summa Intäkter	117 255	97 347	19 908	119 731	-2 476	-2	111 248	97 347	13 901
Lönkostnader	-82 141	-76 734	-5 407	-91 205	9 063	-10	-80 924	-76 734	-4 190
Övr personalkostnader	-1 396	-286	-1 110	-1 786	390	-22	-936	-286	-650
Summa Personalkostnader	-83 538	-77 020	-6 518	-92 991	9 453	-10	-81 860	-77 020	-4 840
Köpt vård	0	-10 767	10 767	0	0	0	-10 267	-10 767	500
Med diagnostik samt övr tjänst	-8 950	-9 167	217	-7 481	-1 469	20	-7 654	-9 167	1 513
Inhyrd personal	0	0	0	-4	4	-100	0	0	0
Läkemedel	0	0	0	-4	4	-100	0	0	0
Sjukvårdsartiklar, med mtrl	-9	0	-9	-8	-1	15	0	0	0
Övr verksamhetsnära kostn	-268 441	-253 954	-14 487	-252 641	-15 799	6	-260 328	-253 954	-6 374
Summa Verksamhetsnära kostnader	-277 400	-273 888	-3 512	-260 139	-17 261	7	-278 249	-273 888	-4 361
Lokaler,el,utrustning,rep	-25 096	-38 635	13 539	-24 725	-371	1	-29 987	-38 635	8 648
Transporter,resor	-1 670	-65	-1 605	-1 618	-52	3	-65	-65	0
Tjänsteresor, logi	-5 657	-2 195	-3 462	-5 897	240	-4	-2 305	-2 195	-110
Övrigt	-21 844	-8 031	-13 813	-23 441	1 597	-7	-19 019	-8 031	-10 988
Summa Övriga kostnader	-54 265	-48 926	-5 340	-55 680	1 415	-3	-51 376	-48 926	-2 450
Avskrivningar	-897	-690	-207	-793	-104	13	-894	-690	-204
Finansnetto	-130	-82	-49	-205	75	-36	-128	-82	-46
Summa Kostnader	-416 230	-400 605	-15 625	-409 807	-6 423	2	-412 507	-400 605	-11 901
Summa Verksamhetens nettokostnad	-298 975	-303 258	4 283	-290 076	-8 899	3	-301 259	-303 258	2 000
RESULTAT	-298 975	-303 258	4 283	-290 076	-8 899	3	-301 259	-303 258	2 000

Justerat efter Regionala utvecklingsnämndens beslut 946

Den senaste prognosen för årets resultat var för hög jämfört med det slutliga resultatet, 2 000 tkr respektive 946 tkr. I förhållande till omsättningen är det dock relativt blygsam differens. Prognosfelet beror främst på osäkerhet kring länsstrafikens resultat, vilket påverkar förvaltningen och för höstterminens kostnader för interkommunal ersättning.

En osäkerhet vid budgetläggningen gäller projektverksamheten. Beroende på beslut hos de externa finansiärer vi söker stöd hos så kommer både kostnader och intäkter att avvika från budgeten (högre kostnader och högre intäkter).

Omsättning, regionbidrag och resultat per område.

Område	Omsättning	Varav Regionbidrag (nettobudget)	Resultat
Förvaltningschefen / förvaltningsgemensamt	8 970	5 740	+ 955
Näringsliv	31 932	22 343	+ 132
Infrastruktur och Kommunikationer	193 647	193 397	- 2 038
Kultur	81 759	54 836	+ 226
Välfärd, klimat och kompetens	79 532	26 942	+ 1 671
SUMMA	395 840	303 258	946

Årets resultat uppgår till ett överskott om 946 tkr. Överskottet består främst av:

- Noggrann personalplanering i samband med nya uppdrag + 500 tkr
- Nettointäktsökningar folkhögskolor + 712 tkr
Såväl elevantal som konferensverksamhet ökar
- Projektmedel infrastruktur och kommunikationer + 798 tkr
Projektverksamheten väntas åter till normal nivå 2017.
Behovet inom området är mycket stort.
- Stor återhållsamhet med medel för särskilda insatser + 900 tkr
- Interkommunala ersättningar folkhögskolor + 1 204 tkr
Kostnaderna kan variera kraftigt mellan åren
- Västerbottens regionala trafikmyndighets felräkning avseende - 3 336 tkr
Länstrafikens ersättning för Norrlandsresan 2013-2015

Investeringar

Områdena ska redovisa en uppföljning på den detaljeringsgrad som fullmäktige fastställt budgeten på. Fastighetsinvesteringarna ska också redovisas på den nivå som dessa fastställdes i Finansplan 2016.








Sammanställning av områdets investeringar













Belopp i tkr	Utfall helår 2016	Planerat helår 2016
Objekt över 250 tkr	-	-
Utnyttjat av områdets pott för investeringar under 250 tkr	62 tkr	-
Konstnärlig utsmyckning	337 tkr	507 tkr
Totalt	399 tkr	








Förvaltningens investeringar 2016 har dels varit oplanerat utbyte av köksutrustning, på grund av haveri, dels konstnärlig utsmyckning i samband med byggprojekt och lös konst.





Uppföljning av aktiviteter




Aktiviteter samhälle





Uppföljning av aktiviteter	Läget 2016-12-31	Beskrivning av vad som gjorts
Tjänstemannastöd i de internationella politiska nätverken.		Tjänstemannastödet i de strategiska internationella frågorna har utöver stöd i de internationella politiska nätverken inneburit stöd även i Mid Sweden European Office styrelse och ägarråd.
Utveckla sekretariatet för Europaforum Norra Sverige.		Sekretariatet för Europaforum har utvecklats bl.a. genom införandet av en beredningsgrupp, gästföreläsare på rapportörmöten och kontakter med de norrländska ledamöterna i EU:s regionkommitté.
Arbeta fram en form för strategiska internationella samordningsmöten.		En form för strategiska internationella samordningsmöten är framtagen men ännu inte sjosatt. Samordningsmöten ska framöver vara en del i förvaltningens årshjul för internationella frågor och det första mötet kommer hållas 2017.
Fastställa verksamhetsinriktning för Mid Sweden European Office för 2016 och framåt. Bland annat ska en strategi för kontorets roll i påverkansarbetet formges.		Verksamhetsinriktningen för Mid Sweden European Office är framtagen. För att konkretisera, definiera och vässa kontoret arbetas det kontinuerligt med årliga verksamhetsdirektiv i bland annat styrelsen och ägarrådet. Förtydligande: strategin för kontorets påverkansarbete som nämns i förvaltningschefens verksamhetsplan är ett uppdrag som åligger medarbetarna på representationskontoret – inte på ägarorganisationerna.
Etableringsfrämjande verksamhet		Projektet Etableringsfrämjande samverkan har under 2016 kommit igång och levererat resultat. 7 företagsetableringar med 76 arbetstillfällen fördelat på 43 kvinnor och 33 män. Projektet pågår till 2018-06-30.
Socialt företagande		Förstudie om socialt företagande har genomförts med stöd av Tillväxtverket. Ansökan om ett genomförande projekt har inlämnats till Tillväxtverket, bedömningen är att vi får ett positivt utfall. Syftet är att skapa bättre förutsättningar för att driva socialt företagande.
Smart industri		Förstudie genomförs i nära samarbete med näringslivet. Vi kommer att lämna in en ansökan om genomförande projekt för att få företag mer digitaliserade/robotiserade och mer internationaliserade för att möta dagens och morgondagens konkurrens.






Uppföljning av aktiviteter	Läget 2016-12-31	Beskrivning av vad som gjorts
Projektet Mittstråket		Regionen har under året medverkat i ett antal samarbeten och projekt för att förbättra transportinfrastrukturen i och till Jämtlands län. Det största av dessa är projektet "Mittstråket". Detta projekt omfattar totalt 323 Mnr, varav cirka hälften utgörs av stöd från europeiska regionalfonden. Projektet syftar till förbättringar av det viktiga transportstråket mellan Sundsvall och Storlien (och i sin förlängning till Trondheim) och innehåller bland annat medel för investeringar i både Mittbanan och väg E 14. Länsstyrelsen Västernorrlands län är projektägare och Trafikverket, kommunerna efter stråket liksom Region Jämtland Härjedalen är medfinansierare.
Projektet KITE – regional samverkan inom Kompetens, IT och eFörvaltning (Regionen, kommunerna och förbunden)		Projektet startades upp under hösten. Ett första resultat var beslutet om att formen för samverkan ska vara gemensam nämnd under Region Jämtland Härjedalen och arbetet att prioritera bland möjliga samverkansobjekt påbörjades under sen höst.
Projekt DNSSec		Under året har bl.a. ett projekt avslutats som implementerat verktyg för en säkrare internettrafik inom Länsnod Z som är en trafikväxlingspunkt för datatrafik mellan länets kommunala verksamheter.
Utveckla kulturens roll för hälsa, delaktighet, inflytande och personlig utveckling Delmål se nedan		Ett gott resultat utan att kunna jämföra med året innan.
Referensgrupper inom scenkonsten för ökad delaktighet (Estrad Norr) Questback enkät		Rådgivande grupper, kv och m, ej beslutande. Uppföljning nöjdhet arrangörer
Genomföra Kultur i vården-program och särskilda programaktiviteter för seniorer		45 framträdanden samtliga kommuner samt Filmturné för seniorer
Utveckla det konstpedagogiska arbetet med ensamkommande barn (Bildkonsten)		17 workshops 5 kommuner, introduktionsklasser, särskola, 5 workshops ensamkommande flickor, Åre k
Arrangörsutvecklingsarbete med särskild inriktning på unga arrangörer och nyanlända		Filmpool/Riksteatern; 5 tillfällen, samarbete studieförbund, ungdomssamordnare mfl.
Öka möjligheten att arbeta med regionens konst inom hälso- och sjukvården		Sex regionenheter fått konstnärlig rådgivning varav 1 samisk profil, depositioner, Primusrum mm
Utveckla det pedagogiska arbetet med nyanlända och ensamkommande barn, övrigt		Next level Fridays för unga. Kulturbussen 300 deltagare, 17 konstworkshops integrationsklasser
Samverka för insatser i regionala integrationsarbetet		430 deltagare i 18 workshops i samverkan med lokalsamhället
Fördjupat samarbete med kommunerna avseende barn, unga, äldre och utsatta grupper. (Regionplan)		Barn och utbildning har intern och extern samverkan mellan funktioner och arenor om länets samverkan/utveckling av frågor rörande barn och unga. Samverkan uppstår då någon aktör finner behov att samverka. Denna samverkan är mellan skolan, socialtjänst och hälso-och sjukvården.




Uppföljning av aktiviteter	Läget 2016-12-31	Beskrivning av vad som gjorts
Bra och välutvecklat mottagande av alla nya länsinnevånare. (RUS) Projektet Integration Jämtland Härjedalen		Andelen nyanlända har ökat från 800 till 1000 personer.
Samordningsuppdraget för Buz - Barn och utbildning Jämtlands län där Jämtlands gymnasieförbund och länets kommuner medverkar med skolchefer och politiker från berörda nämnder i kommunerna.		Under mandatperioden 2014-2018 har Buz fyra prioriteringar: Kompetensförsörjning, Skolstrukturfrågor, Kvalitetsarbete och Nyanlända/integration Exempel på genomförda aktiviteter under 2016: Start av kampanjen Skolkören - attitydpåverkan av läraryrket, beslut att förskolläraryrket förläggs till Östersund med start 2017, uppvaktning till utbildningsdepartementet angående fjärrundervisning, i samarbete med Regionalt Utvecklingsnätverk behovsanpassat utbildningar inom området nyanländas lärande.
Projektet PlugIn 2.0, Syftet är att öka kunskapen om studieavbrott i gymnasieskolan samt att möjliggöra bestående förändringar på strukturell nivå som innebär minskade studieavbrott.		Projektet har 2016 fem skolor i projektverkstäder i Härjedalen, Åre, Strömsund, Ragunda, och Bergs kommun. Utveckla arbetsmodeller, pedagogik/lärande och organisation i berörda kommuner och då genom att arbeta utifrån plugIns framgångsfaktorer och ett intersektionellt perspektiv. Medverkar också i projektets nationella delar så som i PlugInnovation.
Earl All Europeiskt nätverk för livslångt lärande. www.earlall.eu		Medverkar i styrelsen och handhar kassörskapet. Nätverket aktivt i flera gemensamma projekt runt integration, yrkesutbildningar, lärling, vägledning mm.
Nära samverkan med kommuner och näringsliv gällande inflyttning och rekrytering		Dialoger och inspel förs med kommunerna inför kommande inflyttarkonferens. Rekrytering för en samordnare för demografi och inflyttning är genomförd och arbetet under hösten har utöver inflyttarkonferensen centererats till kartläggning av nuläge och behov av utveckling.
Medverkar i arbetet för fossilfritt 2030 förstudie om infrastruktur av laddstolpar förstudie för fastighetsinvesteringar nätverk kommunala fastighetsbolag nätverk kommunala VA utökad energi- och klimatrådgivning energicoach genomför projektet SOLELBILAR Projektet BioOil		
Särskilda prioriteringar i folkhälsoarbetet ska vara att främja den psykiska hälsa samt att förebygga psykisk ohälsa hos unga		Under oktober månad färdigställt analys och handlingsplan för psykisk hälsa. Plan och analys pekar ut områden som särskilt utsatta grupper, samverkansbrister, styrning-lednings förslag. L-ifo. SVOM tar beslut om förbättringsåtgärder.





Uppföljning av aktiviteter	Läget 2016-12-31	Beskrivning av vad som gjorts
Kunskapsspridning om att minska barns exponering av kemiska ämnen		Giffritt Jämtland Härjedalen med samordningsansvar i länet har haft uppstartsmöte, lanserat www.giffrittjamtland.se och föreläst i Ragunda och Östersunds kommun. Facebook (Giffritt Jämtland Härjedalen) och websida används för kommunikation. En sammanställning om XRF-mätning som stöd för Spillotekets verksamhet och för en förskola i Östersunds kommun finns. Ett samarbete med ansvarig för upphandling av varor till förskolor i länet är påbörjat med syfte att förenkla val av produkter med låg belastning på hälsa och miljö.
Ett aktivt ledningsarbete inom Klimatrådet		Klimatrådet har under perioden arrangerat en workshop för Samverkansgruppen. Syftet har varit att stödja deltagarna att hitta samarbetspartners och identifiera samordningsvinster. Sekretariatet har därefter arbetat med att stödja arbetsgrupperna att arbeta vidare med de projektidéer som utvecklades och andra behov som identifierades. Under samma period har styrgruppen träffats vid två tillfällen för övergripande frågeställningar kring Klimatrådets aktiviteter och inriktning.
Verka för en effektivare användning av energi och för ökad produktion av förnybar energi.		Uppstart av nätverket, "Energieffektivisering i fastigheter" för fastighetsägare, fastighetsansvariga och personer som arbetar med energi i fastigheter på fastighetsbolag och offentliga organisationer mm. Nätverket finansieras av projektet Build2LC. Energikontoret är Energimyndighetens samverkanspart i projektet Energieffektiviseringsnätverk för företag. Projektet startade under 2015 och pågår till dec 2018. Syftet med projektet är att i nätverksform stötta företag för ett systematiskt energiarbete. Inom projektet Noder för energikartläggning genomförs informationsaktiviteter och stöttande administrativt arbete för att hjälpa företag att söka stöd för energikartläggning. Energikontoret har bidragit till att företag och kommuner i Jämtland Härjedalen beviljats investeringsstöd från klimatklivet med cirka 7,3 miljoner kronor.
Verka för ökat antal laddstolpar i länet och produktion av fordonsbränsle av resurser i regionen		Ämnet har tagits upp med Klimatrådets samverkansgrupp, vilket resulterat i att Region Jämtland Härjedalen avser söka medel för förstudie om infrastruktur av laddstolpar i länet.



Uppföljning av aktiviteter	Läget 2016-12-31	Beskrivning av vad som gjorts
Verka för ökad samordning av stöd till produkt- och företagsutveckling inom miljöteknik		<p>Under perioden avslutades projektet "Samordning biogas", vars syfte bland annat varit att samordna biogasproducenter och företag inom bland annat livsmedelsindustrin (ex. mejerier, slakterier) samt att stödja näringslivet att skapa möjligheter för hygienisering av de restprodukter som de ger upphov till. Projektet har gett resultat i att flera biogasproducenter nu tar emot restprodukter från Arlas mejeri, och ett samarbete mellan biogasproducenterna, Östersundshem och Jämtkraft.</p> <p>Det regionalt baserade biogasföretaget MMG konsult har efter att projektet avslutades påbörjat produktutveckling för att ta fram en mobil hygieniseringsanläggning i samarbete med ett livsmedelsföretag.</p>
Synliggöra hållbarhetsarbetet som en naturlig del i ökad attraktionskraft både nationellt och internationellt		<p>Arbetet inom mittnorden i miljö, klimat energi gruppen har också som mål att genom gemensamma aktiviteter stärka bilden av de mittnordiska regionernas arbete för en ekologisk hållbar samhällsutveckling. Arbetet leds av regionen.</p> <p>Inom EFNS (europa forum norra Sverige) deltar vi i tjänstemannagruppen för energi, klimat och miljö. Gruppen förser politiken med adekvat omvärdsbevakning samt utarbetar positioner inom området som har beröring med beslutade politiska prioriteringar.</p> <p>ENCORE, dvs de regionala miljöministrarna inom EU har också som huvudfokus samverkan och påverkan gentemot EU kommissionen</p>
I samarbete med övriga Region Jämtland Härjedalen stimulera innovationer inom sjukvård och omsorg		<p>VälTel - Mixed Zone för Välfärdsteknologiska TestLab är ett Interregprojekt som beviljats ca 26 miljoner kronor i utvecklingsmedel fördelat mellan Norge och Sverige. Region Jämtland Härjedalen och Helse Nord-Trøndelag är huvudsökande med samtliga länets kommuner i Jämtlands län och Kommunförbundet i Västernorrland som medsökande. Projektet leds av FoUU och kommer att starta 1 september 2016 och pågår under 3 år. Mer än 30 företag i Sverige, SKL/Inera och Norska HelseDirektoratet är involverade i ansökan. Projektets huvudmål är att skapa en långsiktig arena för kunskaps- och erfarenhetsutbyte som kan bidra till att lösa vård- och omsorgsutmaningar i Mitt Norden med hjälp av välfärdsteknologi.</p>





Uppföljning av aktiviteter	Läget 2016-12-31	Beskrivning av vad som gjorts
<p>UVAS aktiviteter - Projektet stödjer och förstärker redan befintlig verksamhet i kommunerna. Det bygger vidare på redan befintliga metoder och arbetsätt över kommungränserna. Lösningfokuserad arbetsmetod i fyra steg; Hitta, Möta, Aktivera och Matcha. Bemötande och förhållningssätt i fokus genomsyrar de horisontella kriterierna arbetet. För att arbeta på detta sätt finns behov av att utveckla, tillgängliggöra och skapa fler lågtröskelarenor där de ungdomar som står längst ifrån arbetsmarknaden kan påbörja sin utveckling mot ett självständigt liv</p> <p>Projekt UVAS ska hitta 350 av de 1400 unga vuxna som varken är i arbete eller studier i länet, varav 50% av de 350 ut i aktivitet. På individnivå byggt självkänsla hos den unga för att ta steget att bryta sin passivitet och aktivt deltagit i projektets aktiviteter med siktet ställt mot praktik, arbete eller studier. Hittat individinriktade stödjande insatser för ungdomar med funktionsnedsättningar eller särskilda behov. På organisationsnivå hitta en förtroendefull relation mellan kommuner, arbetsförmedling, arbetsgivare och övriga intressenter kring målgruppen samt skapat effektiv resurssamordning . Motverka stuprörstänkande och förbättrad samverkan.</p>	<p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;"></p>	<p>Revidering av Horisontella planerna. Enkätintervjuer förs kontinuerligt via enkät på nätet, samt djupintervjuer påbörjade. Kommunerna har jobbat efter hitta, möta, aktivera och matcha. Arbetar utifrån ett lösningfokuserat arbetsätt och med bemötande i fokus med stöd utifrån 7-tjugo metoden som alla projektledare gått utbildning i. Kontinuerliga projektmöten varje månad samt två-tre ledningsgruppsmöten/halvår</p> <p>Antal deltagare totalt i projektet fram till 20161231 - 230 unika nya deltagare, varav 126 män och 104 kvinnor</p>
<p>Inom ramen för samverkansavtalet med kommunerna samordnat kommunernas utvecklingsarbete kring integration och mångfald.</p>	<p style="text-align: center;"></p>	<p>6 halvdagsmöten med kommunernas integrationschefer eller motsvarande. Resultat från detta är t.ex. initiativ till projektansökan Yrkesspråk och utbildningsplanering med Kompetensplattformen.</p>
<p>Medverkat i den regionala överenskommelsen kring mottagande av nyanlända (RÖK) tillsammans med Länsstyrelsen, arbetsförmedlingen, försäkringskassan, migrationsverket och kommunerna.</p>	<p style="text-align: center;"></p>	<p>Handlingsplaner arbetas fram årligen och samverkan sker utifrån denna plan ex när det gäller insatser och sysselsättning för asylsökande.</p> <p>4 gånger under året deltagande i länsamverkan integration tillsammans med samtliga kommuner och myndigheter i det operativa arbetet.</p> <p>4 gånger under året deltagande i länsamverkan ensamkommande tillsammans med samtliga kommuner och myndigheter i det operativa arbetet.</p>





Uppföljning av aktiviteter	Läget 2016-12-31	Beskrivning av vad som gjorts
<p>Arbetet utifrån den regionala strategin för ökad inflyttning och förbättrad integration fortgår med statistik och analyser kring integration och dialoger i regionala nätverk för att hitta prioriterade utvecklingsområden.</p> <p>Dialog med nationell nivå.</p>		<p>Uppföljning av integration i länet och att ta fram indikatorer på att mäta detta. Arbetet pågår och fortsätter i dialog med kommunerna under 2017.</p> <p>Dialoger inom förvaltningen för att utveckla arbetet horisontellt och föra in frågan på fler agendor och regionala nätverka. Arbetet har pågått under hösten och fortsätter under 2017.</p> <p>Dialog och erfarenhetsutbyte med andra regioner och på nationell nivå angående regionens roll när det gäller integration under hösten -16 och fortsätter under våren -17.</p>
<p>Projektansökningar till socialfonden. Projektet Yrkespråk för kompetensutveckling av SFI-lärare och yrkeslärare i samverkan. Även projekt med lågtröskelverksamhet till arbete. Öppen Arena där nyanlända är en av målgrupperna. Projekten är en samverkan med kommunerna i länet samt arbetsförmedlingen.</p>		<p>Projektet har arbetats fram tillsammans med kommuner och andra berörda myndigheter. Projektet beviljades i december 2016 och startar i april 2017.</p>
<p>Utveckla samverkan med Hälso- och sjukvårdsförvaltningen och staben</p>		<p>Styrgruppsmöten gällande asyl- och flyktingfrågor och arbete med att ta fram Plan för mottagande av asylsökande och nyanlända. Arbetet fortsätter tillsammans med staben 2017.</p>
<p>Regionen leder och samordnar ESF projektet Integration Jämtland Härjedalen med insatser för att utveckla och förbättra integrationen både kvalitativt och kvantitativt.</p> <p>Mobilisera civilsamhället, föreningar och enskilda i arbetet med integration och ökad mångfald.</p>		<p>Samtliga kommuner samt Af medverkar. Projektverkstäder i varje kommun som arbetat med att stärka etableringen på arbetsmarknaden för nyanlända. Olika teman i olika kommuner. Samverkan och ett lärande sker mellan kommunerna. Projektet är integrerat i kommunernas ordinarie verksamhet med nyanlända och region Jämtland Härjedalen är projektägare och samordnar verksamheten.</p>
<p>Skol-IT Zonline Zappa</p>		<p>Avtal</p> <p>Tecknande av tjänsteavtal för drift av zappaplattformen mellan RJH och Tieto Sweden AB</p> <p>Förvaltningsavtal och driftavtal har sammanförts till ett avtal, vilket har förlängts till 2018-12-31</p> <p>Omfördelning av kostnader inom förvaltningsavtalet</p> <p>Utveckling/Utbildning</p> <p>Införande av nya rutiner för arkivering/avaktivering av konton i Zappa och G Suite</p> <p>Andra utvecklingsinsatser som har diskuterats och som kommit på förslag från kommunerna är införande av tjänster för Skolfederation, Single Sign On samt tvåfaktorsautentisering</p> <p>Utredning har genomförts om utveckling i form av att bygga om rollhanteringen så att personer kan ha flera roller samtidigt.</p>




Uppföljning av aktiviteter	Läget 2016-12-31	Beskrivning av vad som gjorts
Utveckla statistik och analysavdelningen		<p>Projektet "Analyssamverkan Norr" med övriga norrlandslän med att ta fram ett nytt ramverk för uppföljning, utvärdering och lärande då det gäller tillväxtarbetet i regionerna.</p> <p>Jobbar med "Läget i länet" att ta fram relevant underlag med indikatorer för att mäta målen i den regionala utvecklingsstrategin.</p> <p>Stödjer övriga verksamheter med statistikunderlag och enkäter.</p> <p>Är administrativ hjälp till LärCentrum i kommunerna då det gäller redovisningar inom de statliga satsningarna Yrkesvux mm.</p>
Utveckla vidare den regionala Kompetensplattformen för tryggad kompetensförsörjning och tillväxt i länet. Insatser för bättre matchning mellan tillgång och efterfrågan på kompetens.		<p>Kompetensplattformen har under 2016 jobbat med fyra fokusområden:</p> <ul style="list-style-type: none"> Studie och yrkesvägledning på grundskolan Framtagande av Regionala rekommendationer Stöd till kommunerna i framtagande av Huvudmannaplener Attityder till högre studier Nystart för Strategigrupp för övergångar till högre studier Kartläggning av vad som görs inom området av Mittuniversitetet, Region Jämtland Härjedalen samt Östersunds kommun Lärcentra 2.0 (se under aktiviteten "Utveckla Lärcentra") <p>Strukturer för ökad matchning</p> <ul style="list-style-type: none"> Genomförande av bransch- och matchningsdialoger Utbildningsplanering för integrationsområdet Omvärldsbevakning Framtagande av kunskapsunderlag Genomförande av erfarnhetsutbyten <p>Övrigt</p> <p>Stärka samverkan internt på Region Jämtland Härjedalen inom området Kompetensförsörjning för att kunna bli så framgångsrika och effektiva i vårt arbete som möjligt.</p>
Utveckla förutsättningarna för mer näringslivsanpassade utbildningar tex yrkeshögskolan och lärlingsutbildning.		<p>Kompetensplattformen driver ett YH-nätverk som har haft 5 träffar under året. Representanter från nätverket har deltagit i en informationsinsats till studie- och yrkesvägledare, vi har gemensamt tagit fram ett marknadsföringsmaterial och vi har haft med Myndigheten för Yrkehögskola på ett möte där de har informerat om förändringar inom yrkeshögskolan.</p> <p>Se LärOm</p>

Uppföljning av aktiviteter	Läget 2016-12-31	Beskrivning av vad som gjorts
Utveckla lärcentra och vuxenutbildningen i regionen. Implementera det operativa programmet för livslångt lärande		Lärcentra 2.0 har under 2016 Genomfört en nulägesanalys gällande Lärcentras möjligheter med MOOC (= massiv open online courses) Utvecklat gemensam kommunikation och marknadsföring bland annat genom framtagande av ny hemsida, deltagande i mässor, framtagande av ett inspirationsmaterial och genomförande av informationskvällar Genomförande av förstudie för regional studie- och yrkesvägledning inom vuxenutbildningen
Projektet LärOm, vars syfte är att utveckla studie- och yrkesvägledningen i grundskolan i regionen med gemensamma riktlinjer och handlingsplaner för skolorna och att undersöka förutsättningar för lärlingsutbildning ur ett näringslivsperspektiv.		Studie- och yrkesvägledning Med avstamp i de Regionala rekommendationerna och kommunernas huvudmannaplaner startat processer i sex grundskolor att ta fram egna planer för arbetet med studie- och yrkesvägledning. Genomgångar för lärare och rektor om vad studie- och yrkesvägledning är Diskussion och utbildningsdag kring den könsuppdelade arbetsmarknaden Lärande i Arbetslivet Sammanställning av en företagargrupp som kommer att bidra med sin input till ett lärlingsupplägg. Uppstartsträff tillsammans med företagen och kontakter med diverse offentliga instanser.
Nära samverkan med kommuner och näringsliv gällande inflyttning och rekrytering		Dialoger och inspel förs med kommunerna inför höstens inflyttarkonferens. Rekrytering för en samordnare för demografi och inflyttning är genomförd och arbetet kommer att intensifieras under hösten 2016.
- Etablera en samverkansplattform för att implementera resultaten från UCCN2016		Genom Östersunds/Jämtlands medlemskap som gastronomisk stad i UNESCO Creative Cities Network, har regionen möjlighet att profilera sig inom Kreativa näringar (KKN), en starkt växande sektor i världen. Från 2010 har medlemskapet i UCCN använts som ett verktyg för regional utveckling i marknadsföring, kontaktskapande och utbyten av kulturföretagare, och organisationer inom mat, kultur och turism. Medlemskapet för Östersund/Jämtland har från starten drivits som en regional fråga, där stad och land, Östersund och länet samverkar runt gemensamma mål inom temat mat/gastronomi, kultur och turism. Huvudaktörer i samarbetet är RJH, Östersunds kommun och Mittuniversitetet där det projekteras för internationaella projekt (Horizon 2020 indikativ budget 20-20 MSEK) och regionala projekt inom strukturfonderna och även inom EUs territoriella program.

Uppföljning av aktiviteter	Läget 2016-12-31	Beskrivning av vad som gjorts
Arbete för att etablera ett strukturfondsprojekt för att möta den demografiska utmaningen i regionen.		<p>Projektet med arbetsnamnet "Demografisk balans Jämtland 2030" syftar till att skapa förbättrade möjligheter för fler människor att bo och verka i regionen. En samlad bild kring länets framtida arbetskraftsförsörjningsbehov och inflyttningsstrategier och samverka nära inom området för att skapa de nya arbetstillfällena som är nödvändiga för att hejda befolkningsminskningen och att attrahera inflyttare och företag.</p> <p>Att bryta befolkningsminskningen och att varaktigt öka sysselsättningen för att bibehålla skattefinansierad välfärd för medborgarna och ett attraktivt företagsklimat.</p> <p>Projektet bygger på resultaten från tidigare demografiprojekt 2014-2015 som var en kartläggning av aktörer och behov inom temat. Projekt Demografisk balans 2030 kommer att bygga vidare och arbeta med operativa mål inom marknadsföringsfunktioner och verktyg, matchning av jobb och rekryteringsfunktioner för regionala företag.</p>
- Färdigställa revidering av matstrategi på uppdrag av RUN, som ett underlag för framtida projekt inom temat mat/gastronomi, kultur och turism		<p>Lägesrapport ang revidering av den regionala matstrategin 20161209</p> <p>Uppdraget att revidera den regionala matstrategin beslutades av RUN 20160301 för genomförande inom projekt Creative Region of Gastronomy. (§ 47 Revidering av regional matstrategi Jämtland Härjedalen (RUN/405/2015):</p> <p>Arbetet beräknas ta ett år i anspråk, och utförs inom ramen för projekt "Creative Region of Gastronomy", och deltagande organisationers uppdrag. Ett underlag tas fram till hösten 2016, som sedan förankras regionalt genom olika remissrundor, synpunkter kommer även att tas in från nationell och internationell nivå och kopplas samman med arbetet med arbetet med en nationell livsmedelsstrategi. Den nationella strategin tar utgångspunkt i Konkurrenskraftutredningen (SOU 2015:5) som kom i mars 2015.</p> <p>Under hösten 2016 har det genomförts workshops i varje kommun i länet för att fånga upp det kommunala perspektivet och deras inspel till den regionala strategin, nuläget i varje kommun har gått igenom genom att illustrera vilka företag som finns i hela värdekedjan och vart dessa finns rent fysiskt. På mötena har det deltagit personer från politiken, offentliga tjänstemän och företagare från olika delar av matens värdekedja. Ambitionen är att det tas beslut i RUN i mars/april och förslaget att den nya strategin presenteras i samband med Skördefesten i början på oktober 2017.</p>

Uppföljning av aktiviteter	Läget 2016-12-31	Beskrivning av vad som gjorts
Etablera samverkan med regionala evenemang för att erbjuda lokala och hållbart producerade matprodukter under evenemangen, ska genomföras i samverkan med besöksnäringen		Arbetet bedrivs som ett delprojekt inom projekt "Creative Region of Gastronomy, med Torsta AB som projektägare. LRF är ansvarig för delprojektet.
Arbeta för högre andel av lokalt producerad mat i offentliga miljöer i regionen.		Arbetet görs i samarbete med Torsta AB - kunskapscentrum för de gröna näringarna i bolagsform som ägs till 40% av RJH. Aktiviteten syftar till ett bättre utbud för regionens invånare inom offentlig verksamhet samtidigt som lokala och regionala matproducenter kan få tillgång till en större marknad, huvudsakligen genom att arbeta med upphandlingsrutiner. Arbetet har rönt internationell uppmärksamhet och har valts som ett "Good Practice" inom UNESCO Creative Cities Network.
Verka för ett nordiskt samarbete inom UNESCO Creative Cities Network för att höja attraktiviteten hos nordiska medlemmar, för att gynna företagsamhet och inflyttning		<p>The UNESCO Creative City Network (UCCN) of the Nordic countries is a proposed platform to promote cooperation and exchange among creative cities in the Nordic countries and in the world, as well as to support a variety of organizations such as local governments to spread and develop the creative sectors in the Nordic countries and play a role as a hub function of exchanging information, knowledge and experience on the UCCN cities of the world.</p> <p>The overall aim of the cooperation is to strengthen cooperation with and among Nordic cities that have recognized creativity as a strategic factor of sustainable development as regards economic, social, cultural and environmental aspects.</p> <p>The project will focus on mapping the importance of culture and creativity as vital and transformative drivers of sustainable development, and to follow the guidelines of the New Urban Agenda including the integration of culture in urban and regional development, following UNESCO strategies especially highlighted in the Hangzhou/Östersund declaration confirmed in the 10th annual meeting in Östersund 14-16 September 2016.</p>
Arbeta för internationalisering och export av tjänster och produkter inom temat mat/gastronomi, kultur och turism.		Regeringen har startat initiativet "Team Sweden" för att gynna internationalisering och export av tjänster och produkter från Sverige för att öka Sveriges exportinkomster. Region Jämtland Härjedalen är handplockad som medlem i gruppen som arbetar inom temat kultur och kreativa näringar tack vare regionens stora internationella nätverk, uttryckt genom medlemskapet i UCCN. RJH är en av tre regioner som är representerade, övriga av de trettio kallade kommer från departementen, privata företag och olika organisationer inom KKN i Sverige. Team Sweden gruppen kommer att träffas fyra gånger per år, och arbetar i olika arbetsgrupper.






Uppföljning av aktiviteter	Läget 2016-12-31	Beskrivning av vad som gjorts
- Tillsammans med Östersunds kommun verka för en attraktivare stadskärna.		Trenden med stadskärnor övergivna av turister och andra besökare på grund av att handel och aktiviteter flyttat till andra ställen är i vår region ett hot mot attraktiviteten för Östersund, men även för hela regionens utveckling. Östersund är inte ensamma om problematiken, det är ett globalt problem för städer över hela världen, där RJH med sitt globala nätverk inom kultur och kreativa näringar kan hjälpa till att förmedla erfarenheter från städer i världen. Under planering är ett samarbete inom Unitwin/UNESCO via Mittuniversitetet Östersund för ett internationellt seminarium i projektet som ägs av Östersunds kommun.
- I samarbete med nationella aktörer, arbeta för att implementera FNs 17 globala utvecklingsmål, i samarbete med UNESCO.		FN har lagt fast 17 Globala utvecklingsmål, som ersätter de tidigare Milleniummålen http://www.un.org/sustainabledevelopment/ och för alla dessa är det tydligt uttalat att uppdraget att agera för uppfyllandet även är ett regionalt uppdrag. Nationalstaten har inte rådighet över flertalet av de processer som måste vridas eller skyndas på för att nå målen, det krävs en större närhet till de regionala förhållandena för att kunna utforma rätt politik. I arbetet kommer fokus all ligga på "Goal 11-Urban sustainable development", som sammanfattades under arbetet under UCCN2016, årsmötet i Östersund,, "Östersund Declaration".
Under 2017 tillsammans med Östersunds kommun leda den internationella gastronomigruppen på 18 medlemmar, och delta i UNESCO Creative Cities Network styrgrupp.		Inom FN-systemet finns ett flertal olika sakområdesgrupperingar. Ett sådant är UNESCOs Creative City Network som är globalt täckande och har som medlemmar – efter ansökan och noggrann internationell validering – städer/regioner som är särskilt framstående inom en av sju områden. Östersunds kommun och Region Jämtland Härjedalen är enda svenska deltagare i nätverket och det inom området gastronomi. Under 2017 leder vi den globala styrgruppen för de 18 gastronomistäderna fördelade på 15 länder. Arbetet innebär samordningsansvar, sitta i UCCN styrgrupp so representant för gastronomigruppen, ansvar för utvärdering av nya medlemmar inför call 2017, samt att kontakt och informationsansvar regionalt, nationellt och internationellt.
Följa det europeiska arbetet inom DCRN, "Demographic Change Regional Network", som arbetar aktivt med demografifrågor på en europeisk plattform.		Den demografiska utmaningen med utflyttning av människor och företag från Europas landsbygd till starka urbaniserade centra är ingen svensk företeelse utan en global trend. Inom Europa satsas stora resurser på att hålla glesbygden levande bland annat genom att finansiera olika program inom Eus fondsystem. Genom att hålla kontakt med europeiska regioner inom olika nätverk, där DCRN är ett, så kan vi ingå i partnerskap för att driva projekt och initiativ för att motverka utarmningen av vår region på människor och kapital. Arbetet med de internationella nätverken ska infogas med etableringen av ett strukturfondsprojekt, alternativt initiativ inom Interreg Europe tillsammans med europeiska partners.

Uppföljning av aktiviteter	Läget 2016-12-31	Beskrivning av vad som gjorts
Tillsammans med Östersunds kommun driva delprojektet inom huvudprojekt "Creative Region of Gastronomy", med målet internationalisering och export av produkter från jordbrukets värdekedjor.		<p>Länets medlemskap i UNESCO Creative Cities Network ger det regionala näringslivet möjlighet till internationella utbyten inom mat/gastronomi, samt övriga KKN sektorer t.ex. musik, design, litteratur, hantverk etc. Aktiviteten syftar till att använda UNESCO Creative Cities Network som ett verktyg för affärskontakter och kompetensöverföring mellan regionala företag/entreprenörer i den kreativa och kulturella sektorn och företag på en internationell marknad.</p> <p>I detta projekt ligger fokus på att företagen skall öka sin lönsamhet t.ex. genom att exportera produkter eller tjänster. I nuläget är det svårt att säga exakt vilka produkter detta kan bli utan det behövs fler kontakter med utländska marknader och kunder. Ett redan etablerat nätverk som kan ge viktiga kontakter och mer kunskap är UNESCO Creative City Network, där länet är en av 116 medlemmar. Det långsiktiga arbetet inom UNESCO Creative Cities Network innebär att Regionens företag kan få tillgång till marknadsföring, nya affärsnätverk och konkreta samverkansmöjligheter där privat och offentlig sektor samverka för bästa synergi. En ytterligare exportmöjlighet är att sälja modeller och metoder för hur man kan jobba med utveckling av gastronomiområdet i stort. Aktuella nätverk är företag inom jordbrukets värdekedjor, företag inom kultur och kreativa näringar och inom turism och upplevelseindustrin. Företag inom andra branscher kan också bli aktuella. Handelskammaren mitt kommer att delta i projektet med kompetens och nätverkskontakter.</p>
Projekt Craft Reach drivs för att etablera ytterligare tre Économusée i regionen.		Genom Norra Periferiprogrammet har några hantverksbutiker/-tillverkning i länet blivit certifierade enligt en kanadensisk modell, Économusée, vilket inneburit ökad omsättning. I regionen drivs arbetet i projekt "Craft Reach", som är ett följdprojekt till tidigare "Craft International". Målen är att under 2017 certifiera tre ytterligare företag utöver de tre tidigare företagen certifierade under projekt "Craft International". Utöver målet med att certifiera företag och marknadsföra dessa, så finns mål med kompetensöverföring till unga och även att låta äldre personer delta i verksamheten för att bidra till samhällsutvecklingen.
Samverkan inom Eus ERASMUS program för utbyte av aktörer inom temat mat/gastronomi, kultur och turism.		Syftet med projektet är att genom samverkan inom EUs ERASMUS program för utbyte av aktörer inom privat och offentlig sektor inom för regionerna prioriterade områden, skapa förutsättningar för kompetensöverföring inom sektor mat/gastronomi, kultur och turism. Specifika mål är att identifiera styrkor och svagheter i respektive regioner inom det valda temat som leder till bättre samverkan regionalt. Pågående är ett utbyte av grundskoleelever mellan Bergen/Norge, Dénia/ Spanien, Parma/Italien och Östersund på temat gastronomi.


Aktiviteter medarbetare

Uppföljning av aktiviteter	Läget 2016-12-31	Beskrivning av vad som gjorts och vad som planeras inom 2016
Lean ska användas i hela organisationen. Alla verksamhetsplaner på områdes- och enhetsnivå ska innehålla aktiviteter utifrån Lean's principer		Under 2016 utarbetade aktivitetsbeskrivningar, för 2017 utgår från LEAN:s principer. De flesta enheter håller veckovisa möten för styrning och förbättring av verksamheten. Dialog om förbättringsarbete värdegrund med mera genom APT och på enhetsnivå. Leancoach har varit engagerad i förbättringsarbete under våren.



Aktiviteter miljö

Uppföljning av aktiviteter	Läget 2016-12-31	Beskrivning av vad som gjorts
Miljö ska diskuteras löpande vid APT		Miljö diskuteras ofta på APT. Två av regionens anvisade miljöfilmer har setts av många medarbetare. Filmvisning fortsätter 2017.
Miljöstrateg har deltagit vid APT		Återkoppling enhetens positiva resultat resor mm
Minska beroendet av fossil energi		Inom bl.a. projektet Solelbilar, energi- och klimatrådgivningen och en förstudie för laddinfrastruktur har informationsaktiviteter, rådgivning och samverkansmöten med berörda parter arrangerats för att öka andelen elektrifierade fordon i länet.
Ökad produktion av förnybar energi		Inom bl.a. projektet Solelbilar och energi- och klimatrådgivningen har flertalet föreläsningar, informationsaktiviteter och rådgivning arrangerats för allmänhet och företag för att öka installationen av solceller.
Energieffektivitet inom boende/byggande		En flerårig insats har påbörjats för att öka energieffektiviteten inom befintliga bostadsbestånd samt nyproduktion. Detta sker genom projektet Build2LC, samt nätverksprojekt för offentliga bostadsbolag.

Aktiviteter jämställdhet

Uppföljning av aktiviteter	Läget 2016-12-31	Beskrivning av vad som gjorts
Diskuterats på APT x 2. V-områden tagit fram mål 2017		Under 2016 har alla områdens APT diskuterat jämställdhet. På personalmöte för alla medarbetare hölls en längre föreläsning av en mycket meriterad föreläsare. Ett inslag som upplevdes intressant och tankeväckande. Webb-baserad obligatorisk utbildning (enskilda studier) pågår

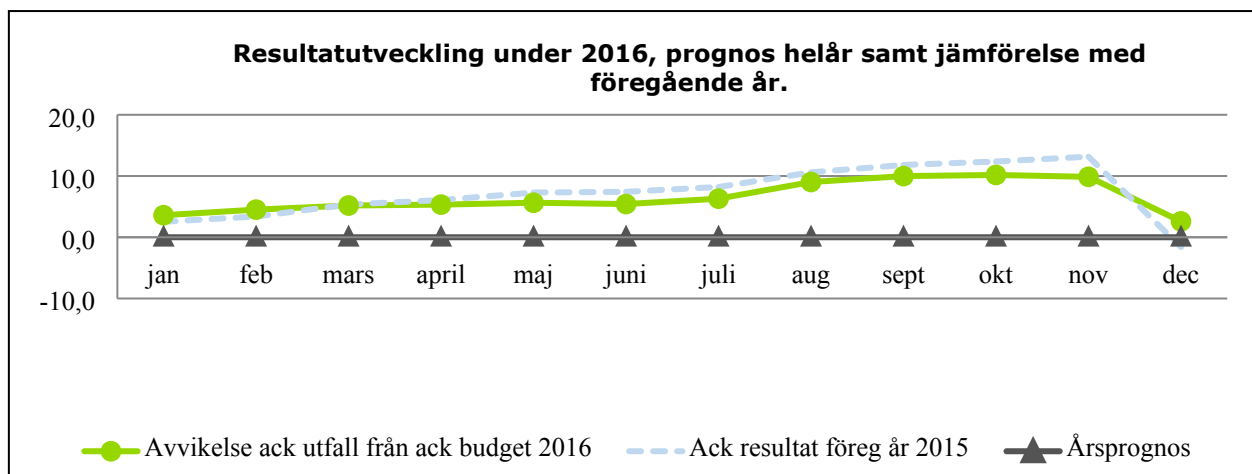
Aktiviteter verksamhetsresultat

Uppföljning av aktiviteter	Läget 2016-08-31	Beskrivning av vad som gjorts och vad som planeras inom 2016
Daglig visuell styrning ska införas på alla enheter.		PULS-möten med PULS-tavla har införts under 2016 på ett flertal av förvaltningens enheter.
Tjänsteresor och interna transporter inom Region Jämtland Härjedalens alla verksamheter ska minska samt ska verksamheterna välja teknik och transportsätt, så att regionens klimatpåverkan från tjänsteresor och transporter minskar.		Kostnadsmässigt ligger nivåerna för flyg, tåg och bil på samma nivå 2016 som 2015. Förvaltningens uppdrag kräver mycket resande och alternativ till flyg finns långt ifrån alltid. Viss ökning av resefria möten noteras, men tekniken behöver bli mer tillgänglig och lättanvänd.

Bokslut december 2016

CENTRUM FÖR VÅRDVALSNÄMNDEN (VVN/30/2016)





Sammanfattning

Vårdvalsnämnden har under året haft sex möten. Ändrad majoritet i regionen från 2016 har gjort att nya ledamöter tillträdde, varför informationer och utbildning i nämndens uppdrag har genomförts. Utöver att ta del av Hälsovalsbokslutet och andra uppföljningar har nämnden bland annat godkänt förfrågningsunderlaget för Hälsoval 2017. Priset för 2015 års hälsocentral gick till Åre hälsocentral och delades ut av Vårdvalsnämndens ordförande David Adervall och vice ordförande Cristine Persson i samband med utvecklingsdagar för primärvården.

Verksamhet

Vårdvalsnämnden består av tre olika uppdrag:

- Hälsoval
- Privata vårdgivare
- Beställartandvård

Primärvårdens resultat redovisas i ett separat hälsovalsbokslut.

Vid oktobermötet genomförde vårdvalsnämnden ett studiebesök vid hälsocentralen i Brunflo.

Måluppfyllelse

I stort sett alla mål som Vårdvalsnämnden har i sin verksamhetsplan har uppnåtts. Nämnden har inga produktionsmål att följa upp sin verksamhet mot

De av vårdvalsnämnden planerade åtgärder/uppdrag som finns i verksamhetsplanen är antingen påbörjade eller klara.

Vårdvalsnämnden resulterar för 2016 i ett överskott motsvarande 2,6 miljoner kronor, framförallt beroende på ej nyttjade medel inom beställartandvården.

Ekonomiskt utfall

Viktiga händelser under året

Hälsoval Region Jämtland Härjedalen

I april genomfördes uppföljning av 2015 års verksamhet i form av besök från hälsovalskansliet hos respektive verksamhetschef.

Åre Hc utsågs till 2015-års hälsocentral. Priset delades ut på Storsjöteatern i samband med primärvårdens fortbildningsdagar.

Fyra leverantörsträffar har ägt rum under året med fokus på innehåll i förfrågningsunderlag, regionfrågan, statliga satsningar som påverkar primärvården samt utredning om "primärvård i förändring".

Fjällhälsan meddelade i juni att de påbörjat en utredning om att öppna filial i Björnrike och Sveg, men någon ansökan om filial har inte inkommit.

Revision har granskat omhändertagande och ersättning av asylsökande.

Inom hälsovalet verkar 18 landstingsdrivna enheter med 13 filialer samt 4 vårdenheter med 3 filialer i annan driftform.

Från 2015 har medborgarna rätt att välja vilken hälsocentral/vårdcentral de vill i landet. Vid årsskiftet hade 425 personer från annat län valt en hälsocentral i Jämtlands län, varav 274 bosatta i Västernorrland. Backe är den hälsocentral i länet som har flest utomlännsbor listade. 512 länsbor har valt en hälsocentral/hälsocentral i annat län, av dessa har 35 % valt Västernorrland och 27 % valt Stockholm

Vårdval medicinsk fotvård

Totalt ingår 27 fotvårdare i vårdvalet, samtliga kvinnor. Under året har två fotvårdare sagt upp sitt avtal där en avslutat verksamheten under 2016 och den andra avslutar 2017. En ansökan inkom under året om att få delta i vårdvalet för medicinsk fotvård men avslogs då samtliga krav inte var uppfyllda.

Vårdval barn- och ungdomsvård

Beställarenheten har avtal med regionens folktandvård samt 26 privata kliniker. Länet har i december 2016 23 626 barn i åldrarna 3-19 år, varav 19% (4 483) valt privat vårdgivare. Systemstödsförändringar står i valda delar inför ett genomförande. I december 2016 fattades beslut på riksnivå om från 2107 höja åldern till 21 år för kostnadsfri tandvård.

Reformerat tandvårdsstöd

Informationsinsatser om tandvårdsstödet har genomförts genom deltagande i seniormässa.

Arbete pågår med att förbättra den uppsökande verksamheten via folktandvårdens samordnare, träffar med kommunansvariga samt anpassning av utbildningsinsatser till förändrade förutsättningar.

Privata vårdgivare enligt LOL och LOF

Två sjukgymnaster/fysioterapeuter har sålt sin etablering, en i Strömsund och en i Östersund och avtal har tecknats med nya aktörer.

För en sjukgymnast har byte av lokal inom Östersunds kommun genomförts.

Granskning av fem sjukgymnaster/fysioterapeuter påbörjades i slutet av året som beräknas vara klar februari 2017.

Under året har stot arbete påbörjats med att byta systemstöd för ersättning till privata vårdgivare.

Privata vårdgivare enligt LOU

Avtalet med Medicin Direkt avseende ortopedisk verksamhet löpte ut vid årsskiftet och under året har ett omfattande arbete med övertagande av lokaler och dess operationer i egen regi ägt rum.

Naprapat verksam i Åre/Järpen avslutade avtalet på grund av konkurs.

Övrigt inom beställarenheten

Under året har halva personalstyrkan inom beställarenheten bytts ut. Ny bedömningstandläkare, assistent och beställare/controller har tillträtt.

Övrigt som påverkat enhetens arbete är bland annat beslut om nya patientavgifter, rutiner för sjukresor samt införande av E-frikort.

Flera statliga satsningar som påverkar primärvården har engagerat personalen inom beställarenheten.

Ärenden som Vårdvalsnämnden har hanterat under året

Vårdvalsnämnden har under perioden haft sex sammanträden

- Ärenden som hanteras
- Vårdvalsnämndens verksamhetsplan 2016 (VVN/30/2015).
- Vårdvalsnämndens inspel till planeringsprocessen 2017-2019 (VVN/45/2015).
- Bokslut december 2015 Centrum för vårdvalsnämnd (VVN/4/2016).
- Vårdvalsnämndens inspel till regionplan 2017-2019 (VVN/5/2016).
- Inkomna handlingar (VVN/44/2015).
- Delegationsbeslut (VVN/3/2016).
- Förfrågningsunderlag Allmäntandvård för barn och ungdomar Jämtlands län 2017 (VVN/9/2016)
- Förfrågningsunderlag Hälsoval Region Jämtland Härjedalen 2017 (VVN/8/2016)
- Rev Vårdvalsnämndens verksamhetsplan 2016 (VVN/30/2015)
- Uppföljning vårdvalsnämndens internkontrollplan 2016 (VVN/7/2016)
- Tertialrapport per 2016-04 Vårdvalsnämnden (VVN/10/2016)
- Uppföljning av vårdvalsnämndens verksamhetsplan (VVN/14/2016)
- Delårsbokslut vårdvalsnämnd (VVN/16/2016)
- Förfrågningsunderlag medicinsk fotvård (VVN/17/2016)
- Upphandling naprapat (VVN/18/2016)
- Svar granskning av flyktingmottagandet inom primärvården (VVN21/2016)
- Omdisponering av budget för privata vårdgivare (VVN/19/2016)

- Förtroendemanna utbildning
- Beställartandvård
- Vårdvalsnämndens ansvar enligt lagar, nationella taxans ersättningsetablering, samt förfrågningsunderlag hälsoval, medicinsk fotvård och allmäntandvård för barn – och ungdomar 3-19 år

- Uppföljning
- Månadsrapport november hälsoval primärvård, privata vårdgivare, nödvändig – uppsökande tandvård och barntandvård
- Bokslut 2015 centrum för vårdvalsnämnd
- Nationell Primärvårdsenkät
- Hälsovalsaktörers arbete med utveckling av familjecentraler och barnkonventionen
- Barn och mödravård i Jämtlands län

- Hälsovalsaktörers arbete med bemötande, information och patientinflytande redovisas utifrån hälsovalsbokslutet och patientenkäten
- Rapport upphandlad vård i samarbete med regionstyrelsen

- Information – dialoger - studiebesök
- Teknisk utveckling, forskning och framtidsvisioner för distansoberoende teknik med virtuella hälsorum och applikationer för vård och omsorg i glesbygd
- Vinnovaprojekt, ersättningsmodell angående virtuella hälsorum med projektets ekonomi och varaktighet
- Planeringsförutsättningar 2018-2020
- Indelningskommitténs arbete och tidsplan angående regionbildningsfrågan
- Tina uppdraget- äldreuppdraget Ragunda kommun
- Flyktingsamordning Region Jämtland Härjedalen
- Cambio Cosmic vårdadministrativt system
- Samverkansprojekt ”Integrerad verksamhet – missbruk och beroende”
- Förfrågningsunderlag Hälsoval 2017
- Hälsovalsaktörers arbete med anpassad kommunikation. Resultat Vårdbarometern 2015
- Årsbokslut och hälsoval 2015
- Nationella patientenkäten 2015
- Förfrågningsunderlag Hälsoval och barn- och ungdomstandvård 2017
- Riktade statsbidrag i Region Jämtland Härjedalen
- Vinnova projektet Vältel
- Tiohundra projektet
- Årets hälsocentral
- Statliga satsningar för förbättrad psykisk hälsa
- Förberedelsearbete regionbildning
- Ungdomsmottagningar i Jämtlands län
- Studiebesök hälsocentralen Brunflo
- Asylhälsan och aktuell flyktingsituation
- Regiondriven primärvård
- Sjukskrivningsprocessen

- = målavvikelse
- = aktivitet påbörjad
- ▲ = målet är uppnått

Uppföljning av verksamhetsmålen

De inklippa målen och målvärdena är hämtade från Vårdvalsnämndens verksamhetsplan för år 2016. De strategiska målen är markerade med fet text.

Samhälle

Stimulera så att innovativa och framtidsinriktade idéer blir färdiga produkter och tjänster genom bra stöd		
Inom ramen för arbetet med glesbygdsmedicin underlätta innovationer och stimulera att hälsovalsaktörernas verksamhet öppnas för testbäddar		Förslag finns
Regionen präglas av insyn och delaktighet		
Arbetet med förfrågningsunderlag och styrande regelverk ska ske så att samtliga hälsovalsaktörer har insyn och har möjlighet att vara delaktiga		
Regionen arbetar för ökad inflyttning med fler i arbete och ökat företagande.		
Följa utvecklingen av kvalitet, tillgänglighet och bemötande hos utförarna eftersom detta påverkar regionens attraktivitet för medborgare och näringsliv. Värna dialog, samarbete och relationer med de olika utförarna. Goda idéer och innovationer ska fångas upp och utvecklas.		
Följa utvecklingen för vårdgivarna i gränstrakter och turistorter kring hur de arbetar för att bli attraktiva för utomlänspatienter		
Minska sjukskrivningar		
Analysera hur långsiktig utvecklingsplan för sjukskrivningar kan påverka förfrågningsunderlag för primärvård, fotvård och barntandvård.		
Förbättrad psykisk hälsa		
Analysera vilken roll vårdvalsnämnden kan spela i samarbetet i regionen angående förbättrad psykisk hälsa.		Ingår i handlingsplan för statlig satsning
Hälsofrämjande och trygga levnadsvillkor och samordnad hälso- och sjukvård		
Informationen om vårdvalen ska utformas så att länets medborgare kan göra aktiva och medvetna val.		
Ge information om vårdvalen till medborgarna på olika sätt så att de blir mer kända.		Informationsinsats i januari 2017
Följa det nationella arbetet med konsekvenser av den nya patientlagen vad gäller listningsregler med mera, och så snart IT-stöd finns införa det i Region Jämtland Härjedalen		Pågår nationellt
Inför regionfullmäktiges sammanträde i juni anpassa ett förfrågningsunderlag för hälsoval, barn- och ungdomstandvård och medicinsk fotvård 2017 med utgångspunkt från strategiska mål i regionplanen.		
Arbeta för jämlik tandhälsa i länet och tillgodose särskilt utsattas behov av tandvård tex bedömningstandvård och nödvändig tandvård.		
Öka kunskapen hos länets medborgare om det reformerade tandvårdsstödet.		Insatser genomförda

Patient

Patientsäker vård av god kvalitet efter behov.		
Följa upp hälsovalet 2015 med fokus på om primärvården är likvärdig i hela Jämtland och Härjedalen och har hög kvalitet.		
Se över tilläggsuppdraget för folkhälsoinsatser inför 2017.		
Följa utvecklingen gällande standardiserade vårdförlopp.		
Följa upp vårdvalet för barntandvård så att vårdvalet för barntandvården kan utformas så att den blir likvärdig i hela länet och har hög kvalitet.		
Följa upp vårdvalet för medicinsk fotvård utifrån om den utmärks av kvalitet, lättillgänglighet, kontinuitet, professionellt bemötande och god service.		
Analysera hur antalet flyktingar i länet påverkar aktörernas villkor och beakta det när förfrågningsunderlaget/ upphandlingsuppdrag utformas.		Statlig satsning
Den vård som är möjlig ska ges i hemmet eller så nära hemmet som möjligt.		
Se över uppdraget gällande distansoberoende teknik och e-hälsa.		Flera aktiviteter har startat
Fördjupat samarbete med kommunerna avseende barn, unga, äldre och utsatta grupper.		
Följa upp hur hälsovalsaktörerna arbetar utifrån Region Jämtland Härjedalens övergripande mål. Särskilt fokus på utveckling av familjecentraler enligt Strömsundsmodellen, barnkonventionen, elevhälsan och ungdomsmottagningarna.		
Bra bemötande och anpassad kommunikation på patientens villkor.		
Följa upp hur hälsovalsaktörerna arbetar utifrån Region Jämtland Härjedalens övergripande mål. Särskilt fokus på bemötande, information och anpassad kommunikation.		
Analysera behov av anpassad kommunikation och kommunikation kring vårdvalsmöjligheter.		
Ökat patientinflytande.		
Följa upp hur hälsovalsaktörerna arbetar utifrån Region Jämtland Härjedalens övergripande mål. Särskilt fokus på patientinflytande (t.ex. genom brukarråd).		

Verksamhetsresultat

God ekonomisk hushållning med solidarisk fördelning		
Vårdvalssystemens ersättningsmodeller ska utformas så att de får en tydligare styrförmåga som leder till tillgänglig, likvärdig vård som arbetar aktivt med ständiga förbättringar, forskning, utveckling och innovationer.		Förslag finns
Vid utformning av Hälsovalets regelverk och ersättningsmodell ska dialog med regionstyrelsens utskott för ekonomi ske för att tillsammans analysera ekonomiska konsekvenser.		
Med lärdom från Vinnova-projektet för utveckling av ersättningsmodell se om behov av förändringar finns.		Info av Tiohundra, Norrtälje
Säkerställa att alla utförare, oavsett driftform, ges samma förutsättningar.		
Granska 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.		Påbörjat december 2016
Granska fysioterapeuter som arbetar inom hälsovalet med syfte att se om vårdgivare lever upp till de krav som ställs i patientdatalagen.		Se ovan
I regeringens budgetproposition hösten 2015 finns fler förslag som Vårdvalsnämnden behöver beakta resultatet av både för 2016 och kommande år.		Beslutat i december
Långsiktig hållbar verksamhet		
Följa upp och stimulera hälsovalsaktörerna att nyttja och utveckla distansoberoende tekniska lösningar.		
Effektiva processer		
De vårdval som regionen har ska vara tydliga och stödja utveckling av effektiva processer mellan olika vårdgivare och olika vårdhuvudmän.		
De vårdvalssystem som regionen har ska löpande följas upp och kraven och resultaten ska utvärderas.		
Följa upp hur hälsovalsaktörerna arbetar med glesbygdsmedicin.		
Utveckla den upphandlade vården i samarbete med regionstyrelsen.		
Utveckla avtalsrelationen med folktandvården och länets kommuner när det gäller uppsökande tandvård och nödvändig tandvård.		Förslag till rutin påbörjad
Följa upp hur "program med mål och riktlinjer för privata utförare" som tagits fram under 2015 fungerar.		Utkast finns
Följa upp hur hälsovalsaktörerna arbetar utifrån Region Jämtland Härjedalens övergripande mål. Särskilt fokus på: våldsutsatta, patientinflytande (t.ex. genom brukarråd), suicidprevention och utveckling av familjecentraler enligt Strömsundsmodellen.		

Mål och mått för primärvården redovisas separat i Hälsovalsbokslutet

Produktionsstatistik

Köpt vård privata vårdgivare	Utfall 2014	Utfall 2015	Utfall 2016	Procentuell förändring 2015 jmf 2016
Läkarbesök	4 278	2 880	2 085	-28
operationer	526	448	527	18
Sjukgymnastbesök	53 185	43 820	40 927	-7
* Naprapatbesök		2 492	2477	-1
Patienter som fått nödvändig tandvård	1 892	1 817	1743	-4
Patienter som fått tandvård som led i sjukdomsbehandling	357	379	448	18
Antal som fått uppsökande tandvård	1 214	1 438	1 415	-2
Antal barn som valt privattandläkare	3 297	3 807	4 483	18
Antal barn som valt privattandläkare	92	122	134	10
* *Tandvård för personer med stora behov pga långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning				

*Avtal från 2015

**Reformen infördes 2013 och har inte hunnit bli helt känd ännu

Minskning av antal läkarbesök beror på färre avtal

För fysioterapeuter/sjukgymnaster verksamma enligt lagen om ersättning för fysioterapi, beror minskningen till stor del på att fler beviljas ersättning med särskilt arvode.

Ekonomi

Analys av utfall 2016

Centrum 27 RR-kod 10-80

RR	Ack utfall	Ack budget	Bud-Utf Diff	Ack utfall fg år	Ack utf-Ack fg år Diff	Utf ack - Ack fg år%	Årsprognos	Årsbudget	Årsbudg-Årsprogn Diff
Landstingsbidrag	0	0	0	649 304	-649 304	-100	0	0	0
Summa Landstingsbidrag	0	0	0	649 304	-649 304	-100	0	0	0
Kommuner o landsting	1 031	0	1 031	1 160	-130	-11	0	0	0
Tjänster,material,varor	198	0	198	198	0	0	0	0	0
Bidrag	74 143	5 220	68 923	71 582	2 562	4	5 220	5 220	0
Övriga intäkter	1	0	1	2 242	-2 241	-100	0	0	0
Summa Intäkter	75 372	5 220	70 152	75 181	191	0	5 220	5 220	0
Lönekostnader	-543	0	-543	-590	47	-8	0	0	0
Övr personalkostnader	-155	0	-155	-81	-75	93	0	0	0
Summa Personalkostnader	-698	0	-698	-670	-28	4	0	0	0
Köpt vård	-662 532	-602 002	-60 530	-658 352	-4 180	1	-602 002	-602 002	0
Med diagnostik samt övr tjänst	-11 150	-11 315	165	-11 295	145	-1	-11 315	-11 315	0
Läkemedel	-14 042	-15 541	1 499	-12 966	-1 076	8	-15 541	-15 541	0
Övr verksamhetsnära kostn	-41 753	-34 946	-6 807	-39 963	-1 790	4	-34 946	-34 946	0
Summa Verksamhetsnära kostnader	-729 477	-663 804	-65 673	-722 576	-6 901	1	-663 804	-663 804	0
Lokaler,el,utrustning,rep	-18	0	-18	-261	243	-93	0	0	0
Transporter,resor	0	0	0	-1	1	-100	0	0	0
Sjukresor	-358	-176	-182	-353	-5	2	-176	-176	0
Tjänsteresor, logi	-24	0	-24	-91	66	-73	0	0	0
Övrigt	-959	0	-959	-2 133	1 174	-55	0	0	0
Summa Övriga kostnader	-1 360	-176	-1 184	-2 838	1 478	-52	-176	-176	0
Summa Kostnader	-731 536	-663 980	-67 556	-726 084	-5 451	1	-663 980	-663 980	0
Summa Verksamhetens nettokostnad	-656 163	-658 760	2 597	-650 903	-5 260	1	-658 760	-658 760	0
RESULTAT	-656 163	-658 760	2 597	-1 599	-654 564	40 934	-658 760	-658 760	0

Analysera årets utfall och redogör för anledningen till ev. avvikelser mot lagd årsprognos och budget :

Kostnadsställe 7037 hälsoval, resulterar i ett överskott på 102 000 kronor.

Kostnadsställe 7055 privata vårdgivare, landar med ett överskott på 567 000 kronor beror på ej nyttjade medel för läkare inom Lagen om läkarvårdsersättning

Kostnadsställe 7056 beställartandvård står för ett överskott på 1 928 000 kronor främst beroende på att tredje steget i tandvården ännu inte är känt

Nationella satsningar och särskilda statsbidrag

De nationella satsningar som påverkat verksamhet inom vårdvalsnämnden är insatser för psykisk hälsa, insatser för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar, förlösningsvård och kvinnors hälsa, standardiserade vårdförlopp för cancer, extra flyktingpengar och stöd till bättre resursutnyttjande i vården (professionsmiljard).



22

Investering/införande av operationsrobot

RS/2498/2016

2017-03-12

Sekretariatet
Daniel Nilsson
Tfn: 063-14 75 71
E-post: daniel.l.nilsson@regionjh.se

RS/2498/2016

Investering/införande av operationsrobot

Ärendebeskrivning

Allt fler urologpatienter väljer idag att operera sig med hjälp av robotkirurgi. I dagsläget finns ett 70-tal robotar i Norden och flera länsjukhus erbjuder robotkirurgi såsom Falun, Varberg, Halmstad, Växjö, Västerås, Kalmar och Karlstad. Region Jämtland Härjedalen har en växande andel urologpatienter som väljer att operera sig på annat sjukhus med robotteknik, vilket innebär en allt större kostnad, då det är Region Jämtland Härjedalen som bekostar ingreppet. Region Jämtland Härjedalen har fått erbjudande om att upphandla en begagnad operationsrobot med garantier enligt nyinköp (två år). Inköp av en operationsrobot till Östersunds sjukhus är en investering som ger upphov till ökad patientkvalitet, kortare vårdtider (inom urologi) och färre komplikationer. Detta ger utrymme för en ökning av sjukhusets kapacitet för minimalinvasiv kirurgi (titthålskirurgi) men med risk för ökat behov av operationsutrymme till en början och ses som en nödvändig investering för att behålla vissa patientgrupper och för att säkerställa rekrytering av specialister inom kirurgi, urologi och gynekologi i framtiden. Införandet påverkar inte överenskomna regionala och nationella nivåstruktureringar.

Den totala investeringen uppgår till ca 13 025 tkr. Investeringen omfattar förutom inköp av operationsrobot även kringutrustning knutet till sterilcentralen. Vid oförändrad volym kommer driftskostnaden de två första åren att öka med 550 tkr trots att service och förbrukningsmaterial ingår i köpet. Därefter beräknas driftskostnaden innebära en merkostnad om ca 3,3 miljon kronor, vid oförändrad volym. Kalkylerna blir mer fördelaktiga om volymerna ökar, särskilt om Region Jämtland Härjedalen kan attrahera patienter från andra län, eller Norge, till robotkirurgi.

Norrlandstingen anser att det är en tveksam investering för Region Jämtland Härjedalen utifrån att studier visar olika resultat när det gäller vinster med metoden ställt gentemot kostnader och vilket befolkningsunderlag som krävs för att upprätthålla kompetens. Det gäller olika syn på hur mycket vårdtiden kortas, andel komplikationer mm

En SBU-rapport summerar dock att robot-assisterad kirurgi förefaller minst lika bra som laparoskopisk kirurgi och öppen kirurgi vad gäller de onkologiska resultaten och kan innebära fördelen av lindrigare postoperativa förlopp. Välkontrollerade prospektiva randomiserade studier saknas och det vetenskapliga stödet för robotkirurgi inom gynekologisk kirurgi liksom

för annan robotkirurgi är begränsat. Tillgänglig evidens talar för att metoden är till fördel för patienterna men att kostnaderna är högre än för konventionell kirurgi.

En annan tveksamhet från Norrlandstingen är att Västerbottens läns landstings robot inte kommit upp i planerat kapacitetsutnyttjande. Det beror på en kombination av orsaker, som att antalet remisser från den samlade norra sjukvårdsregionen inte uppgår till planerat antal, operationssalstillgång och bemanningsfrågor (t.ex. vårdplatser).

Region Jämtland Härjedalens hälso- och sjukvårdslednings sammanvägning av alla argument kring investering i robotkirurgi vid Östersunds sjukhus:

- Patienter väljer i allt högre grad att nyttja det fria vårdvalet för att få robotkirurgi
- Tillgänglig evidens talar för att metoden är till fördel för patienterna men att kostnaderna är högre än för konventionell kirurgi.
- Allt fler länsjukhus i Sverige investerar i robotkirurgi, t ex Falun, Karlstad
- Robotkirurgi används successivt till fler och fler olika ingrepp
- Den lediga kapaciteten på roboten i Umeå är ingen direkt lösning för region Jämtland Härjedalen när de har problem med operationssalstillgång och vårdplatser.
- Region Jämtland Härjedalens nuvarande urologer vill skapa en attraktiv och utvecklande verksamhet med att också kunna erbjuda patienter i Jämtland och Härjedalen robotkirurgi – den utvecklingen stöds också av gynekologerna.
- Den ökade driftkostnaden på 3,3 miljoner kronor kan jämföras med kostnaden för en stafetturolog (om regionen inte har en attraktiv verksamhet) 40 veckor a 80 000 kr = 3,2 miljoner kronor.
- Successivt blir det minskad vårdtid och reduktion av infektioner motsvarande 2,4 miljoner kronor, när dessa effekter kan realiseras blir driftkostnadsökningen ca 0,9 miljoner kronor.
- Område kirurgi ögon öron har enligt nuvarande beslut ett omställningsarbete att göra som ska leda till minskade kostnader med 15 mkr (2017), 15 mkr (2018 och 15 mkr (2019). Denna investering är en åtgärd som ger positiva effekter på förändringsarbetet och ökar möjligheterna att minska antalet vårdplatser 2019 och därmed uppnå den totala kostnadsminskningen om 45 mkr.
- Kalkylerna bygger på nuvarande volymer. Om ingen robotinvestering görs är det rimligt att anta att ökningen av patienter som väljer robotkirurgi fortsätter öka. Det kommer då att leda till ökade externa kostnader pga det fria vårdvalet och försvåra för område kirurgi att uppnå kostnadsminskningarna.
- Trots regionens svåra ekonomiska läge är därmed den ökade driftkostnaden rimlig, och bidrar till att område kirurgi ögon öron kan verkställa beslutade kostnadsminskningar om totalt 45 mkr.
- Investeringen ryms inom 2017 års finansplan
- Det erbjudande om begagnad robot som regionen fått är ett intressant pris.
- Region Jämtland Härjedalen vill vara en lyhörd organisation för patienternas vilja och en attraktiv arbetsgivare som vill utveckla verksamheten med ny teknik.

Med dessa avväganden rekommenderar hälso- och sjukvårdsledningen att Region Jämtland Härjedalen inför robotkirurgi.

Regiondirektörens förslag

Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

1. Region Jämtland Härjedalen ska införa robotkirurgi vid Östersunds sjukhus.
2. Reservanslagen i investeringsbudgeten i finansplanen 2017 får användas för denna investering.
3. Den ökade driftkostnaden på 550 tkr 2017-2018, och 3,3 mkr fr.o.m. 2019 ska hanteras inom tillgänglig budgetram genom realisering av kostnadsminskningar genom minskad vårdtid, reduktion av infektioner, ökade intäkter genom att erbjuda utomlänspatienter eller norska patienter vård och som en del i omställningsarbetet för att verkställa område kirurgi ögon örons kostnadsminskningar.

I tjänsten

Ingela Jönsson
Tf Regiondirektör

Lisbet Gibson
Hälso-och sjukvårdsdirektör

Utdrag till

Hälso-och sjukvårdsdirektör
Ekonomidirektör

Sekretariatet
Daniel Nilsson
Tfn: 063-14 75 71
E-post: daniel.l.nilsson@regionjh.se

2017-03-08

RS/2498/2016

Utredning - införande av operationsrobot

Sammanfattning

Inköp av en operationsrobot för samutnyttjande av nedre magtarmkirurgi, urologi och gynekologi till Östersunds sjukhus är en investering som ger upphov till ökad patientkvalitet, kortare vårdtider (inom urologi) och färre komplikationer. Detta ger utrymme för en ökning av sjukhusets kapacitet för minimalinvasiv kirurgi (titthålskirurgi) men med risk för ökat behov av operationsutrymme till en början och ses som en nödvändig investering för att behålla vissa patientgrupper och för att säkerställa rekrytering av specialister inom kirurgi, urologi och gynekologi i framtiden. Införandet påverkar inte överenskomna regionala och nationella nivåstruktureringar.

Den totala investeringen uppgår till ca 13 025 tkr. Investeringen omfattar förutom inköp av operationsrobot även kringutrustning knutet till sterilcentralen. Vid oförändrad volym kommer driftkostnaden de två första åren att öka med 550 tkr trots att service och förbrukningsmaterial ingår i köpet. Därefter beräknas driftkostnaden innebära en merkostnad om ca 3,3 miljon kronor, vid oförändrad volym. Kalkylerna blir mer fördelaktiga om volymerna ökar, särskilt om Region Jämtland Härjedalen kan attrahera patienter från andra län, eller Norge, till robotkirurgi.

Norrlandstingen anser att det är en tveksam investering för Region Jämtland Härjedalen utifrån att studier visar olika resultat när det gäller vinster med metoden ställt gentemot kostnader och vilket befolkningsunderlag som krävs för att upprätthålla kompetens. Det gäller olika syn på hur mycket vårdtiden kortas, andel komplikationer mm

En SBU-rapport summerar dock att robot-assisterad kirurgi förefaller minst lika bra som laparoskopisk kirurgi och öppen kirurgi vad gäller de onkologiska resultaten och kan innebära fördelen av lindrigare postoperativa förlopp. Välkontrollerade prospektiva randomiserade studier saknas och det vetenskapliga stödet för robotkirurgi inom gynekologisk kirurgi liksom för annan robotkirurgi är begränsat.

Tillgänglig evidens talar för att metoden är till fördel för patienterna men att kostnaderna är högre än för konventionell kirurgi.

En annan tveksamhet från Norrlandstingen är att Västerbottens läns landstings robot inte kommit upp i planerat kapacitetsutnyttjande. Det beror på en kombination av orsaker, som att antalet remisser från den samlade norra sjukvårdsregionen inte uppgår till planerat antal, operationssalstillgång och bemanningsfrågor (t.ex. vårdplatser).

Region Jämtland Härjedalens hälso- och sjukvårdslednings sammanvägning av alla argument kring investering i robotkirurgi vid Östersunds sjukhus:

- Patienter väljer i allt högre grad att nyttja det fria vårdvalet för att få robotkirurgi
- Tillgänglig evidens talar för att metoden är till fördel för patienterna men att kostnaderna är högre än för konventionell kirurgi.
- Allt fler länssjukhus i Sverige investerar i robotkirurgi, t ex Falun, Karlstad
- Robotkirurgi används successivt till fler och fler olika ingrepp
- Den lediga kapaciteten på roboten i Umeå är ingen direkt lösning för region Jämtland Härjedalen när de har problem med operationssalstillgång och vårdplatser.
- Region Jämtland Härjedalens nuvarande urologer vill skapa en attraktiv och utvecklande verksamhet med att också kunna erbjuda patienter i Jämtland och Härjedalen robotkirurgi – den utvecklingen stöds också av gynekologerna.
- Den ökade driftkostnaden på 3,3 miljoner kronor kan jämföras med kostnaden för en stafetturolog (om regionen inte har en attraktiv verksamhet) 40 veckor a 80 000 kr = 3,2 miljoner kronor.
- Successivt blir det minskad vårdtid och reduktion av infektioner motsvarande 2,4 miljoner kronor, när dessa effekter kan realiseras blir driftkostnadsökningen ca 0,9 miljoner kronor.
- Område kirurgi ögon öron har enligt nuvarande beslut ett omställningsarbete att göra som ska leda till minskade kostnader med 15 mkr (2017), 15 mkr (2018 och 15 mkr (2019). Denna investering är en åtgärd som ger positiva effekter på förändringsarbetet och ökar möjligheterna att minska antalet vårdplatser 2019 och därmed uppnå den totala kostnadsminskningen om 45 mkr.
- Kalkylerna bygger på nuvarande volymer. Om ingen robotinvestering görs är det rimligt att anta att ökningen av patienter som väljer robotkirurgi fortsätter öka. Det kommer då att leda till ökade externa kostnader pga det fria vårdvalet och försvara för område kirurgi att uppnå kostnadsminskningarna.
- Trots regionens svåra ekonomiska läge är därmed den ökade driftkostnaden rimlig, och bidrar till att område kirurgi ögon öron kan verkställa beslutade kostnadsminskningar om totalt 45 mkr.
- Investeringen ryms inom 2017 års finansplan

- Det erbjudande om begagnad robot som regionen fått är ett intressant pris.
- Region Jämtland Härjedalen vill vara en lyhörd organisation för patienternas vilja och en attraktiv arbetsgivare som vill utveckla verksamheten med ny teknik.

Med dessa avväganden rekommenderar hälso- och sjukvårdsledningen att Region Jämtland Härjedalen inför robotkirurgi.

Bakgrund

Allt fler urologpatienter väljer idag att operera sig med hjälp av robotkirurgi. I dagsläget finns ett 70-tal robotar i Norden och flera länssjukhus erbjuder robotkirurgi såsom Falun, Varberg, Halmstad, Växjö, Västerås, Kalmar och Karlstad. Region Jämtland Härjedalen har en växande andel urologpatienter som väljer att operera sig på annat sjukhus med robotteknik, vilket innebär en allt större kostnad, då det är Region Jämtland Härjedalen som bekostar ingreppet.

Region Jämtland Härjedalen har fått erbjudande om att upphandla en begagnad operationsrobot med garantier enligt nyinköp (två år).

En första preliminär offert har erhållits. En lönsamhetskalkyl har lämnats från företaget och en arbetsgrupp från hälso- och sjukvårdsledningen har tillsatt en arbetsgrupp som under hösten 2016 och vintern 2017 arbetat med att se över behovet av nödvändiga kompletterande investeringar, ta fram en ekonomisk kalkyl, beräkna preliminära (operations)volymmer, ta fram en risk- och konsekvensanalys samt bedriva omvärldsbevakning.

En risk- och konsekvensanalys har tagits fram och redovisats i dialog med fackliga parter. Analysen har även behandlats vid förvaltningskommittén 2017-01-17 § 8, se bilaga 1

Ekonomi

Förutsättningar för kalkylen:

- Valutakurs EUR 10,27 per 2016-12-13
- Avskrivning 7 år
- 1,75 % internränta
- Servicekostnad och förbrukningsmaterial ingår första 2 åren och tillkommer år 3.

Likviditetspåverkan

Totala investeringar i samband med inköp av robot:

Inköp Robot	10 200 tkr (995 000 Euro)
Lågtemperatur sterilisering	975 tkr
Ångautoklav	1 200 tkr (tillkommer lokalanpassning)
Diskdesinfektor	150 tkr (begagnad fr Linköping)
Avjoniserat vatten	500 tkr (inkl rördragning)
Totalt	13 025 tkr

Denna investering finns inte särskilt specificerad i investeringsbudgeten men kan hanteras inom reservanslaget (12 079 tkr) i investeringsbudgeten i finansplanen 2017 som regionstyrelsen har beslutanderätt över och dels det reservanslag (5 000 tkr) som regiondirektören har delegation på. Därmed ingår investeringen i planerad upplåning 2017.

Resultatpåverkan

Den årliga kostnaden kommer att förändras över avskrivningstiden eftersom servicekostnad och förbrukningsmaterial ingår i de första två åren.

Minskning av nuvarande kostnader per år genom införandet av robot:

Nuvarande förbrukningsmaterial	-544 tkr	
Reduktion blodtransfusioner	-90 tkr	
Kostnad för köpt vård	-985 tkr	(detaljer se nedan)
Summa direkta kostnader	-1 619 tkr	

Successivt uppnås också

Förkortad vårdtid (ca 1 vård dag)	-1 690 tkr
Reduktion av infektioner	<u>-665 tkr</u>
Totalt reducerade kostnader	-3 974 tkr

Beräknad årlig driftskostnad år 1 och 2:

Robot avskrivningskostnad		1 700 tkr
Lågtemperatur sterilisering	158 tkr	
Ångautoklav	200 tkr	
Diskdesinfektor	25 tkr	
Avjoniserat vatten	83 tkr	
Totalt per år		2 166 tkr

Reducerade direkta kostnader enligt ovan -1 619 tkr
Total driftkostnad per år 547 tkr

Beräknad årlig driftkostnad år 3 till 7:

Robot	1 700 tkr	
Lågtemperatur sterilisering	158 tkr	
Ångautoklav	200 tkr	
Diskdesinfektor	25 tkr	
Avjoniserat vatten	83 tkr	
Servicekostnad	1 027 tkr (100 000 euro)	
Förbrukningsmaterial	1 715 tkr	
Totalt per år		4 908 tkr

Reducerade direkta kostnader enligt ovan -1 619 tkr
Total driftkostnad per år 3 289 tkr

Succesivt blir det minskad vårdtid och reduktion av infektioner motsvarande 2 355 tkr, dvs driftkostnadsökningen blir då 934 tkr.

Vid införandet av operationsrobot kommer den totala kostnaden att vara ca 0,6 miljoner kronor högre de två första åren, då servicekostnad och förbrukningsmateriel ingår dessa år. Från år tre blir det en ökad årlig merkostnad för roboten med ca 3,3 miljon kronor. Om verksamheten kan realisera kostnadsminskningarna för minskad vårdtid och reduktion av infektioner blir merkostnaden 934 tkr vid oförändrad volym utifrån driftkostnadsnivån från år 3. Det tillkommer ökade personalkostnader under introduktions/utbildningstiden.

Område kirurgi ögon öron har enligt nuvarande beslut ett omställningsarbete att göra som ska leda till minskade kostnader med 15 mkr (2017), 15 mkr (2018) och 15 mkr (2019). Denna investering är en åtgärd som ger positiva effekter på förändringsarbetet och ökar möjligheterna att minska antalet vårdplatser 2019 och därmed uppnå den totala kostnadsminskningen om 45 mkr.

Kalkylerna bygger på nuvarande volymer. Om ingen robotinvestering görs är det rimligt att anta att ökningen av patienter som väljer robotkirurgi fortsätter öka. Det kommer då att leda till ökade externa kostnader pga det fria vårdvalet och försvara för område kirurgi att uppnå kostnadsminskningarna.

Kostnader för köpt vård

Nedan följer en sammanställning över antalet prostatacancerpatienter inklusive de som opererats på annan ort med robot, under perioden 2012-2016 (ej nivåstrukturerade).

	Totalt opererade:	Varav utomlänsvård:	Fritt vårdval
2012	79	5	<i>1 st Sophiahemmet, 1 st Umeå, 2 st Uppsala, 1 st Göteborg</i>
2013	66	0	
2014	63	5	<i>2 st Sophiahemmet, 1 st St Görans sjukhus, 2 st Umeå</i>
2015	50	5	<i>3 st Sophiahemmet, 1 st Göteborg, 1 st Hamburg</i>
2016	47	11	<i>10 st Sophiahemmet, 1 st Umeå</i>

Det går att skönja en ökande efterfrågan efter robotingrepp i samband med radikal prostatektomi (borttagande av prostatakörtel med eller utan utrymning av lymfkörtlar) då det med tiden blivit allt mer känt i patientgruppen att komplikationsrisken minskar och konvalescenstiden förkortas efter robotkirurgi jämfört med öppet ingrepp.

Nedgången av det totala antalet opererade radikala prostatektomier under åren förklaras av den ökade andelen med aktiv monitorering, det vill säga lågrisktumörer följs istället med regelbunden provtagning (PSA). Studier visar att 50 % av de patienter som förordas aktiv monitorering, opereras inom en tioårsperiod.

Uppskattad kostnad köpt vård, prostatektomi.

Radikal prostatektomi kan göras både med och utan lymfkörtelutrymning i lilla bäckenet.

Radikal Prostatektomi KEC00

Radikal Utrymning av iliakala lymfkörtlar PJD54

Radikal prostatektomi kvå KEC** (opkod) ger DRG:

N01N, Stor bäckenoperation på man

År	DRG-pris 1,0	DRG vikt	Antal utomlänns	Kostnad
2012	39 618	2,0568	5	407 432
2013	42 265	2,0376	0	0
2014	43 894	1,9636	5	430 951
2015	43 953	2,0430	5	448 980
2016	46 203	1,9380	11	984 956

Medicinska aspekter

Laparoskopi (titthålskirurgi) innebär vinster för patienter i form av mindre postoperativ smärta, färre komplikationer och kortare vårdtid samt snabbare återgång till arbetet. Utvecklingen av laparoskopi har skett, i första hand, vid enklare bukingrepp men den öppna operationstekniken har fortsatt att dominera vid avancerade ingrepp. Sedan cirka 10 år tillbaka har robotassistans utvecklat möjligheten för laparoskopi vid avancerad kirurgi. Operationsroboten har en tredimensionell bild och ger en exaktare dissektionsteknik då den eliminerar skakningar och ger en jämnare kraftöverföring. Robotinstrumenten har en handled (ledad del av instrumenten) som ger större manöverutrymme och bättre åtkomlighet.

Bedömning har gjorts att patientunderlaget för robotkirurgi på Östersunds sjukhus är så stort när det gäller urologisk, kirurgisk och gynekologisk kirurgi att det på sikt går att fylla operationstiden tre operationssalsdagar i veckan och behålla den urologiska verksamheten långsiktigt om robotkirurgi blir tillgängligt på sjukhuset.

Generella fördelar

- Kortare vårdtider
- Mindre blödning
- Snabbare återhämtning
- Kortare sjukskrivning
- Mindre behov att remittera patienten till annan vårdgivare (aktuellt då patienten önskar robotkirurgi som metod)
- Större andel laparoskopisk kirurgi kan genomföras totalt
- Färre konverteringar till öppen kirurgi från robot jämfört med traditionell laparoskopi
- Bättre resultat för överviktiga patienter att opereras med robot jämfört med öppen kirurgi
- Färre komplikationer (ffa inom urologin med färre lymfocelen och uretrastrikturer jämfört med öppet ingrepp)
- Underlätta rekrytering av specialister inom kirurgiska specialiteter
- Bättre visualisering av operationsfältet jämfört med traditionell laparoskopi
- Ergonomiska fördelar för operatören

Vid inköp av en robot ingår det ett utbildningsprogram och träning i simulator för aktuella operatörer.

Urologi

I början av 2000-talet lanserades robotkirurgi inom urologin och är egentligen en vidareutveckling av laparoskopi. Det första urologiska ingreppet som gjordes var robotassisterad prostatektomi. Därefter utökade man indikationerna och numera är metoden vedertagen för prostatakirurgi, urinblåsekirurgi och kirurgi i de övre

urinvägarna såsom operationer på njure och urinledare (borttagande av en njure, pyeloplastiker, njurresektioner med mera).

Med en egen robot går det att erbjuda en obruten vårdkedja för patienter med prostatacancer och sjukdomar i de övre urinvägarna. En preliminär prognos räknar med att kunna utföra ca 90 urologiska operationer/år med denna teknik fördelade på följande sätt:

- 60 radikala prostatektomier
- 5 njurbäckenplastiker
- 25 nefrektomier/njurresektioner

Ingrepp som vi idag gör på Östersunds Sjukhus men med öppen teknik.

Robotassisterad prostatektomi har idag en medelvårdtid på 1-2 dagar och sjukskrivnings tid på 2-3 veckor. Njuroperationer har en medelvårdtid på 2-3 dagar och kortare sjukskrivning.

Gynekologi

Vid kvinnokliniken görs idag benign (godartad) gynekologisk kirurgi samt viss malign kirurgi som ej omfattas av nivåstruktureringen. Målsättningen är att öka andelen minimalinvasiva ingrepp och området har traditionell laparoskopi som är en etablerad metod sedan många år med mål att få ner antal vårddygn, komplikationer, infektioner etc.

Robotkirurgi har kortare inlärningskurva än sedvanlig laparoskopi och operationstiden med robot är också kortare än med traditionell laparoskopi enligt studie från Tammerfors Universitetssjukhus [Mäenpää et al 2016](#).

Indikationer för robotingrepp är hysterektomier (borttagande av livmoder), myomenukleationer (borttagande av muskelknutor i livmodern), samt vaginosakropexier (komplicerade framfall) samt kirurgisk behandling av djupinfiltrerad endometriosis.

Vetenskaplig evidens (Hysterektomi)

Vid hysterektomier (borttagande av livmoder) har man visat på en minskad konverteringsrisk, minskade antal intraoperativa och postoperativa komplikationer för robot jämfört med både abdominell samt laparoskopisk kirurgi. Detta gjorde att den kostnadskalkyl som genomfördes visade att robothysterektomi var det billigaste alternativet för samhället ([Jonsdottir et al. ObstetGynecol 2011](#)). Data stärks av en tidigare studie ([Payne et al. JMIG 2008](#)) där konverteringsrisken, vårdtiden samt operationstiden var signifikant lägre för robot jämfört med laparoskopi.

SBUrapport <http://www.sbu.se/sv/publikationer/regional-hta/robot-assisterad-kirurgi-vid-gynekologiska-operationer-2012-05-29>

Robotstudie från gynopregistret:

<http://www.gynop.org/rapportering/rapporter/GynoprapportRobotstudie141027.pdf>

Vid vaginaltoppsprolaps (framfall) är vaginosakropexi den metod som har lägst risk för återfall (3 %). Operationen kräver bra access till lilla bäckenet samt bra sutureringsmöjligheter. Här utfaller roboten till en klar fördel med dess betydligt flexibla verktyg jämfört med traditionell laparoskopi.

Att införa Robotkirurgi vid Kvinnokliniken i Östersund innebär ingen övervägande säker cost-benefit för patienterna och verksamheten i stort, vilket man kan se för Urologin. Man kan inte inom gynekologin idag se kortare vårdtider eller kortare sjukskrivningar. Det man dock med säkerhet vet är att ergonomin för operatören blir klart förbättrad.

Nedre mag-tarmkirurgi (NGI)

Inom nedre mag-tarmkirurgi har utvecklingen mot robotkirurgi varit mycket snabb de senaste åren och i första hand kirurgi i lilla bäckenet har visat sig ha stora fördelar jämfört med traditionell öppen och laparoskopisk teknik. I Sverige har sedan 2010 hela 19 sjukhus startat med robotkirurgi inom kolorektalkirurgi och hundratals operationer vid ändtarmscancer har utförts med robotteknik. På Östersunds sjukhus sker vid NGI-sektionen ca 10 % av den planerade resektionskirurgin med laparoskopisk teknik i huvudsak för cancer i tjocktarm och godartade tarmfickor, varav omkring 15 % konverteras till öppen kirurgi. Dessa operationer kan med fördel göras med robotteknik. Andelen konverterade operationer förväntas minska till <5 % efter inläring och etablering av robotkirurgi. Även överviktiga patienter och patienter med mer avancerade ändtarmstumörer kan göras med minimalinvasiv robotteknik istället för som idag, uteslutande med öppen teknik. All planerad resektionskirurgi vid NGI-sektionen omfattas av ett strukturerat vårdprogram: ERAS (Enhanced Recovery After Surgery). Vårdprogrammet minskar komplikationer, reducerar vårdtider samt vårdkostnader.

Östersunds sjukhus räknar med att initialt kunna utföra ca 30-40 NGI-operationer/år, men i en framtid ytterligare ingrepp fördelade på följande sätt:

- 45 tjocktarmscanceroperationer
- 20 ändtarmscanceroperationer.
- 25 operationer för inflammatorisk tarmsjukdom (IBD), godartade tarmfickor, mm

Vårdtiden för öppen operation kan reduceras. Förutom detta ses en reduktion av komplikationer samt färre konverteringar av vanlig laparoskopi till öppen kirurgi vilket ger ytterligare besparing av vårddyg.

Summering av ovanstående volymer:

Urologi

- 60 radikala prostatektomier
- 5 njurbäckenplastiker
- 25 nefrektomier/njurresektioner

Gynekologi

- 40 Hysterektomi + myomektomi + prolaps + endometriosis (benigna, öppna)
- 15 hysterektomi endometrioscancer

Nedre mag-tarmkirurgi (NGI)

- 45 tjocktarmscanceroperationer
- 20 ändtarmscanceroperationer.
- 25 operationer för inflammatorisk tarmsjukdom (IBD), godartade tarmfickor, mm

Totalt 235 operationer med robot per år, vilket innebär 2,5-3 dagar per vecka.

Falun startade 2016 med plan att använda roboten 5 dagar per vecka, nyttjandegraden ligger mellan 3-5 dagar per vecka. Det beror på bemanningsproblem och vårdplatsbrist. De opererar 2 dagar per vecka colorectal, 1 dag gynekologi, 1 dag urologi och 1 dag ärrbräck. Två ingrepp per dag, ett visst underutnyttjande av colorectalkirurgin.

Karlstad startade 2012. Roboten används nu 5 dagar per vecka varav 1 dag colorectal med 1-2 patienter per dag, 1 dag gynekologi med 3 patienter och 3 dagar urologi med 2 patienter per dag.

Synpunkter från grannlänen i Norrland

Samarbetsformerna i norra sjukvårdsregionen innebär att strategiska frågor/beslut som påverka regionsjukvården i god tid ska diskuteras i chefsråden och lyftas till Norrlandstingens Regionförbunds samråd med Hälso- och sjukvårdsledningarna och Region/Landstingsdirektörerna. Även andra frågor (ej regionvård) av strategisk karaktär bör informeras och diskuteras.

Region Jämtland Härjedalen har när det gäller detta investeringsbeslut informerat och diskuterat frågan med de andra norrlandstingen i sent skede. Anledningen är att frågan inte bedömdes påverka regionvård, och inte heller annan vård inom Norrland. De patienter regionen vill hämta hem har åkt till sjukhus utanför norra sjukvårdsregionen. Region Jämtland Härjedalen kommer att fortsätta skicka patienter till NUS enligt nivåstruktureringsbesluten.

De synpunkter som framförts från norrlandstingen (se bilaga 2) kan sammanfattas så här:

Norrlandstingen anser att det är en tveksam investering för Region Jämtland Härjedalen utifrån att studier visar olika resultat när det gäller vinster med metoden ställt gentemot kostnader och vilket befolkningsunderlag som krävs för att upprätthålla kompetens. Det gäller olika syn på hur mycket vårdtiden kortas, andel komplikationer mm

Chefen för Regionalt cancercentrum kommenterar att det i övriga Sverige inte är helt ovanligt att man har handlat robot pga krav från verksamhet eller rekryteringskäl, men många står underutnyttjade och man vet att livskvalitén för patient blir bättre på kort sikt men det inte är några stora skillnader på lång sikt.

Vidare konstaterar hon att operationsroboten på NUS används ca 50% av kapacitet, enligt en grov skattning från RCCs processledare.

Västerbottens läns landsting kommenterar att införande av nya metoder/tekniker bör ske koncentrerat till få utbudspunkter till dess att de är utvecklade och prövade vetenskapligt. Uppföljningar visar att robotassisterade operationer totalt sett ökar kostnaderna, även sedan hela teamet efter lång tid kommit långt på inlärningskurvan avseende operationsteknik m.m. och efter att de fördelar avseende resursutnyttjande, främst i termer av kortare vårdtider, har hämtats hem.

Vidare förklarar Västerbottens läns landsting varför deras robot inte kommit upp i planerat kapacitetsutnyttjande. Det beror på en kombination av orsaker, som att antalet remisser från den samlade norra sjukvårdsregionen (bl.a. RJH) inte uppgår till planerat antal, operationssalstillgång och bemanningsfrågor (t.ex. vårdplatser). 2015 gjordes 64 urologiska (dimensionering 100) och 37 gynekologiska robotassisterade operationer på NUS. Statistiken för 2016 är ännu inte helt klar. Kapaciteten 2017 bedöms öka.

Bilaga 1

Risk- och konsekvensanalysen

Risikanalys: <i>Beskriv omfattning och bakgrund samt ange berörda verksamheter</i>	Robotkirurgi utifrån eventuellt inköp av Da-Vincirobot Område kvinna, Område akutvård och Område Kirurgi-Ögon-Öron
Beskriv vilka områden analysen avser: <i>Arbetsmiljö, Patient, Miljö, Informationssäkerhet, Annat</i>	Arbetsmiljö
Uppdragsgivare:	HS- direktör
Ange datum för samverkan i områdeskommitté (förvaltningskommitté):	2017-01-17
Klassning av analysresultat: <i>Ange om resultatet är öppen information eller om det finns behov av skydd mot spridning</i>	Öppen
Deltagare: <i>Samtliga deltagares namn inklusive titel och roll; t.ex. skyddsombud</i>	Möte där man tog fram analys utifrån arbetsmiljö, patientsäkerhet och miljö: Anna Warg, OC område kir/ö/ö, Irene Hoglert, OC område kvinnosjukvård, Anita Secher, OC område akutvård, Lars Salomonsson, EC centraloperation, Eva Spetz, EC område kvinnosjukvård, Ulrika Fjellstrand Nyman, verksamhetsutvecklare FoUU avdelningen Möte 161212 där man gjorde analys utifrån arbetsmiljö: Anna Warg OC Område Kirurgi-Ögon-Öron, Anneli Ekman personalstrateg, huvudskyddsombud: Tomas Ålander Kommunal, Annika Östling Läkarföreningen, Gunvi Dahlström Vision, Maria Lindgren Vårdförbundet och Monica Berg SACO

Risker (Möjlig händelse)	Allvarlighetsgrad	Sannolikhet	Riskpoäng	Forts att analyseras?	Bakomliggande orsaker (Varför är det en risk)	Åtgärdsförslag	Uppdragsgivarens godkännande / Ansvarig för genomförande	Klart före	Uppföljning / Ansvarig
1. Delprocess, aktivitet, iakttagelse				Allvarlig risk?					
1.1 Risk				Ja /Nej					
Arbetsmiljö									
1. Ny teknik									
1.1 Oro/stress för ny teknik	1	2	2	Ja	Otillräcklig utbildning och lite	Dubbelbemanning av	EC c-op	Innan feb	Respektive områdeskommitté

					praktisk träning	operationssköterskor/ undersköterskor vid robotingrepp. Samarbete med andra sjukhus Maximalt nyttjande av robot Rätt antal i teamet, god planering Generell utbildning och introduktion på c- op för att alla ska känna till robot och utrustning			
1.2 Ej anpassade arbetslokaler för robot	2	2	4	Ja	Robotutrustning tar utrymme av sal	Planering av vilka övriga ingrepp som är möjliga på robotsal	OC op-råd	Innan feb	Respektive områdeskommitté
1.3 Rengöring av instrument				Ja	Ökad användning av kemikalier	Utbildning och skyddsutrustning. Riskbedömning av kemikalier	EC c-op	Innan feb	Respektive områdeskommitté
1.4 Ökad risk för stick- skär- och stänkskada vid rengöring av instrument				Ja	Har inte desinfektionsutrustning anpassad för robotinstrument vilket innebär handdisk	Rätt utrustning och rutiner.	EC c-op	Innan feb	Respektive områdeskommitté
2. Kompetens									
2.1 Rätt antal utbildade på c-op				Ja	Sårbart med litet team, samtidigt "för sällan" med större team	Dubbelbemanning av operationssköterskor på sal. Samarbete med andra sjukhus Maximalt nyttjande av robot Rätt antal i teamet, god planering	EC c-op	Innan feb	Respektive områdeskommitté
2.2 Subspecialisering				Ja	Tappad generell	Subspecialisering kräver ökad	OC	Innan	Respektive

					kompetens	bemannning		feb	områdeskommitté
2.3 Ingen samplanering mellan opererande klinik och c-op				Ja	Tillhör olika områden/enheter	Kommunikation	OC op-råd	Innan feb	Respektive områdeskommitté
2.4 Övertidsarbete och uteblivna raster				Ja	Långa operationer och brist på kompetens för avlösning	Dubbelbemanning som går omlott. Rätt antal i teamet God operationsplanering	EC c-op	Innan feb	Respektive områdeskommitté
3. Ombyggnation									
3.1 Allmänt stök och buller vid ombyggnation				Ja	Sterilcentralen <u>kan</u> kräva ombyggnation för ny rengöringsutrustning	Försöka begränsa tid för ombyggnation. Skyddsombud delaktig vid planerandet av ombyggnationen.	EC c-op	Innan feb	Respektive områdeskommitté

Bilaga 2

Synpunkter från Norrlandstingen

Från Region Norrbotten

Robotic-assisted vs traditional laparoscopic surgery for endometrial cancer: a randomized controlled trial Mäenpää:

Visar på kortare tid i op-rum, dock överlappar siffrorna i hög grad. Ingen skillnad i vårdtid. Fler konverteras till öppen kirurgi i lap-gruppen. Högre komplikationsgrad i robotgruppen. Ingen kostandsanalys.

Increasing minimally invasive hysterectomy: effect on cost and complications.

Jonsdottir:

Retrospektiv studie åren 2006 och 2009. En liten andel utfördes med robot. Jämför egentligen öppen kirurgi och laparoskopisk kirurgi. Slutsatsen som följer rör alltså förändringen från öppen till lap!: "A change from majority abdominal hysterectomy to minimally invasive hysterectomy was accompanied by a significant decrease in procedure-related complications without an increase in total mean costs."

A comparison of total laparoscopic hysterectomy to robotically assisted hysterectomy: surgical outcomes in a community practice Payne:

Retrospektiv genomgång av 100 operationer före och 100 operationer efter införande av robot. Längre op-tid med robot, halv dag kortare vårdtid med robot. Ingen skillnad avseende komplikationer. Ingen kostnadsanalys.

SBUrapport <http://www.sbu.se/sv/publikationer/regional-hta/robot-assisterad-kirurgi-vid-gynekologiska-operationer-2012-05-29>

Metodrådet i Sydöstra Sjukvårdsregionen har gjort denna sammanfattande bedömning: "Robot-assisterad gynekologisk kirurgi har sedan 2005 använts både vid benign kirurgi och vid cancerkirurgi. Ett stort antal stora och små okontrollerade studier har publicerats som jämfört patientgrupper som opererats med robot-assisterad kirurgi, laparoskopisk kirurgi och öppen kirurgi. Robot-assisterad kirurgi förefaller minst lika bra som laparoskopisk kirurgi och öppen kirurgi vad gäller de onkologiska resultaten och kan innebära fördelen av lindrigare postoperativa förlopp. Välkontrollerade prospektive randomiserade studier saknas och det vetenskapliga stödet för robotkirurgi inom gynekologisk kirurgi liksom för annan robotkirurgi är begränsat. Tillgänglig evidens talar för att metoden är till fördel för patienterna men att kostnaderna är högre än för konventionell kirurgi. Inför robotkirurgi inom gynekologisk kirurgi bör det ske i kontrollerade studier och i övriga fall i deltagande i register för utvärdering av verksamheten."

Robotstudie från gynopregistret:

<http://www.gynop.org/rapportering/rapporter/GynoprapportRobotstudie141027.pdf>

En genomgång av data från gynop-registret, ingen jämförelse sker, endast deskriptiv. Syftet var en kartläggning av robotkir av gynpatinter i Sverige I

inledningen konstateras att det är en hög kostnad både för inköp, drift, med service samt för engångsmaterial och refererar till en Cochrane review. Totalt har knappt 1000 gyn pat opererats med robotassisterad laparaskopi i Sverige under åren 2008-början 2013 (dvs knappt 200/år, ökar dock över åren). Det går inte att dra några slutsatser från denna genomgång.

Ytterligare några referenser som inte finns med i underlaget:

Cochrane tar fram review artiklar över många områden. En artikel (Robot-assisted surgery in gynaecology, Liu 2014) summerar att det är osäkert om det är någon skillnad avseende komplikationer mellan öppen och laparoskopisk kir. Evidensen tyder på längre optider med robot jämfört lap, men att det möjligen kan vara kortare vårdtid. Begränsad evidens avseende säkerhet för robot kontra lap eller öppen kir. Ingen skillnad avseende blodförlust robot-lap. Robot var associerad med ökad kostnad (including equipment setup and maintenance and theatre and hospital admission costs), median skillnad från 1936 USD till 8728 USD. Robot kir bör utföras inom studier.

Robotics in Colorectal Surgery, Weaver

Although robotic surgeries have become the gold standard for a number of procedures, the research in colorectal surgery is not definitive and more work needs to be done to prove its safety and efficacy to both surgeons and patients

Robotic assisted hysterectomy in obese patients: a systematic review.

Iavazzo The robotic technique, especially in obese, can optimize the surgical approach and recovery of such patients with equally if not better outcomes compared to open and/or laparoscopic techniques

Citat från Dagens Medicin 2012 och ett debattinlägg av Jan Persson **Fler robotar gagnar inte patienter och skattebetalare**

”Nu överväger flera mindre sjukhus, trots generella besparingskrav inköp av robot. Av allt att döma utan en initierad analys av kostnader och patientsäkerhet. Det är lätt att bli förförd, få ett ha-begär, av tekniken och experters demo-operationer. Marknadsföringen spelar skickligt på dessa strängar. Innehav av operationsrobot har blivit en fjäder i hatten, ett prestigeprojekt. Det är därför hög tid att ifrågasätta en fortsatt spridning av den mycket dyra robotkirurgin”

”Efter sju år med robotkirurgi vid kvinnokliniken i Lund, med kontinuerlig ekonomi- och resultatuppföljning, står det klart att dessa ingrepp helt övervägande återfinns inom gynekologisk tumörkirurgi. Klart är också att det krävs ett team av specialutbildade läkare och operationspersonal så stort att arbetsschema tillåter operationer alla operations-dagar året runt, och så stort att det inte är sårbart för enstaka individers bortfall. Samtidigt inte större än att varje teammedlem frekvent kan utveckla sin kompetens. Därför kan man bara delvis kompensera problemet att uppnå adekvat årsvolym, och man löser inte kompetensutveckling genom att dela roboten mellan specialiteter”

”Det tar tid och kraft att få robotkirurgi kostnadseffektiv och patientsäker. I Lund nåddes ekonomisk break even för det mest robotmotiverande ingreppet, radikal

hysterektomi för livmoderhalscancer, först efter två år. Antalet operationer som krävdes motsvarar 15–20 års patientunderlag för ett genomsnittligt länssjukhus!”

”Då användningen inom andra specialiteter volymmässigt är marginell och baserat på incidens av urologiska och gynekologiska cancerpatienter lämpliga för robot torde ett nödvändigt befolkningsunderlag vara minst 600 000–700 000 invånare per robot.”

Generella fördelar som lyfts fram i RJH underlag:

-
- Kortare vårdtider
- Mindre blödning
- Snabbare återhämtning
- Kortare sjukskrivning
- Mindre behov att remittera patienten till annan vårdgivare (aktuellt då patienten önskar robotkirurgi som metod)
- Större andel laparoskopisk kirurgi kan genomföras totalt
- Färre konverteringar till öppen kirurgi från robot jämfört med traditionell laparaskopi
- Bättre resultat för överviktiga patienter att opereras med robot jämfört med öppen kirurgi
- Färre komplikationer (ffa inom urologin med färre lymfocelen och uretrastrikturer jämfört med öppet ingrepp)
- Underlätta rekrytering av specialister inom kirurgiska specialiteter
- Bättre visualisering av operationsfältet jämfört med traditionell laparaskopi
- Ergonomiska fördelar för operatören

Av de ovanstående kan man möjligen finna belägg för den sista punkten. Det blir absolut dyrare. Vårdtiderna – möjligen kortare enl Cochrane (ca halvt dygn). Mindre blödning – det är inte visat. Remitteringsbehovet är mycket svårvärderat. Kortare sjukskrivning – det är inte visat. Större andel laparaskopi kan genomföras – inte visat och högst osäkert. Ang överviktiga så har man inte visat bättre utfall med robot jämfört med laparoskopisk teknik. Ang urologi så bör resultaten tolkas med stor försiktighet. Sen finns debattinlägget från Dagens Medicin med beräkningar avseende patientunderlagen.

Sammanfattningsvis så är det svårt att med ovanstående argumentation motivera en robot i såväl RJH som Region Norrbotten.

Från chefen för Regionalt Cancercentrum, Beatrice Melin:

Jag har två kommentarer från RCC:

Dels att det i övriga Sverige inte är helt ovanligt att man har handlat robot pga krav från verksamhet eller rekryteringskäl, men många står underutnyttjade o man vet att livskvaliteten för patient blir bättre på kort sikt men det inte är några stora skillnader på lång sikt.

Operationsroboten på NUS används ca 50% av kapacitet, enligt en grov skattning från våra processledare.

En annan sak är att när det gäller prostata, gör vi idag avsteg från nationella vp för prostatektomier, och har för låga volymer. Men pga urologbrist accepterar vi det just nu, och följer data årligen. Man rekommenderar en volym på 50, vilket motsvarar att vi skulle ha 2 centra i regionen. Det går att läsa om i nivåstrukteringplan 2.0 som nyss är beslutad.

Från Västerbottens läns landsting

Frågan om robotinvestering är inte diskuterad i chefsrådet.

I RJH:s beslutsunderlag står det att år 2015 opererades 50 prostatacancerpatienter från RJH varav 5 utanför länet. Enligt våra uppgifter från NPCR (Nationella prostatacancerregistret) gjordes det under året 15 öppna prostatektomier i Östersund. Jag utgår från att det är de siffror vi fått fram som inte stämmer.

Erfarenheten från landet visar att det lång tid innan man kommer upp i volym och rimligt kapacitetsutnyttjande vid etablering av robotkirurgi. Det gäller t.ex. även NUS.

Det är fortfarande endast inom urologin som det kan sägas finnas någorlunda god evidens för att robotassisterade operationer givet vissa tillstånd är att föredra, men även inom detta område är det fortfarande ifrågasatt (se t.ex. Läkartidningen 48/2016 (<http://www.lakartidningen.se/Klinik-och-vetenskap/Kommentar/2016/11/Robotkirurgi-pa-bred-front--utan-evidensbaserad-grund/>). Införande av nya metoder/tekniker bör ske koncentrerat till få utbudspunkter till dess att de är utvecklade och prövade vetenskapligt.

Uppföljningar visar att robotassisterade operationer totalt sett ökar kostnaderna, även sedan hela teamet efter lång tid kommit långt på inlärningskurvan avseende operationsteknik m.m. och efter att de fördelar avseende resursutnyttjande, främst i termer av kortare vårdtider, har hämtats hem.

NUS har inte kommit upp i planerat kapacitetsutnyttjande av den robot som finns där. Det beror på en kombination av orsaker, som att antalet remisser från den samlade norra sjukvårdsregionen (bl.a. RJH) inte uppgår till planerat antal, operationssalstillgång och bemanningsfrågor (t.ex. vårdplatser). 2015 gjordes 64 urologiska (dimensionering 100) och 37 gynekologiska robotassisterade operationer på NUS. Statistiken för 2016 är ännu inte helt klar. Kapaciteten 2017 bedöms öka.

Från Region Västernorrland har inget skriftligt svar inkommit men tveksamheter har muntligt framförts även från dem.



23

Införande av möjlighet att ställa
remisskrav för viss vård och behandling

RS/438/2017

2017-03-20

Hälsa- och sjukvårdspolitiska avdelningen
Lena Svedh
Tfn: 063/142474
E-post: lena.weinstock-svedh@regionjh.se

RS/438/2017

Införande av möjlighet att ställa remisskrav för viss vård och behandling

Ärendebeskrivning

Den 1 januari 2015 infördes Patientlagen (2014:821) vilket bland annat innebär att medborgarna har rätt att söka öppenvård vart man vill i Sverige. Som medborgare har man alltså rätt att söka öppenvård som bedrivs i ett annat landsting/region eller hos privat aktör som har avtal med något landsting/region, och som vårdgivare är du skyldig att ta emot patienter utanför det egna hemlandstinget. Söker man vård utanför sitt hemlandsting får man själv bekosta resor och boende.

När ett besök görs hos en extern vårdgivare verksam i annat län än där man är folkbokförd och som har avtal med ett landsting/region gäller både vårdlandstinget och hemlandstingets regelverk för remisskrav men vårdgivare inom vårdlandstinget har rätt att utfärda remiss.

Om en privat vårdgivare har ett vårdavtal med ett landsting/region får de, enligt riksavtalet, inte själva fakturera ett hemlandsting för utomlänbesök utan de ska fakturera de landsting/region som de har avtal med som i sin tur får fakturera hemlandstingen för utförd vård. För Region Jämtland Härjedalen innebär det för närvarande att en tjänst på ca 20 % ägnar sig åt att fakturera hemlandsting för utomlänbesök för utförd vård hos privata aktörer som Region Jämtland Härjedalen har avtal med.

När regionfullmäktige år 2015 införde egen vårdbegäran (RS/219/2015) togs krav på läkarremiss bort som gör att patienterna i praktiken själva kan skriva sin remiss för att få vård och behandling inom den öppna vården vart som helst i Sverige. Det är alltid det medicinska behovet som styr om ett besök ska genomföras samt inom vilket vårdnivå. Primärvården ser exempelvis inte likadan ut i Norrland som i Stockholm. Detta har bland annat medfört att regionen fått minskad kostnadskontroll på vård som länets medborgare tagit del av från vårdgivare i andra delar av landet.

Ibland kan Region Jämtland Härjedalen snabbt behöva upphandla privat vård eller köpa vård från andra landsting/regioner, exempelvis psykologutredningar och smärtbehandlingar vilket då öppnar upp för medborgare i hela Sverige att söka vård utifrån varje landsting/regions regelverk för remisskrav. För att få bättre kontroll föreslås därför att remisskrav återinförs för viss vård- och behandling och att regionstyrelsen får rätt att fatta beslut om för vilka åtgärder

remisskrav inom öppen specialiserad vård ska gälla. Remisskravet gäller såväl internt som externt.

Regiondirektörens förslag

Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

1. Möjlighet att ställa krav på läkarremiss till viss vård och behandling inom öppen specialiserad hälso- och sjukvård införs från och med 2017-05-01.
2. Regionfullmäktige ger regionstyrelsen delegation på att fatta beslut om när och för vilka åtgärder läkarremiss återinförs för vård och behandling inom öppen specialiserad hälso- och sjukvård.
3. Rätten att utfärda egen vårdbegäran upphävs för vård och behandling som omfattas av punkten 2.

Ingela Jönsson
Tf regiondirektör

Lena Weinstock Svedh
Beställarchef

Utdrag till

Hälso- och sjukvårdsdirektör
Beställarchef
Upphandlingschef



24

Svar på motion från Elin Hoffner (V) om
medicinsk fotvård till fler patienter

RS/2230/2016

2017-02-28

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

RS/2230/2016

Svar på motion från Elin Hoffner (V) om medicinsk fotvård till fler patienter

Ärendebeskrivning

Elin Hoffner (V) har i en motion föreslagit att det ska vara möjligt för fler patientgrupper att beviljas remiss för medicinsk fotvård. Genom att förebygga och behandla fotskador skulle, enligt motionen, bland annat amputationsfrekvensen reduceras. Exempel som ges på aktuella diagnosgrupper är psoriasis, förlamning, neuropati och andra ledsjukdomar.

Region Jämtland Härjedalen subventionerar sedan 1993 medicinsk fotvård för patienter med diabetes, arteriell insufficiens i nedre extremiteterna samt reumatoid artrit. På grund av ändrad behandling klarar idag de flesta reumatiker att själva sköta sin fotvård. Utifrån det ekonomiska läget i regionen beslutade Regionfullmäktige 2016-10-19 § 146 om att reducera fotvårdsförmånen för patienter med reumatism till att gälla enbart de med nedsatt handfunktion.

De grupper som Region Jämtland Härjedalen idag subventionerar för medicinsk fotvård är där amputationsrisken är som störst. På grund av det rådande ekonomiska läget finns i dagsläget inte resurser att utöka till fler diagnosgrupper.

Vårdvalsnämnden tog 2017-02-02, § 4 beslut om att föreslå regionfullmäktige att avslå motionen.

Regiondirektörens förslag

Regionstyrelsen tillstyrker vårdvalsnämndens förslag.

I tjänsten

Ingela Jönsson
Tf Regiondirektör

Lisbet Gibson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Utdrag till

Elin Hoffner (V)
Vårdvalsnämnden
Beställarchef

§4

Svar på motion från Elin Hoffner (V) om medicinsk fotvård till fler patienter (VVN/28/2016)

Sammanfattning

Elin Hoffner (V) har i en motion föreslagit att det ska vara möjligt för fler patientgrupper att beviljas remiss för medicinsk fotvård. Genom att förebygga och behandla fotskador skulle, enligt motionen, bland annat amputationsfrekvensen reduceras. Exempel som ges på aktuella diagnosgrupper är psoriasis, förlamning, neuropati och andra ledsjukdomar.

Region Jämtland Härjedalen subventioner sedan 1993 medicinsk fotvård för patienter med diabetes, arteriell insufficiens i nedre extremiteterna samt reumatoid artrit. På grund av ändrad behandling klarar idag de flesta reumatiker att själva sköta sin fotvård. Utifrån det ekonomiska läget i regionen beslutade Regionfullmäktige 2016-10-19 § 146 om att reducera fotvårdsförmånen för patienter med reumatism till att gälla enbart de med nedsatt handfunktion.

De grupper som Region Jämtland Härjedalen idag subventionerar för medicinsk fotvård är där amputationsrisken är som störst. På grund av det rådande ekonomiska läget finns i dagsläget inte resurser att utöka till fler diagnosgrupper.

Förslag till beslut

Vårdvalsnämnden föreslår regionfullmäktige

Motionen avslås.

Beslut

Vårdvalsnämnden föreslår regionfullmäktige

Motionen avslås.

Expedieras till

Beställarchef

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Svar på motion från Elin Hoffner (V) om medicinsk fotvård till fler patienter
- Motion från Elin Hoffner (V) om Medicinsk fotvård till fler patienter

2016 -11- 22

Dnr. RS 2230 /20 16

Motion till Regionfullmäktige
10/11 2016
Region Jämtland/Härjedalen

Medicinsk fotvård till fler patientgrupper

Att skapa god hälsa genom att i samverkan med övrig vård förebygga och behandla fotskador, kan reducera amputationsfrekvens, funktionsnedsättning samt lidande, fysiskt, psykiskt och socialt. Vänsterpartiet vill öppna för att det ska vara möjligt att göra enskilda bedömningar om att bevilja medicinsk fotvård i fler patientgrupper än vad som är beslutat idag. Exempel på patienter med diagnos som skulle kunna komma i fråga är psoriasis, förlamning eller grav känselnedsättning (neuropati) och inflammatorisk ledsjukdom utöver Reumatoid Artrit som redan idag är beviljad. Det handlar om ett förebyggande arbete som över tid ger ett minskat vårdbehov och därmed kostnadsbesparande.

Vänsterpartiet yrkar att: Det ska vara möjligt att bevilja remiss för medicinsk fotvård för fler patientgrupper.



Elin Hoffner för Vänsterpartiets Regiongrupp



Vänsterpartiet
Region Jämtland/Härjedalen



25

Svar på motion från Lars-Erik Olofsson
(KD) om att uppge köttråvarans
ursprungsland

RS/2242/2016

2017-03-13

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

RS/2242/2016

Svar på motion från Lars-Erik Olofsson (KD) om att uppge köttråvarans ursprungsland

Ärendebeskrivning

Lars-Erik Olofsson (KD) har lämnat in en motion där han föreslår att köttprodukter som upphandlas av Region Jämtland Härjedalen och serveras vid dess olika verksamheter skall märkas med ursprungsland på menyerna.

Lagen om offentlig upphandling (LOU), som är ett EU-direktiv i grunden, styr vilka krav som kan ställas i samband med upphandling. Enligt upphandlingsreglerna ska valet av leverantör ske på affärsmässig grund och baseras på vilken leverantör som erbjuder den bästa varan eller tjänsten till de bästa villkoren. Alla leverantörer, oavsett nationellt ursprung, ska få möjlighet att tävla på samma villkor i varje upphandling. Det går därför inte att favorisera specifika länder i upphandlingen.

I kravspecifikationen i den gällande livsmedelsupphandlingen Dnr LS/1148/2014, ställer Region Jämtland Härjedalen krav om att kött ska vara fritt från hormoner, antibiotika och BSE-smitta.

Köttproducenterna som vi har upphandlat via vår livsmedelsleverantör äger gårdar i flera länder. Då det inte på förhand är känt vilken gård en specifik leverans kommer ifrån är det inte möjligt att ge svar på köttråvarans ursprungsland förrän leveransen har mottagits.

Kostenhetens menyer planeras fem veckor i taget och skall därför vara klara minst fem veckor i förväg. Beställning av råvaror sker tidsmässigt närmare serveringstillfället, ca två till tre veckor i förväg och leverans sker ca två till tre dagar innan serveringstillfället. Då ursprungsland på köttråvaror inte är känt förrän leveransen har mottagits är det därför inte möjligt att ange köttråvarans ursprungsland i menyn.

Vid tillagningstillfället kan det dessutom hända att en köttråvara från flera olika leveranser måste används i samma maträtt. Detta sker för att det på förhand är svårt att uppskatta vilka exakta mängder som skall tillagas.

Med hänvisning till ovanstående föreslår Kostenheten därför att verksamheten på dagens meny eller muntligen ska kunna uppge kötttråvarans ursprungsland i samband med att måltiden serveras vid dess olika verksamheter.

Regiondirektörens förslag

Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

Motionen bifalls.

I tjänsten

Ingela Jönsson
Tf Regiondirektör

Örjan Strömqvist
Chef Område Teknik, diagnostik och service

Utdrag till

Lars-Erik Olofsson (KD)
Enhetschef Kostenheten
Chef Område Teknik, diagnostik och service

Östersund 2016-11-21

Motion från Kristdemokraterna

Region Jämtland Härjedalen

REGION
JÄMTLAND HÄRJEDALEN

2016 -11- 24

Dnr. RS 2242 / 20 16

Den ökande antibiotikaresistens i världen är oroväckande och klassas av FN som ett av de stora hoten mot folkhälsan idag.

Antibiotikabehandling av djur i tillväxtbefrämjande syfte är en av orsakerna till den explosiva resistensutvecklingen. Sverige är ett föregångsland i denna sak och förbjöd redan 1986 antibiotika till djur i tillväxtbefrämjande syfte och införde även ett kontrollsystem för att tillse att lagen efterlevs. Först 2006 förbjöds detsamma i EU men kontrollsystem saknas i de flesta länder för att garantera att lagen efterlevs.

Det är viktigt att gynna de köttproducenter som efterlever de lagar vi har kring antibiotika och djur, men även hantering och de miljöaspekter som hör till denna verksamhet.

Världsnaturfonden har i en utmärkt utgåva 2016 rekommendationer från vilka länder det är lämpligt att upphandla kött från. Guiden finns på både webb och applikation. Det är viktigt för konsumenten att veta varifrån köttet kommer för att kunna göra ett aktivt val.

Kristdemokraterna föreslår att:

- Köttprodukter som upphandlats av regionen och serveras vid dess olika verksamheter skall på menyerna uppge köttråvarans ursprungsland.

Lars-Erik Olofsson KD