Kallelse/föredragningslista
Regionstyrelsen
2018-03-21

Tid: kl. 08:30-17:00

Plats: Se program

Ordförande
Ann-Marie Johansson (S)

Ledamöter
Bengt Bergqvist (S), 3:e vice ordförande
Robert Uitto (S)
Martine Eng (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)
Elin Hoffner (V)
Bengt-Åke Arendolf (SD)

Ersättare
Carina Fröberg (S)
Björn Sahlin (S)
Linn Berglin (S)
Kristina Holm (S)
Niklas Rhodin (S)
Lise Hjemgaard-Svensson (M)
Elise Ryder Wikén (M)
Thomas Gutke (M)
Eva Hellstrand (C)
Lennart Ledin (L)
Lars-Erik Olofsson (KD)
Marie Svensson (V)
Thomas Johansson Nordqvist (SD)

Övriga

1. Program för regionstyrelsen 20-21 mars 2018

Beslutsunderlag

- Program för styrelsen 20-21 mars 2018

2. Val av justerare och tid för justering

3. Fastställande av föredragningslista (RS/99/2018)

Ärendebeskrivning

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

Förslag till beslut

Preliminär föredragningslista fastställs som slutlig föredragningslista.

4. Regiondirektörens rapport 2018 (RS/4/2018)

Ärendebeskrivning

Bemanningsprojektet
Aktuella kvalitetsmätningar
Dataskyddsförordningen GDPR
Läget i länet
Resultatförbättrande åtgärder
Cosmic
Office 365
Svenskt Ambulansflyg

Förslag till beslut

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

5. Månadsrapport februari 2018 (RS/5/2018)

Ärendebeskrivning

Årets första två månader visar en ökning av nettokostnadsutvecklingen som efter februari uppgick till 6,7 procent (i februari 2017 4,2 procent). Resultatet per februari uppgick till -35,3 miljoner kronor.

Årsprognosen uppgår till -200 miljoner kronor, vilket motsvarar utfallet 2017 efter förbättringar på cirka 30 miljoner kronor enligt redan beslutade förbättringsåtgärder.

Bruttokostnaderna för perioden har ökat med 55,3 miljoner kronor jämfört med samma period 2017. Den största ökningen avser personalkostnader som ökat med

43,4 miljoner kronor, dock har kostnader för bemanningsföretag minskat med 2,4 procent, det är kostnad för hyrsjuksköterskor som minskat. Även kostnader för läkemedel ökar kraftigt motsvarande 10,5 procent. Verksamhetens intäkter ökade med 9,7 procent motsvarande 11,5 miljoner kronor, jämfört med samma period 2017. Den största ökningen avser statsbidrag och övriga bidrag.

Utförd tid har ökat med 7 årsarbetare under 2018 jämfört med 2017, efter justering av en vardag mer i år. Sjukfrånvaron fortsätter minska i början av året och framförallt i den längre frånvaron.

Likviditeten har under februari förstärkts med ytterligare lån på 50 miljoner kronor från Kommuninvest. Inklusive lån har likviditeten förbättrats med 17,8 miljoner kronor sedan årsskiftet.

Andel barn och unga som får ett första besök inom 30 dagar var efter februari 48 procent.

Målen för tillgänglighet till vård nås fortsatt inte och återinskrivningar har ökat något. Sjukpenningtalen fortsätter dock att sjunka i länet.

Förslag till beslut
Månadsrapport februari 2018 godkänns.

Expedieras till
Ekonomidirektör

Beslutsunderlag
- Tjänsteskrivelse - Månadsrapport februari 2018
- Månadsrapport februari 2018

6. Regionstyrelsens uppföljning av Resultat från hälso- och sjukvårdsbarometern 2017 (RS/2770/2017)

Ärendebeskrivning
Resultat från hälso- och sjukvårdsbarometern ingår i Regionstyrelsens verksamhets- och uppföljningsplan för 2018. Hälso- och sjukvårdsbarometern är en nationell undersökning i vilken region Jämtland Härjedalen deltar årligen. Undersökningen speglar befolkningens uppfattning om hälso- och sjukvården ur olika aspekter såsom tillgång till hälso- och sjukvård, förtroendefrågor och attityder till väntetider. År 2016 då mätningen senast genomfördes, förändrades undersökningens upplägg vilket gör att jämförelser över tid är möjliga för ett år tillbaka. En sammanfattning av resultatet för Region Jämtland Härjedalen visar bland annat att:

- En majoritet av medborgarna, 81 procent uppger att de har tillgång till den hälso- och sjukvård som de behöver, resultatet är i nivå med rikets och oförändrat jämfört med föregående mätning. Det är överlag små attitydskillnader i denna fråga men äldre personer svarar i högre utsträckning än övriga att de har tillgång till den vård de behöver.
- 60 procent av invånarna tycker att väntetider till hälsocentraler är rimliga, detta i nivå med rikets resultat. När det kommer till väntetider för besök och

behandling på sjukhus svarar ungefär hälften av medborgarna att de anser att väntetider är rimliga, en något högre andel jämfört med mätningen för ett år sedan. Andelen som anser att väntetider är rimliga ökar med stigande ålder.

- 60 procent av medborgarna svarar att de har ett stort förtroende för hälso- och sjukvården i regionen, i nivå med rikets resultat. Högst förtroende har de äldre som svarat i undersökningen. Förtroendet skiljer sig utifrån invånarnas allmänna hälsotillstånd, de med ett sämre hälsotillstånd svarar att de har ett lägre förtroende för vården.
- 7 av 10 har ett mycket eller ganska stort förtroende för 1177 Vårdguiden via telefon. Ett resultat som är högre än genomsnittet för riket.
- När invånarna får frågan om de uppfattar att vården ges på lika villkor är det lite drygt hälften som svarar ja på den frågan, signifikant lägre än riket. Jämfört med föregående års mätning är det dock en ökad andel som uppfattar att vården ges på lika villkor.
- En hög andel av de svarande, 85 procent är positiva till att få diskutera levnadsvanor med läkare eller annan vårdpersonal.

Förslag till beslut
Redosvisning om resultat av hälso- och sjukvårdsbarometern godkänns.

Expedieras till
Utvecklingschef, Handläggare Utvecklingsenheten

Beslutsunderlag
- Tjänsteskrivelse Resultat hälso- och sjukvårdsbarometern 2017
- Hälso- och sjukvårdsbarometern årsrapport 2017_2018-03-0

7. Regionstyrelsens uppföljning 2018 av aktiva mål MEDARBETARE - bemanningskostnader (RS/2830/2017)

Ärendebeskrivning
Regionstyrelsen satte i sin verksamhetsplan 2017 som mål att kostnaderna för köp från bemanningsföretag skulle minska till 2015 års nivå. Utfallet 2017 blev 189,9 miljoner kronor, vilket är 62 miljoner kronor högre än målet, som därför inte uppnåddes.

Det är framför allt kostnaderna för inhyrda sjuksköterskor som fortsatt att öka. De var 31,3 miljoner kronor högre 2017 än 2015 (+196 procent) och ökade med 18,6 miljoner kronor (+65 procent) jämfört med 2016. Månaderna dec 2017 t o m feb 2018 låg dock kostnaderna per månad på en lägre nivå än föregående år. Kostnaderna för inhyrda läkare översteg 2017 målet med 30,6 miljoner kronor (+28 procent), men minskade med 0,8 miljoner kronor jämfört med 2016. Primärvårdens kostnader sjönk 2017 medan sjukhusets kostnader för inhyrda läkare steg.

Aktiviteter för att minska beroendet av bemanningsföretag pågår inom ramen för bemanningsprojektet. Vid regionstyrelsens sammanträde 28 februari-1 mars 2017 fattades beslut om vilka målvärden som skulle följas upp i bemanningsprojektet. Även dessa målvärden och utfall redovisas i bifogade rapport. I januari 2018 fattade regionstyrelsen beslut om ytterligare åtgärder baserat på den fördjupade analysen av

SKLs analys från juni 2017. Dessa åtgärder syftar delvis också till att minska nyttjandet av inhyrd personal och samordnas därför med pågående aktiviteter i bemanningsprojektet.

Förslag till beslut
Regionstyrelsens uppföljning 2018 av aktiva mål Medarbetare - bemanningskostnader godkänns.

Expedieras till
Hälso- och sjukvårdsdirektör
Projektledare bemanningsprojektet

Beslutsunderlag
- Tjänsteskrivelse Uppföljning av beroende av bemanningsföretag 2017 - regionstyrelsens aktiva mål
- Uppföljning 2017 av beroendet av bemanningsföretag - regionstyrelsens aktiva mål

8. Uppföljning av aktivt mål Medarbetare – minskad sjukfrånvaro (RS/2831/2017)

Ärendebeskrivning
Regionfullmäktige har i sin regionplan beslutat om ett antal strategiska mål för perioden 2018-– 2020. I regionstyrelsens verksamhetsplan finns för varje strategiskt mål, två aktiva mål och ett antal framgångsfaktorer i form av utvecklingsområden. Enligt styrelsens uppföljningsplan ska det aktiva målet Medarbetare – sjukfrånvaro följas upp vid regionstyrelsens sammanträde den 20-21 mars.

Mål i regionstyrelsens verksamhetsplan och uppföljningsplan 2018 är att sjukfrånvaron för medarbetare inom Region Jämtland Härjedalen ska minska och skillnader mellan män och kvinnor. Målvärdet för 2018 är 5,8 %.

Sjukfrånvaron har fortsatt minska under 2017 och trenden ser ut att följa med in i 2018. Per sista december 2017 ligger den ackumulerade sjukfrånvaron på 5,5 % jämfört med 6,6 % samma period 2016. Sänkningen av sjukfrånvaron syns mest hos kvinnorna (-1,7 procentenheter) jämför med männen (-0,4 procentenheter).

Förslag till beslut
Regionstyrelsens uppföljning 2017 av aktiva mål Medarbetare – sjukfrånvaro godkänns.

Expedieras till
Personaldirektör

Beslutsunderlag
- Tjänsteskrivelse Uppföljning av aktivt mål Medarbetare - minskad sjukfrånvaro
- Rapport uppföljning av aktivt mål - minskad sjukfrånvaro

9. Personalbokslut 2017 (RS/2761/2017)

Ärendebeskrivning

Personalbokslut 2017 visar att antalet medarbetare vid Region Jämtland Härjedalen har blivit fler, både till antalet eller om utförda tiden omräknas i årsarbetare. Personalbokslutet för 2017 redovisar ett plus på 118 årsarbetare. Nedan redovisas några förändringar i personalstrukturen:
Läkare + 28 årsarbetare (-1 åa bemanningsföretag)
Sjuksköterska +7 årsarbetare (+20 åa bemanningsföretag)
Undersköterska + 29 årsarbetare
Medicinska sekreterare +1 årsarbetare

Kompetenskartläggning är genomförd och handlingsplan ska tas fram under 2018. Ett viktigt verktyg för att möta kommande behov av medarbetare.

Glädjande är att antalet deltider har fortfarande en låg siffra på 428 personer. En liten ökning i jämförelse med 2016 med 4 personer.

Sjukfrånvaron har minskat från 6,6% (2016) till 5,5%. Männen har minskat från 3,7 % till 3,3 % och kvinnorna minskat från 7,5 % till 6,1 % där dagar över 60 står för största delen. Vid årsskiftet hade 106 stycken medarbetare sjukpenning via Försäkringskassan jämfört med året innan då det var 198 stycken och 2015, 218 stycken.

Om arbetsmiljön redovisar några enheter har arbetat med ett förändrat arbetssätt vilket har inneburet att arbetsmiljön upplevs förbättrad. Det nya arbetssättet har gett en tydlighet i fördelning av arbetsuppgifter och vem som gör vad och har även inneburit en möjlighet till fördelning av arbetsuppgifter under vissa perioder som underlättar återgång i arbete. Totalt för organisationen visar enkäten ett arbetsmiljöindex på 4,6

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

Områdena inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen har sett över förutsättningarna för chefer med mer än 35 medarbetare. Under 2018 kommer frågan att diskuteras ytterligare.

Lönekartläggning och löneanalys är genomförd och handlingsplan har tagits fram.

Förslag till beslut

Personalbokslut 2017 godkänns.

Expedieras till

Personaldirektör

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Personalbokslut 2017
- Personalbokslut 2017

10. Instruktion för regiondirektör i Region Jämtland Härjedalen (RS/426/2018)

Ärendebeskrivning

I den nya kommunallagen som gäller från och med den 1 januari 2018 regleras bestämmelser om instruktion för direktören (KL 7 kap 1-2§§):

1 § Styrelsen ska utse en direktör. Direktören ska ha den ledande stallningen bland de anställda och vara chef för den förvaltning som finns under styrelsen. Styrelsen får besluta att direktören ska ha en annan benämning.
2 § Styrelsen ska i en instruktion fastställa hur direktören ska leda förvaltningen under styrelsen. Instruktionen ska också fastställa direktörens övriga uppgifter.

En instruktion för regiondirektören i Region Jämtland Härjedalen har upprättats. Syftet med en instruktion är bland annat att tydliggöra rollfördelningen mellan regionstyrelsen och direktören samt medverka till ett bra samspel mellan de förtroendevalda och direktören. Instruktionen innehåller förutom direktörens ansvar mot politiska organbestämmelser om hur regiondirektören ska leda förvaltningen och vilka övriga uppgifter direktören ska ha.

Instruktionen utgår från den politiska organisation som gäller fram till 1 januari 2019. När den nya organisationen sedan träder ikraft kan styrelsens instruktion till regiondirektören behöva revideras.

Förslag till beslut

Instruktion för regiondirektör i Region Jämtland Härjedalen fastställs.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse om instruktion för Regiondirektören
- Instruktion för regiondirektör

11. Översyn av Region Jämtland Härjedalens Miljöpolicy (RS/1534/2017)

Ärendebeskrivning

Region Jämtland Härjedalens verksamheter styrs av olika styrdokument såsom policyer, strategier och planer. En policy är ett styrdokument som anger Region Jämtland Härjedalens värdering i en fråga eller förhållningssätt till något. Regionfullmäktiges presidium ansvarar för att se till att beslutade policys hålls aktuella och under 2016 och 2017 har en översyn av Region Jämtland Härjedalens policyer genomförts. En av policyerna som ska revideras är Miljöpolicyn.

Nuvarande Miljöpolicy är från 2013 och fastställdes innan regionbildningen. Miljöpolicyn har därför setts över vad gäller innehåll, relevans samt utifrån uppdraget inom regional utveckling. Förslaget till reviderad policy omfattar ett förtydligande och anpassning till organisationen som region samt mindre redaktionella ändringar då befintlig miljöpolicy i huvudsak fortsatt är aktuell, relevant och tydlig.

Eftersom regionala utvecklingsnämnden ska arbeta med frågor om klimat, energi och

miljö, ur ett regionalt perspektiv, bör nämnden få möjlighet att lämna synpunkter på den reviderade policyn innan den ska beslutas av regionfullmäktige i juni 2018. Eventuella synpunkter ska vara regionstyrelsen tillhanda senast den 2 maj.

Förslag till beslut
Förslag till reviderad miljöpolicy godkänns och skickas till regionala utvecklingsnämnden på remiss.

Expedieras till
Regionala utvecklingsnämnden
Gunnar Fackel, Miljöstrateg Regional utveckling
Åsa Paletun, Miljöstrateg Regionstaben

Beslutsunderlag
- Tjänsteskrivelse om översyn av Miljöpolicy
- Miljöpolicy för Region Jämtland Härjedalen

12. Rekommendation rörande nationell nivåstrukturering gällande sarkom (RS/345/2018)

Ärendebeskrivning
Regionala cancercentrum i samverkan beslöt vid sitt sammanträde 6 februari 2018 enhälligt att rekommendera landsting/regioner att besluta om nationell nivåstrukturering enligt följande:

- att avancerad diagnostik och behandling av barn och vuxna med skelett- och mjukdelssarkom i extremiteter och bålvägg samt buksarkom koncentreras till tre nationella vårdenheter
- att uppdrag som nationella vårdenheter lämnas till Karolinska Universitetssjukhuset, Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Skånes Universitetssjukhus
- att de nationella vårduppdragen införs från och med 1 november 2018

Rekommendationen har förankrats i nätverket för hälso- och sjukvårdsdirek-törer 2018-01-18. SKLs sjukvårdsdelegation har uttalat sitt stöd för RCCs arbete med nivåstrukturering 2018-01-25.

Detta förslag påverkar inte Region Jämtland Härjedalens verksamheter eftersom dessa patienter redan idag bedöms i multidisciplinära ronder tillsammans med Norrlands universitetssjukhus och därefter remitteras för behandling till andra sjukhus än Östersunds sjukhus.

Förslag till beslut
1. Region Jämtland Härjedalen antar rekommendationen om att avancerad diagnostik och behandling av barn och vuxna med skelett- och mjukdelssarkom i extremiteter och bålvägg samt buksarkom koncentreras till tre nationella vårdenheter.

2. Region Jämtland Härjedalen accepterar att uppdrag som nationella vårdenheter lämnas till Karolinska Universitetssjukhuset, Sahlgrenska

Universitetssjukhuset och Skånes Universitetssjukhus.

3. Region Jämtland Härjedalen kommer tillämpa de nationella vårduppdragen från och med 1 november 2018.

Expedieras till
SKL att: RCC i samverkan Gunilla Gunnarsson, Avd för vård och omsorg, 118 82 Stockholm.

Beslutsunderlag
- Rekommendation rörande nationell nivåstrukturering gälland sarkom
- Missiv Rekommendation rörande nationell nivåstrukturering av sarkom
- Rekommendation rörande nationell nivåstrukturering av sarkom
- Skrivelse angående rekommendation avseende nationell nivåstrukturering av sarkom

13. JämtBus – Överenskommelse om länsövergripande samverkan avseende barn i behov av särskilt stöd antas (RS/420/2018)

Ärendebeskrivning
En arbetsgrupp tog 2010-2011 fram förslag på överenskommelse för dåvarande landstinget (idag Region Jämtland Härjedalen) och kommunernas samverkan kring barn och unga i behov av särskilt stöd. Överenskommelsen utgår från en gemensam värdegrund och en gemensam syn på att det enskilda barnets behov alltid ska sättas i centrum. Varje verksamhet ansvarar för att utbilda och informera sin personal om dokumentet JämtBus och dess påverkan på respektive verksamhet.

Parter för samverkan är: Region Jämtland Härjedalen, Bergs kommun, Bräcke kommun, Härjedalens kommun, Krokoms kommun, Ragunda kommun, Strömsunds kommun, Åre kommun, Östersunds kommun samt Jämtlands gymnasieförbund.

Överenskommelsen gäller från 1 oktober 2012 och har reviderats i januari 2015 samt i februari 2018. Barnarenan, vilket är en politisk samverkansarena mellan Region Jämtland Härjedalen och länets kommuner, ansvarar för överenskommelsen. Revidering av överenskommelsen har genomförts i det regionala JämtBus-nätverket, vilket är ett samverkansnätverk mellan länets kommuner och Region Jämtland Härjedalen på tjänstemannanivå.

Barnarenan beslutade 2018-02-02 att rekommendera kommunerna och Region Jämtland Härjedalen att anta överenskommelsen. Med anledning av att Jämtlands läns landsting och Regionförbundet i Jämtlands län 1 januari 2015 övergick i Region Jämtland Härjedalen rekommenderade Barnarenan att den reviderade versionen av JämtBus-överenskommelsen skulle behandlas politiskt och att den skulle antas i berörda nämnder, såsom socialnämnd, barn-och utbildningsnämnd och

regionstyrelsen. Kommunerna/regionen avgör själva på vilken nivå överenskommelsen ska antas/skrivas under.

Förslag till beslut

1. JämtBus – Överenskommelse om länsövergripande samverkan avseende barn i behov av särskilt stöd antas.

2. Regiondirektören får i uppdrag att underteckna överenskommelsen

Expedieras till

Barnarenan, SVOM, BU-Z, Socsam

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse JämtBus - Överenskommelse
- Följebrev JämtBus - Överenskommelse om länsövergripande samverkan avseende barn i behov av särskilt stöd
- JämtBus - Överenskommelse om länsövergripande samverkan avseende barn i behov av särskilt stöd
- För underskrift: JämtBus - Överenskommelse om länsövergripande samverkan avseende barn i behov av särskilt stöd

14. Länsövergripande överenskommelse om samarbete vid placering av barn och ungdomar i boende utanför det egna hemmet (RS/421/2018)

Ärendebeskrivning

Överenskommelsen avser barn och unga som placeras utanför det egna hemmet med stöd av socialtjänstlagen (2001:453) (SoL) eller lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU). Överenskommelsen gäller socialtjänst, förskola, skola, elevhälsa samt hälso- och sjukvården (inkl, barnhälsovården och Barn- och ungdomspsykiatrin, BuP) i Jämtlands län och syftar till att stärka samarbetet mellan verksamheterna vid placering av barn och unga i familjehem eller hem för vård eller boende (HVB). Överenskommelsen bygger aktuell lagstiftning samt på riktlinjer i Skolverkets och Socialstyrelsens vägledning ”Placerade barns skolgång och hälsa – ett gemensamt ansvar”.1 Överenskommelsens form och innehåll följer till stora delar JämtBus – länsövergripande överenskommelse avseende samverkan kring barn och unga i behov av särskilt stöd.

15 april 2017 infördes nya bestämmelser i 5 kap. 1 d § socialtjänstlagen (SoL) (2001:453) samt 16 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen (HSL) (2017:30) om att kommun och landsting ska ingå överenskommelse om samarbete avseende barn som vårdas utanför det egna hemmet. Enligt 11 kap. 3a § SoL ska Socialnämnden, om det inte är obehövligt, underrätta Region Jämtland Härjedalen om att ett barn eller en ung person i åldern 18-20 år, i anslutning till att vård utanför det egna hemmet inleds, ska erbjudas en sådan hälsoundersökning som avses i lagen (2017:209) om hälsoundersökning av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet. Lag (2017:209) om hälsoundersökning av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet reglerar Region Jämtland Härjedalens skyldighet att erbjuda ett barn eller ung person 18-20 år en hälsoundersökning.

Överenskommelsen samt tillhörande riktlinjer ersätter ”Regional samverkan vid familjehemsplacering – för socialtjänst, skola, elevhälsa och hälso- och sjukvård”, maj 2013 samt ”Länsövergripande överenskommelse om hälsoundersökning inför placering i familjehem eller Hem för vård eller boende”, december 2013. Information från dessa dokument har infogats i denna överenskommelse samt i tillhörande riktlinjer. Varje verksamhet ansvarar för att informera sin personal om innehållet i överenskommelsen och vid behov genomföra utbildningsinsatser för personal som berörs.

Parter för samverkan är: Region Jämtland Härjedalen, Bergs kommun, Bräcke kommun, Härjedalens kommun, Krokoms kommun, Ragunda kommun, Strömsunds kommun, Åre kommun, Östersunds kommun samt Jämtlands gymnasieförbund.

Barnarenan beslutade 2018-02-02 att rekommendera Jämtlands läns kommuner och Region Jämtland Härjedalen att anta överenskommelsen samt tillhörande riktlinjer.

Förslag till beslut

1. Länsövergripande överenskommelse om samarbete vid placering av barn och ungdomar i boende utanför det egna hemmet samt tillhörande riktlinjer antas.

2. Regiondirektören får i uppdrag att underteckna överenskommelsen.

Expedieras till

Barnarenan, SVOM, BU-Z, Sosam

Beslutsunderlag

- Länsövergripande överenskommelse om placerade barn
- Följebrev Placerade barn - länsövergripande överenskommelse och riktlinjer
- Länsövergripande riktlinje för samarbete vid placering i familjehem eller hem för vård eller boende (hvb)
- Länsövergripande överenskommelse om samarbete vid placering i boende utanför det egna hemmet
- För underskrift: Länsövergripande överenskommelse om samarbete vid placering i boende utanför det egna hemmet

15. Svar på granskning av hantering och kontroll av regionvårdsfakturor (RS/2705/2017)

Ärendebeskrivning

Revisorerna har genomfört en granskning av fakturerad högspecialiserad regionsjukvård vi Norrlandstingens universitetssjukhus (NUS).

Revisorerna anser att regionstyrelsen inte har säkerställt att hantering och kontroll av regionvårdsfakturor hanteras på ett tillfredställande sätt.

Regionstyrelsen noterar de iakttagelser och rekommendationer som revisorerna framför och konstaterar att dessa kommer mycket lämpligt eftersom hela arbetssättet med riks- och regionvårdsfakturor är på gång att arbetas om eftersom elektronisk handel ska införas nationellt inom detta område. Revisorernas synpunkter kommer då

att beaktas när nytt arbetssätt ska skapas.

Några av revisorernas synpunkter har redan tidigare lyfts i samarbetet inom Norrlandstingens regionförbund, och ytterligare frågor kommer nu med anledning av revisorernas påpekanden att framföras för gemensam diskussion om åtgärder.

Förslag till beslut
Upprättat förslag till svar på Granskning av hantering och kontroll av regionvårdsfakturor antas.

Paragrafen förklaras omedelbart justerad.

Expedieras till
Norrlandstingens Regionförbund

Revisorerna

Chef för ekonomi- och löneservice

Beslutsunderlag
- Tjänsteskrivelse om Svar på granskning av hantering och kontroll av regionvårdsfakturor
- Svar på granskning av hantering och kontroll av regionvårdsfakturor
- Granskning av hantering och kontroll av regionvårdsfakturor
- Bifogad fil: "revisionsrapport.pdf"

16. Anmälan av delegationsbeslut till regionstyrelsen 2018 (RS/2/2018)

Ärendebeskrivning
Beslut fattade av regiondirektör/ bitr. regiondirektör
Beslut om användning av det ofördelade utrymmet i investeringsbudget, övriga investeringar 2018 (RS/430/2018).

Beslut fattade av chefer
Anställningsbeslut för perioden 2018-02-15 – 2018-03-07

Förslag till beslut
Information om delegationsbeslut enligt upprättad förteckning noteras till protokollet.

Beslutsunderlag
- Anmälan av delegationsbeslut RS 20-21 mars

17. Anmälan av inkomna handlingar till regionstyrelsen

2018 (RS/3/2018)

Ärendebeskrivning

Anmälan av inkomna handlingar till regionstyrelsen 2018-03-21

1. Protokoll: Vårdvalsnämnden 2018-02-22.
2. Protokoll: Utskottet för ekonomi 2018-01-11.
3. Protokoll: Utskottet för ekonomi 2018-02-07.
4. Protokoll: Utskottet för personal 2018-02-15.
5. Protokoll: Utskottet för hälso- och sjukvård 2018-03-02.

Protokoll och handlingar finns att läsa på http://meetingsplus.regionjh.se

Förslag till beslut

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

Beslutsunderlag

- Anmälan av inkomna handlingar till RS 2018-03-21

18. TILL FULLMÄKTIGE

19. Årsredovisning 2017 (RS/781/2017)

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 2017 var -236,1 miljoner kronor. Fullmäktiges resultatkrav för året enligt budget var noll kronor. Den 3 juni 2017, § 113, godkände dock fullmäktige en prognos för 2017 på -110 miljoner kronor. Bruttokostnaderna har ökat med 3,6 procent jämfört med föregående år. Personalkostnaderna har ökat med 5,6 procent (116,5 miljoner kronor). Kostnaderna för bemanningsföretag har ökat med 8,8 procent (15,4 miljoner kronor) jämfört med 2016. Läkemedelskostnader har ökat med 1,8 procent (7,5 miljoner kronor). Kostnaden för riks- och regionvård har ökat med 1,1 procent (3,8 miljoner kronor). Verksamhetens

intäkter har minskat med 2,3 procent jämfört med föregående år (16,9 miljoner kronor).

Balanskravet innebär att ett negativt resultat för ett räkenskapsår ska regleras under de närmast följande tre åren. Efter år 2017 uppgick det totala balanserade underskottet till 1006,8 miljoner kronor att återställa varav 235,8 miljoner kronor under år 2017, efter justering för omställningskostnader för omorganisation med 0,3 miljoner kronor.

Ett långsiktigt arbete pågår för att uppnå en ekonomi i balans via långsiktiga utvecklingsplaner. Ett flertal åtgärder har vidtagits för att försöka bromsa kostnadsutvecklingen, bland annat arbetet med bemanningsprojektet. Det räckte dock inte för att uppnå en ekonomi i balans.

Årsbokslutets fördjupande beskrivning om verksamhetsåret visar att det också pågår många andra arbeten för att utveckla organisationen och nå övergripande mål.

Region Jämtland Härjedalen fortsätter att arbeta för att utveckla och hålla ihop arbetet med det regionala utvecklingsuppdraget. Under året har arbete pågått med att utveckla system för innovationsutveckling. Regionen är också aktiva i arbetet för Fossilfritt 2030 och har också tagit fram en ny Länstransportplan 2018–2029 i samverkan med andra aktörer. För det regionala utvecklingsarbetet är kultur och integration också viktiga delar och där visar regionen en hög måluppfyllelse inom båda områdena, bland annat har kulturutbudet utanför Östersunds kommun ökat. Under verksamhetsåret 2017 har beslut om 1:1 medel beviljats till totalt 168 miljoner kronor. En förutsättning för den ökade beslutsvolymen är det ramprogram Region Jämtland Härjedalen driver med finansiering från EU:s regionala fond.

Inom hälso- och sjukvården är det en ständig pågående process att arbeta med åtgärder för att nå en patientsäker jämställd och jämlik vård, av god kvalitet och efter behov. Måluppfyllelsen visar flera goda resultat. Exempelvis har arbetet med nya arbetsformer för vård på distans och mobila lösningar nått framgångar. Läkemedelsberättelse till patient lämnas i högre utsträckning, antibiotikaförskrivningen är fortsatt låg och patientsäkerhetsarbetet är aktivt. Även inom perspektivet medarbetare bedrivs aktiviteter i rätt riktning mot såväl chefer som övriga medarbetare. Under året har exempelvis en modell för karriärvägar utarbetats. Det har också genomförts arbeten för att bättre inkludera personer med olika bakgrund. En medarbetareutbildning om värdegrund har även utförts.

Sammantaget visar måluppfyllelsen för regionfullmäktiges 21 strategiska mål att totalt 66 procent av framgångsfaktorerna är uppnådda under året, 32 procent är pågående aktiviteter i rätt riktning. Resterande 2 procent har inte uppfyllts under året och det är de strategiska målen god ekonomisk hushållning samt långsiktigt hållbar verksamhet, även om delar av framgångsfaktorerna är uppfyllda. Under året har även löpande uppföljning skett av regionstyrelsens åtta aktiva mål, två för varje perspektiv. Tre av målen har uppnåtts under året. Sjukpenningdagarna i Jämtlands län sjunker snabbast i landet och både vårdskador och sjukfrånvaron har minskat under året. Målen för att minska nettokostnadsutvecklingen och kostnaden för bemanningsföretag har inte nåtts under året, inte heller minskning av återinskrivningar. Andel barn och unga som fått ett första besök inom 30 dagar

uppgick till 92 procent, vilket är betydligt bättre än föregående år. Vårdgarantin har inte uppfyllts under året men 12 hälsocentraler har nått 90 procent eller högre vilket är i positiv riktning.

Förslag till beslut

1. Årsredovisning 2017 överlämnas till regionens revisorer för granskning.

2. Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

   Årsredovisning för 2017 godkänns.

Expedieras till

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

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse-Årsredovisning 2017
- Årsredovisning 2017

20. Årsrapport över tillgångs- och skuldförvaltningen 2017 (RS/1074/2017)

Ärendebeskrivning

Årsrapport över tillgångs- och skuldförvaltningen 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 och skulder gällande avkastning mot uppsatta mål, tillgångsfördelning och följsamhet mot ”Reglemente avseende finansiering och skuldförvaltning samt förvaltning av likviditet och pensionsmedel”. Årsrapport över tillgångs- och skuldförvaltningen innehåller uppföljning av mål, innehavsförteckningar, avstämning mot givna limiter samt uppföljning av dynamiska riskprincipen.

På grund av den rådande likviditetssituationen i regionen har likviditetsportföljen avvecklats under året. Detta har gjorts genom att värdepapper som förfallit inte återinvesterats.

Under perioden som rapporten avser har Region Jämtland Härjedalen tagit upp ett lån på 100 miljoner kronor från Kommuninvest.

Förslag till beslut

1. Årsrapport över tillgångs- och skuldförvaltningen godkänns.

2. Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

   Årsrapport över tillgångs- och skuldförvaltningen läggs till handlingarna.

Expedieras till
Ekonomidirektör
Finansekonom

Beslutsunderlag
- Tjänsteskrivelse om Årsrapport över tillgångs- och skuldförvaltningen
- Årsrapport över tillgångs- och skuldförvaltningen

21. Fastighetsutvecklingsplan (RS/561/2016)

Ärendebeskrivning
Utskottet för ekonomi 16 mars

Beslutsunderlag
- 180301 Fastighetsutvecklingsplan

22. Utredning om förutsättningar för att införa ett sprututbytesprogram i Region Jämtland Härjedalen (RS/2366/2016)

Ärendebeskrivning
I november 2016, § 176, behandlade regionfullmäktige en motion från Elin Hoffner (V) där hon yrkade att Region Jämtland Härjedalen ska ta initiativ till att göra nödvändiga utredningar inför införande av sprutbytesprogram samt ha en ambition om att starta upp sprutbytesprogram senast under 2017 (RS/875/2016).

I svaret på motionen framgick att innan ett eventuellt beslut om att införa ett sprututbytesprogram i Region Jämtland Härjedalen kan fattas bör en utredning göras. Utredningen ska innehålla kostnadsberäkningar, fakta om smittspridning i länet, vidarebehandling som kan erbjudas eller införas, samhällsvinster, t.ex. familjen omkring missbrukaren, hur ideella organisationer, kommunerna och närliggande landsting/regioner ser på frågan och möjligheter till samverkan.

Regionstyrelsen fick i uppdrag att utreda förutsättningarna för ett eventuellt beslut om att införa ett sprututbytesprogram i Region Jämtland Härjedalen.

Region Jämtland Härjedalen har som ambition att bedriva en jämställd och jämlik vård för alla länets invånare. Arbetet med att förebygga ohälsa och sjukdom hos hela befolkningen inkluderar också personer som injicerar droger. Personer som missbrukar är en utsatt grupp i samhället med stor sjukdomsbörda och har ofta svårt att söka sig till vanlig vård. En mottagning för sprututbyte och andra naturligt kopplade hälsofrämjande aktiviteter för personer som injicerar narkotika skulle utgöra en möjlighet för dessa personer att på ett enkelt sätt och med fördomsfritt och respektfullt bemötande få den hjälp de behöver för sin hälsa.

Det finns tre huvudsyften med sprututbyte
- Att förebygga spridning av blodburna infektioner (hepatit B, hepatit C och hiv) bland dem som injicerar narkotika.

- Att få möjlighet att motivera den enskilde till vård och behandling för sitt missbruk.
- Att ge en jämlik vård till medborgarna. Missbrukare av intravenösa droger är en grupp mycket utsatta personer som ofta lever på undantag och inte tar del av det vanliga vårdutbudet.

Antalet personer med intravenöst narkotikamissbruk i Jämtlands län beräknas vara i storleksordningen 100 personer. Allt fler unga länsinnevånare som injicerar droger smittas årligen av hepatit C. Om alla nysmittade med hepatit C, där smittvägen är i.v.-missbruk, i länet (ca 7-10/år) skulle erbjudas behandling motsvarar det en läkemedelskostnad på 700 tkr. – 1 Mkr miljoner kronor årligen. Varje förhindrat fall av hepatit C innebär en stor potentiell framtida ekonomisk kostnadsbesparing men framförallt ett minskat mänskligt lidande och minskad stigmatisering.

Majoriteten av landstingen och regionerna i Sverige har startat eller kommer i närtid att starta sprututbytesmottagningar för personer som injicerar narkotika.

Kostnaden för att starta upp en sprututbytesverksamhet vid Östersunds Sjukhus beräknas vara 862 000 kr under det första året.

Summering kostnader första året:
Personalkostnader 365 000 kr
Lokalhyra 100 000 kr
Labprover 175 000 kr
Förbrukningsmaterial 30 000 kr
Vaccin/antibiotika 25 000 kr
Utrusta lokal 117 000 kr
InfCare 50 000 kr
Summa 862 000 kr, ev utökning larmsystem samt informationsmaterial ej medräknat

Personalkostnader och lokalkostnader föreslås hanteras inom befintlig ram. De ökande externa driftkostnader finansieras ur motsedda kostnader för den del av 2018 som verksamheten pågår (max 400 tkr för 2018). Verksamhetens kostnader fr.o.m. 2019 hanteras när Regionplan och Finansplan 2019-2021 behandlas.

För att inte motverka syftet med verksamheten bör alla åtgärder som sker vid sprututbytesmottagningen vara befriade från patientavgifter.

Ett landsting som vill starta sprututbytesverksamhet ska ansöka om tillstånd hos Inspektionen för vård och omsorg, IVO. Ansökan ska innehålla:

- En redogörelse om hur behovet av avgiftning, vård, behandling samt eftervård av personer som missbrukar narkotika kommer att tillgodoses,
- hur samarbetet mellan olika vård- och behandlingsformer skall gå till, och
- vilka rutiner som kommer att användas för att om möjligt tillgodose behovet av informationsöverföring mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Ärendet behandlades vid regionstyrelsens sammanträde 22-23 januari 2018 och blev då återremitterat för att ärendet ska kompletteras med en redogörelse av de tre punkter som ska bifogas ansökan till IVO.

Redogörelsen bifogas ärendet som separat bilaga.

Förslag till beslut

Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

1. Region Jämtland Härjedalen ska ansöka hos Inspektionen för vård och omsorg (IVO) om att starta ett sprututbytesprogram under 2018.

2. Under förutsättning att tillstånd beviljas inrättas ett sprututbytesprogram med en särskild mottagning för verksamheten.

3. Alla åtgärder som sker vid sprututbytesmottagningen ska vara avgiftsfria.

4. Verksamhetens kostnader för 2018 finansieras ur motsedda kostnader med max 400 000 kronor.

5. Verksamhetens kostnader för 2019 och framåt behandlas i Regionplan och Finansplan för 2019-2021.

Expedieras till

Regionöverläkare
Chef Hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen
Hälso- och sjukvårdsdirektör
Ekonomidirektör

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Utredning om förutsättningar för att införa ett sprututbytesprogram
- PM Komplettering av uppgifter för ansökan till IVO om sprututbyte
- 20171218 Utredning. Sprututbyte Region Jämtland Härjeda
- Bilaga 1. 20170301 Meddelandeblad. Socialstyrelsen sprututb
- Bilaga 2. 20170922 HCV fall RJH 97-17
- Bilaga 3. 20171027 Jämtlands Läns Brukarförening
- §34 Regionstyrelsen Utredning om förutsättningar för att införa ett sprututbytesprogram i Region Jämtland Härjedalen

23. Resultatförbättrande åtgärder 2018-2020- Översyn av regelverket för konkurrensneutral organisation för primärvård i regionens regi. (RS/1039/2017)

Ärendebeskrivning

Regionstyrelsen beslutade vid sammanträdet i maj 2017 om en översyn av regelverket för konkurrensneutral organisation för primärvård i regionens egenregi. Bakgrunden till översynen är det beslut som togs 2009 om organisation för den landstingsdrivna primärvården (LS/935/2009) samt beslutet om regler för över- och underskottshantering (LS/42/2010).

Översynen innebar att utvärdera om den regiondrivna primärvården upplever att de har intraprenadvillkor, vilka regelförändringar som skulle underlätta ett flexiblare

agerande, minskad administration och mer entreprenadliknande förhållanden. Vidare skulle villkoren för den regiondrivna primärvårdens möjligheter att agera som ett sammanhållet bolag eller koncern analyseras. Översynen skulle också inkludera en omvärldsanalys samt en analys om det finns andra verksamheter inom Region Jämtland Härjedalen som skulle kunna effektiviseras om de fick intraprenadvillkor. Slutligen skulle översynen ge förslag på uppdaterade villkor för intraprenader till nutida förhållanden.

Översynen behandlades i regionstyrelsen den 12 december 2017 där regiondirektören fick i uppdrag att se över organisationen i primärvårdens egenregi, få till en högre koncernkänsla för den regiondrivna primärvården samt utreda utvecklingsansvaret mellan primärvårdens egenregi kontra beställarenhetens.

Vid regionfullmäktiges möte den 14 februari 2018 skulle beslut tas om upphörande av organisation för den landstingsdrivna primärvården(LS/935/2009) samt beslutet om regler för över- och underskottshantering (LS/42/2010) men återremitterades med motiveringen ”På grund av bristande konsekvensbeskrivning gällande likvärdig vård i hela regionen”.

I beslutsunderlaget framgår bland annat att primärvårdens egenregi inte känner till beslutet från 2009 om organisation för den landstingsdrivna primärvården. Från 2016-11-01 organiseras primärvården istället efter ett beslut taget av primärvårdschefen (RS/1379/2015), något som inte är fastställt av politiken. Beslutet innebär i korthet att den regiondrivna primärvården organiseras i åtta närvårdsområden med en primärvårdschef samt åtta närvårdsområdeschefer som tillika är verksamhetschefer, så var också det politiska beslutet 2009. 2014 hade dåvarande primärvårdschef delegerat verksamhetschefsfunktionen till hälsocentralschefsnivån, vilket med beslutet 2016 återfördes till närvårdschefsnivån dvs enligt politiska beslutet 2009. Den skillnad som är mellan det politiska beslutet 2009 och primärvårdschefens beslut 2016 är inrättandet av en biträdande primärvårdschef med ansvar för de anslagsfinansierade verksamheterna inom primärvården och för samverkan med externa parter. Förslaget att beslutet från 2009 upphör att gälla innebär att det är organisationen beskriven i primärvårdschefens beslut RS/1379/2015 som gäller fr o m 2016-11-01.

Beslutet om modell för över- och underskottshantering (LS/42/2010) avser verksamheter inom regionens egenregi. Sedan modellen infördes har verksamheterna aldrig lyckats möta upp sitt underskott med ett överskott varför beslutet inte fyller någon funktion.

Den regiondrivna primärvården får sin finansiering genom att fullmäktige fastställer budgetram för Vårdvalsnämnden och regelverk i förfrågningsunderlaget för hälsovalet genom att Regionstyrelsen fastställer budgetram för den anslagsfinansierade verksamheter i sin verksamhetsplan. Primärvårdschefen har befogenhet att inom sitt område fördela budgetramen mellan de anslagsfinansierade verksamheterna och kan enligt regelverket från 2009 omfördela hälsovalsersättningen mellan hälsovalsenheterna inom närvårdsområdet. När regelverket från 2009 tas bort innebär det att primärvårdschefen kommer kunna omfördela hälsovalsersättningen mellan alla vårdenheter inom hela den regiondrivna primärvården verksamma i hälsovalet, men inte omfördela till/från

anslagsfinansierad verksamhet till hälsovalsverksamhet.

Inget av dessa beslut eller regelverk har någon påverkan på ersättningen till de privata aktörerna inom hälsovalet. De har på samma sätt frihet att hantera tilldelad ersättning om sina verksamheter.

Motiveringen till återremissen om bristande konsekvensbeskrivning gällande likvärdig vård i hela regionen besvaras slutligen så här: Kraven på innehåll, tillgänglighet, kvalitet och ekonomi styrs av det av fullmäktige beslutade förfrågningsunderlaget för hälsovalet och är det som ska ge förutsättningar för likvärdig vård i hela regionen.

Förslag till beslut

Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

1. Beslutet från 2009 (LS/935/2009) om organisation för den regiondrivna primärvården upphör att gälla och den av primärvårdschefen beslutade organisationen från 2016-11-01 fastställs

2. Nuvarande modell för över- och underskottshantering (LS/42/2010) upphör att gälla från 2018-01-01

Expedieras till

Primärvårdschef
Ekonomidirektör
Beställarchef
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse om Översyn av regelverket för konkurrensneutral organisation för primärvård i regionens regi
- §33 Regionfullmäktige Resultatförbättrande åtgärder 2018-2020 - Översyn av regelverket för konkurrensneutral organisation för primärvård i regionens regi
- Rapport Översyn av regelverket för konkurrensneutral organisation för primärvård i regionens regi
- Modell för över- och underskottshantering Fullmäktige 2010
- LS/935/2009: Förslag till ny konkurrensneutral organisation för den landstingsdrivna primärvården

24. Bolagsordning Almi Företagspartner Mitt AB (RS/515/2018)

Ärendebeskrivning

I samtal förda med Almi Företagspartner AB, moderbolag för Almi Företagspartner Mitt AB, har det framkommit att moderbolaget önskar att Region Jämtland Härjedalen uttalar sitt godkännande av den nya föreslagna bolagsordningen.

Justeringar som gjorts i föreslagen ny bolagsordning är bl.a. att antalet ledamöter i styrelsen justeras till minst fyra ledamöter och högst nio ledamöter (tidigare 3-12 ledamöter), och att kallelse till årsstämman skall ske tidigast sex veckor innan och

senast fyra veckor innan årsstämman (tidigare 4-2 veckor innan). I den nya bolagsordningen framgår också att val av valberedning skall ske på bolagsstämman (tidigare var det moderbolaget som kallade till valberedning).

Den nya bolagsordningen ska godkännas av respektive ägare, och därefter fastställas på bolagets ordinarie årsstämma i april 2018.

Regionala utvecklingsnämnden behandlade ärende 2018-02-20 § 28 och föreslår regionfullmäktige

Förslag till ny bolagsordning för Almi Företagspartner Mitt AB godkänns.

Förslag till beslut
Regionstyrelsen tillstyrker regionala utvecklingsnämndens förslag.

Expedieras till
Regionfullmäktige

Beslutsunderlag
- Tjänsteskrielse Bolagsordning Almi Företagspartner
- §28 Regionala utvecklingsnämnden Bolagsordning Almi Företagspartner Mitt AB
- Almi Företagspartner Mitt AB, bolagsordning

25. Bolagsordning och ägardirektiv för Länstrafiken Jämtlands län AB (RS/516/2018)

Ärendebeskrivning
Länstrafiken i Jämtlands län AB är det bolag som verkställer den allmänna och särskilda kollektivtrafiken med buss och bil som Region Jämtland Härjedalen, i egenskap av regional kollektivtrafikmyndighet, har ansvar för. Bolaget är helägt av Region Jämtland Härjedalen.

Region Jämtland Härjedalen bedriver ett projekt "Jämställd regional tillväxt". Projektet ska bidra till en jämställd regional tillväxt där kvinnor och män har samma makt och förutsättningar att nå inflytande i det regionala tillväxtarbetet och på likvärdiga villkor få tillgång till de resurser som finns för regionala satsningar på hållbar tillväxt. Ett delmål är att skapa en rutin för uppföljning av delägda bolag och medlemsföreningars arbete med jämställdhet ur ett intersektionellt perspektiv.

Bolagsordning, ägardirektiv och uppdragsavtal har reviderats. Krav på att utveckla sitt arbete och verksamheten utifrån ett jämställdhetsperspektiv ställs.

Regionala utvecklingsnämnden behandlade ärendet 2018-02-20, § 32 och fastställde då uppdragsavtalet. Nämnden föreslår regionfullmäktige

Förslag till ägardirektiv och bolagsordning antas.

Förslag till beslut
Regionstyrelsen tillstyrker regionala utvecklingsnämndens förslag.

Expedieras till
Regionfullmäktige

Beslutsunderlag
- Tjänsteskrivelse Bolagsordning och ägardirektiv för Länstrafiken i Jämtlands län AB
- §32 Regionala utvecklingsnämnden Bolagsordning, ägardirektiv och uppdragsavtal för Länstrafiken i Jämtlands län AB
- Förslag till ägardirektiv Länstrafiken i Jämtlands län AB
- Förslag till bolagsordning Länstrafiken i Jämtlands län AB

26. Svar på medborgarförslag om möjlighet att betala parkeringsavgift genom SMS-tjänst inom parkeringarna som tillhör Östersunds sjukhus (RS/2545/2017)

Ärendebeskrivning
Knut Richardsson har lämnat in ett medborgarförslag om att införa möjligheten att betala parkeringsavgiften genom SMS-tjänst inom parkeringarna som tillhör Östersunds sjukhus. Förslagsställaren har motiverat sitt förslag med att undersökningar/besök vid sjukhuset ibland blir fördröjda och att en SMS-tjänst skulle göra det enklare att betala och förlänga parkeringstid vid sjukhuset.

Region Jämtland Härjedalen har länge kunnat erbjuda kort- och kontant betalning vid parkeringen vid Östersunds sjukhus. I takt med att antalet smartphoneanvändare och sms-betalningsmöjligheter ökat har Region Jämtland Härjedalen beslutat att även inkludera SMS/app-parkering vid Östersunds sjukhus. En viktig aspekt i detta arbete har också varit att öka tillgängligheten för sjukhusets besökare.

Jämtland Härjedalen har nyligen tecknat kontrakt med operatörer för SMS/app-parkering. Det beräknas att systemet skall vara i drift senast 1 april 2018.

Region Jämtland Härjedalen har valt samma operatörer som Östersunds kommun eftersom det är de system som bedöms vara vanligast och mest lättanvänt för Regionens besökare.

Systemet är kostnadsneutralt för besökaren, det vill sägs det är samma parkeringsavgift oavsett om besökaren betalar i automat eller nyttjar SMS/App-parkering. Väljs elektronisk faktura så är även den kostnadsfri.

Införandet av SMS/app-betalning innebär inte någon kostnadsökning för Region Jämtland Härjedalen.

Förslag till beslut
Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

Medborgarförslaget anses besvarat

Expedieras till
Knut Richardsson
Fastighetschef

Beslutsunderlag
- Svar på medborgarförslag om möjlighet att betala parkeringsavgift genom SMS-tjänst inom parkeringarna som tillhör Östersunds sjukhus
- Medborgarförslag från Knut Richardsson om införande av möjlighet att betala parkeringsavgift genom SMS-tjänst inom parkeringarna som tillhör Östersunds sjukhus

27. Svar på motion från Lennart Ledin (L) och Mats El Kott (L) om försök med gårdsförsäljning av alkoholhaltiga drycker (RS/2605/2017)

Ärendebeskrivning
Lennart Ledin och Mats El Kott, båda (L), har föreslagit att Region Jämtland Härjedalen ansöker hos regeringen om att under en period av tre år få bedriva försök med en begränsad gårdsförsäljning av alkoholhaltiga drycker enligt den modell som skissas i motionen och att försöket löpande utvärderas för att ge underlag för ett beslut om gårdsförsäljning av alkoholhaltiga drycker framdeles permanent ska kunna tillåtas.

Försäljningen av alkoholdrycker till konsument i Sverige regeras i alkohollagen (2010:1622). Försäljning spritdrycker, vin, starköl och andra jästa alkoholdrycker till konsument benämns detaljhandel eller, om det sker för förtäring på stället, servering.

Enligt den lagen är detaljhandel med alkohol förbehållet ett särskilt för ändamålet bildat aktiebolag (detaljhandelsbolaget) som ska ägas av staten (Systembolaget). För servering av spritdrycker, vin, starköl och andra jästa alkoholdrycker krävs tillstånd av den kommun där serveringsstället är beläget. Alkohollagen medger inte att regeringen får fatta beslut om undantag från lagen.

Något ansökningsförfarande om försöksverksamhet med gårdsförsäljning finns inte utan förslaget innebär i praktiken en begäran hos regeringen om en ändring i alkohollagstiftningen.

Enligt kommunallagen får en region själv ha hand om angelägenheter av allmänt intresse som har anknytning till regionens område eller deras medlemmar. Regionen får inte ha hand om sådana angelägenheter som enbart staten, en annan kommun, ett annat landsting eller någon annan ska ha hand om. Regionen får driva näringsverksamhet, om den drivs utan vinstsyfte och syftar till att tillhandahålla allmännyttiga anläggningar eller tjänster åt medlemmarna.

Motionens förslag innebär att regeringen måste föreslå en lagändring för att den tänkta försöksverksamheten ska kunna medges. Lagstiftning är en fråga för regering och riksdag och faller således utanför regionens kompetens.

Såsom förslaget är utformat, att Region Jämtland Härjedalen ansöker hos regeringen om att under en period av tre år få bedriva försök med en begränsad gårdsförsäljning av alkoholhaltiga drycker, förutsätter såsom förslaget är formulerat att Region Jämtland Härjedalen är den som bedriver tillverkningen och därmed ska få tillåtelse att själv få sälja den egna produktionen till allmänheten. Tillverkning av alkohol faller utanför den allmänna kompetensen för regionen och även utanför kompetensen att bedriva näringsverksamhet.

Om Region Jämtland Härjedalen ska, för lokala producenter av alkohols räkning, ansöka om försöksverksamhet med gårdsförsäljning, vilket kanske är andemeningen i motionen, innebär förslaget att regionen utför en tjänst åt producenterna. Att leverera en sådan tjänst faller också utanför regionens kompetens.

Med hänsyn till det anförda finns det inte lagliga förutsättningar att anta motionen utan den bör avslås.

Regionala utvecklingsnämnden behandlade ärendet 2018-02-20 § 33 och föreslår regionfullmäktige

Motionen avslås.

Förslag till beslut
Regionstyrelsen tillstyrker regionala utvecklingsnämndens förslag.

Expedieras till
Regionfullmäktige

Beslutsunderlag
- Tjänsteskrivelse Svar på motion från Lennart Ledin (L) och Mats El Kott (L) om försök med gårdsförsäljning av alkoholhaltiga drycker
- §33 Regionala utvecklingsnämnden Svar på motion från Lennart Ledin (L) och Mats El Kott (L) om försök med gårdsförsäljning av alkoholhaltiga drycker
- Motion från Lennart Ledin (L), om försök med gårdsförsäljning av alkoholhaltiga drycker

28. Informationer

Ärendebeskrivning
Redovisning från konferenser, utskott mm

1

Program för regionstyrelsen 20-21 mars 2018

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

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

2018-03-13

19527

Program för styrelsen 20-21 mars 2018

Tid: **Tisdag 20 mars** **8.30 – 15.00 Styrelserummet - Öppet sammanträde**
Onsdag 21 mars **8.30 – 16.00 E-hälsocentrum**

Tisdag den 20 mars

08.30	Regiondirektörens rapport	Hans Svensson
	- Bemanningsprojektet inkl aktiva mål	Camilla Simonsson
	- Kvalitetsmätning	Lisbet Gibson
	- Dataskyddsförordningen GDPR	Anna-Lena Alfreds
	- Läget i länet	Anders Byström
09.30	Paus	
10.00	Årsbokslut 2017 inkl. bolag, förbund och stiftelser	Ingela Jönsson/ Lisbet Gibson
	Uppföljning riks- och regionvård	Ingela Jönsson
	Årsbokslut Vårdvalsnämnden	Lena Weinstock Sved
	Årsbokslut Regionala utvecklingsnämnden	Anders Byström
11.00	Personalbokslut 2017	Annica Sörensdotter
11.30	Uppföljning av regionstyrelsens aktiva mål – Medarbetare – Minskad sjukfrånvaro	Annica Sörensdotter
12.00	Lunch	
13.00	Månadsrapport februari 2018	Ingela Jönsson
13.20	Fastighetsutvecklingsplan	Jan-Åke Lindroth
14.00	Hälso- och sjukvårdsbarometern	Frida Hansson
14.20	Länsövergripande överenskommelser om samverkan	Mikael Lec-Alsén
14.40	Svar på granskning av regionvårdsfakturor	Ingela Jönsson
15.00	Partigrupper	

Onsdag den 21 mars

08.30	Regiondirektörens rapport – Resultatförbättrande åtgärder – Cosmic - Office 365	Hans Svensson Ingela Jönsson Marit Nilsson
09.15	Årsrapport över tillgångsförvaltningen 2017-12-31	Helena Edström
09.30	Paus	
10.00	Svenskt Ambulansflyg	Andreas Eriksson
10.20	Instruktion för regiondirektören	Sandra Hedman
10.40	Redovisning från konferenser, utskott mm - Återrapport ÖNH	
11.00	Partigrupper	
13.00	Beslutsärenden	
16.00	Presskonferens	

Offentligt sammanträde
Första dagens information till regionstyrelsen den 20 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 Styrelserummet, Regionens hus.

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 2018

RS/5/2018

2018-03-15

Ekonomi- och personalavdelningen
Jennie Eriksson
Tfn:
E-post: jennie.a.eriksson@regionjh.se

RS/5/2018

Månadsrapport februari 2018

Ärendebeskrivning

Årets första två månader visar en ökning av nettokostnadsutvecklingen som efter februari uppgick till 6,7 procent (i februari 2017 4,2 procent). Resultatet per februari uppgick till -35,3 miljoner kronor.

Årsprognosen uppgår till -200 miljoner kronor, vilket motsvarar utfallet 2017 efter förbättringar på cirka 30 miljoner kronor enligt redan beslutade förbättringsåtgärder.

Bruttokostnaderna för perioden har ökat med 55,3 miljoner kronor jämfört med samma period 2017. Den största ökningen avser personalkostnader som ökat med 43,4 miljoner kronor, dock har kostnader för bemanningsföretag minskat med 2,4 procent, det är kostnad för hyrsjuksköterskor som minskat. Även kostnader för läkemedel ökar kraftigt motsvarande 10,5 procent. Verksamhetens intäkter ökade med 9,7 procent motsvarande 11,5 miljoner kronor, jämfört med samma period 2017. Den största ökningen avser statsbidrag och övriga bidrag.

Utförd tid har ökat med 7 årsarbetare under 2018 jämfört med 2017, efter justering av en vardag mer i år. Sjukfrånvaron fortsätter minska i början av året och framförallt i den längre frånvaron.

Likviditeten har under februari förstärkts med ytterligare lån på 50 miljoner kronor från Kommuninvest. Inklusive lån har likviditeten förbättrats med 17,8 miljoner kronor sedan årsskiftet.

Andel barn och unga som får ett första besök inom 30 dagar var efter februari 48 procent.

Målen för tillgänglighet till vård nås fortsatt inte och återinskrivningar har ökat något. Sjukpenningtalen fortsätter dock att sjunka i länet.

Regiondirektörens förslag

Månadsrapport februari 2018 godkänns.

I tjänsten
Hans Svensson
Regiondirektör

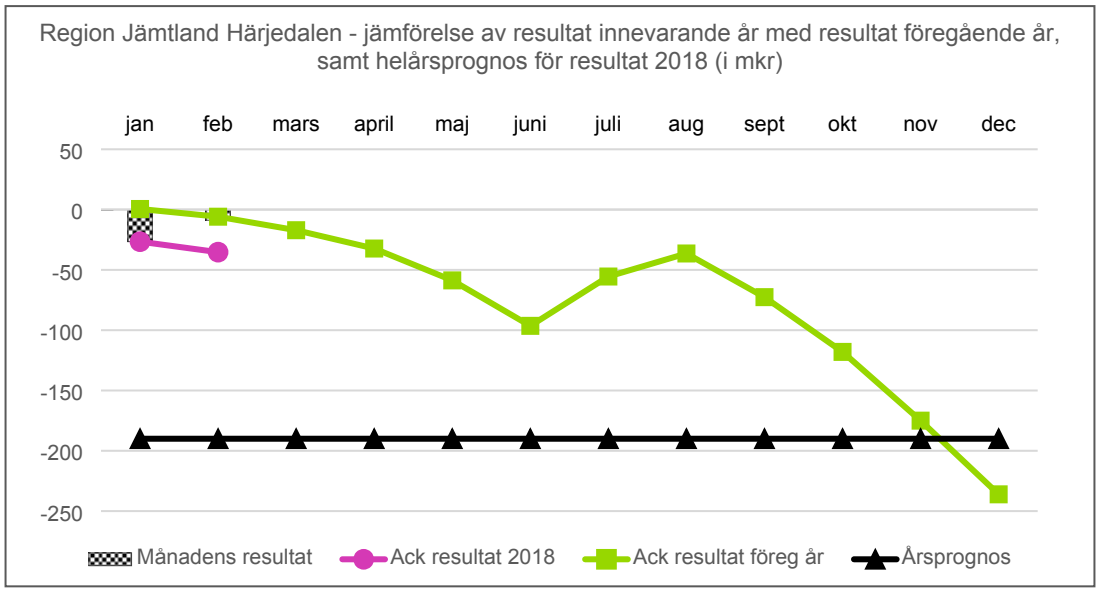
Ingela Jönsson
Tf Ekonomidirektör

Utdrag till

Ekonomidirektör

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Månadsrapport februari 2018



Sammanfattning

Ekonomi

Årets första två månader visar en ökning av nettokostnadsutvecklingen som efter februari uppgick till 6,7 procent (i februari 2017 4,2 procent). De största kostnadsökningarna avser personalkostnader och läkemedel.

Bruttokostnaderna till och med februari har ökat med 7,2 procent, motsvarande 55,3 miljoner kronor. Verksamhetens intäkter har ökat med 11,5 miljoner kronor.

Helårsprognosen uppgår till -200 miljoner kronor.

Personal

Utförda tiden rullande 12 månader har ökat med 18 årsarbetare, men justerat för en vardag mer blir ökningen 7 årsarbetare.

Kostnaden för inhyrda sjuksköterskor har minskat med 2,6 miljoner kronor jämfört med samma period föregående år. Kostnaderna för inhyrda läkare har ökat med 2,3 miljoner kronor.

Sjukfrånvaron fortsätter minska i början av året och framförallt i den längre frånvaron.

Verksamhet

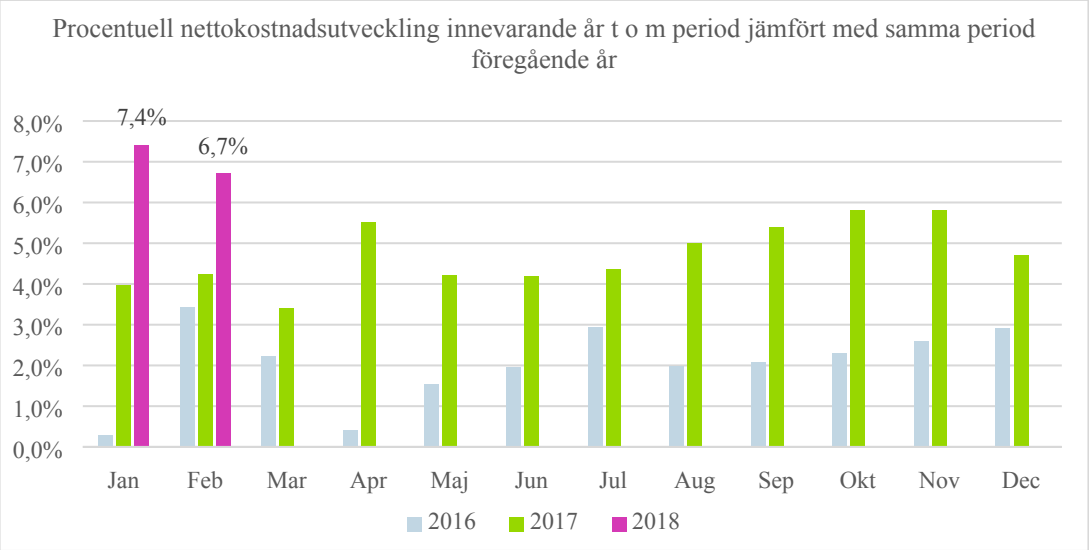
Andel barn och unga som får ett första besök inom 30 dagar var efter februari 48 procent, på grund av sjukfrånvaro på mottagningen.

Målen för tillgänglighet till vård nås fortsatt inte.

Återinskrivningar har ökat något.

Hans Svensson
Regiondirektör

Utvecklingen av regionens ekonomi januari-februari 2018



Region Jämtland Härjedalens ackumulerade resultat uppgick till -35,3 miljoner kronor till och med februari 2018, vilket var 29,5 miljoner kronor sämre jämfört föregående år, då det ackumulerade resultatet uppgick till -5,8 miljoner kronor.

Nettokostnadsutvecklingen för perioden januari till och med februari 2018 var 43,9 miljoner kronor högre än under motsvarande period 2017. Det ger en nettokostnadsökning för regionen med 6,7 procent. Till stor del beror ökningen på de höga lönekostnader som följt med från andra halvåret 2017. Även läkemedel har ökat jämfört med föregående år. Positiva trender hittills är dock att intäkterna ökat med 9,7 procent och kostnader för bemanningsföretag har minskat med 2,4 procent jämfört med föregående år. Detta är förhoppningsvis en början av den effekt som förväntats utifrån de åtgärder som påbörjades under 2017, med bland annat bemanningsprojektet.

Resultatet efter de första två månaderna indikerar att de resultatförbättrande åtgärderna inte gett förväntad effekt ännu. 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. Årsprognosen uppgår till -200 miljoner kronor, vilket motsvarar utfallet 2017 efter förbättringar på cirka 30 miljoner kronor enligt redan beslutade förbättringsåtgärder.

Resultatförbättrande åtgärder

En rad åtgärder pågår i verksamheten för att nå en ekonomi i balans. Exempel på åtgärder från verksamheten:

- Arbete med standardisering på c-op och sterilcentral fortsätter.
- Aktiv personalplanering för att minska övertidstimmar.
- Extra fokus på schemaläggning av personal.
- Minska läkemedelskostnader genom att bevaka kostnadsdrivande läkemedel.
- Minska Riks- och regionvårdskostnader genom att vidareutveckla vår användning av IT-baserad kommunikation.
- Öka intäkterna genom aktivt delta i central DRG utbildning.
- Införa självinscheckning på Remonthagen och Hud och Infektion.
- Arbetet påbörjat vad gäller start av lättvårdsavdelning från 1 maj.
- Minska kostnaderna för biologiska läkemedel inom reumatologin.

Verksamhetens bruttokostnader

Verksamhetens bruttokostnader fördelade sig enligt följande tabell:

Jämförelse perioden januari-februari	2017	2018	Förändring	i %
Bruttokostnader totalt i miljoner kronor	**773,0**	**828,3**	**55,3**	**7,2%**
Varav personalkostn inkl pensionskostnad	409,9	453,3	43,4	10,6%
Varav riks- och regionvård	50,7	49,6	-1,1	-2,1%
Varav övrig köpt vård	13,4	16,4	3,0	22,4%
Varav läkemedel	70,8	78,2	7,4	10,5%
Varav sjukresor	11,8	9,9	-1,9	-16,1%
Varav bemanningsföretag	23,9	23,3	-0,6	-2,4%
Varav lokaler och övriga fastighetskostnader	19,6	19,2	-0,4	-2,0%
Varav lämnade bidrag	48,9	50,1	1,2	2,5%

Bruttokostnaderna för perioden januari till och med februari har ökat med 7,2 procent, motsvarande 55,3 miljoner kronor jämfört med samma period 2017.

Personalkostnaderna är betydligt högre under årets första två månaderna och har ökat med 43,4 miljoner kronor jämfört med föregående år. Ökningen borde dock avta något efter första halvåret, då lönekostnaderna 2017 ökade efter en rad olika lönesatsningar.

Kostnaden för bemanningsföretag har minskat med 0,6 miljoner kronor, där kostnad för sjuksköterskor står för minskningen motsvarande 2,6 miljoner kronor medan kostnader för läkare har ökat med 2,3 miljoner kronor.

Läkemedel har ökat med 7,4 miljoner kronor. Ökningen beror främst på ökade kostnader inom lungmedicin samt inom reumatologi och hjärtsjukvård. Nya indikationer och tillkomst av ytterligare läkemedelsalternativ bidrar också till de ökade kostnaderna. Hjärtenhetens kostnader för läkemedel har också ökat. Även kostnader inom monoklonala antikroppar som används vid olika onkologiska indikationer har ökat. Läkemedlet ingår i nationellt ordnat införande och får allt fler indikationer.

Avskrivningar och övriga verksamhetsnära kostnader motsvarar kostnaderna föregående år.

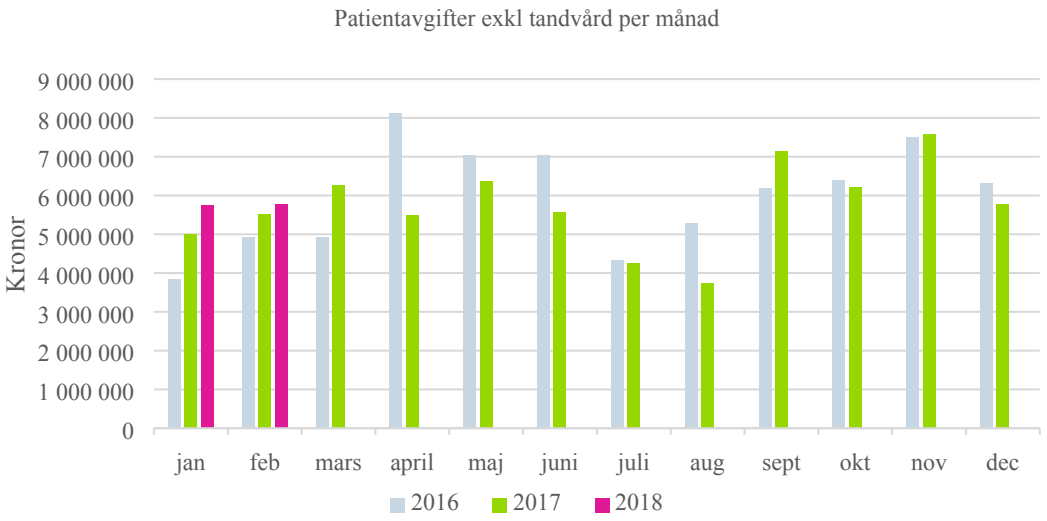
Verksamhetens intäkter

Verksamhetens intäkter fördelade sig enligt följande tabell:

Jämförelse perioden januari-februari	2017	2018	Förändring	i %
Verksamhetens Intäkter totalt i miljoner kronor	**118,5**	**130,0**	**11,5**	**9,7%**
Varav patientavgifter exkl tandvård	10,5	11,5	1,0	9,6%
Varav statsbidrag och övriga bidrag	42,7	49,7	7,1	16,5%
Varav försäljning hälso- och sjukvård	33,1	34,6	1,5	4,5%
Tandvård	8,5	8,3	-0,2	-2,4%
Övrig försäljning, hjälpmedel och förråd	23,7	25,8	2,1	8,9%

Verksamhetens intäkter uppvisar en positiv trend och har ökat med 11,5 miljoner kronor under perioden januari till och med februari jämfört med samma period 2017. Statsbidrag och övriga bidrag har ökat med 7,1 miljoner kronor jämfört med föregående år.

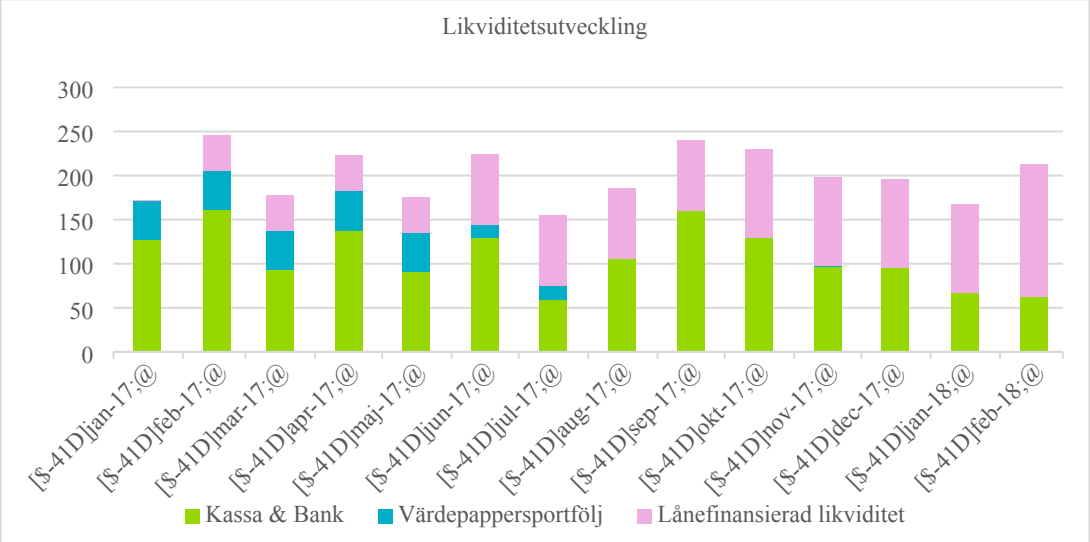
Försäljning av hälso- och sjukvård är 1,5 miljoner kronor högre än föregående år. Patientavgifterna exklusive tandvård har ökat med 1 miljon kronor jämfört med samma period föregående år.



Likviditetsutveckling

Likviditeten har under februari förstärkts med ytterligare lån på 50 miljoner kronor från Kommuninvest. Den totala lånesumman uppgår nu till 150 miljoner kronor, vilket innebär att likviditeten utan den åtgärden skulle ha minskat med 32,8 miljoner kronor. Inklusive lån har likviditeten förbättrats med 17,8 miljoner kronor sedan årsskiftet.

Den beslutade låneramen i Finansplanen är totalt 181 miljoner kronor innevarande år. Upplåningen ska användas för att finansiera investeringar i verksamheterna, enligt fördelningen: Cook and Chill 77 miljoner kronor, Kommunalförbundet svenskt ambulansflyg(KSA) 8 miljoner kronor och övriga verksamhetsinvesteringar 96 miljoner kronor.

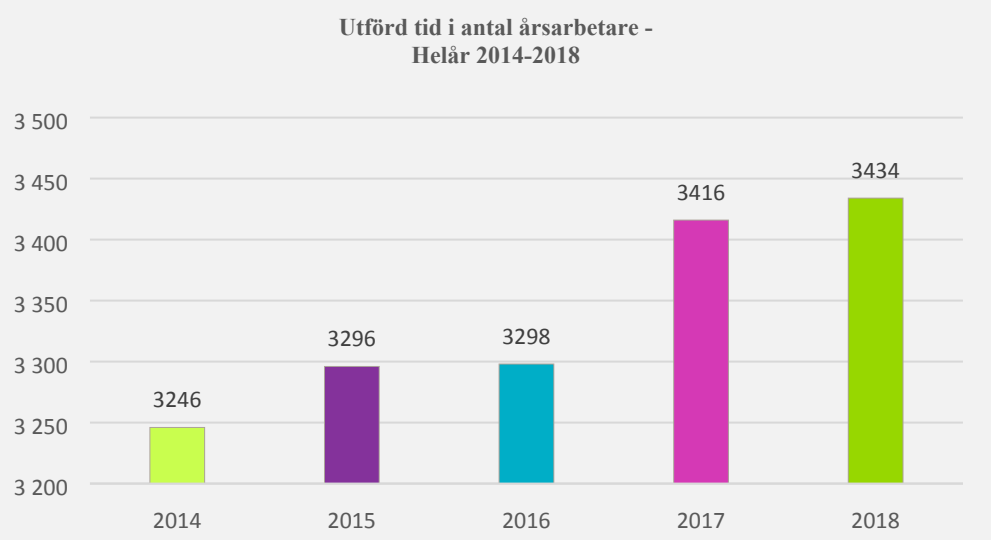


Medarbetare

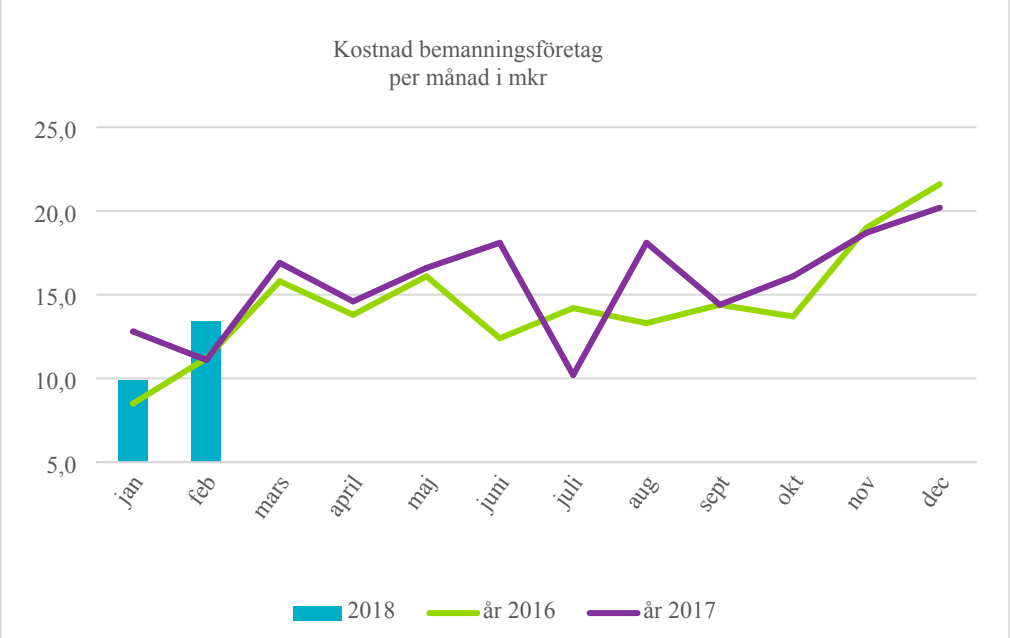
Utförd tid anställda

Utförda tiden rullande 12 månader har ökat med 18 årsarbetare. Perioden har en vardag mer jämfört med 2017 vilket motsvarar cirka 11 årsarbetare. En vardag mer borträknat är ökningen cirka 7 årsarbetare. Område Hud Infektion Medicin redovisar ny verksamhet motsvarande 6 befattningar. Totala minskningen av inhyrd personal bidrar till att den utförda tiden ökar då dessa har ersatts med egen anställd personal.

Diagrammet visar helår 2014-2017 och rullande 12 för 2018



Bemanningsföretag



Precis som antalet vardagar påverkar utförd tid torde det också påverka kostnaderna för inhyrd personal. Perioden januari till och med februari 2018 har en vardag mer än 2017 vilket skulle kunna förklara en viss skillnad i kostnaderna mellan åren.

Kostnad bemanningsföretag (mkr)	Jan-feb 2017	Jan-feb 2018	För-ändring	Motsvarar antal åa jan- feb 2017	Motsvarar antal åa jan-feb 2018
Övrig personal	0,7	0,4	-0,3		
Läkare	16,1	18,4	+ 2,3	38	**43**
Sjuksköterskor	7,1	4,5	-2,6	37	**27**
Totalt	**23,9**	**23,3**	**-0,6**	**75**	**70**

Nyttjande av bemanningsföretag

Ökning respektive minskning beror främst på möjligheterna att bemanna med egen personal. Skälen till köpt bemanning är svårigheter att rekrytera till vakanser vad gäller framförallt sjuksköterskor och läkare. Andra skäl är för att klara kompetensbehov såsom bakjourskompetenta överläkare inom område Kvinna, subspecialiteterna inom fot- och barnortopedi inom område Ortopedi. Område Kirurgi anlitar hyrläkare bland annat för att kunna operera patienter som istället hade inneburit kostnader för riks- och regionvård.

Inhyrning av läkare har ökat jämfört med 2017. Det är framförallt områdena Hud Infektion Medicin och Psykiatri som har ökat sitt nyttjande. Område Primärvård har minskat kostnaderna med 1,1 miljoner. Övriga områden visar på skillnader på mindre än en miljon vad gäller ökning respektive minskning.

Inhyrning av sjuksköterskor har minskat jämfört med 2017, motsvarande 37 procent. Av de områdena som under 2017 nyttjade hyrsjuksköterskor prognosticerar medicinenheten inom område Hud Infektion Medicin, röntgenenheten, områdena Psykiatri och Primärvård att de inte kommer att nyttja bemanningssjuksköterskor under innevarande år.

Både område Psykiatri och Barn Unga Vuxna räknar med att minska köp av externa utredningar under innevarande år.

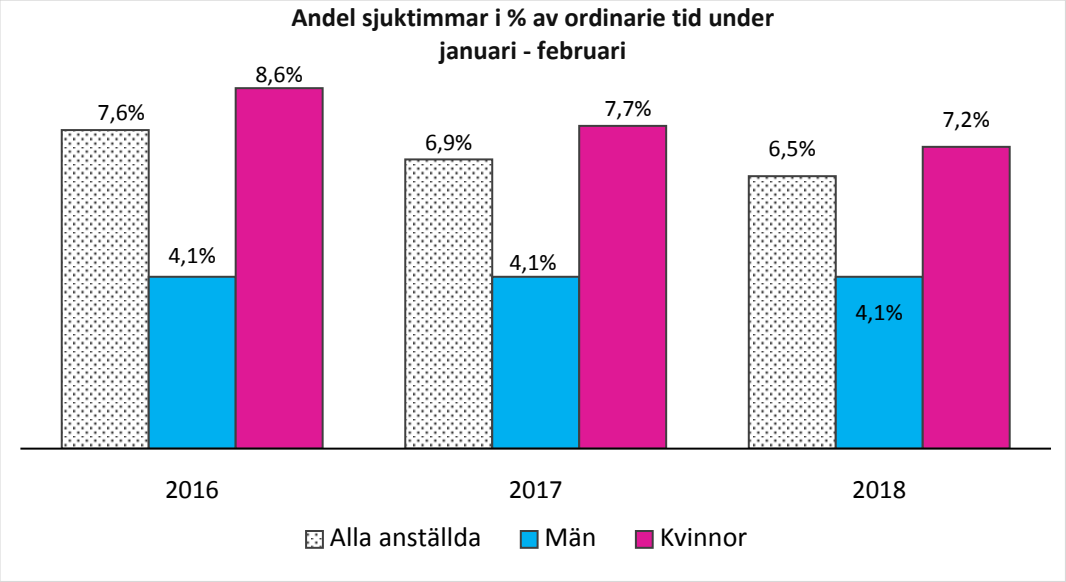
Kostnad omräknat till årsarbetare

Totala kostnaden för inhyrda läkare och sjuksköterskor har delats med en genomsnittskostnad per timme och omräknats till årsarbetare.

Det betyder inte att verksamheten haft bemanningsläkare och bemanningssjuksköterskor i motsvarande omfattning som antalet årsarbetare enligt denna beräkning. I genomsnittskostnaden ligger kostnad för hyra och resa samt att den inte visar i vilken omfattning verksamheterna har anlitat dyrare eller billigare bolag.

Sjukfrånvaro

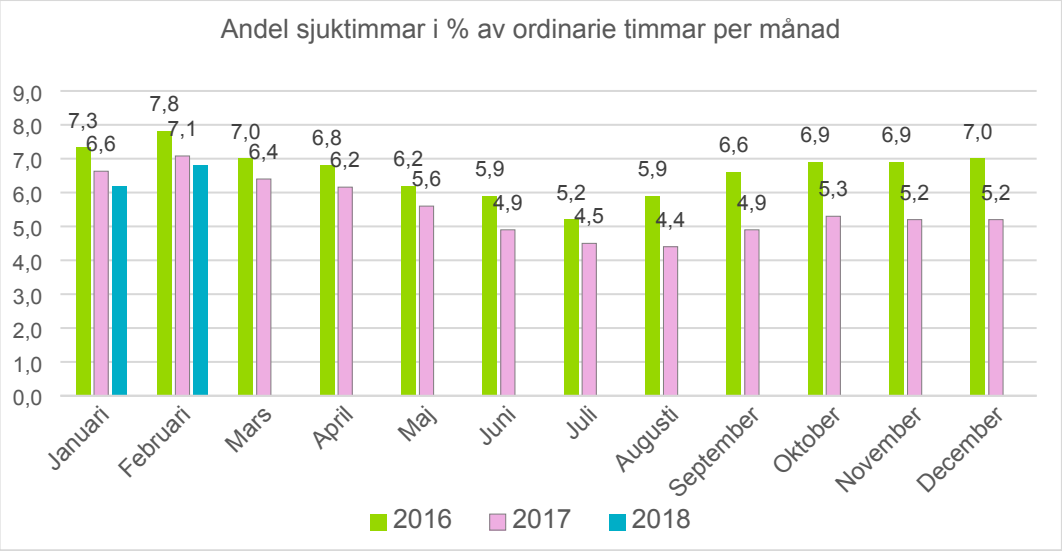
Sjukfrånvaron ska minska, målet för regionstyrelsen är högst 5,8%



Kommentarer till utfall och åtgärder för att uppnå målet:

Mål för sjukfrånvaron 2018 är 5,8 % eller att bibehålla den nivå som är lägre

Sjukfrånvaron fortsätter minska i början av året och framförallt i den längre frånvaron över 180 dagar. Minskningen härleds mycket till återgång i arbete, rörlighet i organisationen och tidiga insatser vid tecken på ohälsa viket förkortar eller förhindrar sjukfrånvaro. En del områden lyfter också det viktiga arbetet med att tydliggöra roller och ansvar, prioriteringar som en del i att skapa en bättre arbetsmiljö och förebygga ohälsa på grund av stress och otydligheter. Områdena uppger att influensa och förkylningar dominerat i sjukfrånvaroorsak under de första månaderna på 2018.



Fortsatt minskning per månad totalt 80 769 sjuktimmar tom februari 2018, en minskning med 589 sjuktimmar mot året innan. Sjukfrånvaro över 180 dagar står för en minskning medan sjukfrånvaron som är kortare ökar i alla intervaller före 180 dagar. 2017 var sjukfrånvaron från dag 1-180, 52 596 timmar medan den i år ökat till 69 196 timmar, en ökning med 16 600 timmar.

Dag 1-14 uppgår idag till 38 680 timmar vilket motsvarande period 2017 låg på 34 512 timmar, en kosttidsfrånvaro som uppges bero på en längre period influensa och fler drabbade än året innan.

Utskrivet: den 9 mars 2018
Modell byggd: 13:47 den 4 mars 2018
Aktuellt datum: 2018-02

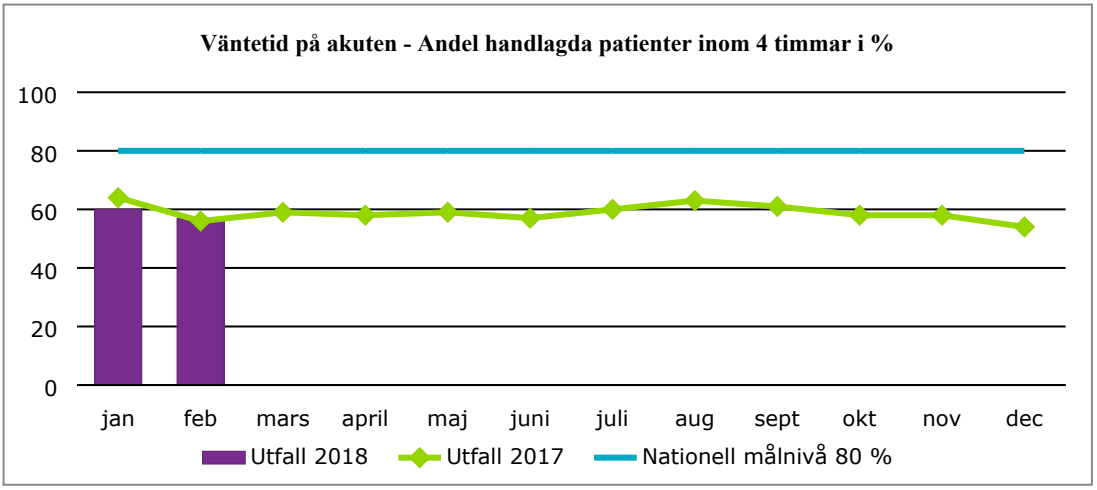
Antal sjuktimmar per intervall

	År: 2018							År: 2017						
Sjuktimmar	**1**	**2 - 14**	**15 - 30**	**31 - 59**	**60 - 180**	**181 -**	**Totalt**	**1**	**2 - 14**	**15 - 30**	**31 - 59**	**60 -180**	**181 -**	**Totalt**
01 Januari	2 247	16 871	2 453	2 417	9 891	6 428	40 306	2 084	14 327	1 075	2 523	5 187	15 222	40 418
02 Februari	2 185	17 376	3 467	4 064	8 225	5 146	40 462	2 244	15 857	2 055	2 721	4 524	13 540	40 941
03 Mars														
04 April														
05 Maj														
06 Juni														
07 Juli														
08 Augusti														
09 September														
10 Oktober														
11 November														
12 December														
Total	**4 432**	**34 248**	**5 919**	**6 482**	**18 115**	**11 573**	**80 769**	**4 328**	**30 184**	**3 130**	**5 243**	**9 711**	**28 762**	**81 359**

Verksamhet inom hälso- och sjukvården

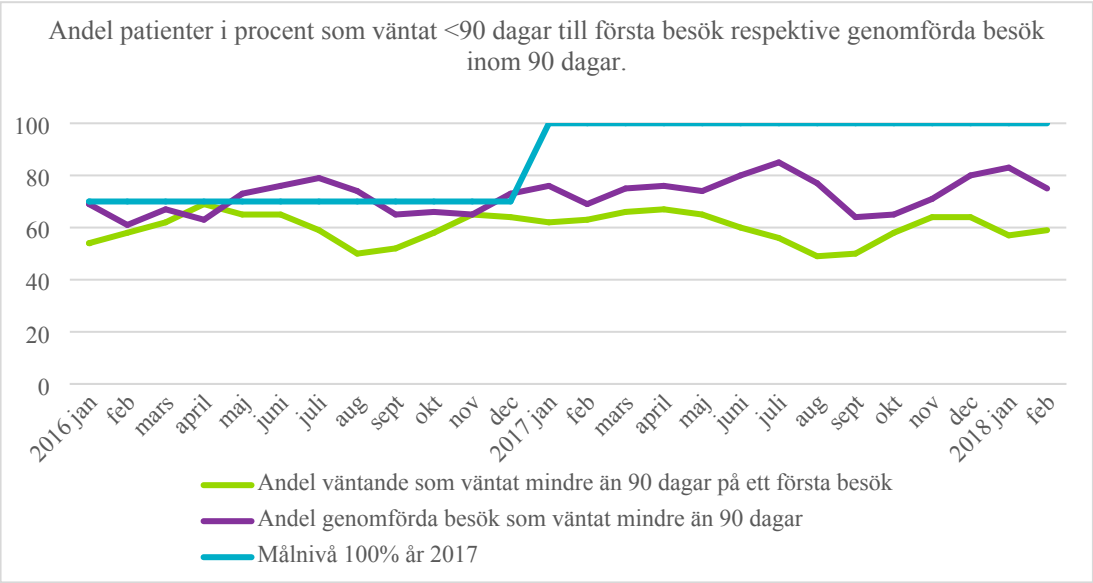
Väntetid vid akuten

Väntetid inom specialistvårdens akutmottagning
Målet är att 80 procent av patienterna ska vara klara (dörr till dörr) inom 4 timmar.

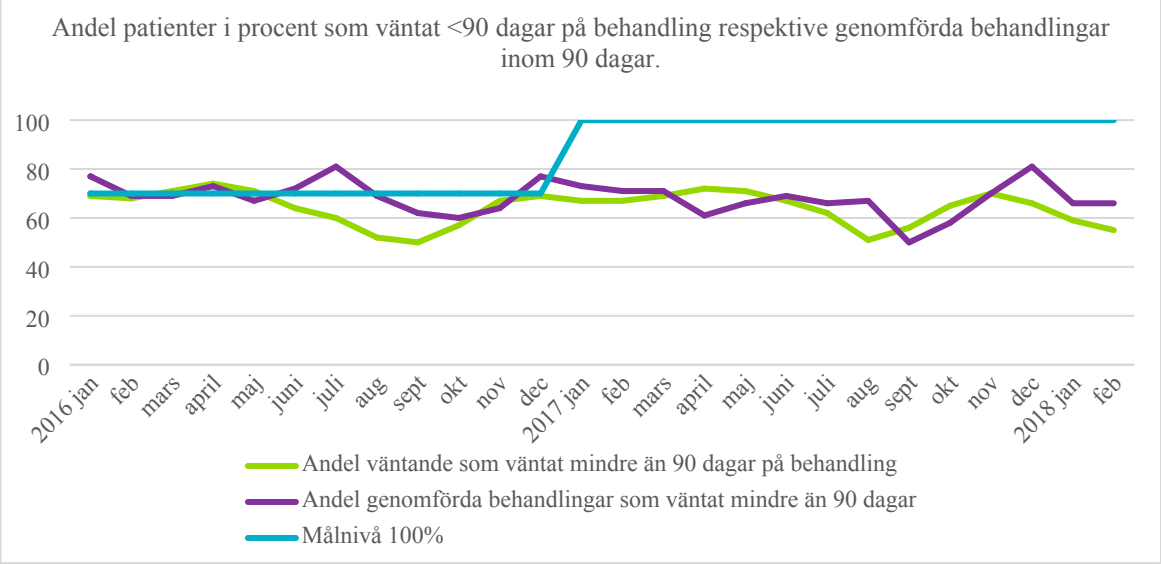


Målet är att 80 procent av patienterna ska vara klara (dörr till dörr) inom 4 timmar. Under februari månad har 2 998 patienter varit på akuten vilket är ett snitt på 107 patienter/dag. Av dessa har 2607 stycken träffat läkare och 391 stycken har träffat enbart sjuksköterska. 57 procent av patienterna har varit klara inom 4 timmar i februari i år jämfört med 56 procent i februari föregående år.
En minskning med 206 besök ses jämfört med februari 2017. Antalet läkarbesök har minskat med 142 besök och antalet sjuksköterskebesök med 64 stycken. Det är framför allt patienter som fått prioriteringsfärg gul som minskat jämfört med februari föregående år.

Tillgänglighet inom 90dagar, vårdgarantin



Könsuppdelad statistik för februari månad 2018:
Väntande till 1:a besök, totalt: 59 procent varav kvinnor 60 procent och män 58 procent.
Genomförda 1:a besök, totalt: 75 procent varav kvinnor 76 procent och män 73 procent.



Könsuppdelad statistik för februari månad 2018:
Väntande till behandling, totalt: 55 procent varav kvinnor 57 procent och män 53 procent
Genomförd behandling, totalt: 66 procent varav kvinnor 64 procent och män 67 procent

Tillgänglighet primärvården

Vårdenhet	Telefon-tillgänglighet samma dag 0:an	Andel läkarbesök inom 7 kalenderdagar
Myrvikens hc	98	91
Svenstavik hc	93	86
Bräcke hc	77	71
Kälarne hc	91	70
Funäsdalens hc	97	98
Sveg hc	100	97
Föllinge hc	99	89
Krokoms hc	97	80
H-strands hc	95	75
Backe hc	99	99
S-sunds hc	85	90
Hallens hc	99	92
Järpens hc	95	98
Åre hc	96	99
Brunflo hc	94	85
Frösö hc	83	72
Lits hc	98	83
Lugnviks hc	85	93
O-sala hc	73	94
Torvalla hc	88	97
Z-gränds hc	80	82

Telefontillgänglighet samma dag, 0:an

Totalt antal påringningar 26 492 varav besvarade samtal 23 314 det vill säga 88 procent besvarade samtal (att jämföra med 82 procent samma period 2017)

Systemförbättringar och ändrade arbetssätt pågår kontinuerligt i callguide, en felsökning pågår eftersom användarna blir utkastade ur callguide/citrix och måste logga in igen.

Flera hälsocentraler har planerat in lättakut med RETTS triage och akutliggare som medför tillgänglig på andra sätt än bara genom telefon.

Kommentarer från hälsocentraler med röda utfall under februari:

Odensala: Tillgängligheten för februari beror på sjukdom och vab. När alla är på plats är tillgänglighetssiffrorna bra. Man planerar för att öppna upp med lättakut under maj.

Bräcke: Rotation på sjuksköterskor/distriktssköterskor, går för närvarande kort och kan inte bemanna telefonen optimalt. Från april kommer det ytterligare en distriktssköterska och rekrytering av en distriktssköterska pågår.

Läkarbesök inom 7 dagar, 7:an

Totalt antal läkarbesök (nybesök) 8 007 varav besök inom 7 dagar 7 204 det vill säga 88 procent (att jämföra med 85 procent samma period 2017). Besöken i februari 2018 var drygt 200 fler är 2017.

Implementering och utbildning för personalen i det nya arbetssättet med triage/akutliggare, öppen mottagning pågår på flera hälsocentraler.

Kommentarer från hälsocentraler med röda utfall under februari:
Frösön: Beror på en hel del VAB, egen sjukdom
Bräcke: Planerar för att öppna lättakut, se över registrering av besök.

Aktiva mål 2018 i regionstyrelsens verksamhetsplan

Samhälle

Aktiva mål	Målvärde	Utfall feb-18 och kommentar
Andel barn och unga som får ett första besök inom område barn, unga vuxna, inom 30 dagar.	90% inom 30 dagar	48% fick besök inom 30 dagar jan-feb. 92% fick besök inom 60 dagar. Försämring pga sjukfrånvaro på bup:s mottagning för förstalinjen.
Minskning av sjukpenningtal hos länets medborgare	minska med 1 dag jmf år 2014, 12,4.	Efter februari är utfallet 10,1.

Patient

Aktiva mål	Målvärde	Utfall feb-18 och kommentar
Andel vårdskador ska minska.	7 %	Mätmetod MJG, resultat redovisas med viss förskjutning i tid varför 2018-resultat ännu är tillgängliga.
Minska återinskrivningar.	Lägre andel än 2014 <15 %	19,9 % efter januari

Medarbete

Aktiva mål	Målvärde	Utfall feb-18 och kommentar
Sjukfrånvaron för medarbetare inom Region Jämtland Härjedalen ska minska.	5,8 %	6,5 %
Beroendet av bemanningsföretag ska minska.	2015 års nivå = 125,6 mkr T.o.m feb 2017 =23,9	23,3 mkr ackumulerat efter februari

Verksamhetsresultat

Aktiva mål	Målvärde	Utfall feb-18 och kommentar
Nettokostnadsförändringen ska minska.	Minus 0,6%	6,7 %, kraftig ökning jämfört med föregående år.
Vårdgarantin ska vara uppfylld	100% 0-7 90% 90-90	0:an 88% 7:an 88% Väntande,1:a besök 59% Genomförda, 1:a besök 75% Väntande på behandling 55% Genomförd

		behandling 66%

6

Regionstyrelsens uppföljning av Resultat från hälso- och sjukvårdsbarometern 2017

RS/2770/2017

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Tjänsteskrivelse
Regionstyrelsen

2018-02-22

Forsknings-, utbildnings- och utvecklingsavdelningen
Frida Hansson
E-post: frida.hansson@regionjh.se

RS/2770/2017

Regionstyrelsens uppföljning av Resultat från hälso- och sjukvårdsbarometern 2017

Resultat från hälso- och sjukvårdsbarometern ingår i Regionstyrelsens verksamhets- och uppföljningsplan för 2018. Hälso- och sjukvårdsbarometern är en nationell undersökning i vilken region Jämtland Härjedalen deltar årligen. Undersökningen speglar befolkningens uppfattning om hälso- och sjukvården ur olika aspekter såsom tillgång till hälso- och sjukvård, förtroendefrågor och attityder till väntetider. År 2016 då mätningen senast genomfördes, förändrades undersökningens upplägg vilket gör att jämförelser över tid är möjliga för ett år tillbaka. En sammanfattning av resultatet för Region Jämtland Härjedalen visar bland annat att:

- En majoritet av medborgarna, 81 procent uppger att de har tillgång till den hälso- och sjukvård som de behöver, resultatet är i nivå med rikets och oförändrat jämfört med föregående mätning. Det är överlag små attitydskillnader i denna fråga men äldre personer svarar i högre utsträckning än övriga att de har tillgång till den vård de behöver.
- 60 procent av invånarna tycker att väntetider till hälsocentraler är rimliga, detta i nivå med rikets resultat. När det kommer till väntetider för besök och behandling på sjukhus svarar ungefär hälften av medborgarna att de anser att väntetider är rimliga, en något högre andel jämfört med mätningen för ett år sedan. Andelen som anser att väntetider är rimliga ökar med stigande ålder.
- 60 procent av medborgarna svarar att de har ett stort förtroende för hälso- och sjukvården i regionen, i nivå med rikets resultat. Högst förtroende har de äldre som svarat i undersökningen. Förtroendet skiljer sig utifrån invånarnas allmänna hälsotillstånd, de med ett sämre hälsotillstånd svarar att de har ett lägre förtroende för vården.
- 7 av 10 har ett mycket eller ganska stort förtroende för 1177 Vårdguiden via telefon. Ett resultat som är högre än genomsnittet för riket.
- När invånarna får frågan om de uppfattar att vården ges på lika villkor är det lite drygt hälften som svarar ja på den frågan, signifikant lägre än riket. Jämfört med föregående års mätning är det dock en ökad andel som uppfattar att vården ges på lika villkor.
- En hög andel av de svarande, 85 procent är positiva till att få diskutera levnadsvanor med läkare eller annan vårdpersonal.

Regiondirektörens förslag

Redosvisning om resultat av hälso- och sjukvårdsbarometern godkänns.

I tjänsten

Hans Svensson
Regiondirektör

Utdrag till

Utvecklingschef, Handläggare Utvecklingsenheten

Hälso- och sjukvårds-barometern 2017

BEFOLKNINGENS ATTITYDER TILL, FÖRVÄNTNINGAR PÅ OCH ERFARENHETER AV HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

Sveriges Kommuner och Landsting

Hälso- och sjukvårds-barometern 2017

BEFOLKNINGENS ATTITYDER TILL, FÖRVÄNTNINGAR PÅ OCH ERFARENHETER AV HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

Upplysningar om innehållet:
Sofia Tullberg, sofia.tullberg@skl.se

© Sveriges Kommuner och Landsting, 2018
ISBN: 978-91-7585-615-5
Text: CMA Research/Origo Group och Sveriges Kommuner och Landsting
Foto: Scandinav Bildbyrå
Produktion: Advant Produktionsbyrå
Tryck: Åtta.45, 2018

Innehåll

4 Kapitel 1. Inledning

5 Kapitel 2. Sammanfattning

7 Kapitel 3. Metod

11 Kapitel 4. Resultat från 2017 års undersökning
11 Tillgång till hälso- och sjukvård
14 Förtroende för hälso- och sjukvården i sin helhet
16 Förtroende för sjukhusen
18 Förtroende för hälso-/vårdcentraler
20 Råd och hjälp om hälsa och vård via telefon, 1177
22 Information och råd om hälsa och vård via webben, 1177.se
25 Förtroende för 1177 Vårdguidens e-tjänster
27 Väntetider till besök och behandling på sjukhus
29 Väntetider till besök på hälso-/vårdcentral
31 Vård på lika villkor
33 Besökt hälso- och sjukvården
34 Koncentrera vården till enstaka sjukhus
36 Attityder till att diskutera levnadsvanor

38 Bilaga 1. Antal svar per landsting och region

39 Bilaga 2. Fakta om respondenterna

KAPITEL 1

Inledning

En klar majoritet av invånarna i Sverige anser sig ha tillgång till den hälso- och sjukvård som de behöver. I år är det en något högre andel som upplever att vården ges på lika villkor samt har förtroende för 1177 Vårdguiden via webben, jämfört med året innan. Samtidigt är det en något lägre andel som håller med om att det är rimliga väntetider till besök på hälso- och vårdcentraler. Det visar några av resultaten i 2017 års Hälso- och sjukvårdsbarometer.

Hälso- och sjukvårdsbarometern är en årlig nationell undersökning med syftet att fånga attityder, förväntningar och erfarenheter hos tidigare, nuvarande och framtida patienter och närstående. Befolkningens syn på hälso- och sjukvården är ett viktigt perspektiv att ha med i arbetet med att planera, leda, styra och förbättra landstingens och regionernas verksamhet. Att följa upp befolkningens förtroende, upplevelse av tillgång till sjukvård och inställningar i olika frågor är en viktig del för att kunna föra en demokratisk dialog och identifiera förbättringsområden. Hur invånarnas uppfattning utvecklar sig över tid är även intressant i relation till förändringar som görs, både lokalt och nationellt, i form av olika beslut, reformer och insatser som syftar till att förbättra för befolkningen.

Denna rapport presenterar ett urval av resultaten från 2017 års undersökning. Inför 2016 års undersökning gjordes en mer genomgripande förändring av metod och upplägg, vilket gör att resultatjämförelser över tid endast redovisas för ett år tillbaka.

Undersökningsföretaget CMA Research, en del av Origo Group, har genomfört undersökningen på uppdrag av samtliga regioner och landsting, under samordning av Sveriges Kommuner och Landsting, SKL.

KAPITEL 2

Sammanfattning

Tillgången till hälso- och sjukvård upplevs som god av många

84 procent av befolkningen anser att de har tillgång till den hälso- och sjukvård som de behöver. Resultatet ligger på en oförändrad nivå jämfört med 2016. I samtliga regioner och landsting är det en klar majoritet som instämmer i påståendet, där Jönköping, Kalmar och Halland har de högsta resultaten.

Överlag är det relativt små attitydskillnader i denna fråga mellan olika grupper av invånare. Personer som är 60 år eller äldre instämmer i något högre utsträckning än övriga i att de har god tillgång till den hälso- och sjukvård som de behöver. Personer som är födda utanför Sverige har en något mindre positiv uppfattning i denna fråga.

Förtroendet för hälso- och sjukvården skiljer sig över landet

61 procent av invånarna i Sverige har ett stort eller ganska stort förtroende för hälso- och sjukvården i sin helhet i sitt egna landsting eller region, ett resultat som är marginellt högre jämfört med för ett år sedan (60 procent). Andelen invånare som har förtroende för hälso- och sjukvården i sin helhet skiljer sig emellertid stort mellan de olika landstingen och regionerna, från 46 procent bland invånare i Västernorrland till drygt 70 procent i Kalmar, Jönköping, Örebro och Halland.

Förtroendet för hälso- och sjukvården i sin helhet skiljer sig även stort utifrån invånarnas allmänna hälsotillstånd. Bland de som upplever att de har ett sämre allmänt hälsotillstånd är det 39 procent som har förtroende för hälso- och sjukvården, vilket ska jämföras med 65 procent bland dem som bedömt att deras hälsotillstånd är bra.

Invånarnas förtroende för sjukhusen i sitt egna landsting eller region ligger på högre nivåer jämfört med motsvarande resultat för hälso-/vårdcentraler. I riket har 69 procent förtroende för sjukhusen medan motsvarande andel för hälso-/vårdcentraler uppgår till 60 procent. Halland, Jämtland Härjedalen och Sörmland är de landsting och regioner som uppvisar tydligast ökning av andelen med stort eller ganska stort förtroende för sjukhusen, jämfört med 2016.

Överlag har det skett små attitydförändringar bland personer i olika åldersgrupper. Personer som är 70 år eller äldre är den grupp som har högst förtroende för hälso- och sjukvården i sitt landsting/region. Det gäller såväl för hälso- och sjukvården i sin helhet, för sjukhusen samt för hälso-/vårdcentralerna.

Högre förtroende för 1177 Vårdguiden via webben

Andelen som har förtroende för 1177 Vårdguidens information och råd om hälsa via webben har ökat under det senaste året, från 61 procent 2016 till 63 procent i 2017 års undersökning. Inom flera landsting och regioner har befolkningen fått en mer positiv uppfattning i denna fråga. Andelen med förtroende har ökat mest i Örebro, Västmanland, Halland, Blekinge och Dalarna.

Förtroendet för Vårdguiden via webben är som lägst i den äldsta åldersgruppen medan det är som högst i samma åldersgrupp när det gäller förtroendet för Vårdguiden via telefon. Förtroendet för 1177 Vårdguiden via webben har ökat under det senaste året bland personer som är under 40 år, framförallt bland de i åldern 18–29 år.

Bland de invånare som har en uppfattning om 1177 Vårdguiden är det 63 procent som har förtroende för 1177 Vårdguidens råd och hjälp om hälsa och vård via telefon, ett resultat i nivå med 2016.

Det är en förhållandevis hög andel av samtliga invånare som inte har någon uppfattning i dessa två frågor, 27 procent för 1177 Vårdguiden via telefon och 38 procent för 1177 Vårdguiden via webben. Andelarna har dock minskat jämfört med 2016.

Nästan hälften av Sveriges invånare har tagit ställning i frågan om de har förtroende för 1177 Vårdguidens e-tjänster. Bland dessa personer är det drygt hälften som har ett stort eller ganska stort förtroende för e-tjänsterna. Överlag är det relativt små resultatskillnader mellan de olika landstingen och regionerna i denna fråga.

Färre instämmer i att väntetider till besök på hälso-/vårdcentraler är rimliga

Hälften av invånarna anser att väntetider till besök och behandling på sjukhus i sitt egna landsting eller region är rimliga. Det är även i år stora resultatskillnader mellan de olika landstingen och regionerna, från 42 procent instämmande i Västra Götaland och Västernorrland till 67 procent i Kalmar. I Sörmland och Jämtland Härjedalen är det en klart högre andel av befolkningen som anser att väntetiderna är rimliga jämfört med för ett år sedan.

Invånarna i Sverige instämmer i något lägre grad i påståendet att väntetider till besök på hälso-/vårdcentraler är rimliga jämfört med 2016. Andelen som anser att väntetiderna är rimliga uppgår till 63 procent, en nedgång med två procentenheter sedan 2016. Andelen som anser att väntetiderna är rimliga för besök på hälso-/vårdcentraler ligger på en klart högre nivå jämfört med motsvarande fråga för besök och behandling på sjukhus, där 50 procent anser det.

I Gotland, Kronoberg, Stockholm, Uppsala och Skåne är det en klart lägre andel av befolkningen som uppfattar att väntetiderna är rimliga, jämfört med för ett år sedan. I Dalarna har däremot invånarna blivit tydligt mer positiva i denna fråga.

Andelen som instämmer i att väntetider till såväl sjukhus som hälso-/vårdcentraler är rimliga ökar med stigande ålder. Andelen med en positiv uppfattning i frågan är högst bland de som är 70 år eller äldre. Personer i åldern 30–79 år har en lägre andel instämmande jämfört med för ett år sedan.

Allt fler uppfattar att vården ges på lika villkor

När invånarna får frågan om de uppfattar att vården ges på lika villkor, det vill säga att behovet av vård avgör och inte något annat, är det cirka tre av fyra som anser sig kunna ta ställning. Bland de invånare som har en åsikt är det 57 procent som är av uppfattningen att vården ges på lika villkor, vilket är signifikant högre jämfört med 2016 (53 procent). I flera delar av landet är det en allt högre andel av befolkningen som uppfattar att vården ges på lika villkor. För Jönköping, Uppsala, Sörmland, Västra Götaland, Dalarna och Jämtland Härjedalen har det skett tydligast ökningar av andelen positiva i denna fråga jämfört med 2016.

Andelen positiva i denna fråga har ökat för i stort sett samtliga åldersgrupper. Tydligast ökning har skett i åldersgruppen 60–69 år. Andelen som instämmer i att vården ges på lika villkor är högst i åldersgrupperna 18–29 år respektive 80 år eller äldre.

KAPITEL 3

Metod

Urval

Hälso- och sjukvårdbarometern är en nationell undersökning som riktar sig till alla individer 18 år och äldre, folkbokförda i Sverige. Ett obundet slumpmässigt urval per landsting och region görs ur ett befolkningsregister som innehåller alla personer folkbokförda i Sverige.

Grundutförandet av Hälso- och sjukvårdsbarometern motsvarar 1 000 intervjuer per landsting eller region och år. Samtliga landsting och regioner deltar i undersökningen.

Totalt har 41 174 svar samlats in under 2017. De flesta landsting och regioner har valt att samla in 1 000 svar och några har valt ett större antal. I bilaga 1 redovisas antalet svar för de olika landstingen och regionerna.

Insamlingsmetod

Undersökningen har genomförts med en så kallad mixad datainsamlingsmetod där svar samlas in både via en webbenkät och via telefonintervjuer. Samma metod användes under 2016 års undersökning vilket medför att resultaten blir jämförbara mellan åren.

Inledningsvis har en inbjudan skickats ut via post med personliga inloggningsuppgifter till webbenkäten. Det har även funnits möjlighet att logga in via QR-kod. Kort information har funnits på olika språk om möjlighet att via webben ta del av enkäten och information om undersökningen på aktuellt språk.

Påminnelser har skickats postalt och via sms. Efter påminnelser har en telefonuppföljning genomförts bland de som ännu inte besvarat enkäten. Respondenter som kontaktats via telefon har fått möjlighet att svara på frågorna muntligt. De som inte velat ställa upp på telefonintervju har erbjudits en ytterligare möjlighet att besvara den webbaserade enkäten, med länk via e-post.

Under telefonuppföljningen har det varit särskilt fokus på att få in svar från olika grupper av respondenter som har varit mindre svarsbenägna och därmed underrepresenterade i svarsunderlaget. Identifiering av sådana grupper har gjorts för respektive region/landsting och baserats på kombinationer av kön och åldersgrupper.

Insamlingsperiod

Datainsamlingen har genomförts under april och maj respektive under oktober och november 2017. Antalet insamlade enkätsvar fördelas jämnt mellan de två undersökningsperioderna.

Frågeformulär

Ett nationellt gemensamt frågeformulär har tagits fram bestående av tio frågor om hälso- och sjukvården samt fyra bakgrundsfrågor om respondenten. Frågorna berör bland annat tillgång till hälso- och sjukvård, förtroende för hälso- och sjukvården, attityder till väntetider samt huruvida vården ges på lika villkor. De landstings-/regionspecifika frågorna redovisas inte i denna rapport.

Årets temafrågor berör förtroende för 1177 Vårdguidens e-tjänster, attityder till att koncentrera vissa operationer och behandlingar till några enstaka sjukhus samt om det är positivt att läkare eller annan vårdpersonal diskuterar levnadsvanor med patienten.

Samtliga attitydfrågor har kunnat besvaras på en femgradig skala, samt med möjlighet att ange svarsalternativet vet ej.

Den webbaserade enkäten har kunnat besvaras på åtta olika språk; svenska, engelska, finska, spanska, arabiska, persiska, somaliska och samiska.

Redovisning av resultat

På kommande sidor redovisas övergripande resultat för årets Hälso- och sjukvårdsbarometer.

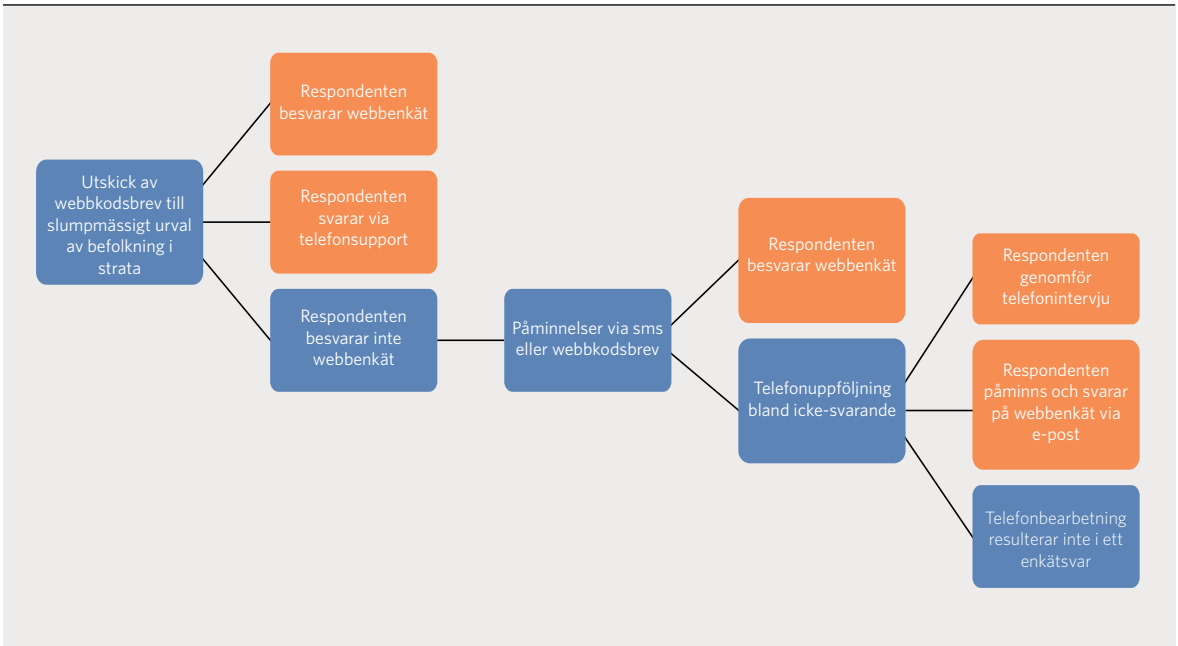
För de olika attitydfrågorna redovisas svarsfördelningen bland de som har en åsikt i aktuell fråga. Till höger om stapeldiagrammen anges hur stor andel av samtliga svarande som angivit ”vet ej” i aktuell fråga. En hög andel som svarat ”vet ej” indikerar att många respondenter inte har någon erfarenhet av aktuellt område och/eller upplever att frågan är svår att ta ställning till. Längst till höger redovisas resultat för år 2016 vad gäller andelen positiva/instämmande.

Signifikans

I de landstingsjämförande diagrammen visas signifikans utifrån ett 95-procentigt konfidensintervall.

- En stjärna (*) vid resultatsiffran anger att värdet, med 95-procents säkerhet, är högre än rikets värde.
- Två stjärnor (**) vid resultatsiffran anger att värdet, med 95 procents säkerhet, är lägre än rikets värde.
- Ingen markering vid resultatsiffran anger att skillnaden mot rikets värde inte är statistiskt säkerställd.

FIGUR 1. Översikt av insamlingsmetod



Viktning av resultat

Urvalet har stratifierats i syfte att få en representativ svarsmängd per landsting och region. Eftersom landstingens och regionernas urvalsstorlek i Hälso- och sjukvårdsbarometern inte är proportionell mot fördelningen av antalet invånare kan rikets resultat bli skevt. Genom att använda vikter som återställer fördelningen så att den liknar rikets fördelning av större och mindre landsting och regioner, speglar resultaten hela befolkningen i Sverige. Vikter för 2017 baseras på invånare 18 år och äldre per den 31 december 2016.

Representativitet och påverkan på resultat

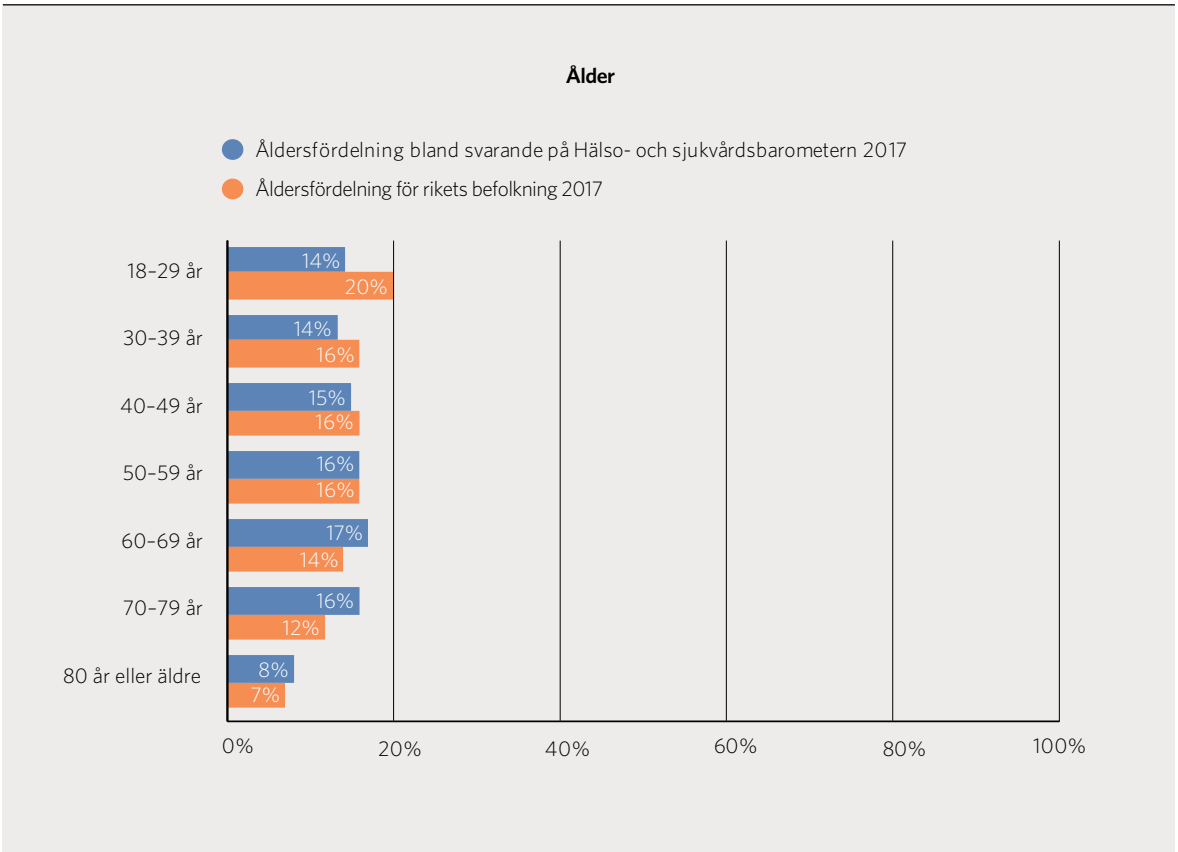
Svarsbenägenheten i Hälso- och sjukvårdsbarometern varierar mellan olika grupper av invånare, vilket är vanligt i denna typ av undersökningar. Exempelvis svarar personer i äldre åldersgrupper i högre utsträckning jämfört med personer i yngre åldersgrupper.

Genom att använda en mixad insamlingsmetod har vi kunnat motverka vissa skevheter så att svarsunderlaget fått en bättre representativitet bland främst yngre och utrikesfödda personer, som är de grupper som framförallt är underrepresenterade i undersökningen.

I diagram 1 redovisas svarsfördelningen bland personer i olika åldersgrupper. Personer i åldern 60 år eller äldre är något överrepresenterade medan personer i åldern 18-39 år är något underrepresenterade. Detta påverkar totalresultaten något då äldre personer generellt instämmer i något högre grad i de olika påståendena jämfört med yngre personer, vilket medför att resultaten blir något mer positiva än vad som motsvarar hela befolkningen.

Andelen kvinnor i undersökningen uppgår till 52 procent och andelen män till 48 procent. För två procent saknas uppgift om kön. Kvinnor har haft en något högre svarsbenägenhet än män, men

DIAGRAM 1. Åldersfördelning bland respondenter respektive bland rikets befolkning



detta påverkar inte totalresultatet nämnvärt för de flesta frågor då det är små attitydskillnader mellan könen. För frågorna om 1177 Vårdguiden samt om vård ges på lika villkor finns det dock attitydskillnader mellan grupperna som påverkar totalresultatet. Kvinnor har ett större förtroende för 1177 Vårdguiden jämfört med män, framförallt för 1177 Vårdguiden via webben samt e-tjänster. I frågan om vård ges på lika villkor har män en något mer positiv uppfattning än kvinnor.

13 procent av respondenterna är födda i ett annat land än Sverige. Motsvarande andel bland befolkningen uppgår till 20 procent. Personer födda utanför Norden har ett något lägre förtroende för hälso- och sjukvården men upplever i högre grad att vården ger på lika villkor, jämfört med personer som är födda i Sverige eller Norden. Eftersom utrikesfödda är underrepresenterade i undersökningen skulle det kunna betyda att resultatet blir mer positivt än verkligheten, även om dess påverkan är marginell på grund av att gruppen utgör en mindre andel.

I bilaga 2 redovisas antalet svar fördelat på hälsotillstånd, kön, åldersgrupp, utbildning samt födelseland.

Vår bedömning är att de individer som svarat i undersökningen i relativt hög grad speglar den totala populationen vad gäller köns- och åldersfördelning samt andelen utrikesfödda. Felmarginalen beaktar den osäkerhet som härrör från att det inte är samtliga personer i målgruppen som har tillfrågats utan endast ett urval av dem. Om bortfallet betraktas som slumpmässigt uppgår den statistiska felmarginalen i undersökningen till cirka +/- 0,5 procent på riksnivå och cirka +/- 1–3 procent på landstings- och regionnivå. Detta innebär exempelvis att om ett resultat på riksnivå i undersökningen uppgår till 60 procent, ligger det sanna värdet för hela populationen med 95 procents säkerhet inom spannet 59,5–60,5 procent.

KAPITEL 4

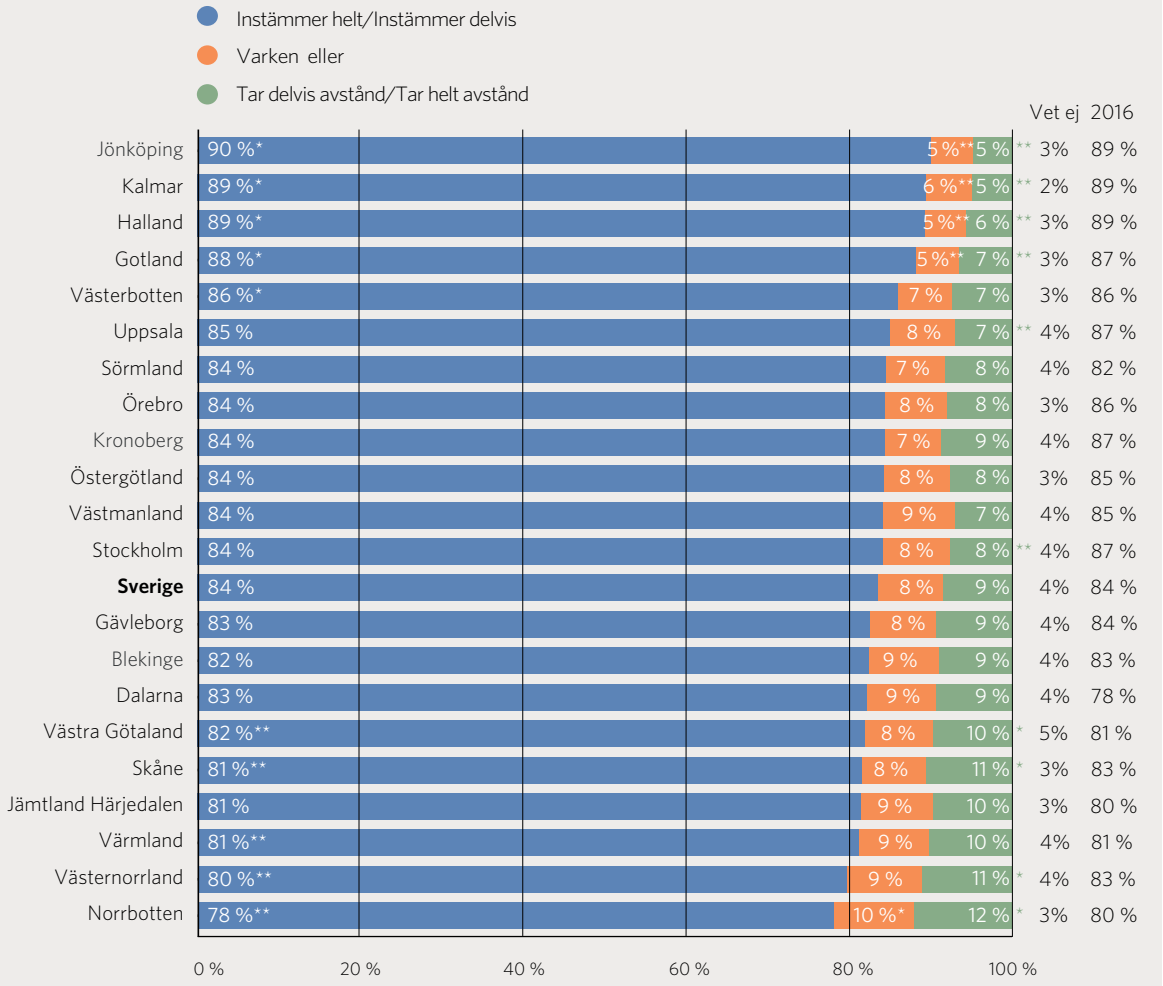
Resultat från 2017 års undersökning

Tillgång till hälso- och sjukvård

Fortsatt höga och jämna resultat i riket

84 procent av invånarna i Sverige instämmer i påståendet att de har tillgång till den hälso- och sjukvård som de behöver, ett resultat i nivå med 2016 års mätning. Nio procent tar helt eller delvis avstånd från påståendet. Det är generellt små resultatskillnader mellan de olika landstingen och regionerna när det gäller tillgången till hälso- och sjukvård. Högst andel instämmande finns, precis som i föregående mätning, i Jönköping, Kalmar och Halland. Överlag har det skett små resultatförändringar över tid för de olika landstingen och regionerna sedan 2016. Tydligast ökning för andelen positiva i frågan uppvisar Dalarna.

DIAGRAM 2. Jag har tillgång till den hälso- och sjukvård jag behöver, svar fördelat geografiskt



* Värdet är med 95% säkerhet högre än rikets värde.
** Värdet är med 95% säkerhet lägre än rikets värde.

Om ingen markering anges är det inte en statistiskt säkerställd skillnad mot rikets värde.

Överlag små attitydskillnader mellan olika grupper i befolkningen

I samtliga åldersgrupper svarar minst tre av fyra att de upplever att de har tillgång till den hälso- och sjukvård som de behöver. Personer som är 60 år eller äldre instämmer i något högre utsträckning än övriga i detta påstående. Överlag har det skett små attitydförändringar i detta avseende sedan 2016.

Kvinnor och män tycker i ungefär lika stor utsträckning att de har tillgång till den hälso- och sjukvård som de behöver. Bland personer som är födda utanför Norden är det något mindre vanligt att man upplever att tillgången är tillräcklig. För personer som är födda utanför Sverige har andelen instämmande minskat något jämfört med 2016.

Hur de som svarar uppfattar sitt allmänna hälsotillstånd har stor betydelse för svarsmönstret på majoriteten av frågorna i denna undersökning. Det syns bland annat i resultatet för frågan om tillgången till hälso- och sjukvård. Personer som anser att de har ett dåligt allmänt hälsotillstånd tycker i lägre grad än andra att de har tillgång till den hälso- och sjukvård som de behöver.

DIAGRAM 3. Jag har tillgång till den hälso- och sjukvård jag behöver. Andel som instämmer helt eller delvis, svar fördelat på åldersgrupper

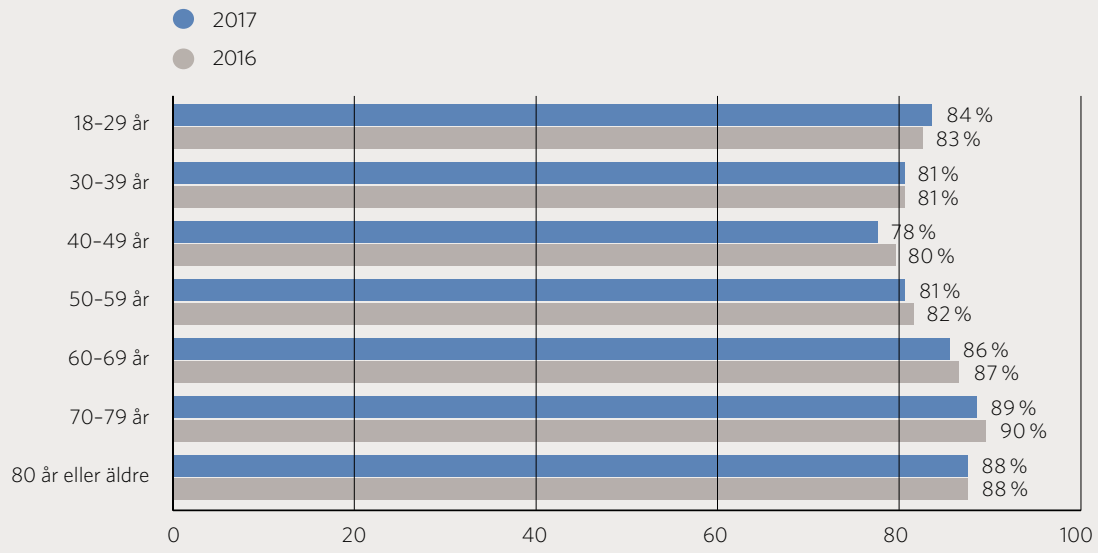


DIAGRAM 4. Jag har tillgång till den hälso- och sjukvård jag behöver. Andel som instämmer helt eller delvis, svar fördelat på födelseland

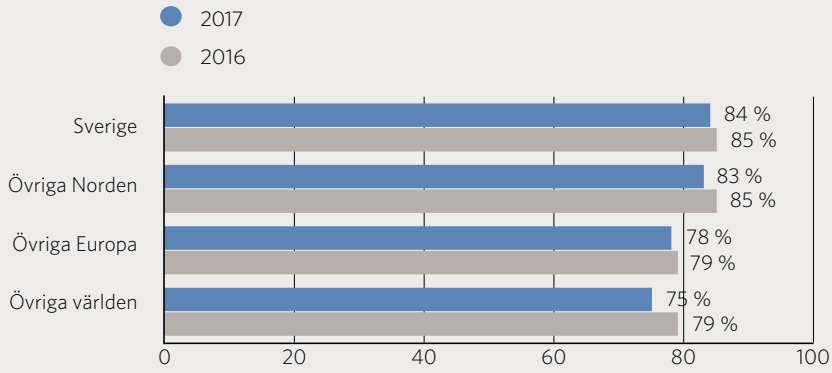
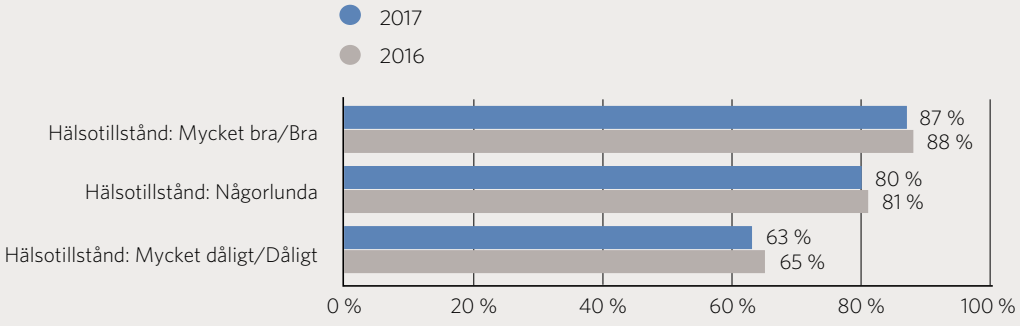


DIAGRAM 5. Jag har tillgång till den hälso- och sjukvård jag behöver. Andel som instämmer helt eller delvis, svar fördelat på upplevt allmänt hälsotillstånd

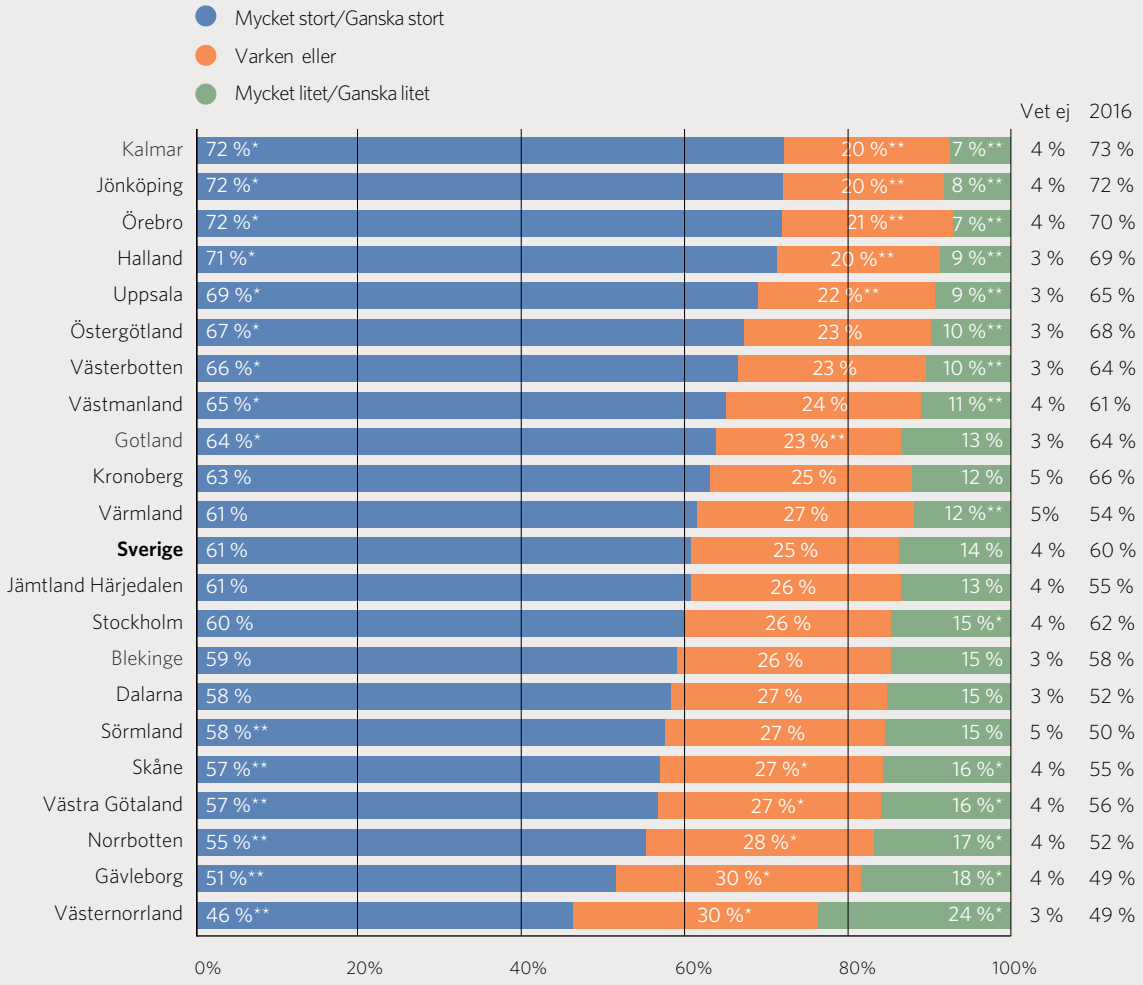


Förtroende för hälso- och sjukvården i sin helhet

Förbättrat resultat i flera delar av landet

I riket har 61 procent av invånarna ett stort eller ganska stort förtroende för hälso- och sjukvården i sin helhet i sitt egna landsting eller region, en ökning med en procentenhet sedan 2016. Andelen som har förtroende skiljer sig emellertid åt mellan de olika landstingen och regionerna från knappt hälften i Västernorrland till drygt 70 procent i Kalmar, Jönköping, Örebro och Halland. Flera landsting och regioner uppvisar en ökning av andelen med positiv uppfattning i denna fråga, främst Uppsala, Västmanland, Värmland, Jämtland Härjedalen, Dalarna och Sörmland.

DIAGRAM 6. Förtroende för hälso- och sjukvården i sin helhet i sitt landsting eller region, svar fördelat geografiskt



* Värdet är med 95% säkerhet högre än rikets värde.
** Värdet är med 95% säkerhet lägre än rikets värde.

Om ingen markering anges är det inte en statistiskt säkerställd skillnad mot rikets värde.

Lägre förtroende bland personer med sämre allmänt hälsotillstånd

Det finns relativt stora skillnader i attityder mellan olika åldersgrupper vad gäller förtroende för hälso- och sjukvården i sin helhet. De som är 70 år eller äldre uppger i högre grad än andra i att de har ett stort eller ganska stort förtroende.

Vidare finns det tydliga skillnader i detta avseende beroende på respondenternas upplevda hälsotillstånd. Den lägsta andelen med stort eller ganska stort förtroende för hälso- och sjukvården, 39 procent, återfinns bland dem som uppger ett mycket dåligt eller dåligt allmänt hälsotillstånd, vilken kan jämföras med 65 procent bland dem med mycket bra eller bra hälsotillstånd.

Kön har marginell betydelse för om man anser sig ha förtroende för hälso- och sjukvården i sin helhet. De personer som är födda i Sverige eller i övriga Norden har en något mer positiv uppfattning i detta avseende jämfört med de som är födda utanför Norden.

Personer med grundskoleutbildning som högsta slutförda utbildning/examen svarar i högre utsträckning att de har förtroende för hälso- och sjukvården i sin helhet, jämfört med de som har längre utbildning. I denna grupp svarar 69 procent att de har ett stort eller ganska stort förtroende jämfört med 60 procent bland de som har universitets- eller högskoleutbildning som högsta slutförda utbildning/examen. Resultatskillnader utifrån utbildningsnivåer kan till stor del förklaras av befolkningens ålder då det finns en samvariation mellan åldersfördelning och utbildningsnivå bland respondenterna. Personer i de äldsta åldersgrupperna har i högre grad en grundskoleutbildning som högsta slutförda utbildning/examen, medan yngre personer i högre grad har en gymnasie- eller högskole-/universitetsutbildning.

DIAGRAM 7. Förtroende för hälso- och sjukvården i sin helhet i sitt landsting eller region. Andel med stort eller mycket stort förtroende, svar fördelat på åldersgrupper

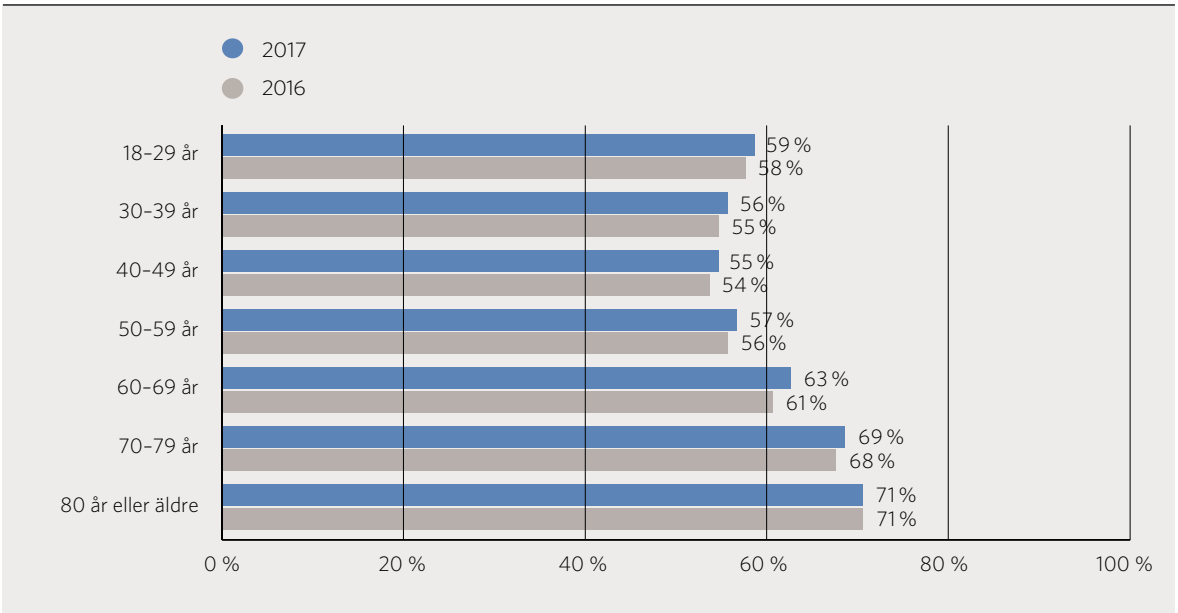
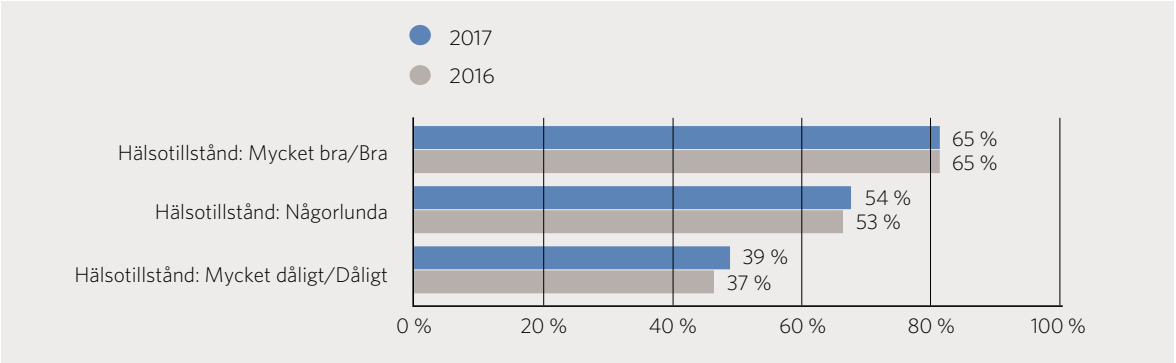


DIAGRAM 8. Förtroende för hälso- och sjukvården i sin helhet i sitt landsting eller region. Andel med stort eller mycket stort förtroende, svar fördelat på upplevd allmänt hälsotillstånd

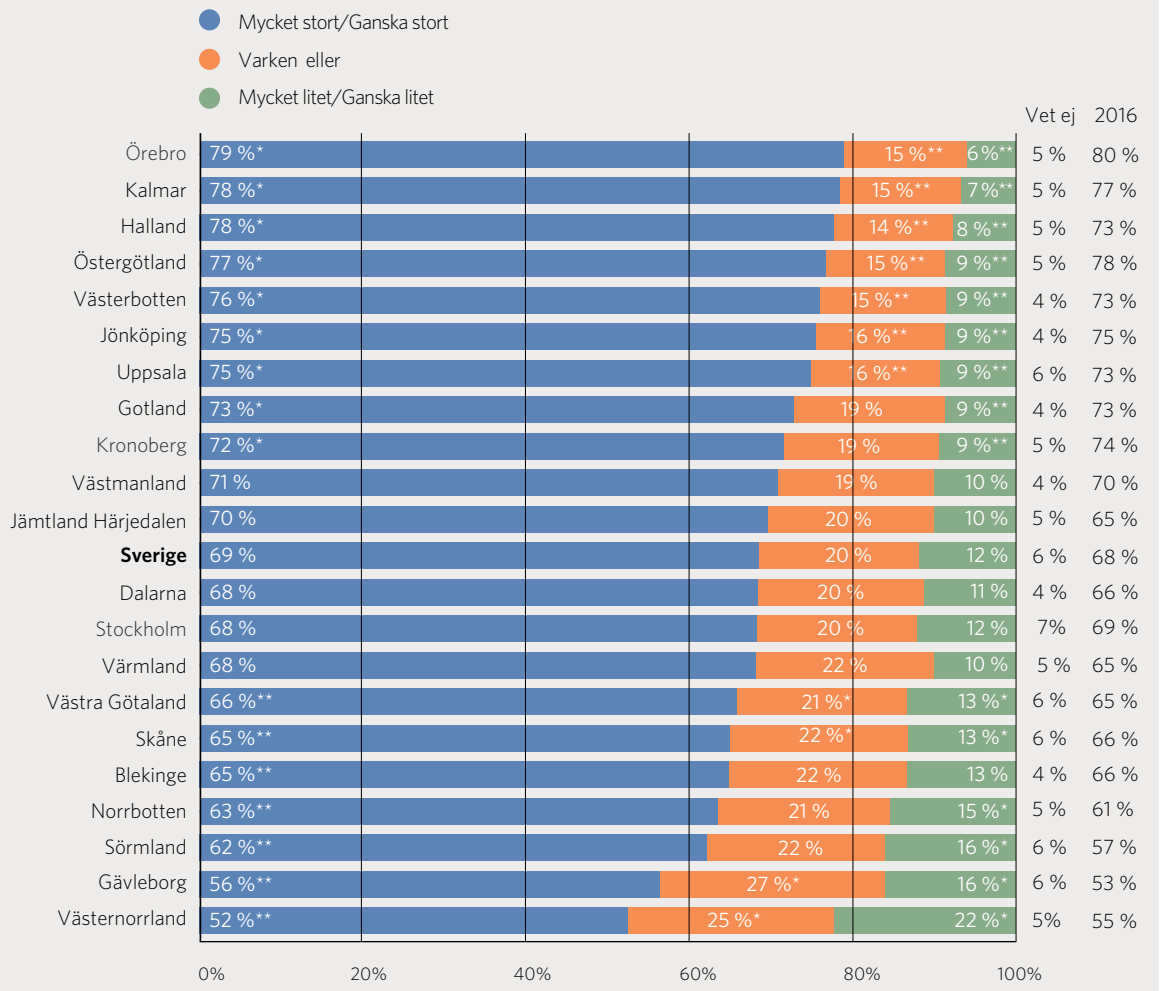


Förtroende för sjukhusen

Stora regionala skillnader

Sju av tio invånare har mycket stort eller ganska stort förtroende för sjukhusen i sitt egna landsting eller region. Resultatet ligger på ungefär samma nivå som för ett år sedan. Även om de flesta landsting och regioner har resultat som ligger i närheten av riksgenomsnittet så är det en stor skillnad mellan de med högst respektive lägst förtroende, som mest skiljer det 27 procentenheter. Förtroendet för sjukhusen är högst i Örebro medan det är lägst i Västernorrland. Halland, Jämtland Härjedalen och Sörmland uppvisar tydligast positiv utveckling sedan 2016 vad gäller andelen som har förtroende.

DIAGRAM 9. Förtroende för sjukhusen i sitt landsting eller region, svar fördelat geografiskt



* Värdet är med 95% säkerhet högre än rikets värde.
** Värdet är med 95% säkerhet lägre än rikets värde.

Om ingen markering anges är det inte en statistiskt säkerställd skillnad mot rikets värde.

Varierat förtroende bland olika grupper av invånare

Förtroendet för sjukhusen är högst bland personer som anser att de har ett bra eller mycket bra allmänt hälsotillstånd. Personer som är 70 år eller äldre har högst förtroende för sjukhusen i sitt egna landsting eller region. Fyra av fem personer som är 70 år eller äldre har ett högt förtroende. Resultaten för de olika åldersgrupperna ligger överlag i nivå med fjolårets mätning.

Förtroendet för sjukhusen är högst bland personer som anser att de har ett bra eller mycket bra allmänt hälsotillstånd. De som anger att de har ett sämre allmänt hälsotillstånd har däremot lägre förtroende, mindre än hälften anger att de har ett högt förtroende.

Personer som har grundskola som högsta slutförda utbildning/examen har i något högre grad stort förtroende för sjukhusen jämfört med dem som har en högre utbildning. De personer som är födda i Sverige eller övriga Norden har en något mer positiv uppfattning i denna fråga jämfört med de som är födda utanför Norden. Förtroendet för sjukhusen är ungefär detsamma oavsett kön.

DIAGRAM 10. Förtroende för sjukhusen i sitt landsting/sin region. Andel med stort eller mycket stort förtroende, svar fördelat på åldersgrupper

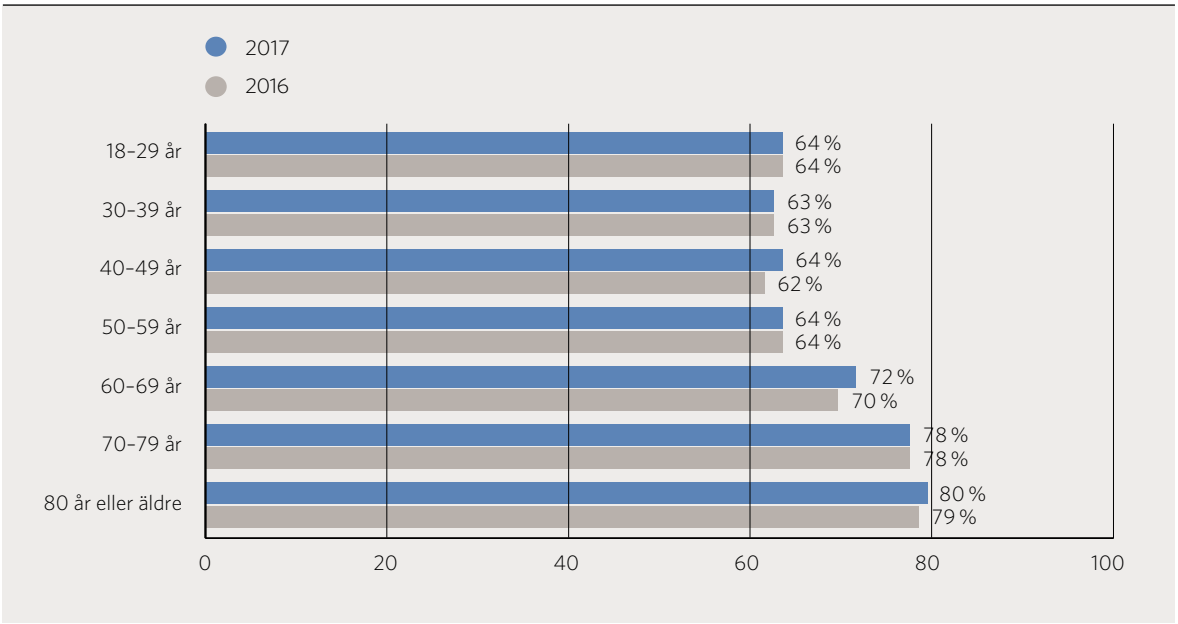
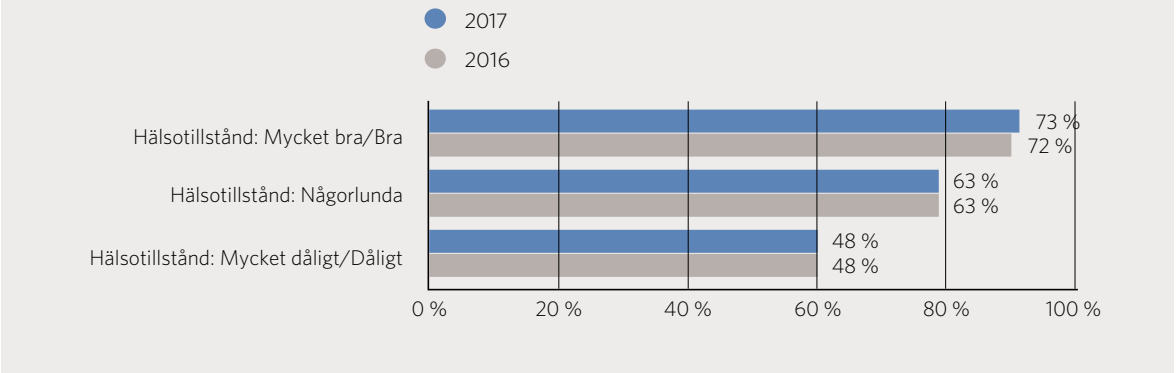


DIAGRAM 11. Förtroende för sjukhusen i sitt landsting/sin region. Andel med stort eller mycket stort förtroende, svar fördelat på upplevt allmänt hälsotillstånd

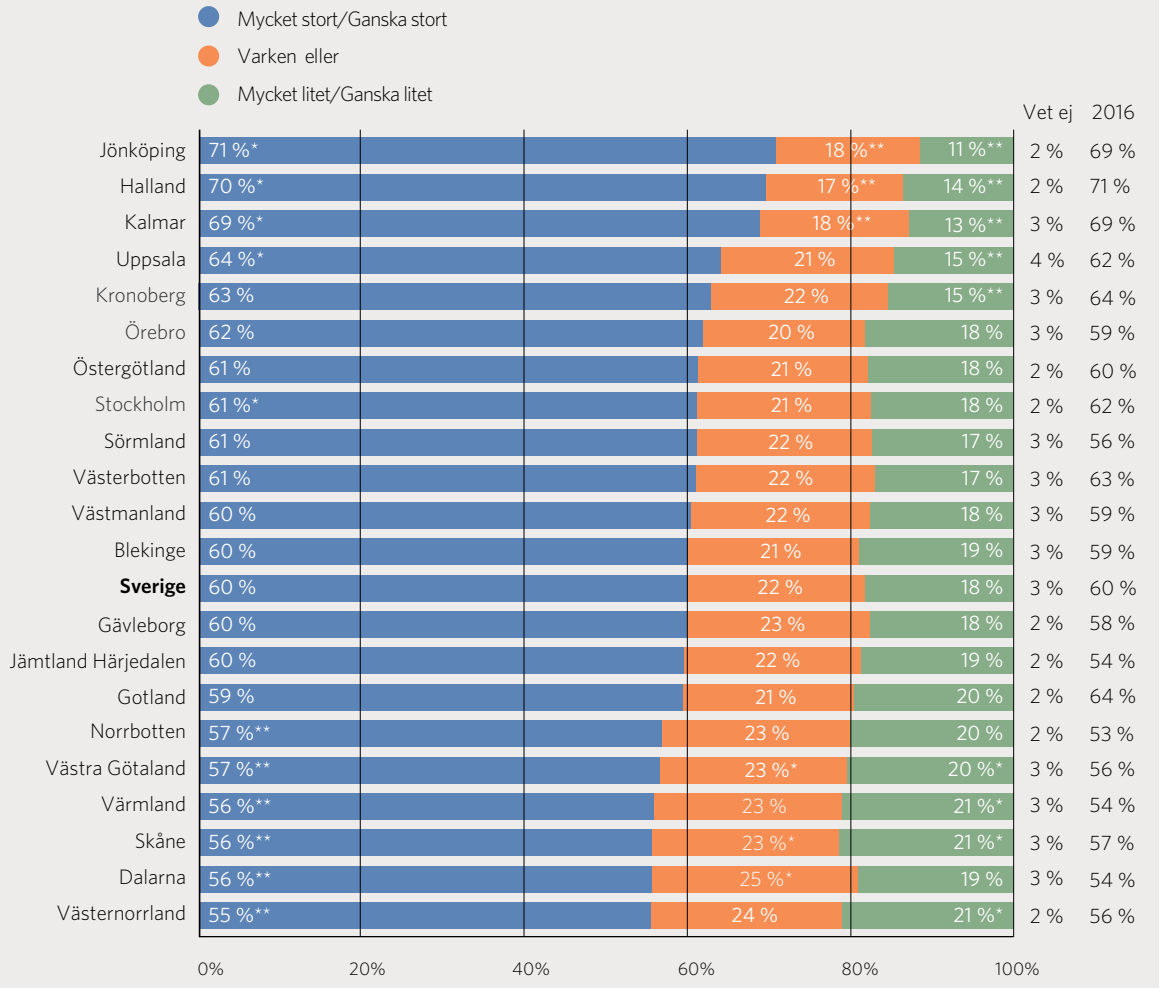


Förtroende för hälso-/vårdcentraler

Förtroendet på en något lägre nivå jämfört med sjukhus

Sex av tio invånare uppger att de har ett stort eller ganska stort förtroende för hälso-/vårdcentraler i sitt egna landsting eller region, ett resultat i nivå med 2016 års mätning. Andelen som har förtroende ligger nio procentenheter lägre jämfört med motsvarande resultat för sjukhus. De regioner/landsting där högst andel har förtroende för hälso-/vårdcentraler är Jönköping, Halland och Kalmar. I Sörmland och Jämtland Härjedalen är det en klart högre andel av invånarna som har förtroende för hälso-/vårdcentraler jämfört med för ett år sedan.

DIAGRAM 12. Förtroende för hälso-/vårdcentraler i sitt landsting eller region, svar fördelat geografiskt



* Värdet är med 95 % säkerhet högre än rikets värde.
** Värdet är med 95 % säkerhet lägre än rikets värde.

Om ingen markering anges är det inte en statistiskt säkerställd skillnad mot rikets värde.

Lägre förtroende bland personer med sämre allmänt hälsotillstånd

Sett till de olika åldersgrupperna ligger årets resultat i nivå med fjolåret. Förtroendet för hälso-/vårdcentraler tenderar att öka med stigande ålder, med undantag för den yngsta åldersgruppen. Lägst förtroende finns bland personer i åldersgruppen 30–39 år medan förtroendet är högst bland de som är 80 år eller äldre.

Personer med som uppger att de har ett bra eller mycket bra allmänt hälsotillstånd har i relativt hög grad förtroende för hälso-/vårdcentraler i sitt landsting eller sin region. De med ett sämre allmänt hälsotillstånd har ett klart lägre förtroende. Män har i något högre grad förtroende för hälso-/vårdcentraler, jämfört med kvinnor. För män uppgår andelen till 61 procent och för kvinnor till 59 procent.

De som är födda i Sverige eller övriga Norden anser i högre grad än de som är födda utanför Norden att de har förtroende för hälso-/vårdcentraler. Bland de som är födda i Norden är andelen 61 procent och bland dem som är födda i övriga Europa respektive övriga världen är andelarna 53 procent respektive 52 procent.

Personer som har grundskola som högsta avslutade utbildning/examen har i högre utsträckning förtroende för hälso-/vårdcentraler jämfört med de som har en högre utbildning.

DIAGRAM 13. Förtroende för hälso-/vårdcentraler i sitt landsting eller region. Andel med stort eller mycket stort förtroende, svar fördelat på åldersgrupper

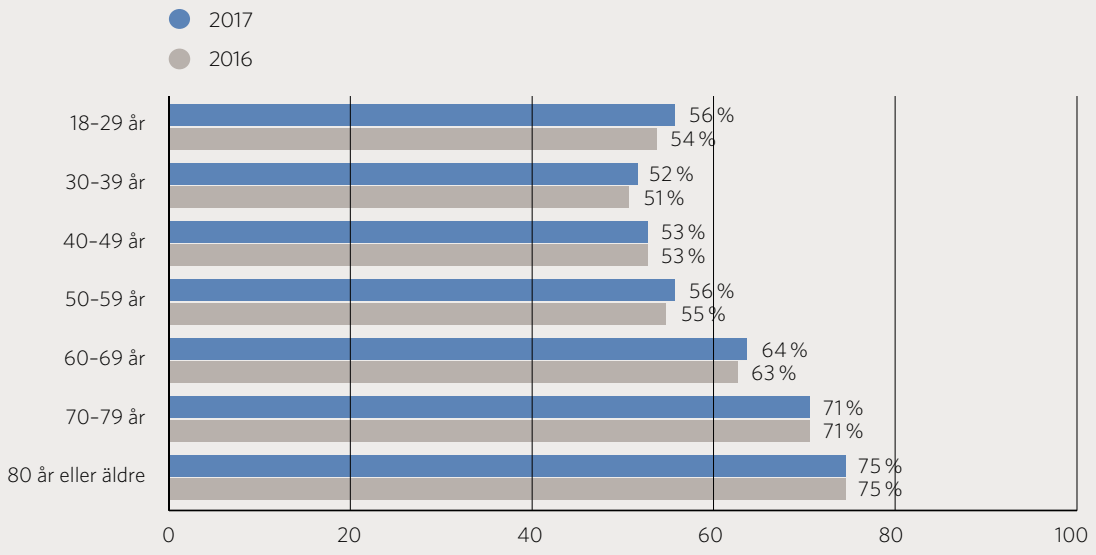
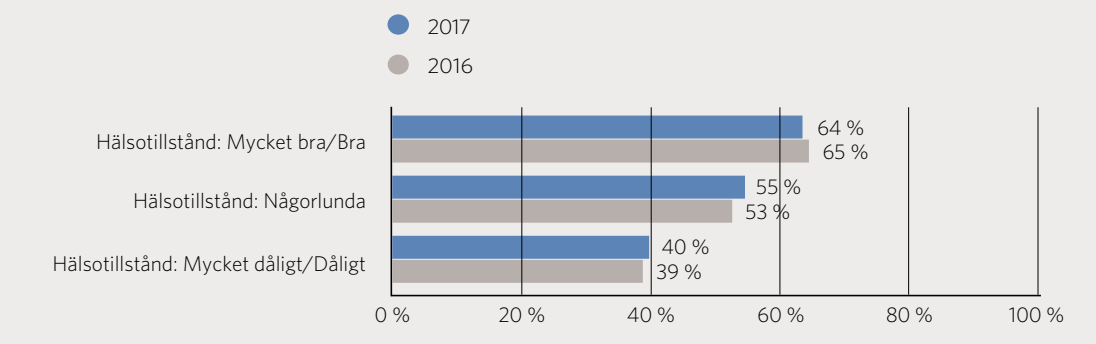


DIAGRAM 14. Förtroende för hälso-/vårdcentraler i sitt landsting eller region. Andel med stort eller mycket stort förtroende, svar fördelat på upplevt allmänt hälsotillstånd



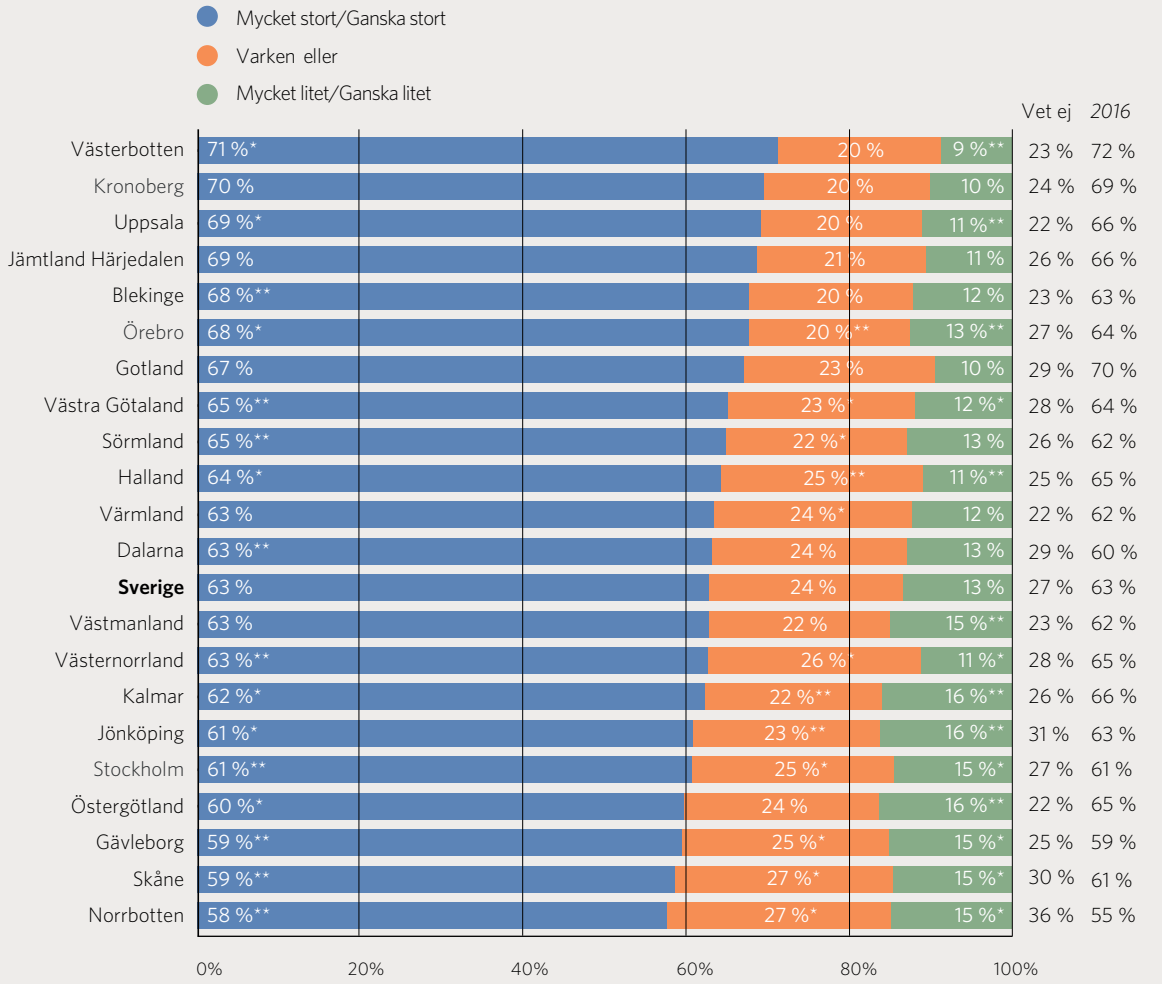
Råd och hjälp om hälsa och vård via telefon, 1177

Oförändrat resultat för riket

63 procent av invånarna anser att de har ett stort eller ganska stort förtroende för 1177 Vårdguidens råd och hjälp om hälsa och vård via telefon. Resultatet för riket ligger kvar på samma nivå som för ett år sedan. Tydligast ökning av andelen med positiv uppfattning i frågan har Blekinge och Örebro.

Sett till hela befolkningen är det 27 procent som inte har någon uppfattning i frågan, en minskning med två procentenheter sedan 2016.

DIAGRAM 15. Förtroende för 1177 Vårdguidens råd och hjälp om hälsa och vård via telefon, 1177, svar fördelat geografiskt



* Värdet är med 95% säkerhet högre än rikets värde.
** Värdet är med 95% säkerhet lägre än rikets värde.

Om ingen markering anges är det inte en statistiskt säkerställd skillnad mot rikets värde.

Förhållandevis små skillnader mellan olika grupper

Förtroendet för 1177 Vårdguiden via telefon är högst bland personer som upplever att de har ett bra eller mycket bra hälsotillstånd och lägst bland de som anger att de har ett dåligt allmänt hälsotillstånd. Hälften av dem som har ett upplevt dåligt eller mycket dåligt hälsotillstånd har förtroende för 1177 Vårdguiden.

Kvinnor har även i år ett något högre förtroende för 1177 Vårdguiden via telefon än män. Andelen med stort förtroende är 64 procent bland kvinnor jämfört med 61 procent bland män.

DIAGRAM 16. Förtroende för 1177 Vårdguidens råd och hjälp om hälsa och vård via telefon, 1177. Andel med stort eller mycket stort förtroende, svar fördelat på åldersgrupper.

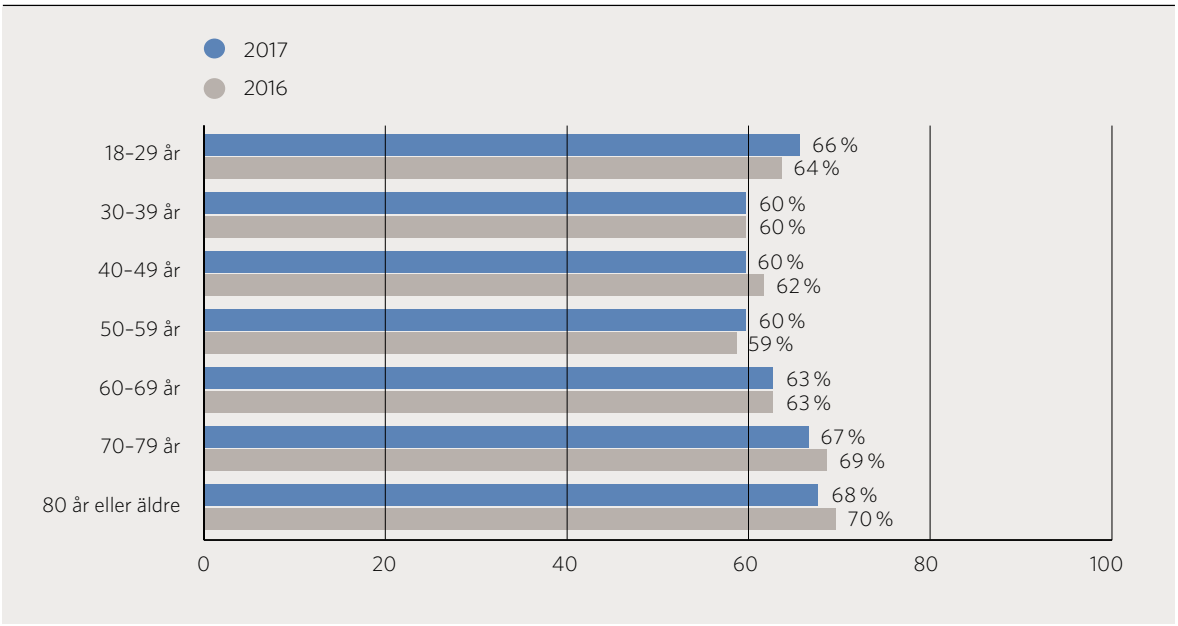
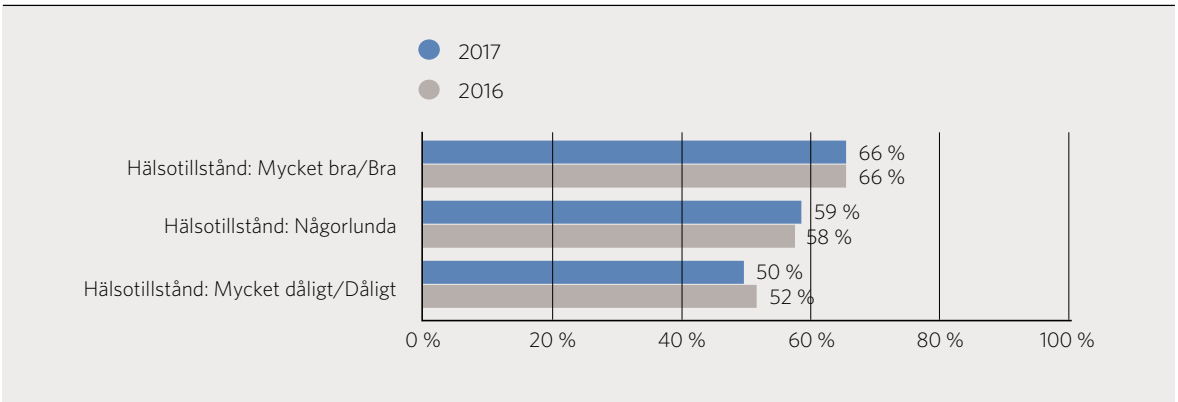


DIAGRAM 17. Förtroende för 1177 Vårdguidens råd och hjälp om hälsa och vård via telefon, 1177. Andel med stort eller mycket stort förtroende, svar fördelat på upplevt allmänt hälsotillstånd



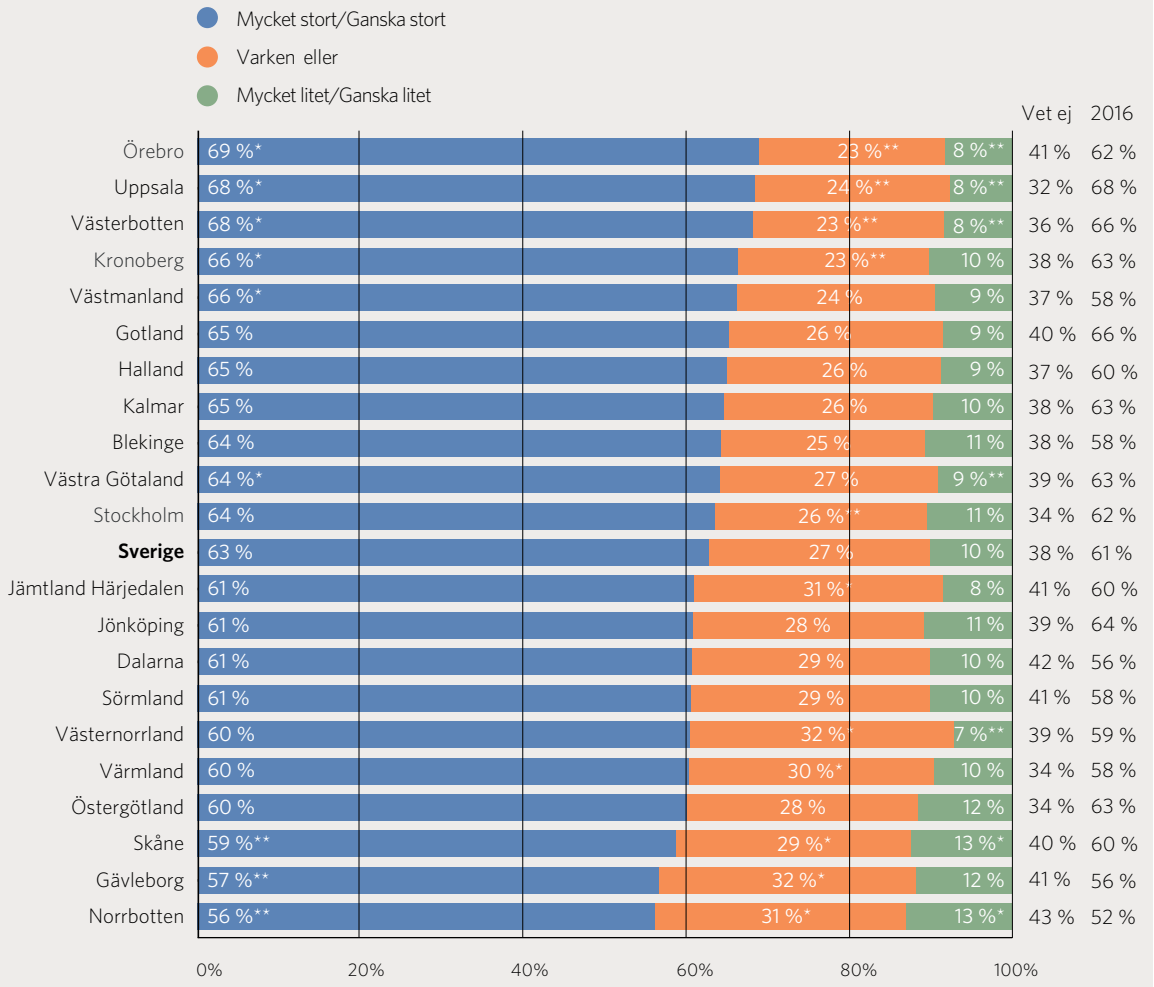
Information och råd om hälsa och vård via webben, 1177.se

Ökat förtroende bland befolkningen

Nära fyra av tio invånare har ingen uppfattning i frågan om de har förtroende för 1177 Vårdguidens information och råd om hälsa och vård via webben. Andelen som inte har någon uppfattning har dock minskat under det senaste året, från 42 procent 2016 till 38 procent i år.

Bland de som har en åsikt i frågan uppger 63 procent att de har förtroende för 1177 Vårdguiden via webben, en ökning med två procentenheter sedan 2016. Inom flera landsting och regioner har befolkningen fått en mer positiv uppfattning i denna fråga. Andelen med förtroende har ökat mest i Örebro, Västmanland, Halland, Blekinge och Dalarna.

DIAGRAM 18. Förtroende för 1177 Vårdguidens information och råd om hälsa via webben, 1177.se, svar fördelat geografiskt



* Värdet är med 95% säkerhet högre än rikets värde.
** Värdet är med 95% säkerhet lägre än rikets värde.

Om ingen markering anges är det inte en statistiskt säkerställd skillnad mot rikets värde.

Ökat förtroende bland de som är yngre än 40 år

Det finns en tydlig skillnad i vilka åldersgrupper som har högst förtroende för Vårdguiden via telefon och via webben. Förtroendet för Vårdguiden via webben är som lägst i den äldsta åldersgruppen medan det är som högst i samma åldersgrupp när det gäller förtroendet för Vårdguiden via telefon.

Förtroendet för 1177 Vårdguiden via webben är som högst bland personer som är under 40 år, framförallt bland de i åldern 18–29 år. Det är även i den yngsta åldersgruppen som andelen positiva i frågan ökat mest sedan 2016.

DIAGRAM 19. Förtroende för 1177 Vårdguidens information och råd om hälsa via webben, 1177.se. Andel med stort eller mycket stort förtroende, svar fördelat på åldersgrupper

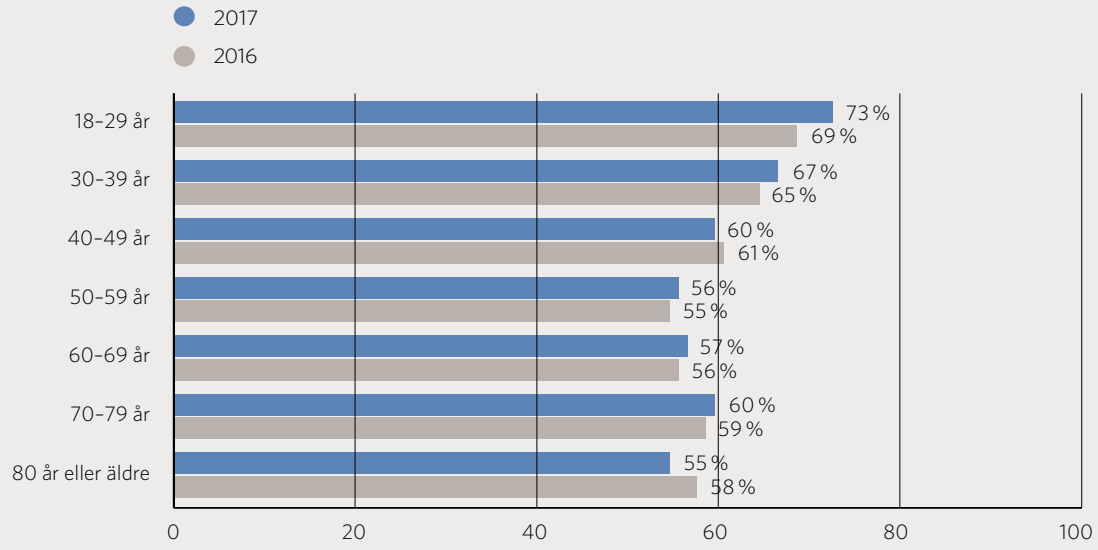
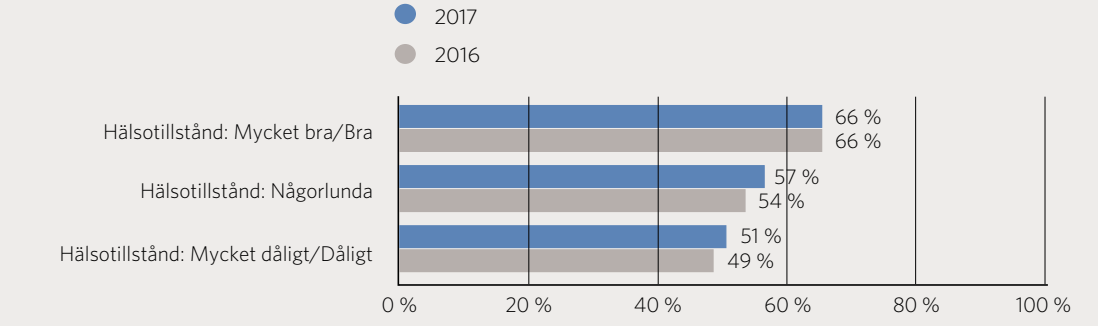


DIAGRAM 20. Förtroende för 1177 Vårdguidens information och råd om hälsa via webben, 1177.se. Andel med stort eller mycket stort förtroende, svar fördelat på upplevt allmänt hälsotillstånd

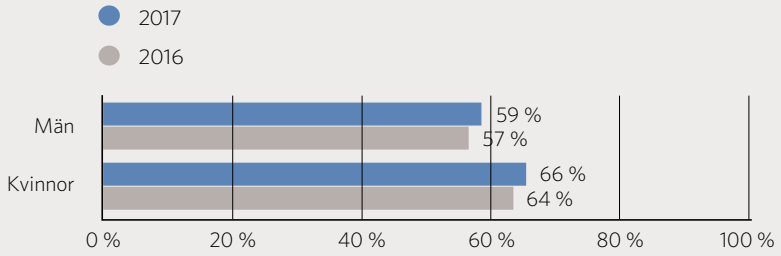


Andelen som inte har någon uppfattning i frågan ökar med stigande ålder och är som högst bland de som är 80 år eller äldre. Andelen som inte har åsikt har minskat i samtliga åldersgrupper, jämfört med för ett år sedan.

När det gäller förtroendet för 1177 Vårdguiden via webben finns det samma svarsmönster bland grupper med olika hälsotillstånd som i frågan om 1177 Vårdguiden via telefon. Personer med ett bra eller mycket bra allmänt hälsotillstånd instämmer i högre utsträckning i att de har förtroende för 1177 Vårdguiden via webben. De som anser sig ha ett någorlunda eller dåligt hälsotillstånd har fått en mer positiv uppfattning i denna fråga jämfört med för ett år sedan.

Såväl män som kvinnor har fått en något mer positiv uppfattning om 1177 Vårdguiden via webben under det senaste året. Andelen som har förtroende för 1177 Vårdguiden är högre bland kvinnor än bland män.

DIAGRAM 21. Förtroende för 1177 Vårdguidens information och råd om hälsa via webben, 1177.se. Andel med stort eller mycket stort förtroende, svar fördelat på kön



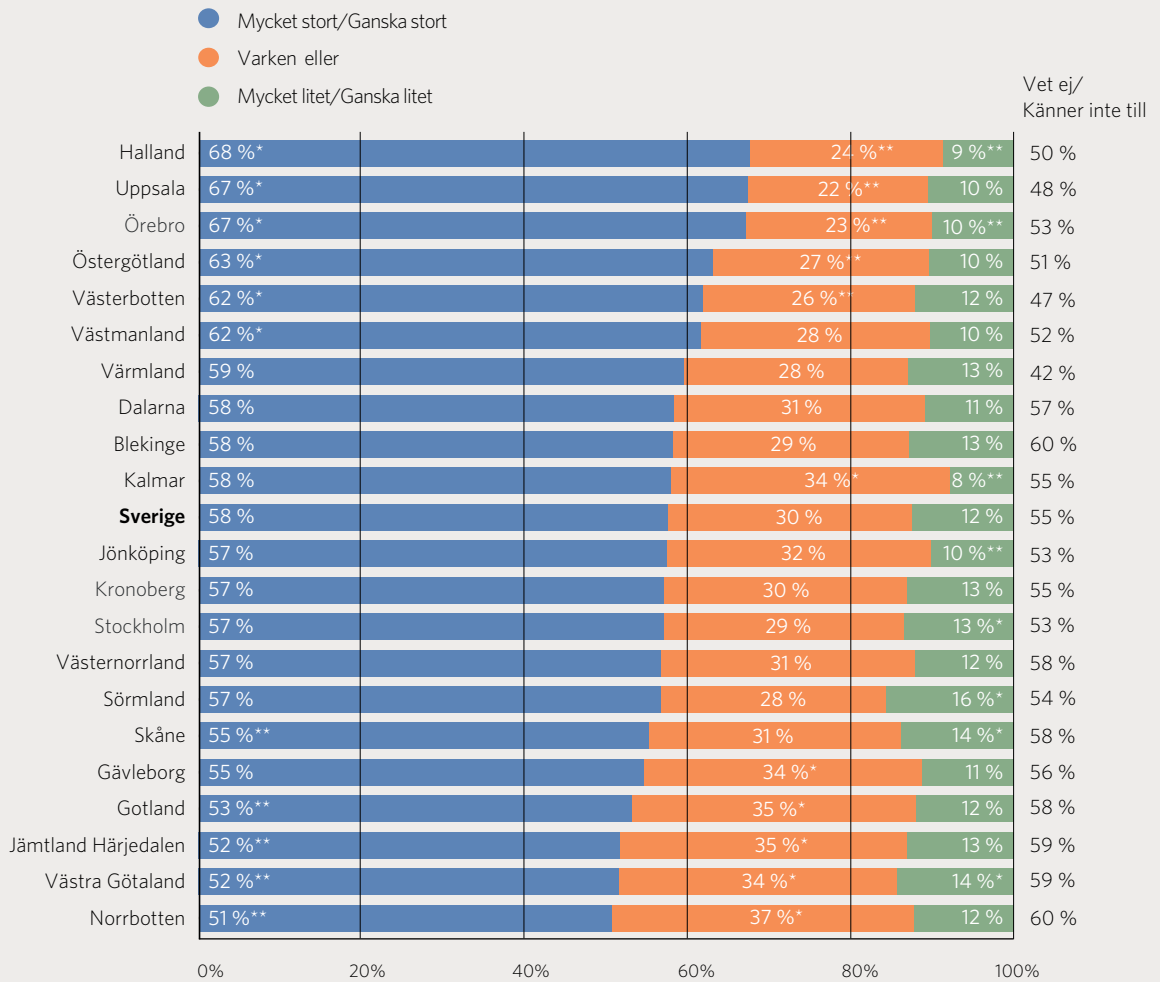
Förtroende för 1177 Vårdguidens e-tjänster

Merparten har ingen åsikt om e-tjänsterna

Över hälften (55 procent) av Sveriges invånare har ingen uppfattning i frågan om de har förtroende för 1177 Vårdguidens e-tjänster. Detta indikerar att många inte känner till eller har använt sig av e-tjänsterna tillräckligt ofta för att kunna ha någon uppfattning.

Bland de personer i riket som har en uppfattning i frågan är det drygt hälften som har ett stort förtroende för e-tjänsterna. Halland, Uppsala och Örebro har högst andel med förtroende. Överlag är det relativt små resultatskillnader mellan de olika landstingen och regionerna, framförallt vad gäller andelen som inte har förtroende.

DIAGRAM 22. Förtroende för 1177 Vårdguidens e-tjänster, svar fördelat geografiskt



* Värdet är med 95% säkerhet högre än rikets värde.
** Värdet är med 95% säkerhet lägre än rikets värde.

Om ingen markering anges är det inte en statistiskt säkerställd skillnad mot rikets värde.

Personer i den yngsta åldersgruppen (18–29 år) har högst förtroende för 1177 Vårdguidens e-tjänster. För övriga åldersgrupper är det generellt sett små attitydskillnader i denna fråga. Andelen som inte har någon uppfattning i denna fråga varierar stort utifrån ålder, från drygt 40 procent bland personer upp till 40 år till 80 procent bland personer över 80 år.

Personer med ett bra hälsotillstånd har ett högre förtroende för Vårdguidens e-tjänster än personer med ett sämre hälsotillstånd.

Kvinnor har ett större förtroende för Vårdguidens e-tjänster jämfört med män. Det är även en något högre andel av kvinnorna som har en uppfattning i frågan, jämfört med män.

DIAGRAM 23. Förtroende för 1177 Vårdguidens e-tjänster. Andel med stort eller mycket stort förtroende, svar fördelat på åldersgrupper

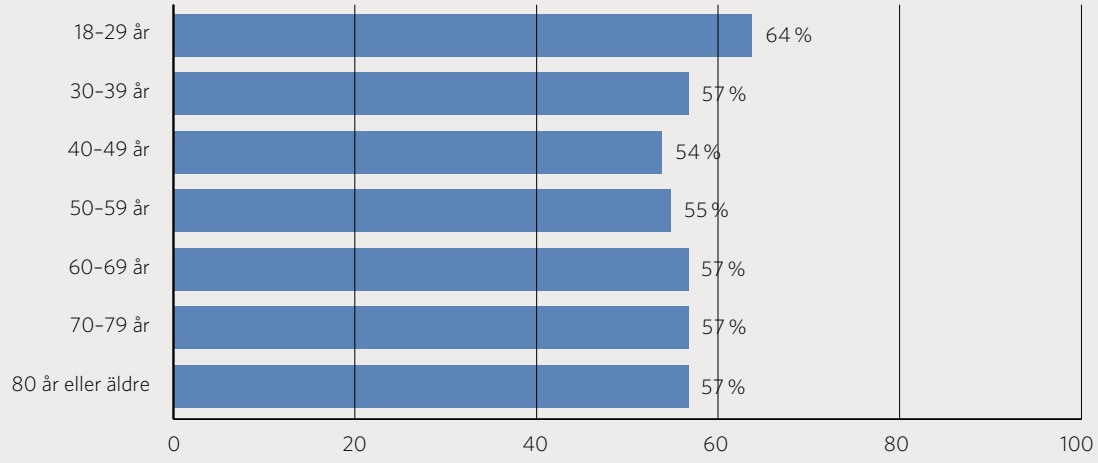
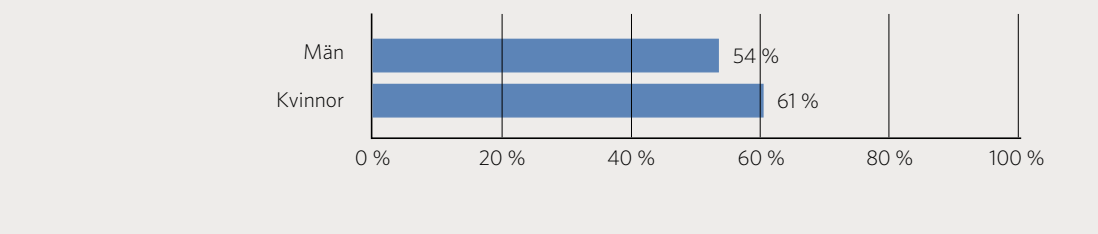


DIAGRAM 24. Förtroende för 1177 Vårdguidens e-tjänster. Andel med stort eller mycket stort förtroende, svar fördelat på upplevt allmänt hälsotillstånd

DIAGRAM 25. Förtroende för 1177 Vårdguidense-tjänster. Andel med stort eller mycket stort förtroende, svar fördelat på kön



Väntetider till besök och behandling på sjukhus

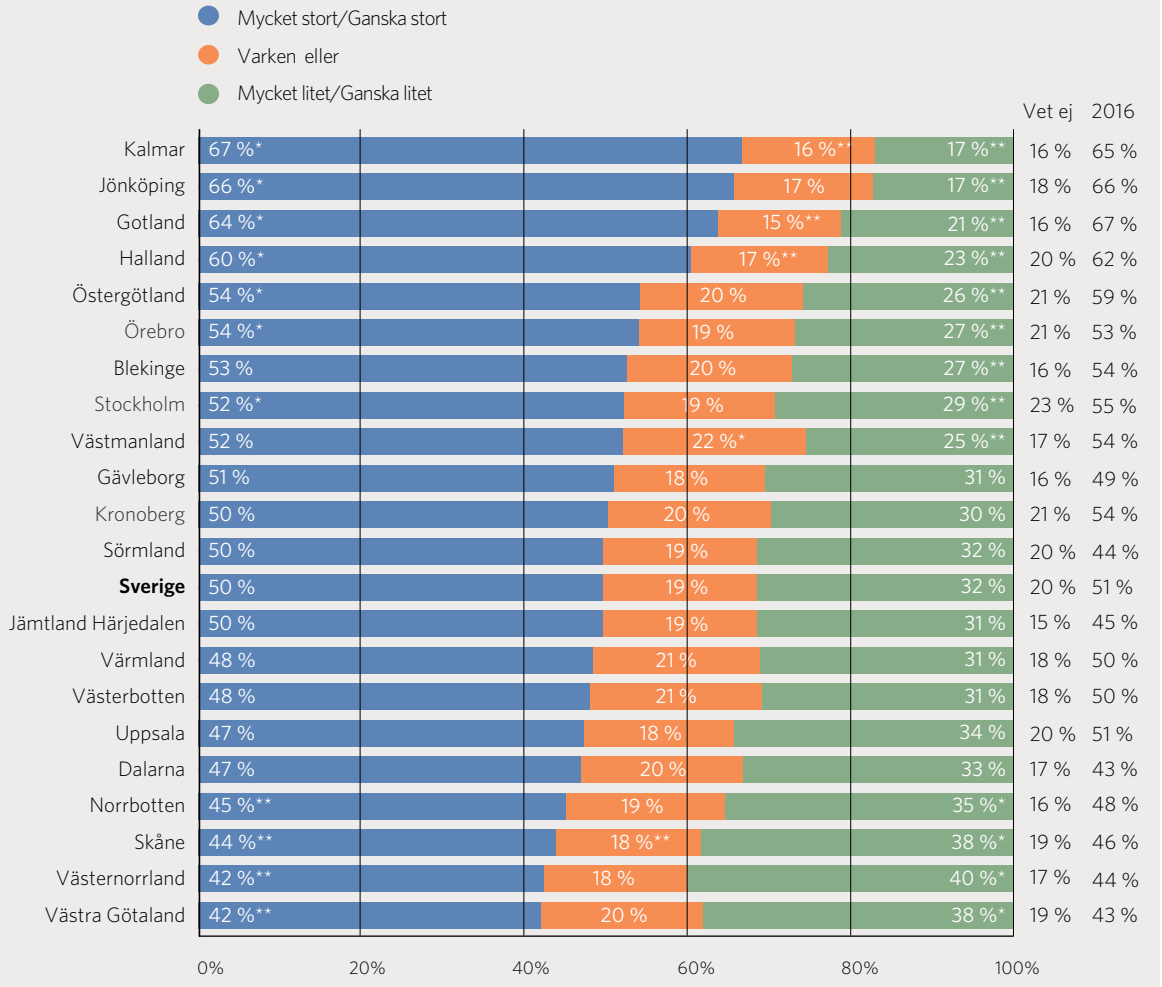
Delade åsikter bland befolkningen

Bland de invånare som har en uppfattning om väntetider till besök och behandling på sjukhus är det hälften som tycker att de är rimliga, vilket är något lägre jämfört med 2016 års resultat. En förhållandevis hög andel, en av tre, tar helt eller delvis avstånd från påståendet.

Sett till hela befolkningen uppger en av fem att de inte har någon uppfattning eller inte tycker sig kunna besvara frågan, vilket indikerar att de inte har någon erfarenhet i närtid.

Det finns stora regionala skillnader när det gäller befolkningens attityder till väntetiderna. I Kalmar anser två av tre att väntetiderna till sjukhus är rimliga. I Västra Götaland och Västernorrland är andelen instämmande som lägst, 42 procent. I Sörmland och Jämtland Härjedalen är det en klart högre andel av befolkningen som är positiva till väntetiderna jämfört med för ett år sedan. I Östergötland har befolkningen däremot fått en klart mindre positiv uppfattning i denna fråga.

DIAGRAM 26. I mitt landsting/min region är väntetider till besök och behandling på sjukhus rimliga, svar fördelat geografiskt



* Värdet är med 95% säkerhet högre än rikets värde.
** Värdet är med 95% säkerhet lägre än rikets värde.

Om ingen markering anges är det inte en statistiskt säkerställd skillnad mot rikets värde.

Andel instämmande ökar med stigande ålder

Det finns skillnader i befolkningens attityder till väntetider beroende på ålder. Andelen som instämmer i påståendet att väntetider till behandling och besök på sjukhus är rimliga ökar med stigande ålder. Fyra av tio personer i åldern 18–29 år anser att väntetiderna är rimliga, jämfört med två av tre i åldersgruppen 80 år och äldre.

Sett till kön är det endast små attitydskillnader mellan män och kvinnor i denna fråga.

Bland personer med egenupplevt sämre allmänt hälsotillstånd instämmer endast 36 procent i påståendet att väntetider till besök och behandling på sjukhus är rimliga.

DIAGRAM 27. I mitt landsting/min region är väntetider till besök och behandling på sjukhus rimliga. Andel som instämmer helt eller delvis, svar fördelat på åldersgrupper

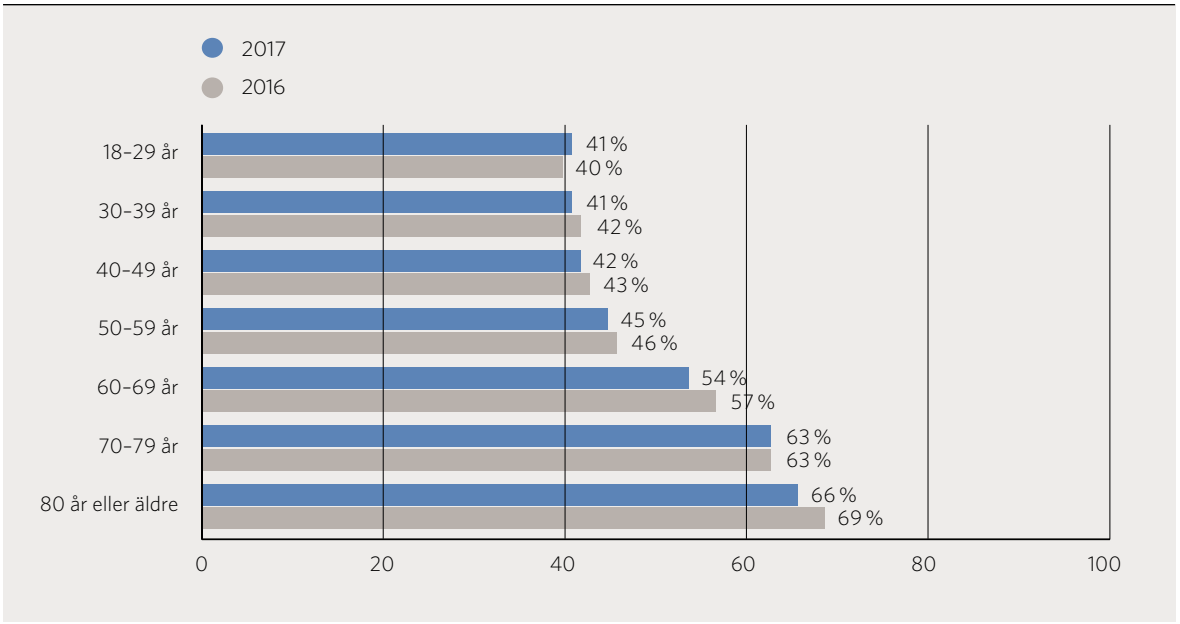
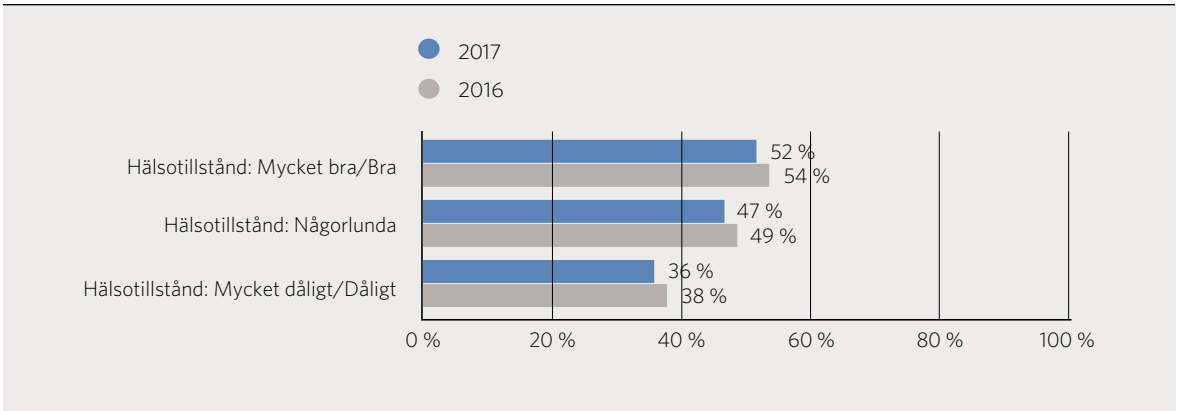


DIAGRAM 28. I mitt landsting/min region är väntetider till besök och behandling på sjukhus rimliga. Andel som instämmer helt eller delvis, svar fördelat på upplevt allmänt hälsotillstånd



Väntetider till besök på hälso-/vårdcentral

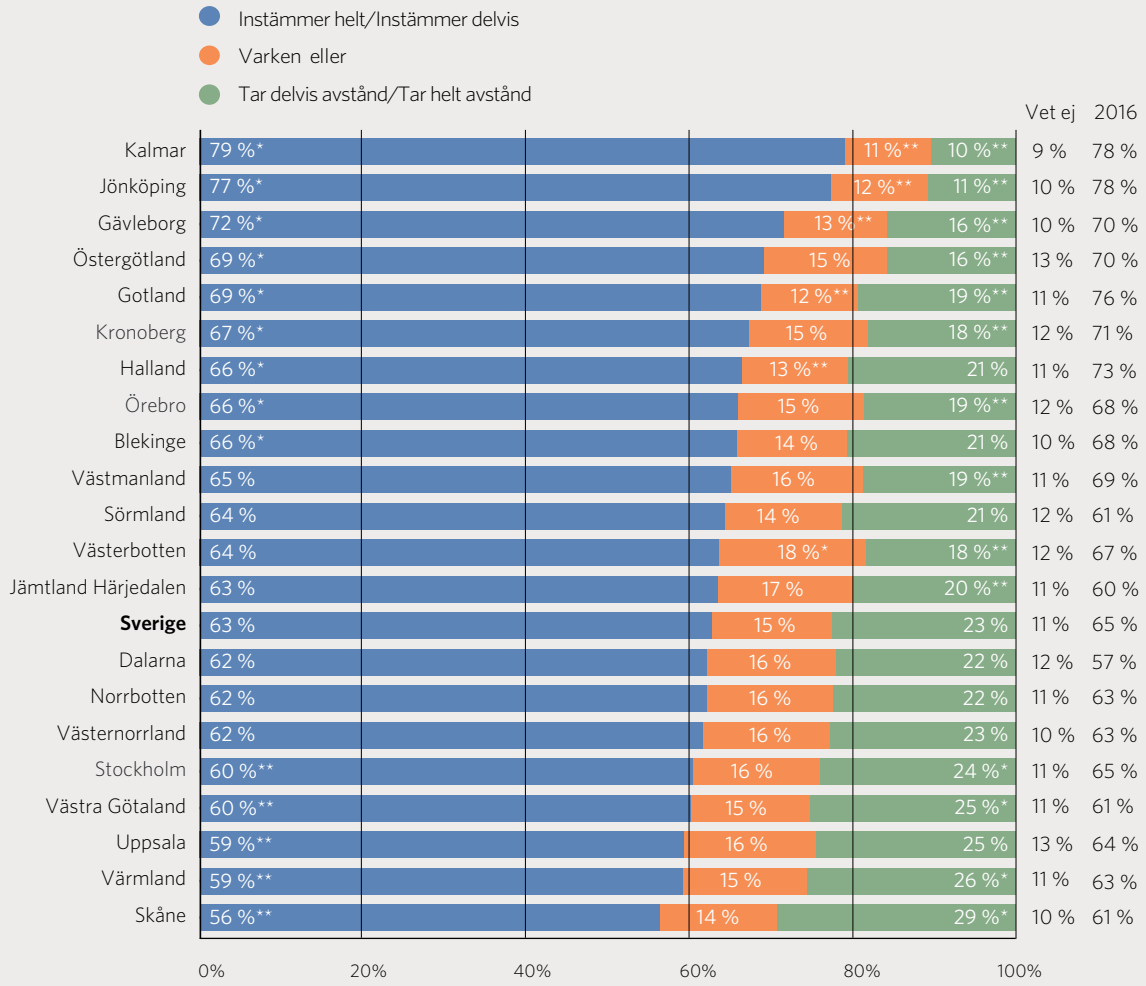
Allt färre anser att väntetider till hälso-/vårdcentraler är rimliga

Andelen invånare som tycker att väntetider till hälso-/vårdcentraler är rimliga har minskat något under det senaste året, från 65 procent 2016 till 63 procent i år. I Gotland, Kronoberg, Stockholm, Uppsala och Skåne är det en klart lägre andel av befolkningen som instämmer i att väntetiderna är rimliga, jämfört med för ett år sedan. Dalarna uppvisar däremot en tydlig positiv utveckling i denna fråga.

Det finns stora skillnader i uppfattning om väntetider till besök på hälso-/vårdcentraler mellan regioner/landsting. I Kalmar och Jönköping finns högst andel som instämmer i påståendet och i Skåne finns lägst andel instämmande.

Det är en högre andel av befolkningen som håller med om att väntetider för besök på hälso-/vårdcentraler är rimliga jämfört med motsvarande fråga för besök och behandling på sjukhus, där 50 procent anser det.

DIAGRAM 29. I mitt landsting/min region är väntetider till besök på hälso-/vårdcentraler rimliga, svar fördelat geografiskt



* Värdet är med 95% säkerhet högre än rikets värde.
** Värdet är med 95% säkerhet lägre än rikets värde.

Om ingen markering anges är det inte en statistiskt säkerställd skillnad mot rikets värde.

Äldre personer mest nöjda med väntetider

Andelen som anser att väntetider till hälso-/vårdcentraler är rimliga ökar med stigande ålder. Bland 18–29 åringar är andelen som lägst (53 procent) och bland de som är 80 år eller äldre är andelen som högst (77 procent). Andelen som har en positiv uppfattning om väntetider har sjunkit sedan 2016 i åldrarna 30–79 år.

De som har ett bra eller mycket bra allmänt hälsotillstånd instämmer i högst utsträckning i att väntetider till besök på hälso-/vårdcentraler är rimliga. Mindre än hälften av dem som har ett dåligt eller mycket dåligt allmänt hälsotillstånd tycker att väntetiderna är rimliga.

Det är en något högre andel kvinnor än män som tycker att väntetider till besök på hälso-/vårdcentraler är rimliga. Andelen som har en positiv uppfattning i frågan har sjunkit både bland män och kvinnor sedan 2016.

DIAGRAM 30. I mitt landsting/min region är väntetider till besök på hälso-/vårdcentraler rimliga. Andel som instämmer helt eller delvis, svar fördelat på åldersgrupper

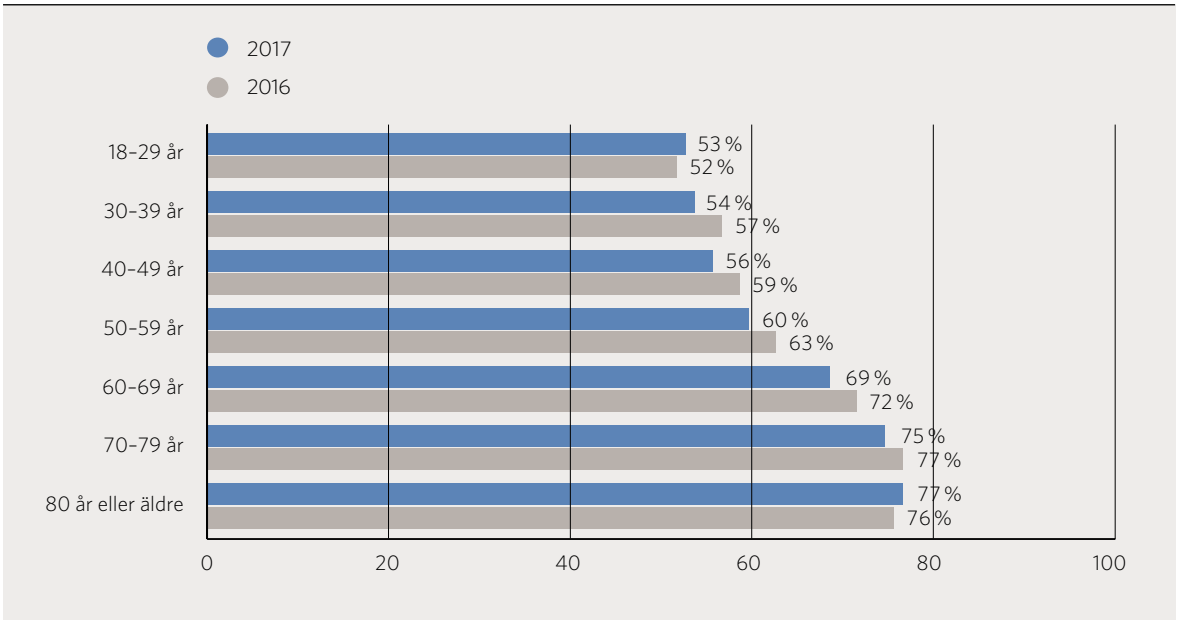
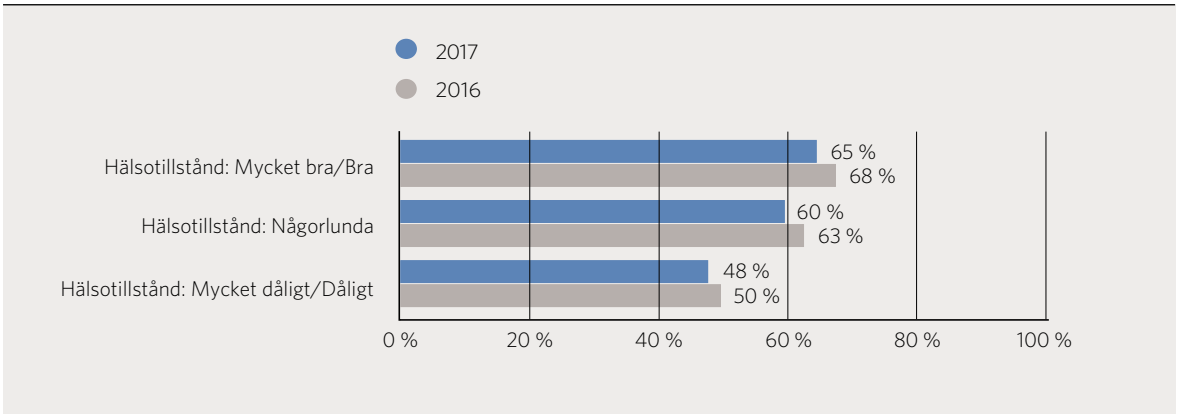


DIAGRAM 31. I mitt landsting/min region är väntetider till besök på hälso-/vårdcentraler rimliga. Andel som instämmer helt eller delvis, svar fördelat på upplevt allmänt hälsotillstånd



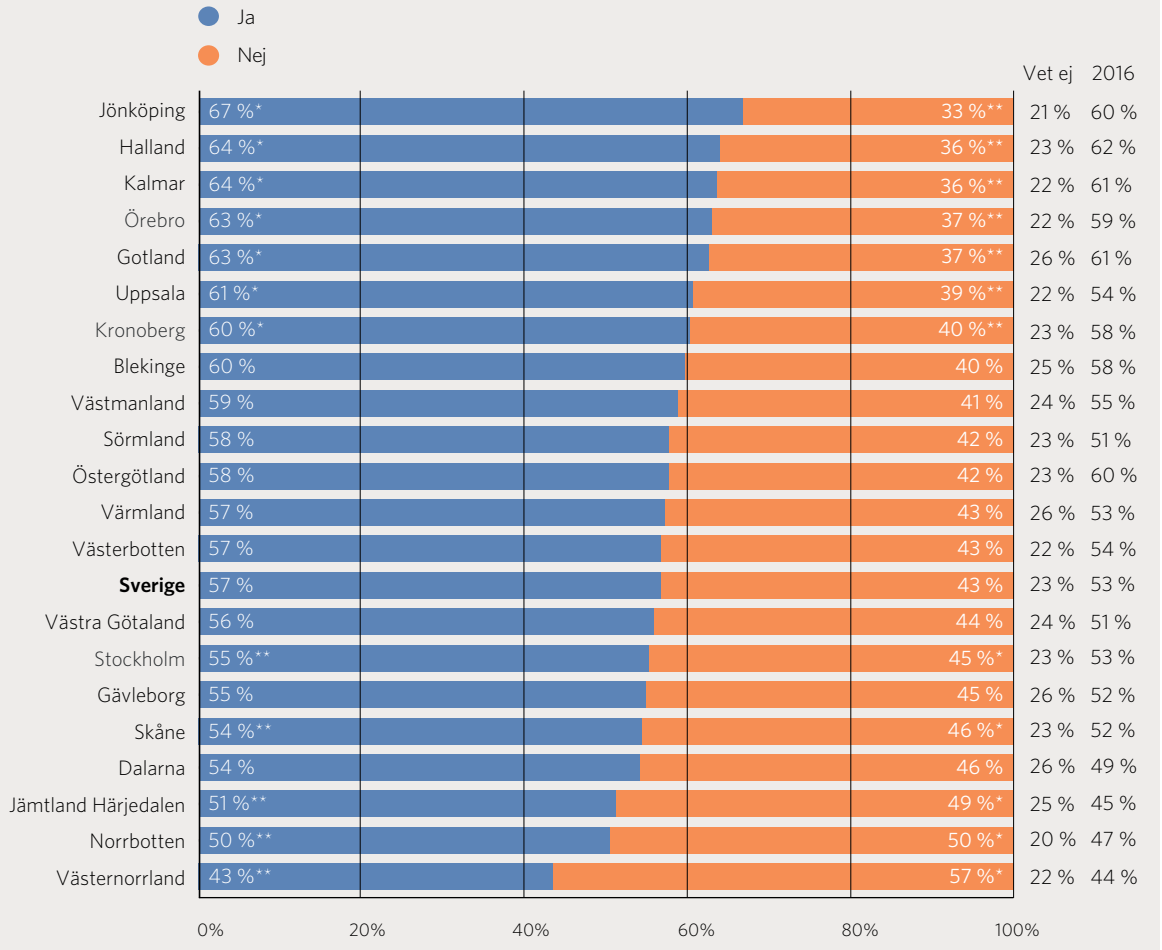
Vård på lika villkor

Ökad andel uppfattar att vården ges på lika villkor

Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och vård på lika villkor. När invånarna får frågan om de uppfattar att vården ges på lika villkor, det vill säga att behovet av vård avgör och inte något annat, är det drygt tre av fyra som anser sig kunna ta ställning. Andelen som inte har någon uppfattning i frågan har minskat med tre procentenheter sedan i fjol.

Bland de invånare som har en åsikt är det 57 procent som tycker att vård ges på lika villkor, vilket är signifikant högre jämfört med 2016 (53 procent). Det är en relativt stor skillnad i resultat mellan de olika landstingen och regionerna, som mest skiljer det 24 procentenheter mellan den högsta och lägsta andelen instämmande. Andelen som upplever att vården ges på lika villkor är högst i Jönköping och lägst i Västernorrland. För Jönköping, Uppsala, Sörmland, Västra Götaland, Dalarna och Jämtland Härjedalen har det skett tydligast ökningar av andelen positiva i denna fråga jämfört med 2016.

DIAGRAM 32. Målet för hälso- och sjukvården är god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Uppfattar du att vården ges på lika villkor, dvs. att behovet av vård avgör, inte något annat? Svar fördelat geografiskt



* Värdet är med 95% säkerhet högre än rikets värde.
** Värdet är med 95% säkerhet lägre än rikets värde.

Om ingen markering anges är det inte en statistiskt säkerställd skillnad mot rikets värde.

Stora attitydskillnader mellan olika grupper

Andelen positiva i denna fråga har ökat för i stort sett samtliga åldersgrupper. Tydligast ökning har skett i åldersgruppen 60–69 år. Personer som är i åldern 50–59 år anser i lägst grad att vården ges på lika villkor. Andelen som instämmer i att vården ges på lika villkor är högst i åldersgrupperna 18–29 år respektive 80 år eller äldre.

Personer med sämre allmänt hälsotillstånd anser i lägst utsträckning att vården ges på lika villkor och för denna grupp ligger resultatet kvar på samma nivå som under 2016. Personer som anser sig ha en bra eller någorlunda bra hälsa instämmer i högre grad i att vården ges på lika villkor, jämfört med för ett år sedan.

Män tycker i högre grad än kvinnor att vården ges på lika villkor. Även bland personer med enbart grundskoleutbildning respektive de som är födda utanför Norden är andelen som svarat att vården ges på lika villkor högre.

DIAGRAM 33. Andel som uppfattar att vården ges på lika villkor, svar fördelat på åldersgrupper

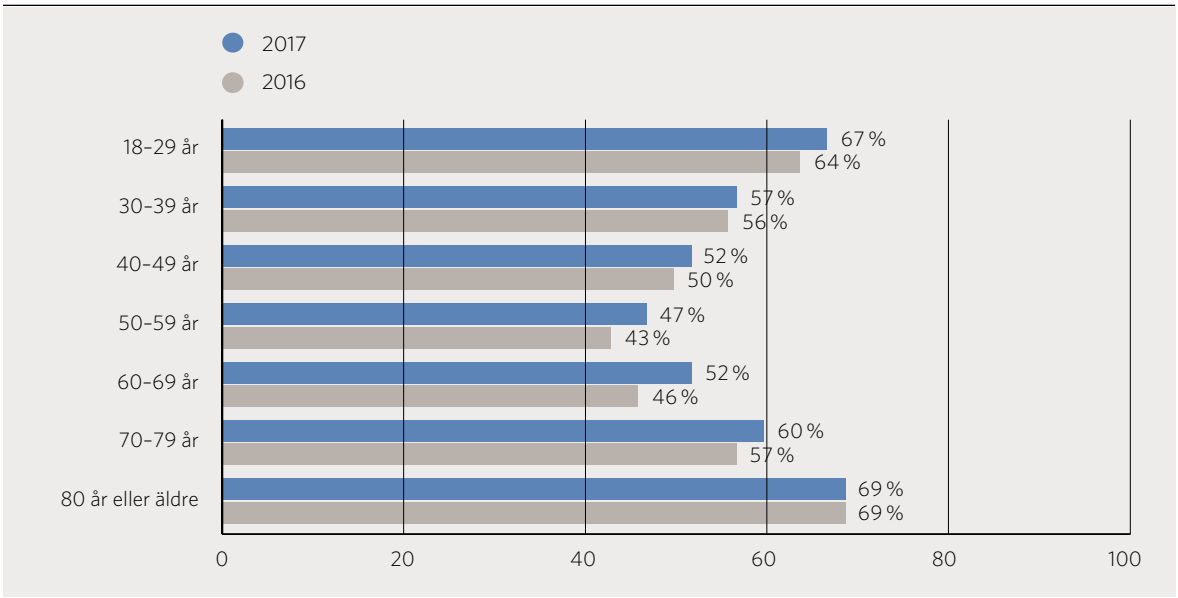


DIAGRAM 34. Andel som uppfattar att vården ges på lika villkor, svar fördelat på upplevt allmänt hälsotillstånd

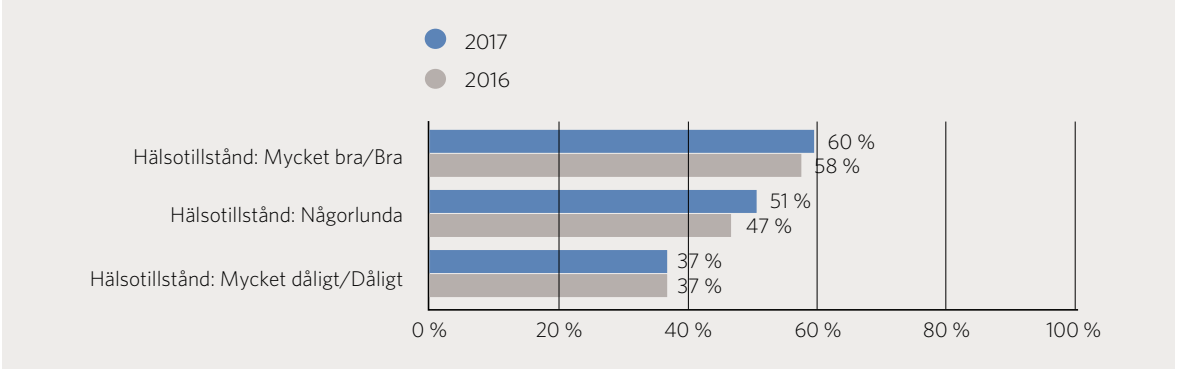
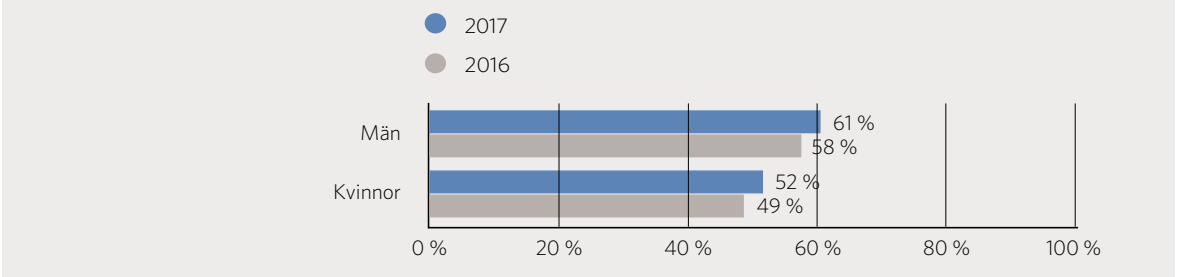


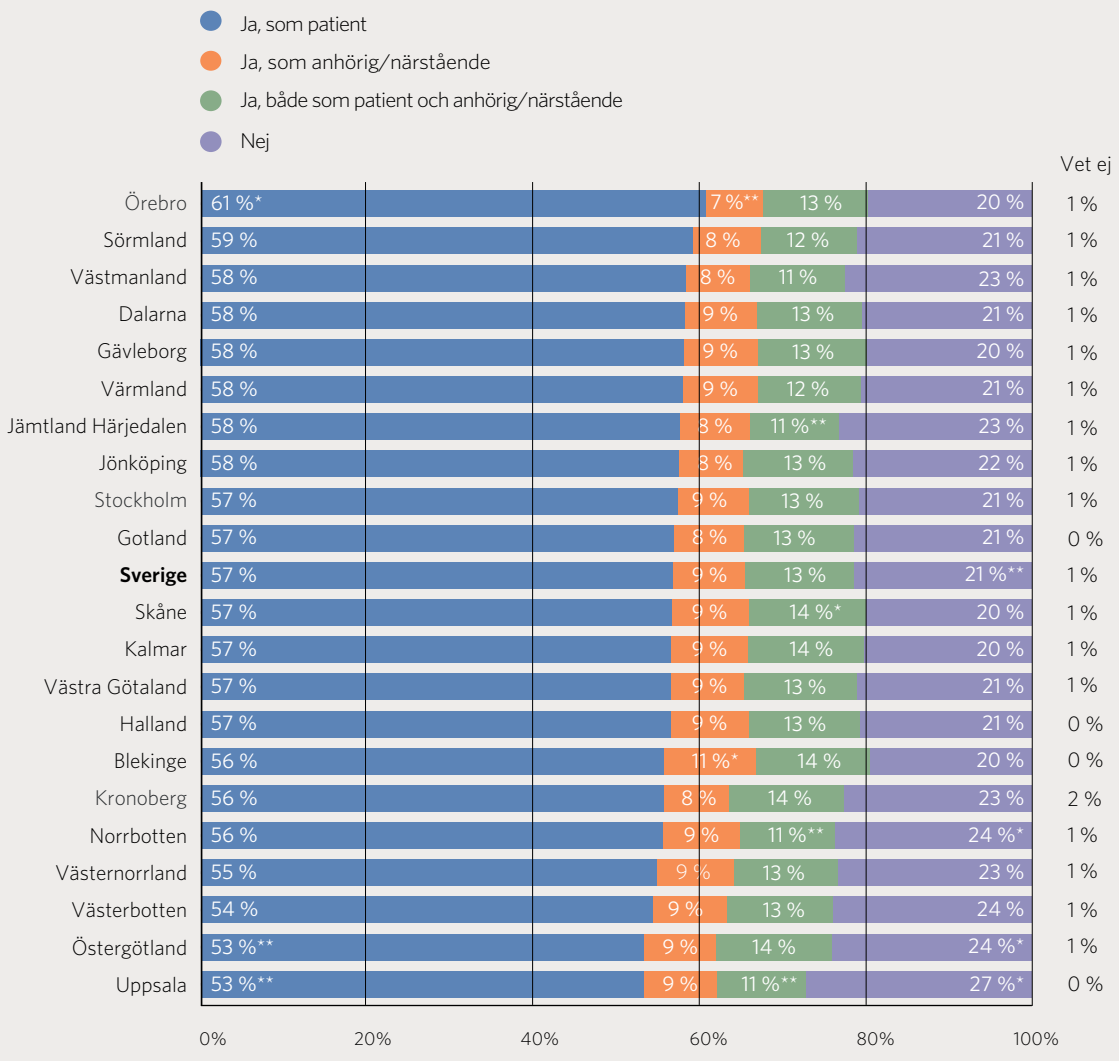
DIAGRAM 35. Andel som uppfattar att vården ges på lika villkor, svar fördelat på kön



Besökt hälso- och sjukvården

57 procent av befolkningen har vid frågetillfället besökt hälso- och sjukvården som patient någon gång under de senaste sex månaderna. Nio procent har besökt hälso- och sjukvården som anhörig/närstående och en något högre andel, 13 procent, har gjort det både som patient och anhörig/närstående. Dessa andelar är oförändrade jämfört med mätningen år 2016. Andelen som har besökt sjukvården, antingen som patient eller som anhörig, varierar mellan 73 och 80 procent i de olika landstingen/regionerna.

DIAGRAM 36. Har du någon gång under de senaste 6 månaderna besökt hälso- och sjukvården? Svar fördelat geografiskt



* Värdet är med 95% säkerhet högre än rikets värde.
** Värdet är med 95% säkerhet lägre än rikets värde.

Om ingen markering anges är det inte en statistiskt säkerställd skillnad mot rikets värde.

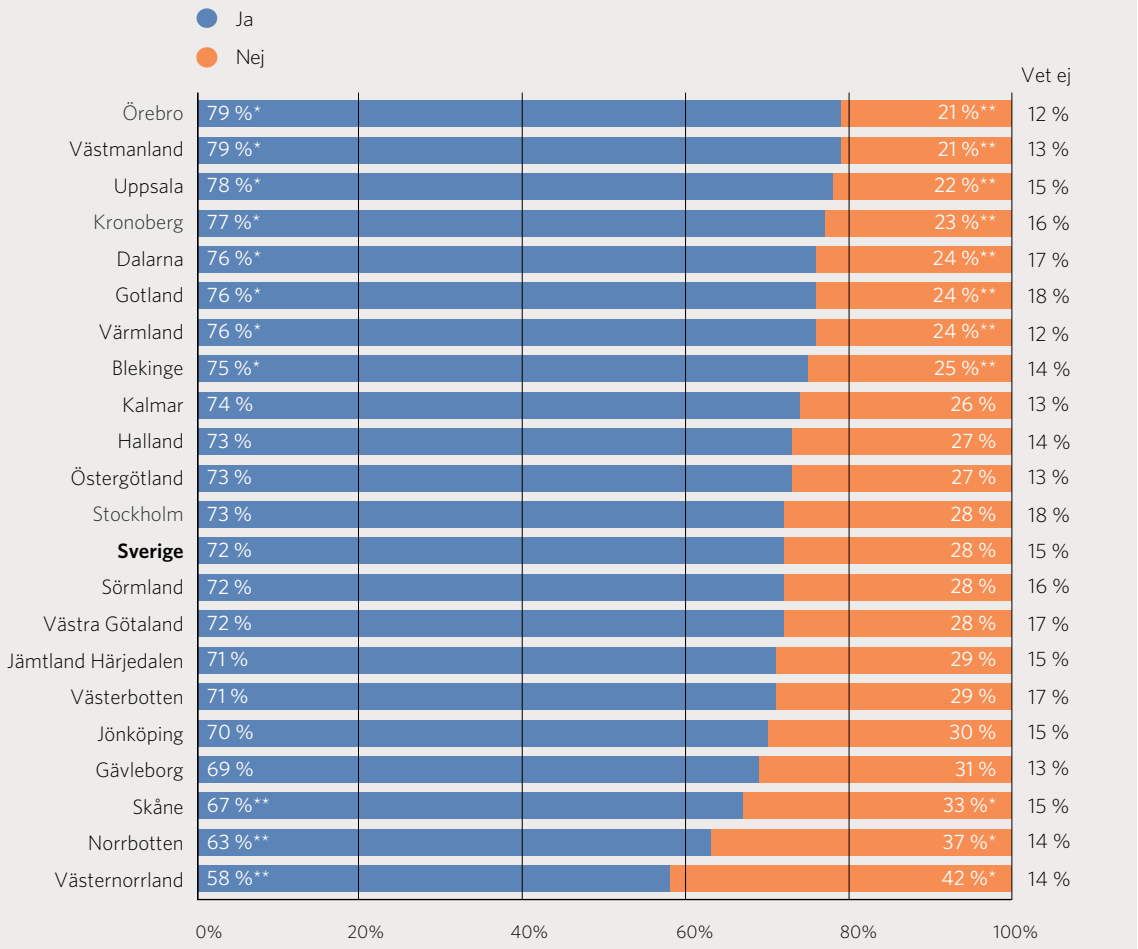
Koncentrera vården till enstaka sjukhus

De flesta positiva till att koncentrera viss vård till några enstaka sjukhus

I Hälso- och sjukvårdsbarometern ställs frågan: ”På en del håll i landet koncentrerar man vissa operationer och behandlingar till några enstaka sjukhus för att förbättra kvaliteten. Tycker du att en sådan utveckling är bra, även om det innebär längre resor för dig?”.

72 procent av invånarna i Sverige svarar att en sådan utveckling är bra. Andelen som är positiva i frågan är högst i Örebro och Västmanland, där 79 procent tycker att det är bra. Lägst andel positiva finns i Västernorrland, 58 procent.

DIAGRAM 37. På en del håll i landet koncentrerar man vissa operationer och behandlingar till några enstaka sjukhus för att förbättra kvaliteten. Tycker du att en sådan utveckling är bra, även om det innebär längre resor för dig? Svar fördelat geografiskt



* Värdet är med 95% säkerhet högre än rikets värde.
** Värdet är med 95% säkerhet lägre än rikets värde.

Om ingen markering anges är det inte en statistiskt säkerställd skillnad mot rikets värde.

Andelen positiva i frågan minskar med stigande ålder. Personer i åldersgruppen 18–29 år är mest positiva i frågan medan de som är över 80 år i lägst grad anser att detta är bra. Det är dock fortfarande en majoritet i den gruppen som är positiva.

Det är en förhållandevis liten skillnad i attityder mellan de som har ett bra och ett sämre hälsotillstånd. De som har sämre allmänt hälsotillstånd tycker i något lägre grad det är bra att koncentrera vissa operationer och behandlingar till enstaka sjukhus.

Personer med universitets- och högskoleutbildning som högsta utbildning respektive personer födda i Sverige tycker i högst grad det är bra att koncentrera vissa operationer och behandlingar till enstaka sjukhus. Män och kvinnor har samma uppfattning i denna fråga.

DIAGRAM 38. Andel som är positiva till en utveckling där vissa operationer och behandlingar koncentreras till några enstaka sjukhus i landet för att förbättra kvaliteten trots att det kan innebära längre resor, fördelat på åldersgrupper

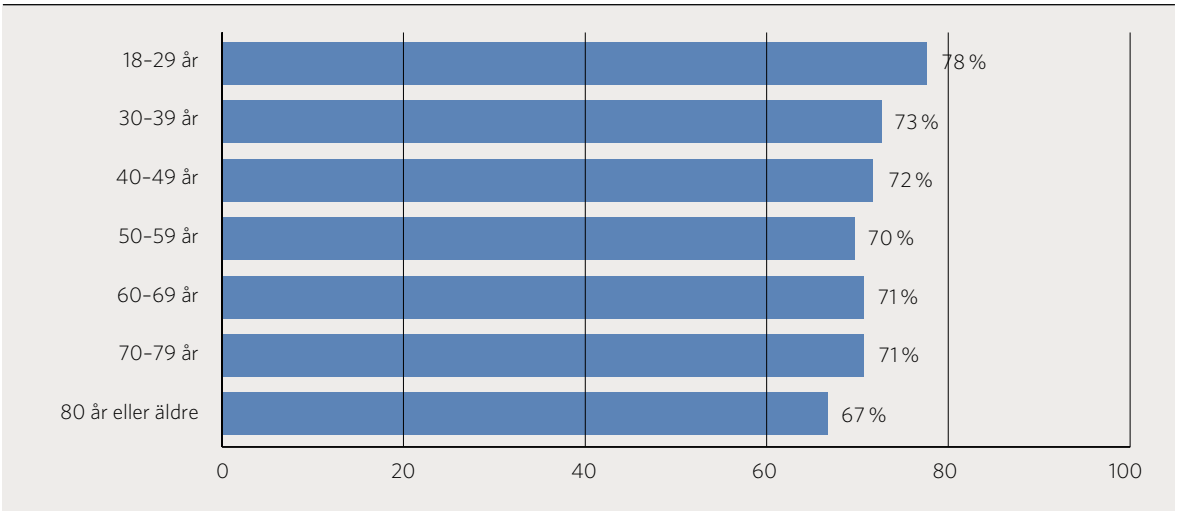


DIAGRAM 39. Andel som är positiva till en utveckling där vissa operationer och behandlingar koncentreras till några enstaka sjukhus i landet för att förbättra kvaliteten trots att det kan innebära längre resor, fördelat på upplevt allmänt hälsotillstånd

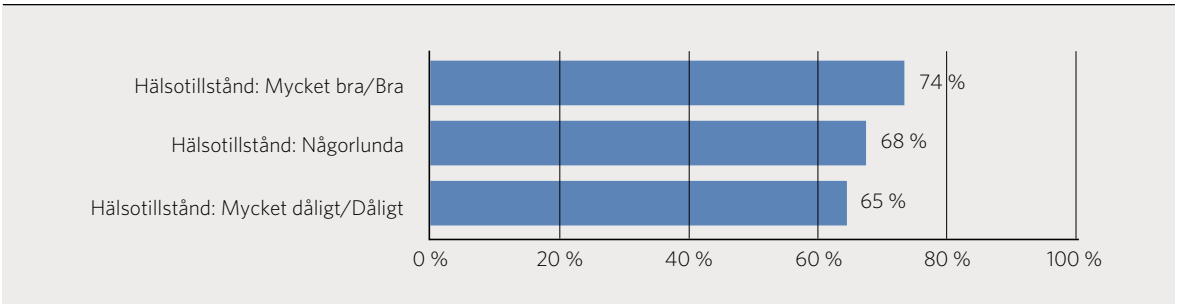
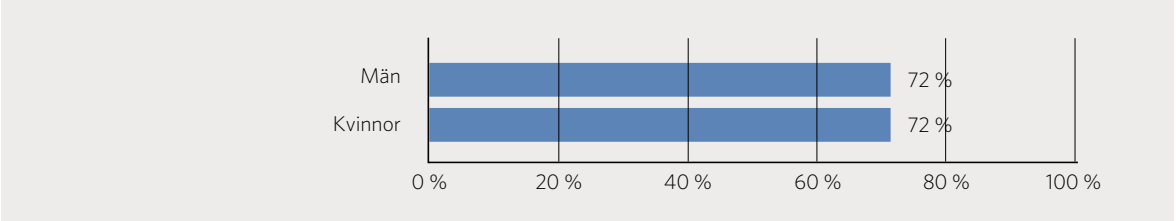


DIAGRAM 40. Andel som är positiva till en utveckling där vissa operationer och behandlingar koncentreras till några enstaka sjukhus i landet för att förbättra kvaliteten trots att det kan innebära längre resor, fördelat på kön

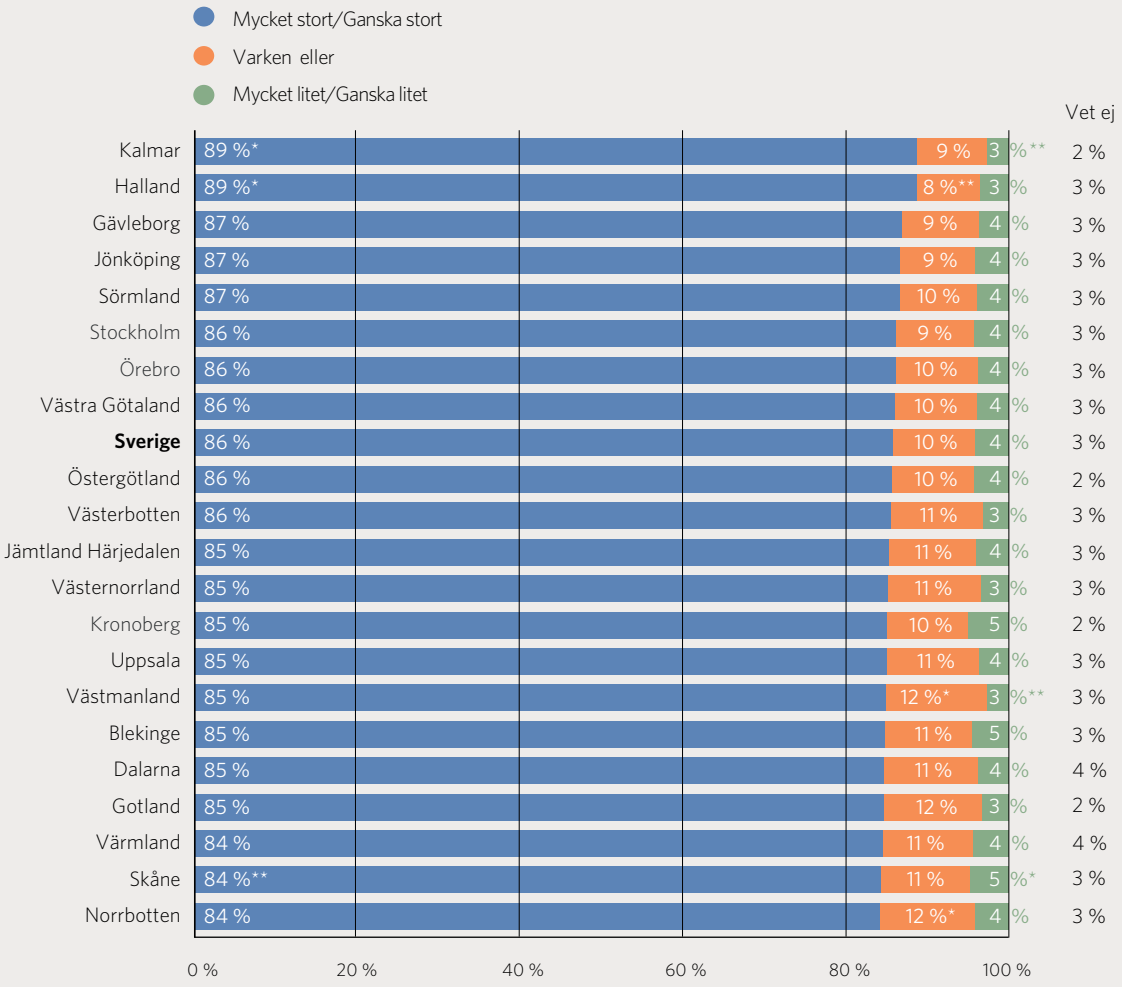


Attityder till att diskutera levnadsvanor

Hög instämmandegrad i hela landet

Totalt instämmer 86 procent av Sveriges befolkning i att det är positivt att diskutera sina levnadsvanor med en läkare eller annan vårdpersonal. Andelen som instämmer är i stort sett densamma över hela landet, det skiljer endast fem procentenheter mellan den högsta och lägsta andelen instämmande.

DIAGRAM 41. Det är positivt om läkare eller annan vårdpersonal diskuterar mina levnadsvanor med mig, t.ex. kost, motion, tobak och alkohol. Svar fördelat geografiskt



* Värdet är med 95% säkerhet högre än rikets värde.
** Värdet är med 95% säkerhet lägre än rikets värde.

Om ingen markering anges är det inte en statistiskt säkerställd skillnad mot rikets värde.

Personer med ett sämre hälsotillstånd tycker i lägre utsträckning att det är positivt att diskutera levnadsvanor med en läkare eller annan vårdpersonal.

Det förekommer relativt små attitydskillnader i denna fråga utifrån personers kön, utbildningsnivåer och härkomst. Personer som är födda utanför Europa tenderar att vara något mindre positiva till att diskutera levnadsvanor med vårdpersonal.

DIAGRAM 42. Det är positivt om läkare eller annan vårdpersonal diskuterar mina levnadsvanor med mig, t.ex. kost, motion, tobak och alkohol, andel instämmande fördelat på åldersgrupper

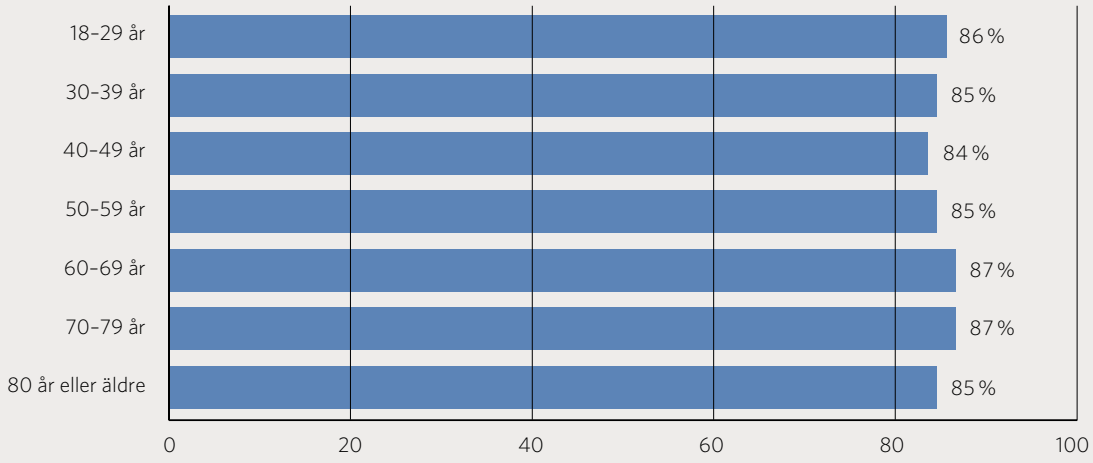


DIAGRAM 43. Det är positivt om läkare eller annan vårdpersonal diskuterar mina levnadsvanor med mig, t.ex. kost, motion, tobak och alkohol, andel instämmande fördelat på upplevt allmänt hälsotillstånd

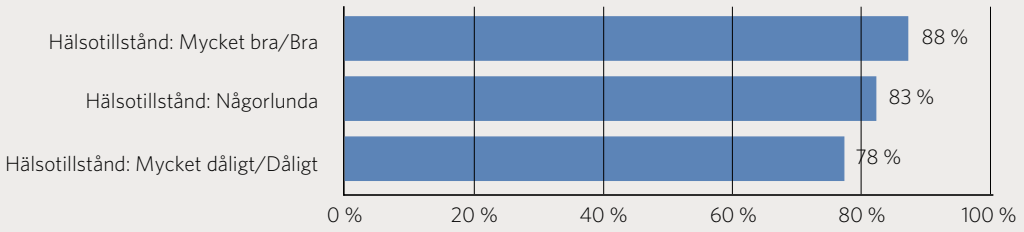
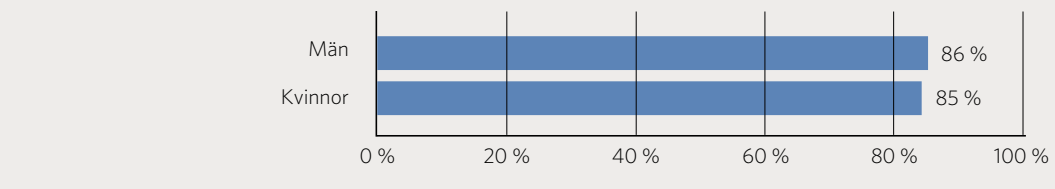


DIAGRAM 44. Det är positivt om läkare eller annan vårdpersonal diskuterar mina levnadsvanor med mig, t.ex. kost, motion, tobak och alkohol, andel instämmande fördelat på kön



BILAGA 1

TABELL 1. Antal svar per landsting och region

Landsting/Region	Antal strata	Ordinarie urval 2017	Extra urval 2017	Totalt urval 2017	Totalt antal svar 2017
Landstinget Blekinge	5	1 000	0	1 000	1 004
Landstinget Dalarna	-	1 000	0	1 000	1 001
Landstinget i Kalmar län	-	1 000	0	1 000	1 000
Landstinget i Värmland	5	1 000	250	1 250	1 250
Landstinget Sörmland	-	1 000	0	1 000	1 000
Landstinget Västernorrland	3	1 000	0	1 000	1 000
Landstinget Västmanland	-	1 000	0	1 000	1 000
Region Gotland	-	1 000	0	1 000	1 001
Region Gävleborg	4	1 000	0	1 000	1 001
Region Halland	6	1 000	500	1 500	1 505
Region Jämtland Härjedalen	-	1 000	0	1 000	1 003
Region Jönköpings län	-	1 000	0	1 000	1 001
Region Kronoberg	-	1 000	0	1 000	1 000
Region Norrbotten	4	1 000	1 000	2 000	2 001
Region Skåne	4	1 000	5 000	6 000	6 003
Region Uppsala	-	1 000	0	1 000	1 000
Region Örebro län	-	1 000	0	1 000	1 001
Region Östergötland	-	1 000	0	1 000	1 001
Stockholms läns landsting	39	1 000	6 800	7 800	7 811
Västerbottens läns landsting	-	1 000	0	1 000	1 001
Västra Götalandsregionen	58	1 000	6 540	7 540	7 590
Totalt	**128**	**21 000**	**20 090**	**41 090**	**41 174**

BILAGA 2

TABELL 2. Fakta om respondenterna

Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?	**Antal**	**Andel**
Mycket bra	9 053	22 %
Bra	18 397	45 %
Någorlunda	10 429	26 %
Dåligt	2 415	6 %
Mycket dåligt	579	1 %

Kön	**Antal**	**Andel**
Man	19 933	48 %
Kvinna	20 572	50 %
Okänt	669	2 %

Ålder	**Antal**	**Andel**
18–29 år	5 938	14 %
30–39 år	5 610	14 %
40–49 år	6 038	15 %
50–59 år	6 676	16 %
60–69 år	7 051	17 %
70–79 år	6 463	16 %
80 år eller äldre	3 398	8 %

Vilken är din högsta slutförda utbildning/examen?	**Antal**	**Andel**
Grundskola	5 912	14 %
Gymnasieskola	15 140	37 %
Universitet/högskola	15 420	38 %
Annan utbildning	4 370	11 %

Är du född i..	**Antal**	**Andel**
Sverige	35 622	87 %
Övriga Norden	1 317	3 %
Övriga Europa (Ryssland och Turkiet räknas till Europa)	1 592	4 %
Övriga världen	2 263	6 %

89

Hälso- och sjukvårdsbarometern 2017

BEFOLKNINGENS ATTITYDER TILL, FÖRVÄNTNINGAR PÅ OCH ERFARENHETER AV HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

Hälso- och sjukvårdsbarometern är en årlig nationell befolkningsundersökning med syftet att fånga attityder, förväntningar och erfarenheter hos tidigare, nuvarande och framtida patienter och närstående. Befolkningens syn på hälso- och sjukvården är ett viktigt perspektiv att ha med i arbetet med att planera, leda, styra och förbättra landstingens och regionernas verksamhet. Att följa upp befolkningens förtroende, upplevelse av tillgång till sjukvård och inställningar i olika frågor är en viktig del för att kunna föra en demokratisk dialog och identifiera förbättringsområden. Hur invånarnas uppfattning utvecklar sig över tid är även intressant i relation till förändringar som görs, både lokalt och nationellt, i form av olika beslut, reformer och insatser som syftar till att förbättra för befolkningen.

Undersökningen har genomförts i samtliga landsting och regioner. Arbetet samordnas av Sveriges Kommuner och Landsting, SKL.

Rapporten är en sammanfattning av resultaten från 2017 års undersökning.
Det finns möjlighet att ta del av mer information om undersökningen och resultaten på:
www.skl.se/halsoochsjukvardsbarometern

ISBN 978-91-7585-615-5
Beställ eller ladda ner på webbutik.skl.se
Post: 118 82 Stockholm | **Besök:** Hornsgatan 20
Telefon: 08-452 70 00 | **www.skl.se**

Sveriges Kommuner och Landsting

7

Regionstyrelsens uppföljning 2018 av aktiva mål MEDARBETARE - bemanningskostnader

RS/2830/2017

Tjänsteskrivelse
Regionstyrelsen

2018-02-22

Hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen
Annika Jonsson
063-14 75 00
annika.jonsson@regionjh.se

RS/2830/2017

Regionstyrelsens uppföljning 2018 av aktiva mål MEDARBETARE - bemanningskostnader

Ärendebeskrivning

Regionstyrelsen satte i sin verksamhetsplan 2017 som mål att kostnaderna för köp från bemanningsföretag skulle minska till 2015 års nivå. Utfallet 2017 blev 189,9 miljoner kronor, vilket är 62 miljoner kronor högre än målet, som därför inte uppnåddes.

Det är framför allt kostnaderna för inhyrda sjuksköterskor som fortsatt att öka. De var 31,3 miljoner kronor högre 2017 än 2015 (+196 procent) och ökade med 18,6 miljoner kronor (+65 procent) jämfört med 2016. Månaderna dec 2017 t o m feb 2018 låg dock kostnaderna per månad på en lägre nivå än föregående år. Kostnaderna för inhyrda läkare översteg 2017 målet med 30,6 miljoner kronor (+28 procent), men minskade med 0,8 miljoner kronor jämfört med 2016. Primärvårdens kostnader sjönk 2017 medan sjukhusets kostnader för inhyrda läkare steg.

Aktiviteter för att minska beroendet av bemanningsföretag pågår inom ramen för *bemanningsprojektet*. Vid regionstyrelsens sammanträde 28 februari-1 mars 2017 fattades beslut om vilka målvärden som skulle följas upp i bemanningsprojektet. Även dessa målvärden och utfall redovisas i bifogade rapport. I januari 2018 fattade regionstyrelsen beslut om ytterligare åtgärder baserat på den fördjupade analysen av SKLs analys från juni 2017. Dessa åtgärder syftar delvis också till att minska nyttjandet av inhyrd personal och samordnas därför med pågående aktiviteter i bemanningsprojektet.

Regiondirektörens förslag

Regionstyrelsens uppföljning 2018 av aktiva mål Medarbetare - bemanningskostnader godkänns.

I tjänsten

Hans Svensson
Regiondirektör

Lisbet Gibson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Utdrag till

Hälso- och sjukvårdsdirektör
Projektledare bemanningsprojektet

Uppföljning 2017 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 *Uppnå oberoende av bemanningsföretag* 4

2 MÅLUPPFYLLELSE TOTALT 5

2.1 Utfall per helår 2017 jämfört med helår 2015 5

3 INHYRDA LÄKARE 5

3.1 Avvikelse från mål enligt styrelsens verksamhetsplan 5

3.2 Kostnadsutveckling över tiden 8

3.3 Avvikelse från mål enligt beslut för projektet *Oberoende av bemanningsföretag* 8

3.3.1 Minskning antal veckor med inhyrda läkare i primärvården 8

3.3.2 Antal ST-läkare 9

4 INHYRDA SJUKSKÖTERSKOR 10

4.1 Avvikelse från mål 10

4.2 Kostnadsutveckling över tiden 11

4.3 Avvikelse från mål enligt beslut för projektet *Oberoende av bemanningsföretag* 11

5 AKTIVITETER FÖR MÅLUPPFYLLELSE 13

5.1 Projektet uppnå oberoende av bemanningsföretag 13

6 UPPDATERING AV SIFFROR PER FEB 2018 15

6.1 Utvecklingen av kostnader för köp från bemanningsföretag jan-feb 15

6.2 Kostnaden för inhyrda läkare 15

6.3 Kostnaden för inhyrda sjuksköterskor 17

1 MÅL FÖR OBEROENDE AV BEMANNINGSFÖRETAG

I regionstyrelsens verksamhetsplan för 2017 definierades ett målvärde som skulle 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 bemanningsprojektet. I denna uppföljning 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.

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.**

2 MÅLUPPFYLLELSE TOTALT

2.1 Utfall per helår 2017 jämfört med helår 2015

Målet för köp från bemanningsföretag uppnåddes inte för 2017. För hela regionen översteg kostnaderna för köp från bemanningsföretag målvärdet på 127,9 miljoner kronor med 62,0 miljoner kronor - en procentuell avvikelse från målet med 48 procent.

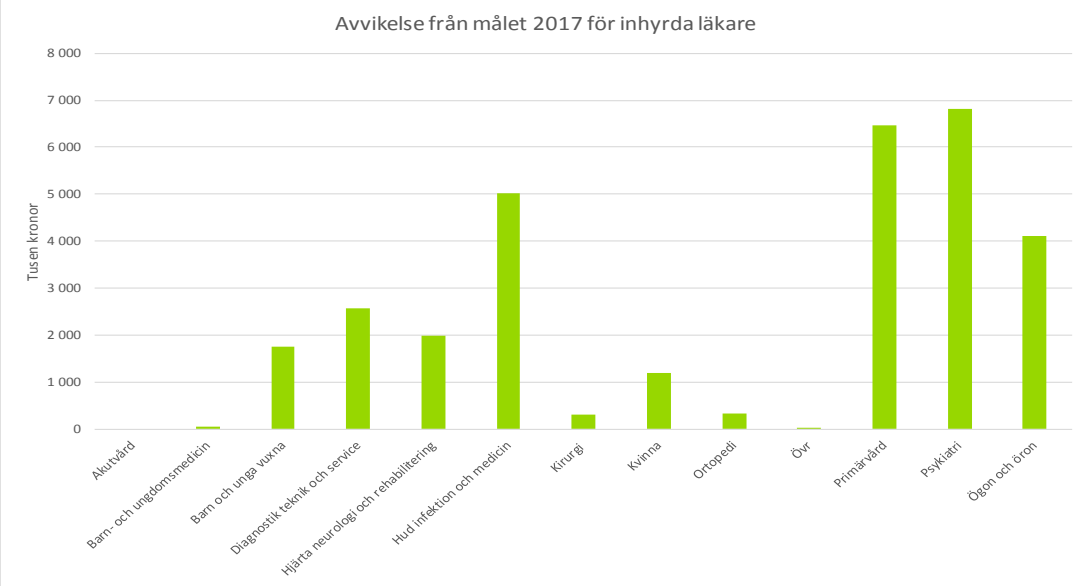
Kategori inhyrd personal	2015	2016	2017	Mål	Avvikelse mot mål	Avvikelse mot mål i %
Läkare	107,8	139,3	138,5	**107,8**	30,6	28
Sjuksköterskor	15,9	28,7	47,3	**15,9**	31,3	196
Övrig personal	4,1	6,6	4,2	**4,1**	0,1	1
Summa	**127,9**	**174,6**	**189,9**	**127,9**	**62,0**	**48**

Kostnaderna för inhyrda läkare låg 30,6 miljoner kronor över målet (+28 procent). Kostnaderna för övrig personal, som i sammanhanget är små, låg strax över målet. Kostnaderna för inhyrda sjuksköterskor översteg målet mest, med 31,3 miljoner kronor (196 procent högre än målet).

3 INHYRDA LÄKARE

3.1 Avvikelse från mål enligt styrelsens verksamhetsplan

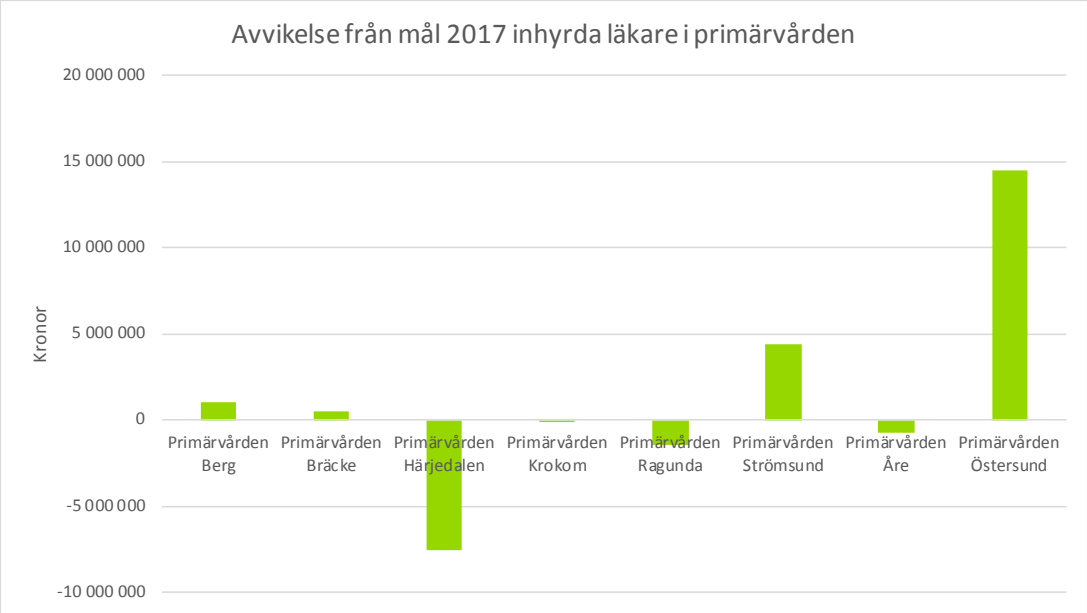
När mål och utfall delas upp per område inom hälso- och sjukvården blir resultatet blandat.



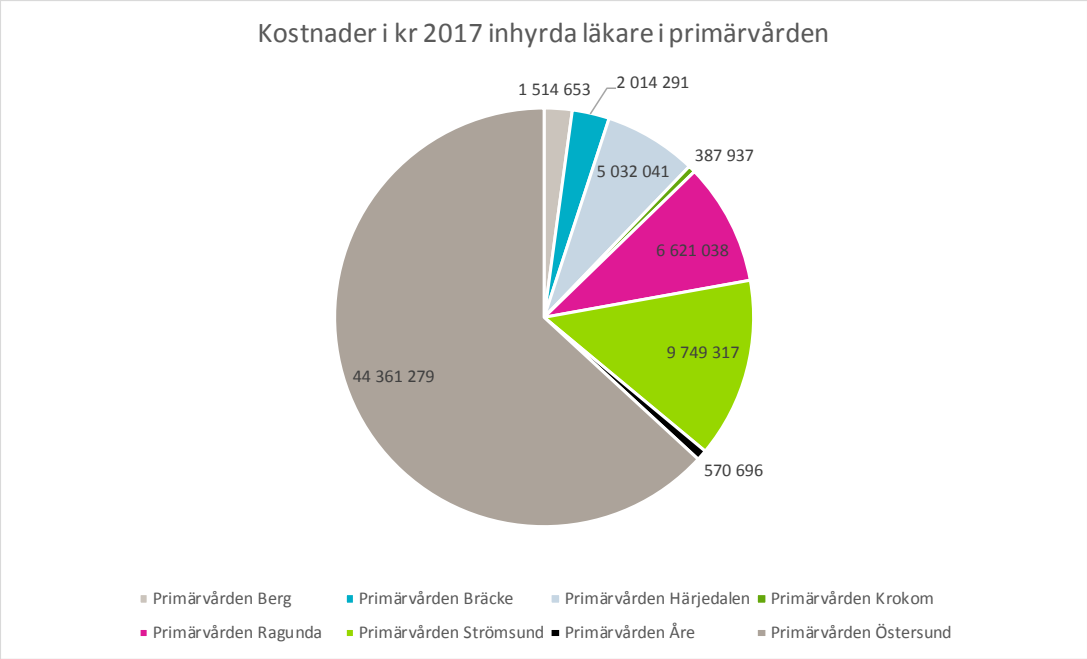
Inhyrda läkare per område i tkr	2015	2016	2017	Mål	Avvikelse	*i %*
Akutvård	0	0	0	**0**	0	*0*
Barn- och ungdomsmedicin	0	0	48	**0**	48	
Barn och unga vuxna	2 144	2 728	3 901	**2 144**	1 758	*82*
Diagnostik teknik och service mm	4 515	9 480	7 096	**4 515**	2 580	*57*
Hjärta neurologi och rehabilitering	3 097	4 542	5 082	**3 097**	1 985	*64*
Hud infektion och medicin	13 250	12 742	18 275	**13 250**	5 026	*38*
Kirurgi	3 118	5 435	3 425	**3 118**	308	*10*
Kvinna	3 708	4 113	4 911	**3 708**	1 203	*32*
Ortopedi	1 785	1 410	2 116	**1 785**	331	*19*
Primärvård	63 787	78 776	70 251	**63 787**	6 464	*10*
Psykiatri	11 754	14 561	18 565	**11 754**	6 811	*58*
Ögon öron	591	5 312	4 705	**591**	4 114	*696*
Övriga	94	240	102	**94**	8	*9*
Summa	**107 842**	**139 339**	**138 478**	**107 842**	**30 636**	***28***

Samtliga områden utom akuten hade kostnader för inhyrda läkare under 2017. Största ökningen av kostnader för inhyrda läkare hade område HIM, där framför allt kostnaden för inhyrda läkare för hudkliniken ökade kraftigt med 70 procent. Även kostnaden för inhyrda läkare på område ögon öron steg mycket. Där var det kostnaden för inhyrda öronläkare som blev nästan 200 procent högre 2017 jämfört med 2015. Därutöver ökade kostnaden för inhyrda läkare inom område psykiatri kraftigt.

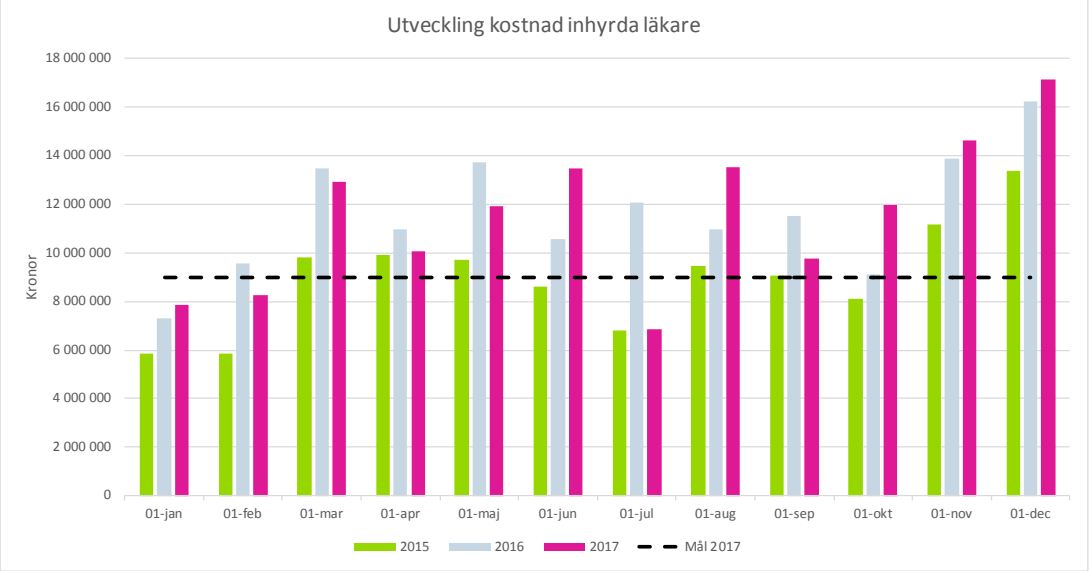
Diagrammet nedan visar kostnad för inhyrda läkare uppdelat per närvårdsområde inom primärvården. Fyra av åtta områden klarar målet med en lägre kostnad för inhyrda läkare 2017 än 2015. Det är fortfarande i Östersundsområdet som avvikelsen är störst och så även i Strömsund.



Den största minskningen stod primärvården i Härjedalen för som en följd av att de 2016 lyckades anställa läkare i Sveg. Primärvården Östersund hade det största överskridandet av målet. Det är också där som de allra största kostnaderna för inhyrda läkare fanns i primärvården, med 44 miljoner kronor 2017, vilket var 63 procent av primärvårdens kostnader för inhyrda läkare.



3.2 Kostnadsutveckling över tiden



Diagrammet visar att kostnaderna för inhyrda läkare under 2017 endast legat på eller under den kostnadsnivå som krävs för att nå målet, under tre månader av tolv. Liksom tidigare år steg kostnaderna kraftigt de sista månaderna på året.

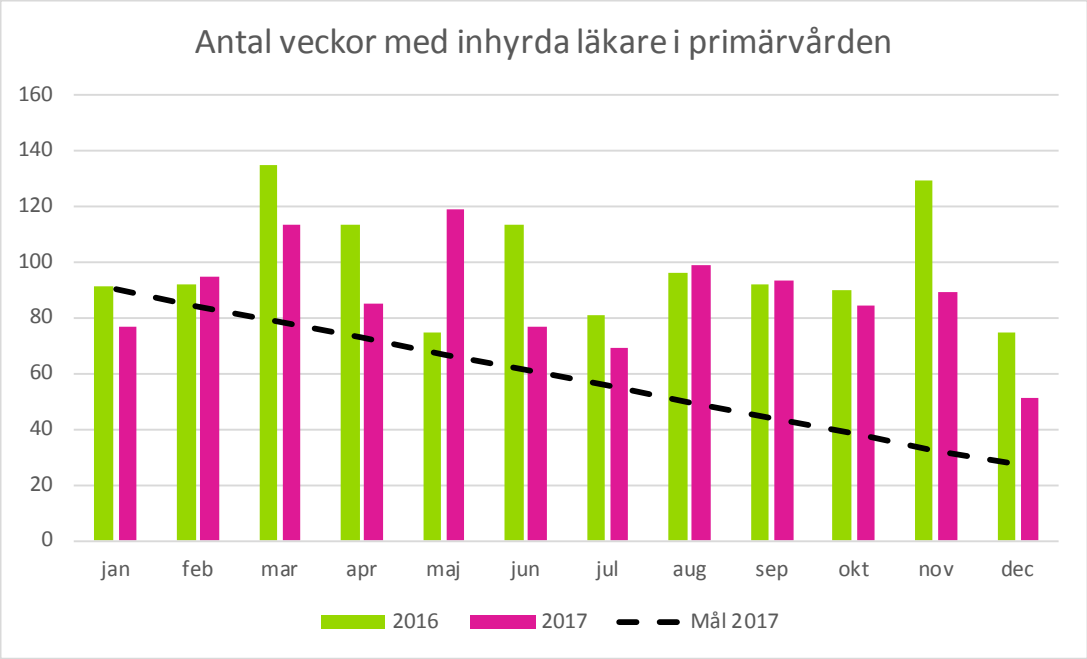
3.3 Avvikelse från mål enligt beslut för projektet *Oberoende av bemanningsföretag*

3.3.1 Minskning antal veckor med inhyrda läkare i primärvården

Inom ramen för bemanningsprojektet satte primärvården upp målvärdet max 700 veckor med inhyrda läkare 2017. Utfallet blev 1 053 stafettveckor, vilket är en avvikelse med +323 (+ 50 procent). Jämfört med 2016 minskade dock antalet veckor med

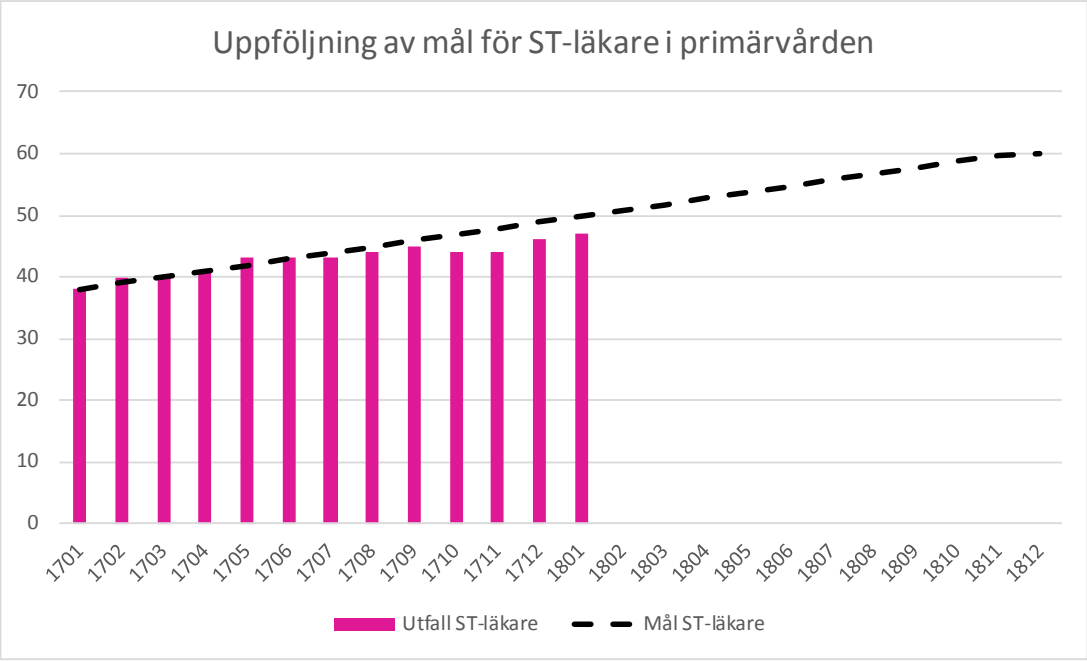
	2016	**2017**	**Mål**	**Avvikelse**	**i %**
Antal veckor med inhyrda läkare i primärvården	1 245	1 053	**700**	323	50 %
Antal veckor med inhyrda läkare övriga områden	940	672			
Summa	**2 185**	**1 725**			

inhyrda läkare i primärvården med 192 stycken (-15 procent). Antalet veckor med inhyrda läkare i övrig vård sjönk också.



3.3.2 Antal ST-läkare

Per december 2017 hade primärvården 47 ST-läkare. Det innebär att antalet ST-läkare låg strax under målet, förutsatt att antalet ska öka linjärt fram till slutet av 2018. Då ska målet på 60 ST-läkare uppnås.



4 INHYRDA SJUKSKÖTERSKOR

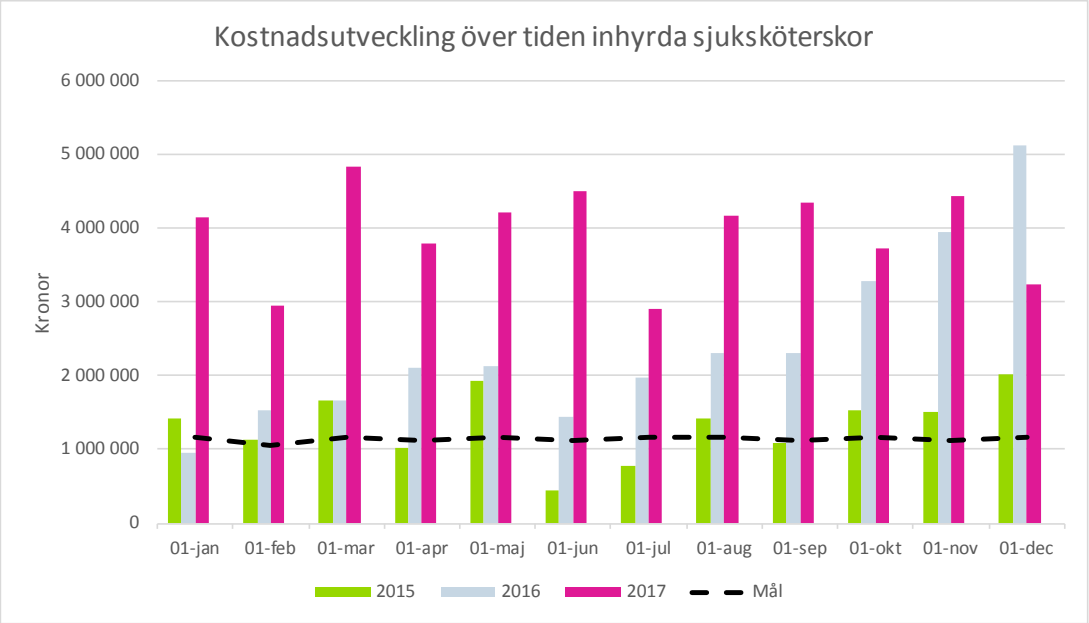
4.1 Avvikelse från mål

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

De allra största kostnaderna hade område hud infektion medicin.

Inhyrda sjuksköterskor per område i tkr	2015	2016	2017	Mål	Avvikelse
Akutvård	0	0	63	**0**	63
Barn och ungdomsmedicin	0	98	2 609	**0**	2 609
Diagnostik teknik och service	0	0	3 518	**0**	3 518
Hjärta neurologi och rehabilitering	1 760	6 038	8 825	**1 760**	7 065
Hud infektion och medicin	8 929	16 209	22 977	**8 929**	14 048
Kirurgi	0	0	0	**0**	0
Kvinna	0	0	0	**0**	0
Ortopedi	355	1 853	4 287	**355**	3 932
Primärvård	2 626	4 154	4 020	**2 626**	1 395
Psykiatri	2 280	385	979	**2 280**	-1 301
Ögon	0	0	0	**0**	0
Öron	0	0	0	**0**	0
Summa	**15 949**	**28 736**	**47 278**	**15 949**	**31 331**

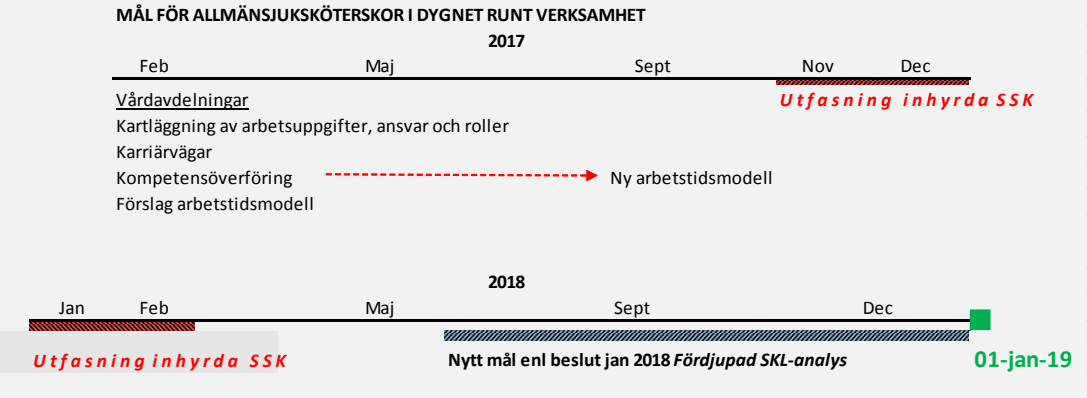
4.2 Kostnadsutveckling över tiden



En jämförelse av kostnaderna månad för månad visar att de inte minskat på det sätt som skulle ha varit nödvändigt för att nå målet om en maxkostnad i nivå med kostnaderna för inhyrda sjuksköterskor 2015. Kostnaderna för hela 2015 uppgick till 15,9 miljoner kronor. Totalkostnaderna för 2017 uppgick till 47,3 miljoner kronor, vilket är 31,3 miljoner kronor högre än målet för hela året (+196 procent över målet) och 18,6 miljoner kronor högre än kostnaden för 2016 (+65 procent högre än 2016). Under de två senaste månaderna december 2017 och januari 2018 har dock kostnaderna varit lägre än samma månader föregående år.

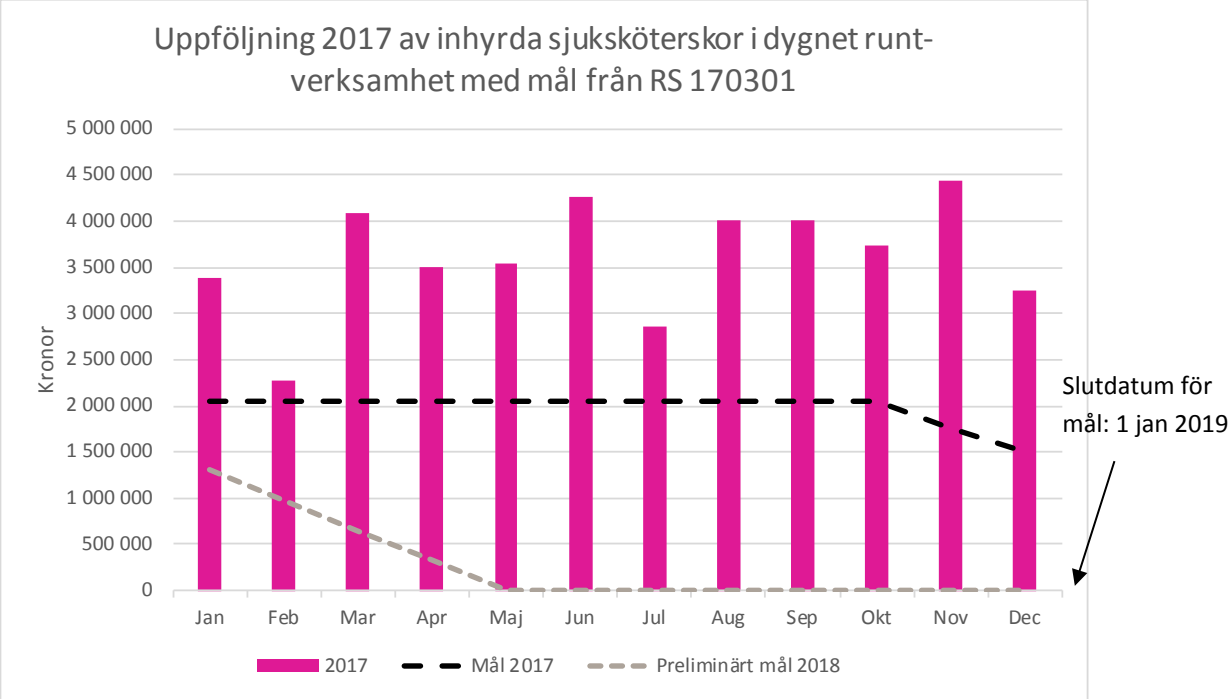
4.3 Avvikelse från mål enligt beslut för projektet *Oberoende av bemanningsföretag*

Enligt målet för bemanningsprojektet som styrelsen fattade beslut om i februari 2017 skulle utfasning av inhyrda sjuksköterskor börja ske under hösten 2017, efter de åtgärder som vidtagits för att klarlägga roller och ansvar för olika arbetsuppgifter på vårdavdelningar med dygnet runt verksamhet och efter att ha åstadkommit kompetensöverföring.



Åtgärder har genomförts men det tar längre tid än beräknat att åstadkomma de effekter som åsyftades. I den fördjupade analys av SKLs analys som genomfördes hösten/vintern 2017 beslutades om ytterligare åtgärder för att kunna börja utfasningen av inhyrda sjuksköterskor. Målet för detta flyttades fram med start tidigast maj 2018.

Kostnaderna för inhyrda sjuksköterskor i dygnet runt-verksamhet (primärvården ingår ej) uppgick 2017 till 43,3 miljoner kronor, vilket var 30 miljoner kronor högre (+225 procent) än målet för bemanningsprojektet 2017 på 13,3 miljoner kronor. Som diagrammet nedan visar har inte utfasningen av inhyrda sjuksköterskor kommit igång i större skala än.



5 AKTIVITETER FÖR MÅLUPPFYLLELSE

5.1 Projektet uppnå oberoende av bemanningsföretag

Bemanningsprojektet fick i slutet av oktober ett utökat uppdrag att synkronisera projekt och aktiviteter med bäring på bemanning och tillgänglighet. Syftet är att förstärka dessa arbeten och göra rätt insats vid rätt tidpunkt utan att konkurrera. Tre strategiska områden för uppdraget har tagits fram:

1. Synkronisera pågående arbeten som bedrivs, gå i takt och förstärka. Transparens är avgörande för att kunna gå framåt i takt, samverkan mellan projekten ska förbättras.

2. Förhållningssätt mot verksamheten, mer hjälpande än stödjande

Resurser i form av förbättringsledare, verksamhetsutvecklare och leancoacher kommer att hjälpa verksamheterna att hitta arbetssätt så att man säkerställer rätt använd kompetens och har en kvalitetssäkrad kapacitets- och produktionsplanering. Det är viktigt att påvisa och realisera nyttan i verksamheten, och skapa en process för verksamhetsutveckling som är tydlig, tidssatt och har tydliga mål och delmål.

3. Bättre utdata. Processerna ska kunna mätas och följas upp på ett bra sätt, så att verksamheterna vet hur det går och hur man ligger till.

Under 2017 har åtgärder som omfattar distriktsläkare i primärvården och allmänsjuksköterskor på vårdavdelningar på Östersunds sjukhus prioriterats. Delprojektledare för aktiviteterna vid vårdavdelningarna har fortsatt sitt arbete med att stötta dygnet runt-verksamheten på sjukhuset att arbeta med RAK, Rätt Använd Kompetens och se över ansvar och roller. 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.

För att kvalitetssäkra och effektivisera utbildningsbehovet har en förstudie av KTC, Kliniskt kompetenscentrum gjorts, och den första versionen av KTC invigdes 25 januari. Förstudien fortsätter i projektform, och tanken är att KTC ska utökas på sikt för att svara upp mot utbildningsbehovet. Takten i kompetensväxlingen på vårdavdelningarna är direkt beroende på tillgången till kvalitetssäkrad utbildning i de nya arbetsuppgifterna för undersköterskorna. Kompetenskorten och utbildningsmodulerna ligger i systemet Saba Cloud som under 2017 varit i ett införandeprojekt, men nu övergått till ordinarie förvaltning.

Nya arbetstidsmodeller har tagits fram. De kommer sedan att kunna erbjudas verksamhet med dygnetruntvård, på villkor att enheterna gått igenom sin verksamhet enligt RAK och gjort en kompetensförskjutning. 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.

Bemanningsprojektet har fått del av ytterligare resurser för metodstöd via utvecklingsenheten, och därför har prioriteringen kunnat utökats till ett förbättringsarbete även för mottagningsverksamheterna inom specialiserad vård. Kirurgmottagningen är först ut att göra en genomgång av vårdflöden, produktions- och kapacitetsplanering, RAK-analyser, produktionskrav mm. Målen är bättre arbetsmiljö, ökad produktivitet, förbättrad tillgänglighet, färre vårdgarantifall, minskade kostnader för hyrpersonal och förändrad kompetensmix på mottagning. Samtliga mottagningar inom specialiserad vård planeras göra detta arbete under 2018.

Parallellt med detta drivs också ett projekt för ny struktur av vårdplatser. Målet är att sektionera avdelningar i nivåer med olika vårdbehov och därmed olika bemanningsmål, att göra om strukturen för vårdavdelningar för att nyttja resurser på bästa sätt och kunna minska personal.

Primärvården och akutområdet i samverkan med kommunerna arbetar med att ta fram nya arbetssätt för nära vård i samverkan, att patienterna ska få vård närmare hemmet, och undvika besök på akuten och nyttjande av slutenvård.

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 har arbete med produktions- och kapacitetsplanering initierats. Man har också förhandlat fram ett pristak för läkare och satt hyrstopp för sjuksköterskor från 170601. Nytt arbetssätt med samverkan om gemensam jourläkare som arbetar på distans används i Härjedalen och lättakuter införs på samtliga hälsocentraler. Östersunds närvårdsområde planerar läkarbemanningen i ett gemensamt dokument för att få

bättre kontroll och möjlighet till samverkan. Prioritering och fördelning av inhyrd läkartid görs av områdeschefen för att nyttja tiden effektivt.

6 UPPDATERING AV SIFFROR PER FEB 2018

Efter att bokföringen t o m februari 2018 stängts kan även kostnader för köp från bemanningsföretag för perioden januari-februari presenteras.

6.1 Utvecklingen av kostnader för köp från bemanningsföretag jan-feb

Om kostnaderna för perioden jan-feb jämförs med kostnaden för samma period under föregående år blir resultatet följande:

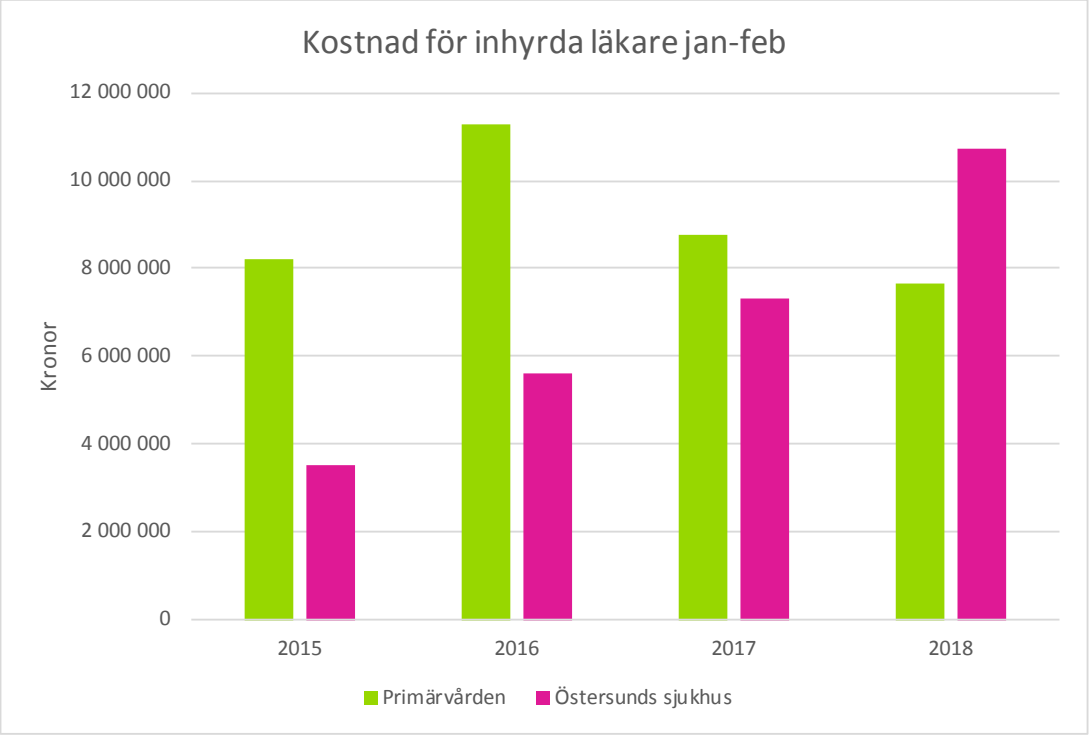
Kostnad inhyrd personal i mkr jan-feb	2015 (mål)	2016	2017	2018	Avvikelse mot mål (2015)	Förändring mellan 2017 och 2018
Läkare	11,7	16,9	16,1	18,4	6,7	2,3
Sjuksköterskor	2,5	2,5	7,1	4,5	2,0	-2,6
Övrig personal	0,5	0,4	0,7	0,4	-0,1	-0,3
Summa	**14,7**	**19,8**	**23,9**	**23,3**	**8,6**	**-0,6**

Målet uppnåddes inte för perioden jan-feb 2018, men jämfört med samma period 2017 har kostnaderna sjunkit något.

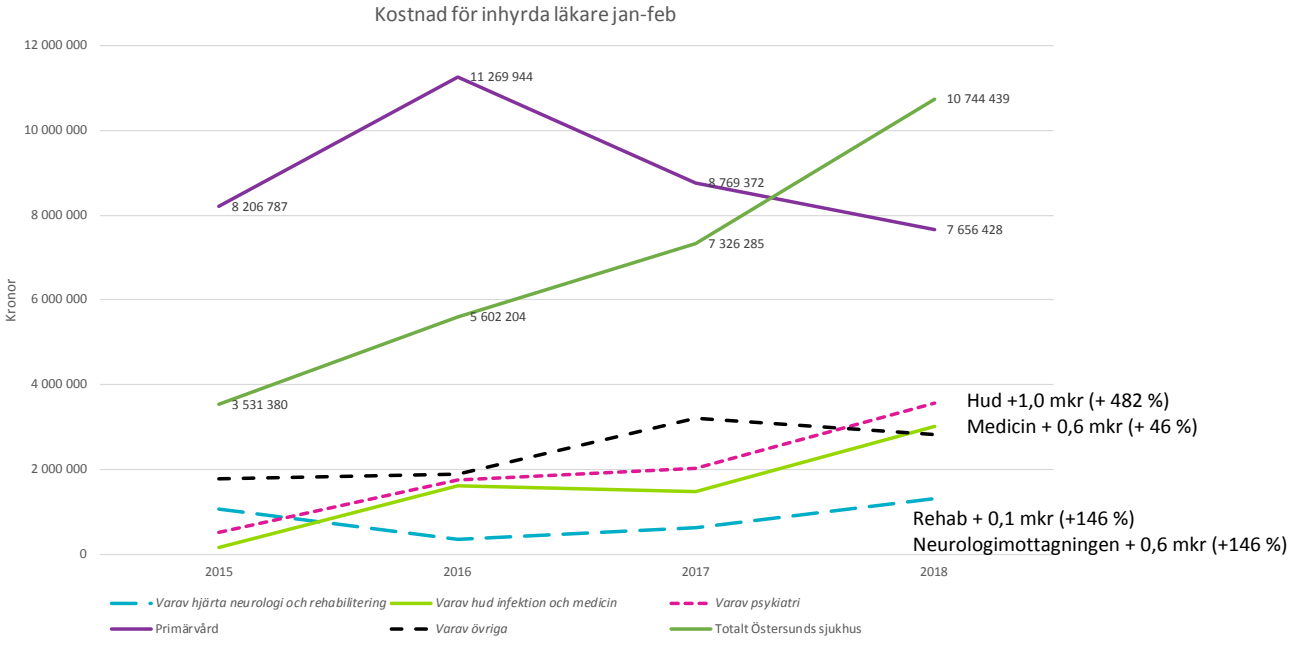
6.2 Kostnaden för inhyrda läkare

Kostnaden för inhyrda läkare var 2,3 miljoner kronor högre t o m februari 2018 jämfört med samma period föregående år. Primärvården, som stod för ca 50 procent av kostnaderna för inhyrda läkare 2017, hade lägre kostnader jan-feb 2018 jämfört

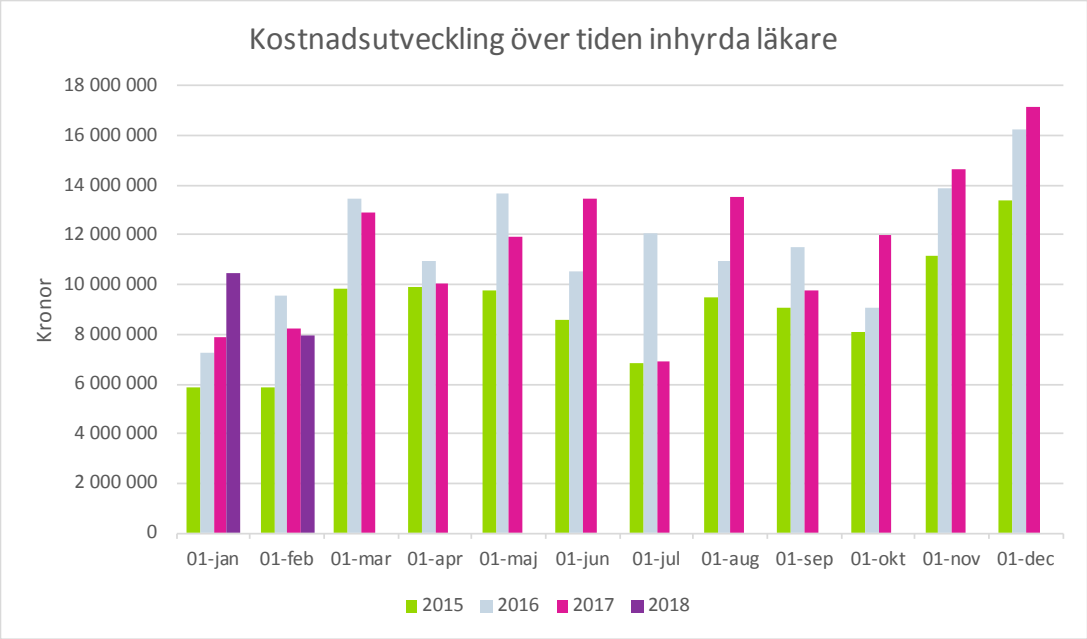
med samtliga år 2015-2017.



Det var kostnaden för inhyrda läkare på Östersunds sjukhus som ökade. När man tittar på de olika områden på sjukhuset är det några specialiteter som står för en stor del av ökningen. Område psykiatri har ökat sitt nyttjande av inhyrda läkare. Inom område HIM är det framför allt hudspecialister som i allt större omfattning hyrts in.

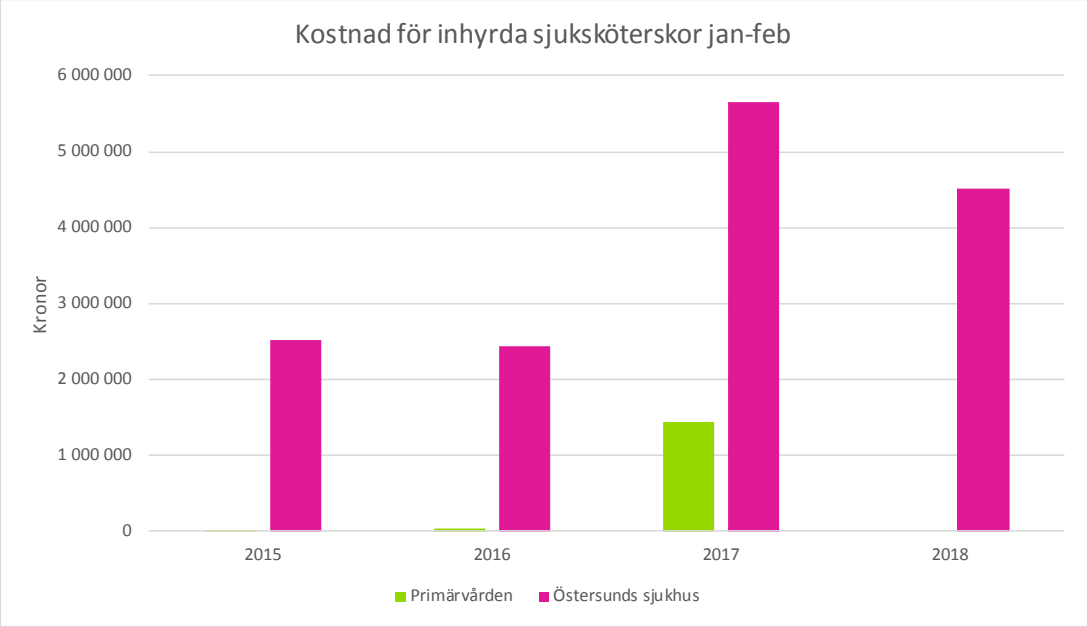


Kostnaderna per månad visar att det framför allt blev en hög kostnad för inhyrda läkare i januari, medan kostnaden i februari låg på ungefär samma nivå som 2017.



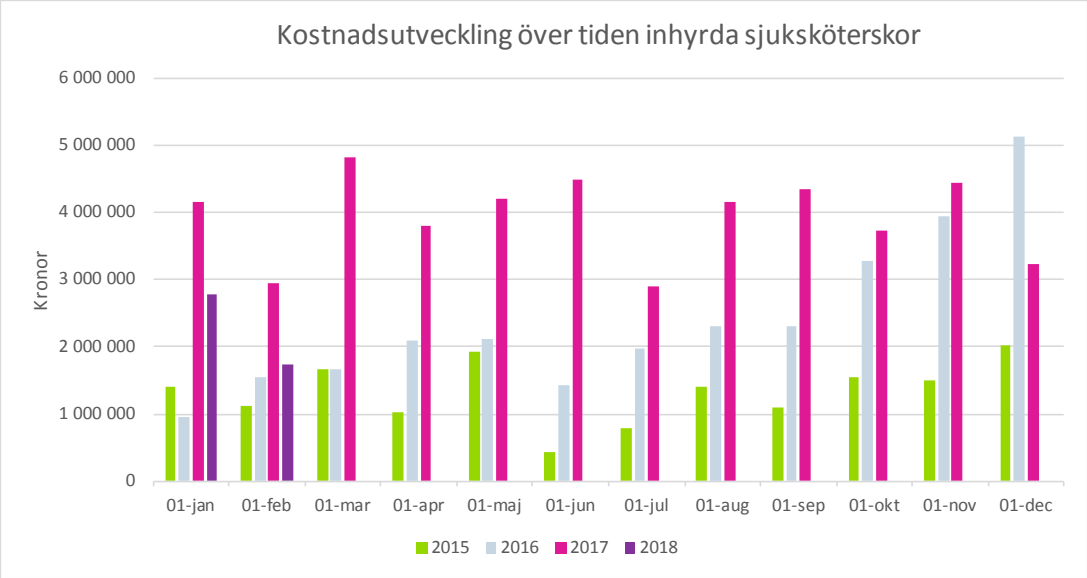
6.3 Kostnaden för inhyrda sjuksköterskor

Kostnaden för inhyrda sjuksköterskor t o m feb 2018 blev lägre än under motsvarande period 2017. Detta gällde både för primärvården, som införde stopp för inhyrda sjuksköterskor 1 juni 2017, och för vårdavdelningarna på Östersunds sjukhus.



De sjunkande kostnaderna blev också tydliga när kostnaderna per månad visas. Redan i december 2017 blev kostnaderna betydligt lägre än i december 2016. Nedgången fortsatte sedan under januari och februari 2018.

Annika Jonsson
N/A



8

Uppföljning av aktivt mål Medarbetare – minskad sjukfrånvaro

RS/2831/2017

2018-02-27

Sekretariatet
Daniel Nilsson
Tfn: 063-14 75 71
E-post: daniel.l.nilsson@regionjh.se

RS/2831/2017

Uppföljning av aktivt mål Medarbetare – minskad sjukfrånvaro

Ärendebeskrivning

Regionfullmäktige har i sin regionplan beslutat om ett antal strategiska mål för perioden 2018-– 2020. I regionstyrelsens verksamhetsplan finns för varje strategiskt mål, två aktiva mål och ett antal framgångsfaktorer i form av utvecklingsområden. Enligt styrelsens uppföljningsplan ska det aktiva målet Medarbetare – sjukfrånvaro följas upp vid regionstyrelsens sammanträde den 20-21 mars.

Mål i regionstyrelsens verksamhetsplan och uppföljningsplan 2018 är att sjukfrånvaron för medarbetare inom Region Jämtland Härjedalen ska minska och skillnader mellan män och kvinnor. Målvärdet för 2018 är 5,8 %.

Sjukfrånvaron har fortsatt minska under 2017 och trenden ser ut att följa med in i 2018. Per sista december 2017 ligger den ackumulerade sjukfrånvaron på 5,5 % jämfört med 6,6 % samma period 2016. Sänkningen av sjukfrånvaron syns mest hos kvinnorna (-1,7 procentenheter) jämför med männen (-0,4 procentenheter).

Regiondirektörens förslag

Regionstyrelsens uppföljning 2017 av aktiva mål Medarbetare – sjukfrånvaro godkänns.

I tjänsten

Hans Svensson
Regiondirektör

Annica Sörensdotter
Personaldirektör

Utdrag till

Personaldirektör

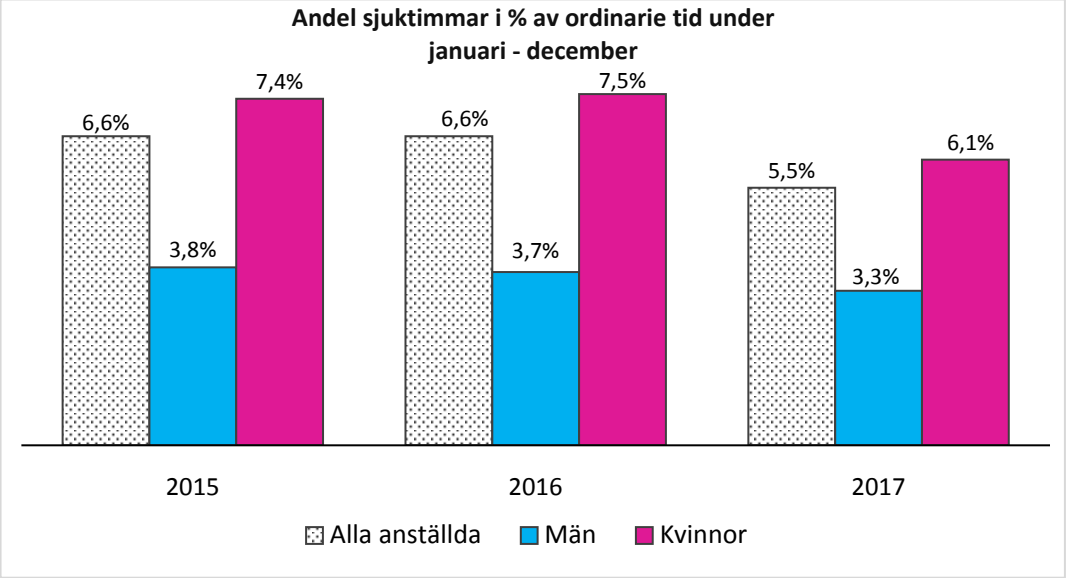
2018-02-22

Uppföljning av regionstyrelsens aktiva mål om sjukfrånvaron 2017 - 2018

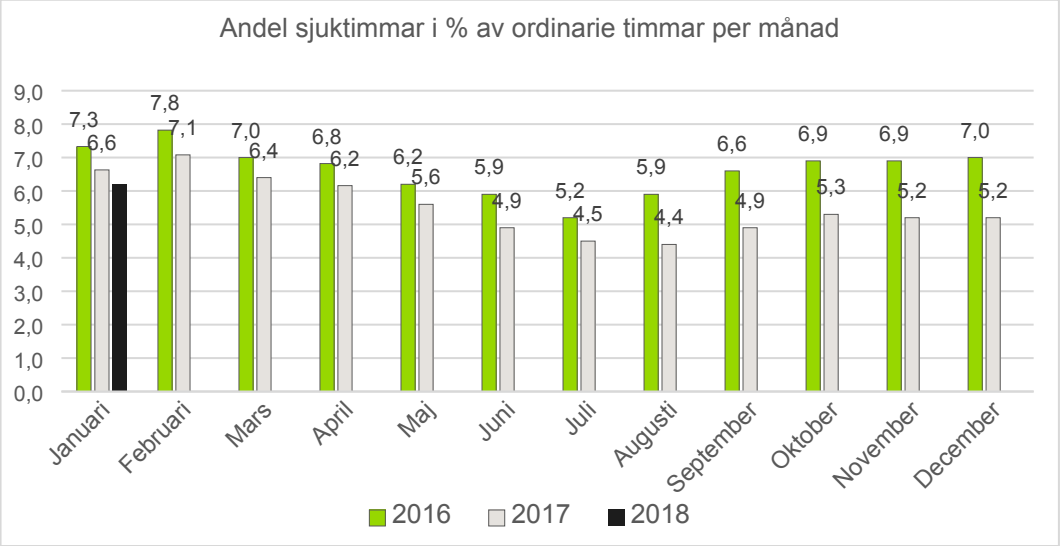
Aktivt mål: Sjukfrånvaron för medarbetare inom Region Jämtland Härjedalen ska minska
Målvärde 2017: 6 %
Målvärde 2018: 5,8%

Uppföljning:

Sjukfrånvaron har fortsatt minska under 2017och trenden ser ut att följa med in i 2018. Per sista december 2017 ligger den ackumulerade sjukfrånvaron på 5,5 % jämfört med 6,6 % samma period 2016. Sänkningen av sjukfrånvaron syns mest hos kvinnorna (-1,7 procentenheter) jämför med männen (-0,4 procenenheter). I båda förvaltningarna samt i regionstaben minskar sjukfrånvaron.



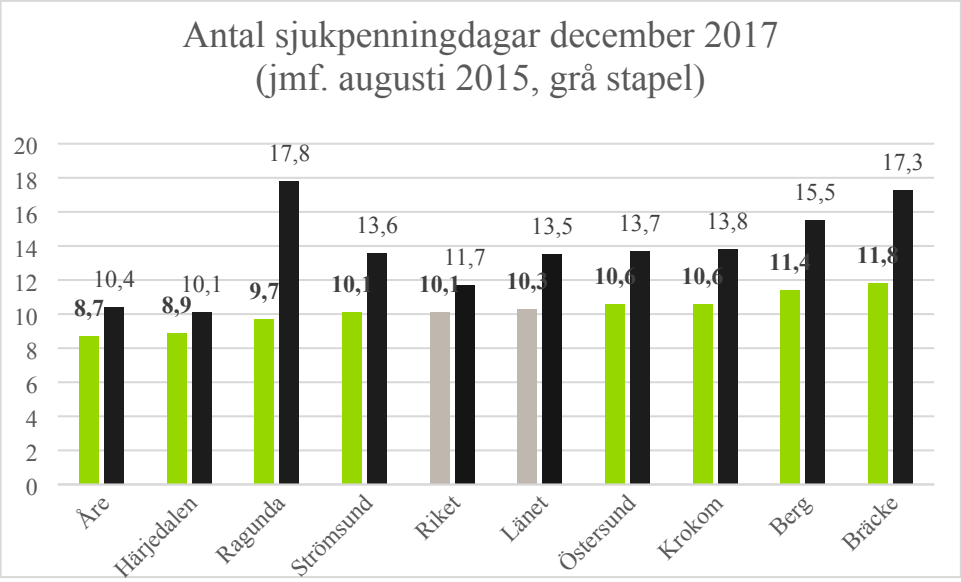
Alla månader under 2017 ligger lägre än året innan vad gäller sjukfrånvaro innevarande månad. Antalet sjuktimmar har minskat med 71 278 timmar mot året innan och antal sjukskrivna medarbetare längre än 180 dagar (långtidssjukfrånvaro) har minskat till 51 stycken per december, motsvarande siffra 2016 var 116 stycken.



Med ökad rörlighet och dialog kring sjukskrivningar och alternativ kring sjukskrivning inom organisationen har håller den nedåtgående trenden i sig mot uppsatta målet att ligga på ett rikssnitt i sjukfrånvaro.

I länet

Sjuktalen i Jämtlands län sjunker. Enligt Försäkringskassan statistik ser vi en minskande trend i Jämtland Härjedalen ovan syns kommunernas siffror gällande sjukpenningdagar som minskat sedan 2015. Riket har också stannat upp ökningen från de senaste 3 åren och Jämtland Härjedalen ligger nu på riksgenomsnittet i antal utbetalda sjukpenningdagar se tabell nedan.



Prognos att uppfylla målet:

Målet för 2017 är uppfyllt och under 2018 blir målet att bibehålla sjukfrånvaronivån samt jobba med en minskning i de områden som inte är nere på 5,8% i sjukfrånvaro för 2018. De åtgärder som lyfts för att uppnå prognosen är tidiga rehabiliteringsinsatser, åtgärder i långa sjukfall, åtgärder gällande korttidsfrånvaro, chefers förutsättningar att stödja medarbetarna och fånga upp signaler samt specialiststöd till chefer i rehabiliteringsarbetet. Hälsofrämjande teamet är ute på områdesledningar och för dialog om hälsofrämjande insatser.

Ett önskemål är ökad samverkan kring rehabilitering med Försäkringskassan. De har i dagsläget för lite resurser att lägga på samordningsmöten vilket i längden påverkar rehabiliteringsprocessen. Även ett ökat samarbete med vården gynnar rehabiliteringen och ett projekt har inletts 2018, STR-A, för att ta fram bar tillvägagångsätt. Genom ett bättre samarbete med vården ges möjligheter till att skapa tidigt kontakt och rehabilitering.

Region Jämtland Härjedalens förebyggande arbete med återhämtning samt balans arbetliv och privatliv som tema fortsätter under 2018 med bl.a. föreläsningar kring sömnens betydelse för hälsan och hjärnergonomi, och avspänning. Detta som ett led i att lyfta behovet av återhämtning och förebygga stress samt vikten av att komma in tidigt för att kunna undvika sjukskrivingar. Även arbetet med att lyfta alternativ till sjukskrivning ex. genom förebyggande sjukpenning samt anpassningar av arbetet, hjärnergonomiska förutsättningar kommer att fortsätta under 2018 då de har fått haft bra effekt.

9

Personalbokslut 2017

RS/2761/2017

2018-02-22

Sekretariatet
Daniel Nilsson
Tfn: 063-14 75 71
E-post: daniel.l.nilsson@regionjh.se

RS/2761/2017

Personalbokslut 2017

Ärendebeskrivning

Personalbokslut 2017 visar att antalet medarbetare vid Region Jämtland Härjedalen har blivit fler både till antalet eller om utförda tiden omräknas i årsarbetare. Personalbokslutet för 2017 redovisar ett plus på 118 årsarbetare. Nedan redovisas några förändringar i personalstrukturen:
Läkare + 28 årsarbetare (-1 åa bemanningsföretag)
Sjuksköterska +7 årsarbetare (+20 åa bemanningsföretag)
Undersköterska + 29 årsarbetare
Medicinska sekreterare +1 årsarbetare

Kompetenskartläggning är genomförd och handlingsplan ska tas fram under 2018. Ett viktigt verktyg för att möta kommande behov av medarbetare.

Glädjande är att antalet deltider har fortfarande en låg siffra på 428 personer. En liten ökning i jämförelse med 2016 med 4 personer.

Sjukfrånvaron har minskat från 6,6% (2016) till 5,5%. Männen har minskat från 3,7 % till 3,3 % och kvinnorna minskat från 7,5 % till 6,1 % där dagar över 60 står för största delen. Vid årsskiftet hade 106 stycken medarbetare sjukpenning via Försäkringskassan jämfört med året innan då det var 198 stycken o 2015, 218 stycken.

Om arbetsmiljön redovisar några enheter har arbetat med ett förändrat arbetssätt vilket har inneburet att arbetsmiljön upplevs förbättrad. Det nya arbetssättet har gett en tydlighet i fördelning av arbetsuppgifter och vem som gör vad och har även inneburit en möjlighet till fördelning av arbetsuppgifter under vissa perioder som underlättar återgång i arbete. Totalt för organisationen visar enkäten ett arbetsmiljöindex på 4,6

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

Områdena inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen har sett över förutsättningarna för chefer med mer än 35 medarbetare. Under 2018 kommer frågan att diskuteras ytterligare.

Lönekartläggning och löneanalys är genomförd och handlingsplan har tagits fram.

Regiondirektörens förslag

Personalbokslut 2017 godkänns.

I tjänsten
Hans Svensson
Regiondirektör

Utdrag till

Organisation/person som protokollsutdrag och/eller yttrande ska skickas till.

Annica Sörensdotter, Malin Bergstrand- Edfeldt,
Anneli Ekman, Jessica Eriksson,
Anni Åsen, Pia Engelin Westlund

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Personalbokslut 2017

Annica Sörensdotter, Malin Bergstrand- Edfeldt,
Anneli Ekman, Jessica Eriksson,
Anni Åsen, Pia Engelin Westlund

1 Inledning 6

1.1 Tillvägagångssätt 6

1.2 Attraktiv arbetsgivare 7

2 Kompetensförsörjning 8

2.1 Utförd tid 9

2.2 Utförd tid totalt för region Jämtland Härjedalen – förvaltning 9

2.3 Utförd tid per område i Hälso- och sjukvårdsförvaltningen 10

2.3.1 Kommentarer utförd tid 10

2.4 Sommaren 2017 12

2.5 Antal anställda 13

2.6 Antal anställda, kvinnor och män 13

2.6.1 Antal anställda årsarbetare 14

2.6.2 Antal anställda per förvaltning 14

2.6.3 Antal anställda per område i Hälso-och sjukvårdsförvaltningen 15

2.7 Anställningsform 16

2.8 Timavlönade 16

2.9 Deltidsanställda 17

2.9.1 Antal deltidsanställda totalt/ fördelat på kön 17

2.9.2 Andel deltidsanställda av totalt antal anställda 17

2.9.3 Medelsysselsättningsgrad-totalt/fördelat på kön 18

2.10 Olika typer av ledigheter fördelade på kvinnor och män 19

2.11 Generationsväxling 20

2.11.1 Åldersfördelning 21

2.11.2 Medelålder 21

2.11.3 Antal anställda som är 60 - 67 år 22

2.11.4 Åldersstruktur och medelålder 22

2.12 Ungdomssatsningar 24

2.12.1 Feriearbetare 24

2.12.2 Studiebesök 24

2.13 Introduktion för nyanställda 24

2.14 Bemanning av organisationen 24

2.15 Rekryteringsläge - bemanning av organisationen 28

2.16 Kompetenskartläggning – LUP 29

2.16.1 Läkare 30

2.16.2 Sjuksköterska, specialistsjuksköterska, barnmorska 30

2.16.3 Undersköterskor, skötare 31

2.16.4 Kompetensförsörjning inom hälso- och sjukvård 32

2.17 Bemanningsföretag 33

2.1 Läkare - total utförd tid 34

2.2 Sjuksköterskor - total utförd tid 34

2.3 Köpta tjänster inom folktandvård 35

2.3.1 Hälso- och sjukvårdsförvaltningen 35

2.4 Sjuksköterskor – bemanningsföretag 36

2.5 Kompetenssammansättning 38

2.6 Kompetensstruktur 39

2.7 Antal läkare - månadslön 40

2.8 Kompetensstruktur läkare 40

2.8.1 AT-läkare kvar i Region Jämtland Härjedalen 41

2.8.2 Personalomsättning läkare 41

2.8.3 Personalomsättning sjuksköterska 42

2.9 Utbildning och kompetensutveckling 42

2.10 Region Jämtland Härjedalens studiemedel 43

2.11 Utbildningsuppdraget 44

2.12 Omställningsarbetet 45

2.13 Avslutningssamtal 46

3 Övertid/kort varsel/arbetad tid 48

3.1 Totalt antal timmar övertid/kort varsel 2014-2017 48

3.1.1 Övertid i timmar - Hälso-och sjukvårdsförvaltningen 48

3.1.2 Övertid i timmar - Regional utveckling 49

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 2010-2017 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 52

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 54

4.2.3 Förutsättningar för chefs-och ledarskapet 54

5 Hälsofrämjande arbete och sjukfrånvaro 56

5.1 Obligatorisk sjukfrånvaroredovisning 62

5.2 Åtgärder via företagshälsovård 64

5.3 Friskvårdsaktiviteter 67

5.4 Personalföreningen- Friskvård o Trivsel 68

5.5 Arbetsmiljö 69

5.5.1 Arbetsmiljöenkäten 69

5.6 Arbetsskador och tillbud 71

5.7 Arbetsförhållanden utifrån jämställdhet, mångfald, kränkande särbehandling, sexuella trakasserier, trakasserier och diskriminering 72

Annica Sörensdotter, Malin Bergstrand- Edfeldt,
Anneli Ekman, Jessica Eriksson,
Anni Åsen, Pia Engelin Westlund

6 Lönebildning 72

6.1 Löneutveckling 73

6.2 Jämställda löner 74

Annica Sörensdotter, Malin Bergstrand- Edfeldt,
Anneli Ekman, Jessica Eriksson,
Anni Åsen, Pia Engelin Westlund

Personalbokslut 2017

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, Prodiver 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.

Annica Sörensdotter, Malin Bergstrand- Edfeldt,
Anneli Ekman, Jessica Eriksson,
Anni Åsen, Pia Engelin Westlund

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 2017-2019 varit styrande för personalfunktionens arbete.

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

Under 2017 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 implementerades kompetenshanteringssystemet SABA Cloud för att gå i drift 2018. En kompetenskartläggning enligt LUP och Svensk standard för kompetensförsörjning genomfördes i slutet av året. Program för ”Sjuksköterskans första år”, utformades för att påbörjas 2018.

Fyra karriärvägar, psykologer, fysioterapeuter i primärvården, röntgensjuksköterskor samt barnmorskor inom specialiserad vård, fastställdes. Arbete med att koppla lön till karriärvägarna påbörjades samt att ett test med att implementera karriärvägarna i SABA Cloud genomfördes.

Arbetet med RAK med en projektledare direkt underställd hälso- och sjukvårdsdirektören fortsatte under året. I samband med det inrättades ett kliniskt träningscenter (KTC). Ett led i RAK är att utveckla och säkra undersköterskornas kompetens i framförallt sjukvårdstekniska arbetsmoment. Det resulterade i att 160 undersköterskor utbildades och examinerades och därmed erhöll kompetenskort.

Arbetet med att inrätta 40 extratjänster påbörjades under hösten med kartläggning och matchning. Inflödet vad gäller nyanlända inom legitimationsyrken upphörde i princip. I samarbete med Arbetsförmedlingen fortsatte arbetet med stödjande insatser för de personer som sedan tidigare fanns med i regionens etableringsprogram.

En överenskommelse mellan Kommunal och SKL kring ”Heltidresan”, som innebär att grupper inom Kommunals avtalsområde ska kunna inneha heltidsbefattningar och arbeta heltid, resulterade i en överenskommelse på regionnivå med samma mål.

Flera rekryteringsinsatser genomfördes under året bl.a. deltagande på sjuksköterskestudenternas VFU-start inför termin 4, anordnande av events för T5 och T6 sjuksköterskestudenter. Samtliga från Mittuniversitetet. Stöd gavs till Umeå universitets läkarstudenters examinationsevent i Östersund.

Deltagande i en emigrantmässa i Holland, arbetsmarknadsmässor på Uppsala universitet samt för blivande AT-läkare. Dessutom deltagande i arbetsförmedlingens jobbmässor varav en vände sig till framförallt unga som står inför utbildningsval. Annonseringsinsatser riktade till bristyrken genomfördes. Annonsering via Face-Book fick ett stort gensvar vilket också uppmärksammades nationellt.

Deltagande i Framtidsmässan, som vänder sig till främst gymnasieelever. Studiebesök för årskurs 9 och gymnasiet årskurs 3 anordnades och feriepraktik för gymnasiestuderande erbjöds.

Ytterligare tre personalkonsulter utbildades i ThomasSystemet, ett system för personlighetsanalys, som används främst vid chefsrekrytering.

Ett norrlandsgemensamt arbete resulterade i att en ny upphandling av bemanningsföretag har genomförts och kommer att under våren 2016 nyttjas

Annica Sörensdotter, Malin Bergstrand- Edfeldt,
Anneli Ekman, Jessica Eriksson,
Anni Åsen, Pia Engelin Westlund

Utbildningen Ny som chef och Chefsaspirantutbildning har genomförts under året. Kunskapstorget 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 kommer regionen att ställning att tas till eventuell fortsättning.

Löneöversyn 2017 är genomförd och arbetet med löneöversyn 2018 startade under hösten -17. Lönekartläggning och löneanalys är genom under hösten 2017.

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 lösningsfokuserad 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 from 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.

Friskvårdsprogrammet med möjlighet till friskvårdspeng också har använts av ett stort antal medarbetare pengen används framförallt på områden som tidigare uttrycket missnöje med möjlighet till friskvårdstimme. Friskvårdstimmen och pengen är en förmån som finns för att också stimulera till pulshöjande friskvårdsaktiviteter.

All personal erbjöds 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, tandläkare, 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, vilket också gäller nationellt. Region Jämtland Härjedalen hade fler både antalsmässigt och årsarbetare vad gäller dessa grupper än tidigare år. Följden av det samlade ökade behovet blir en bristsituation. Det i sin tur skapar en marknad för bemanningsföretag som hyr ut personal. Region Jämtland Härjedalen, framförallt område HIM och HNR, ökade nyttjandet av sjuksköterskor från bemanningsföretag. Gruppen undersköterskor som genom utbildningsinsatser ska bidra till minskat behov av hyrsjuksköterskor har också ökat.

Centrumens 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 läkare och sjuksköterskor. När det gäller ökning av utförd tid för läkare återfinns ökningen i grupperna underläkare, AT-läkare och ST-läkare medan bristen återfinns bland grupperna överläkare, specialistläkare och distriktsläkare.

Annica Sörensdotter, Malin Bergstrand- Edfeldt,
Anneli Ekman, Jessica Eriksson,
Anni Åsen, Pia Engelin Westlund

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.

	2014	2015	2016	2017	Differens Årsarbetare 2016/2017
Total utförd tid	5 438 705	5 801 227	5 804 071	6 011 617	+118
Ledning	232 154	265 101	267 971	270 571	+1
ÖvL/SpecL	370 877	373 768	361 531	380 286	+11
ST-läkare	170 503	177 099	180 680	204 606	+14
Underläkare	89 927	104 719	120 463	125 209	+3
Sjuksköterskor	1 737 173	1 746 510	1 752 474	1 764 734	+7
Undersköterskor	958 811	968 612	964 933	1 016 041	+29
Med.sekreterare	311 062	323 551	326 608	327 432	+1
Psykolog Psykoterap	95 417	97 648	98 230	111 006	+7
Paramed	386 662	396 803	399 009	425 497	+15
Admin personal	417 790	533 312	531 645	595 661	+36
Övrigt	668 328	814 102	800 526	790 574	-6

Källa: ProDiver

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 2017 har ökat med 118 årsarbetare.

Utförda tiden för **läkare** har ökat med 28 årsarbetare. Inhyrning från bemanningsföretag har minskat med drygt en årsarbetare. Sammantaget är ökningen 27 årsarbetare.

Utförda tiden för **sjuksköterskor** har ökat med 7 årsarbetare. Inkluderas timmar via bemanningsföretag är ökningen 22 årsarbetare.

Utförd tid för **undersköterskor** har ökat med 29 årsarbetare.

2.2 Utförd tid totalt för region Jämtland Härjedalen – förvaltning

Utförd tid totalt/ förvaltning				
Förvaltning/totalt	**2015**	**2016**	**2017**	**Differens 2016-2017 i års-arbetare**
Hälso-och sjukvårdsförvaltningen	5 207 203	5 214 462	5 403 647	+ 107
Regionala	252 135	224 087	238 631	+ 7

utvecklingsförvaltningen				
Regionstaben	328 431	352 570	355 638	+2
Patientnämnd, Revision,	13 457	12 952	13 701	0
Region Jämtland Härjedalen	5 801 227	5 804 071	6 011 617	+ 118*

2.3 Utförd tid per område i Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Utförd tid – Hälso- och sjukvårdsförvaltningen				
	2015	**2016**	**2017**	**Differens 2016-2017 i års-arbetare**
Akutområdet	651 824	652 103	652 258	0
Barn och ungdomsmedicin	172 207	170 720	176 313	+3
Barn och unga vuxna	187 834	189 095	208 534	+11
Diagnostik, teknik och service	709 162	719 518	748 546	+16
Hjärta, neurologi och rehabilitering	397 156	387 026	390 215	+2
Hud, infektion och medicin	454 254	454 009	468 129	+8
Folktandvården	298 587	277 712	265 840	-8
Kirurgi	378 088	379 318	393 876	+8
Kvinna	152 436	153 677	161 467	+4
Ortopedi	280 146	277 553	291 361	+8
Patientsäkerhet	24 908	26 767	25 611	-1
Primärvård	882 582	912 143	993 980	+46
Psykiatri	454 530	442 624	454 773	+7
Ögon och Öron	147 427	153 824	163 481	+5
Totalt hälso - och sjukvårdsförvaltningen	5 207 203	5 214 462	5 403 647	+ 107

2.3.1 Kommentarer utförd tid

Region Jämtland Härjedalen har ökat den utförda tiden med motsvarande 118 årsarbetare 2017 jämfört med 2016. 2017 har en vardag mindre vilket motsvarar ca 11 årsarbetare. Med hänsyn till den är ökningen närmare 130 årsarbetare.

Annica Sörensdotter, Malin Bergstrand- Edfeldt,
Anneli Ekman, Jessica Eriksson,
Anni Åsen, Pia Engelin Westlund

Inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen har den utförda tiden ökat med 107 årsarbetare. Den utförda tiden har ökat inom områdena förutom områdena folktandvård och akutvård.

Orsaker till ökning av utförd tid är utökad verksamhet såsom införande av

- mobilt närvårdsteam, avdelning för utskrivningsklara patienter och diagnostiskt centrum, område HIM,
- slutenvård och IKB-team, område BUV (ca 14 åa)
- specialistvård Campus, område ortopedi(närmare5 åa)
- ökade förlossningstal, område kvinna (4 åa)
- utökning av ST-läkare för att minska hyrläkarberoendet (10 åa)
- folkhälsoenheten som överfördes från regionstaben till primärvården (ca 7 åa)
- verksamhetsutvecklare som överfördes från regionstaben till de olika områdena inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen (9)

I övrigt anges gängse förekommande förändringar i verksamhet som orsak till ökning av utförd tid.

Område psykiatri är det enda område som anger att de beräknar att komma ner i 2013 års nivå vad gäller utförd tid. De områden som uttalar att de ser det inte ät möjligt anger bl a utökade uppdrag som skäl men säger att man ständigt ser över hur man ska kunna minska den utförda tiden.

Inom regional utveckling har antalet årsarbetare ökat med 7 jämfört med föregående år. Den ökade utförda tiden beror främst på projektanställningar inom område Näringsliv och område Välfärd klimat och kompetens. Vid projektanställningar finns det oftast beslut och ekonomiskt tillskott med externa medel.

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

Regionstaben har ökat med två årsarbetare trots att folkhälsoenheten och vårdutvecklarna, som motsvarar ca 23 årsarbetare (16 årsarbetare),under året övergått till hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Sett till detta borde den utförda tiden ha minskat i samma omfattning.

Förklaringar till ökningarna är flera. Dels inrättandet av enhetschef för FoUU-enheten och nyinrättade tjänster som flyktingsamordnare, etableringskoordinator, informationssäkerhetssamordnare som tillkommit under senaste året på grund av förändrade omvärldskrav. Andra exempel är införandet av SABA Cloud, ett webbaserat system för kompetenshantering, där tjänsteutrymmet för införandet inneburit en ökning av utförd tid och finansierats via medel från motsedda och professionsmiljarden. En markant ökning av statliga bidrag har gjort att projektanställningar ökat och i förlängningen innebär en ökning av utförd tiden. Projektanställningarna gäller t ex införandet av ett nytt chefsutvecklingsprogram, nya lagen om utskrivningsklara, standardiserade vårdförlopp cancer samt sjukskrivning- och rehabprocessen. Även uppbemanning av personal som finansieras av andra förvaltningar internt förekommer.

Inom Regionstaben har det under året också tillkommit två extratjänster med finansiering genom arbetsförmedlingen, en person i omställningsgrupp samt två personer med skyddad identitet.

Annica Sörensdotter, Malin Bergstrand- Edfeldt,
Anneli Ekman, Jessica Eriksson,
Anni Åsen, Pia Engelin Westlund

2.4 Sommaren 2017

Inför sommaren 2017 utarbetades en handlingsplan med åtgärder inom organisation, bemanning och rekrytering.

Utförda tiden juni – augusti inom områdena HNR, HIM, akutvård, ortopedi, kirurgi, barn och ungdomsmedicin, kvinna, psykiatri, barn och unga vuxna, diagnostik, teknik och service, primärvård har ökat med motsvarande 127 årsarbetare jämfört med föregående år. En vardag mer 2017 gör 11 årsarbetare.

Jämfört med 2016 har gruppen sjuksköterskor ökat med 3 årsarbetare (exkl bemanningsföretag) och gruppen undersköterskor har ökat med 35 årsarbetare.

Inhyrda sjuksköterskor har ökat med motsvarande 19 årsarbetare (beräknat utifrån en genomsnittskostnad för bemanningsföretag)

Bemanningsfördelningen mellan sjuksköterska och undersköterska har förändrats marginellt mellan åren (en %-enhet skiljer mellan 2016 och 2017). Pågående arbete på vårdavdelningarna, RAK, d v s att förändra arbetsfördelning mellan sjuksköterska och undersköterska på vårdavdelningarna har hittills inte gett utslag vad gäller fördelningen av utförd tid.

Det har skett en kostnadsminskning av övertid, kortvarsel och sommarpaket med ca 2,5 miljoner jämfört med 2016. Kostnaden för dessa tre poster 2017 är ca 19 miljoner.

Kostnad för sommarpaket och dagersättning uppgick till 8,1 miljoner. Kostnaderna minskade med ca 1,5 miljoner jämfört med 2016.

Arbete under rast är i princip oförändrat medan dubbla pass har ökat med 50 timmar, motsvarar ca 6%.

Sjukfrånvaron har minskat per månad och totalt. Antal avvikelser gällande arbetsmiljö har minskat med 112. Avvikelser gällande bemanning har minskat men ligger andelsmässigt i princip oförändrat jämfört med 2016.

Föräldraledigheter ökade i år med motsvarande 26 årsarbetare.

Mellan perioden 170101-170630 nyanställdes 95 sjuksköterskor inklusive specialistsjuksköterskor.

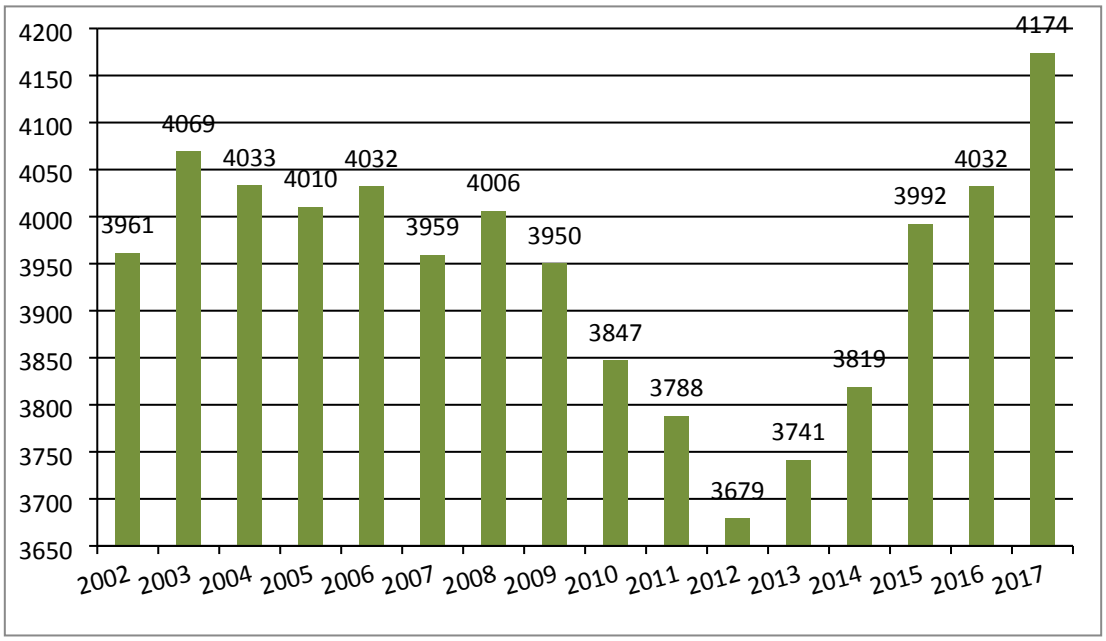
Representanter från fackliga organisationer tillsammans med arbetsgivarrepresentanter besökte varje vecka olika arbetsplatser. Syftet med dessa besök var att få en gemensam bild av arbetssituationen på respektive arbetsplats.

Både arbetsgivare och fackliga företrädarna tycker att arbetsplatsbesöken har varit givande och fyllt sitt syfte.

Annica Sörensdotter, Malin Bergstrand- Edfeldt,
Anneli Ekman, Jessica Eriksson,
Anni Åsen, Pia Engelin Westlund

2.5 Antal anställda

Antalet månadsavlönade uppgick den 31 december 2017 till 4174 personer. Av dessa är 3251kvinnor (78 %) och 923män (22 %). Förändringen mot föregående år är 141fler 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	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Totalt	4006	3951	3847	3789	3679	3741	3819	3992	4032	4174
Kvinnor	3094	3033	2940	2940	2885	2932	2983	3110	3138	3251
Män	912	918	907	848	794	809	836	882	894	922
Andel män av total	22,8	23,2	23,5	22,4	21,6	21,6	21,8	22,0	22,0	22,0

Källa: Heroma, personalstatistik

Antalet anställda har ökat med 142, 113 kvinnor och 28 män.

2.6.1 Antal anställda årsarbetare

År Antal	Antal	Årsarbetare

anställda årsarbetare	anställda	(1760 tim.)
2017	**4174**	**3416**
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**	**2017**	**Förändring mellan åren 2016-2017**
Hälso-och sjukvårdsförvaltningen	3602	3642	3787	145
Regionala utvecklingsförvaltningen	161	146	147	+1
Regionstaben	222	238	230	-8
Patientnämnd, Revision,	9	8	9	+1
Region Jämtland Härjedalen totalt	3992	4032	4174	+141

2.6.3 Antal anställda per område i Hälso-och sjukvårdsförvaltningen

Antal anställda i Hälso- och sjukvårdsförvaltningen				
	2016-12-31	**2017-12-31**	**Förändring mellan åren**	**Kommentar**
Akutområdet	480	476	-4	
Barn och ungdomsmedicin	121	145	+4	
Barn och unga vuxna	127	141	+24	
Diagnostik, teknik och service	462	478	+16	
Hjärta, neurologi och rehabilitering	290	288	-2	
Hud, infektion och medicin	320	338	+ 18	
Folktandvården	184	194	+10	
Kirurgi, Ögon och Öron	382	412	+30	Varav 121 ÖÖ
Kvinna	115	127	+15	
Ortopedi	195	200	+5	
Patientsäkerhet	16	17	+1	
Primärvården	655	703	+48	
Psykiatri	293	286	-7	
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen totalt	3642	3805	163	

Inom Primärvården har anställt ST-läkare motsvarande 10 årsarbetare, för att minska beroendet av stafettläkare på sikt. Ett mobilt närvårdsteam har inrättats.

Från regionstaben har Folkhälsoenheten flyttats till Primärvården med 10 personer per den 1 mars-17 samt verksamhetsutvecklare 12 st per den 1 april.

2.7 Anställningsform

Antal anställda per anställningsform	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Tillsvidare	**3504**	**3400**	**3445**	**3500**	**3674**	**3712**	**4174**

– varav kvinnor	2720	2665	2714	2747	2899	2910	2996
– varav män	784	731	731	753	807	802	819
Vikarie	**205**	**203**	**211**	**226**	**216**	**188**	**208**
– varav kvinnor	164	163	165	172	180	139	163
– varav män	41	40	46	54	36	49	45
Allmän visstidsanställning	**32**	**34**	**40**	**30**	**42**	**48**	**63**
– varav kvinnor	25	25	27	25	31	32	41
– varav män	7	9	13	5	11	16	22
AT – läkare	**38**	**35**	**31**	**37**	**47**	**52**	**52**
– varav kvinnor	24	25	18	**20**	26	38	34
– varav män	14	10	13	**17**	21	14	18
Övrigt (67 år, provanställning)	6	7	14	26	13	33	36

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	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**
Antal timmar	251633	221942	194947	233641	253126	250392	244731
– varav kvinnor	184098	167031	145016	172208	187199	184194	170505
– varav män	67535	54911	49932	61433	65926	66198	74225
Omräknat i årsarbetare*	**143**	**126**	**111**	**133**	**144**	**142**	**139**

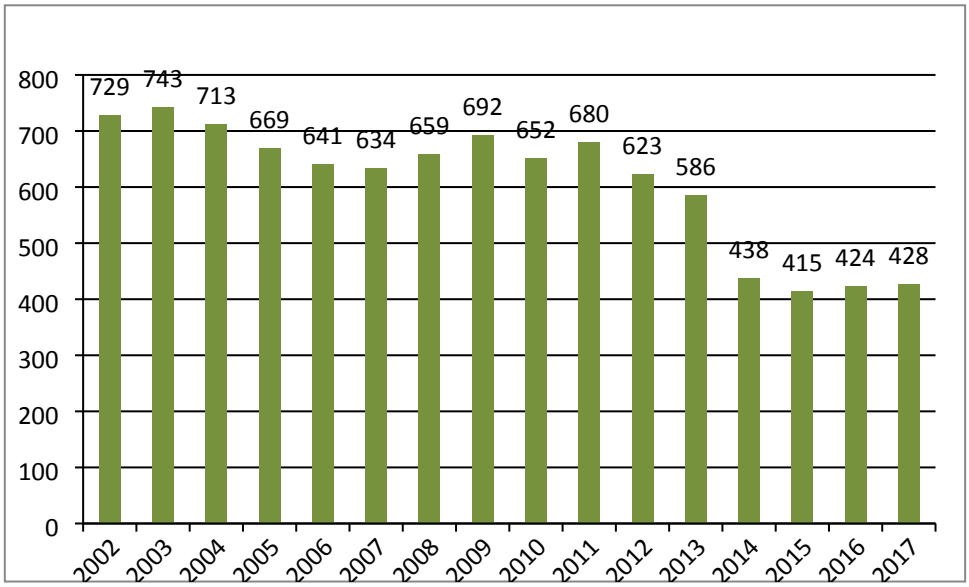
* årsarbetare är beräknat på 1760 timmar.

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

Diagrammet visar per den 31 december varje år



2.9.1 Antal deltidsanställda totalt/ fördelat på kön

Antal deltidsanställda, totalt och fördelat på kön	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Totalt	**652**	**680**	**623**	**586**	**438**	**415**	**424**	**428**
Kvinnor	565	597	559	524	388	364	359	360
Män	87	83	64	62	50	51	65	68

Av deltidsanställda är 84 % kvinnor och 16 % män. En ökning av män i förhållande till kvinnor.
Antal deltidsanställda kvinnor av totalt antal anställda kvinnor = 11 %
Antal deltidsanställda män av totalt antal anställda män = 7 %

2.9.2 Andel deltidsanställda av totalt antal anställda

Antalet deltidsanställda är 428 personer och det är en ökning jämfört med föregående år.

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

2.9.3 Medelsysselsättningsgrad-totalt/fördelat på kön

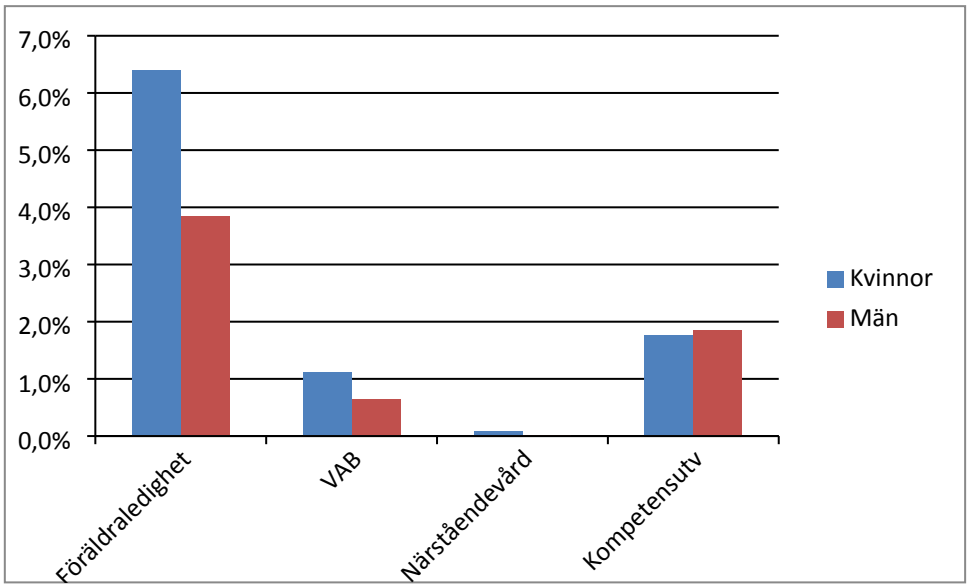
Medel-	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**

sysselsätt-ningsgrad								
Totalt	94,7	94,6	94,9	95,0	96,1	96,3	96,3	96,3
Kvinnor	94,1	94,0	94,2	94,4	95,7	95,9	96,1	96,1
Män	96,7	96,7	97,6	97,0	97,8	97,6	97,3	96,9

Medelsysselsättningsgraden har successivt blivit lägre för att återigen öka 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”.

Annica Sörensdotter, Malin Bergstrand- Edfeldt,
Anneli Ekman, Jessica Eriksson,
Anni Åsen, Pia Engelin Westlund

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. Tid för kompetensutveckling utgör lika andel av utförd tid för män och för kvinnor. Tidigare har männen haft högre andel.

Föräldraledighet: Kvinnor tar ut 84 % av totalt uttagen föräldraledighet och männen tar ut 16 % en minskning av männens uttag. Av uttagen föräldraledighet i procent av utförd tid så tar kvinnorna ut 6,4 % (6,2 % 2016) och männen 3,8 % (4,2 % 2016). Kvinnorna har ökat sitt uttag och männen har minskat. Det är viktigt att fortsätta uppmuntra fler män till uttag av föräldraledighet för att nå målet om jämställdhet.

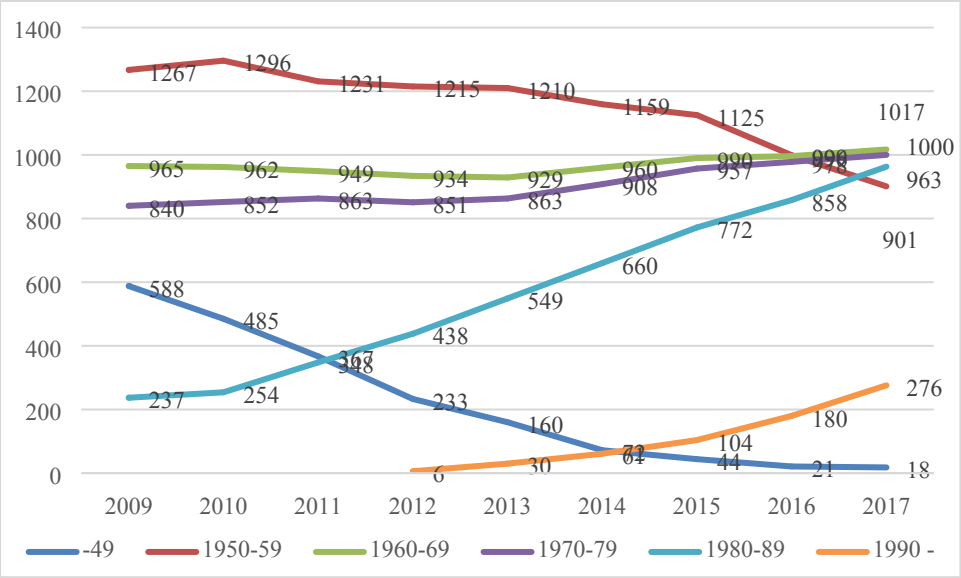
Vård av barn (VAB): Kvinnorna står för 84 % av uttagen VAB och män för 16 %. Jämfört med 2016 så är det oförändrat.

Närståendevård: Uttagna timmar för närståendevård är mycket litet och utgörs endast av enskilda fall. Totalt 3592 timmar varav kvinnor har tagit ut 96 % och männen stod för 4 % av totalt uttagen tid. Männen har minskat sitt uttag igen från att sista två åren ökat.

Kompetensutveckling: Kvinnor har haft 75 % av totalt uttagen tid till kompetensutveckling, män 25 %. Om man tittar på tid för kompetensutveckling i procent av utförd tid för kvinnor respektive män så har de tagit ut lika i år.

Annica Sörensdotter, Malin Bergstrand- Edfeldt,
Anneli Ekman, Jessica Eriksson,
Anni Åsen, Pia Engelin Westlund

2.11 Generationsväxling



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

Av de som är födda på 40-talet d v s 68 år och äldre är det 18 personer som arbetar på månadslön.

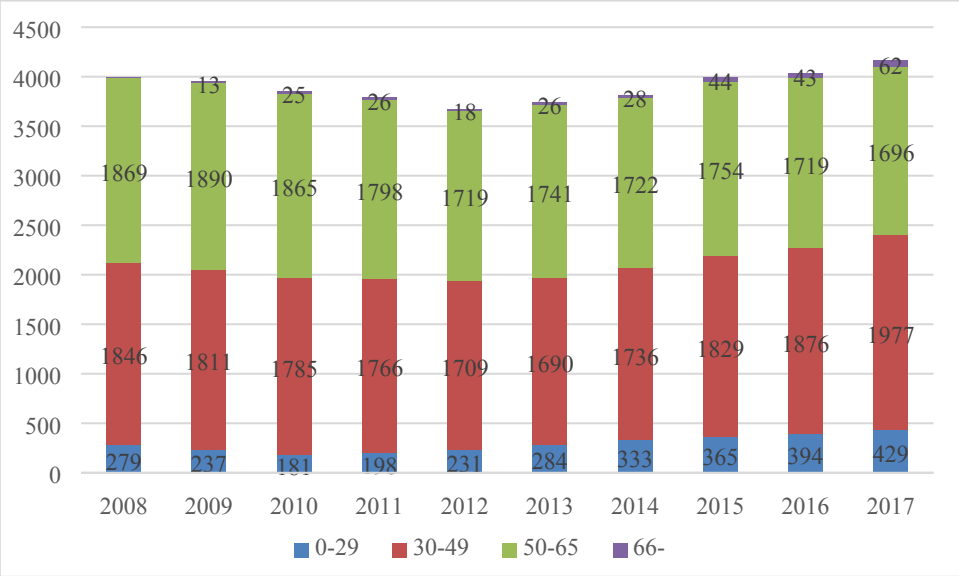
Kvinnor och män födda på 90-talet är förhållandevis en liten grupp. Det kan delvis förklaras med att dagens unga människor etablerar sig sent på arbetsmarknaden (ca 28 år). Inom många yrken Region Jämtland Härjedalen krävs någon form av längre högskole- eller universitetsexamen vilket i sin tur påverkar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

De kommande pensionsavgångarna ska ställas i relation till minskade ungdomsgrupper. Gymnasieungdomar har minskat drastiskt under en 10-årspersiod fram t o m 2017. Det har varit särskilt märkbart här i länet

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 arbetssökande och arbetsgivarnas behov av kompetens.

2.11.1 Åldersfördelning

Redovisning per åldersintervall.



I diagrammet ovan kan man se att antalet 65 år och äldre ökar. Det finns en medvetenhet i organisationen om att i möjligaste mån tillvarata kompetensen hos denna grupp. Märks tydligast under semestertider.

2.11.2 Medelålder

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

Medelålder År/kön	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Totalt	**47,3**	**47,6**	**47,3**	**47,1**	**46,7**	**46,8**	**46,1**	**46,3**
Kvinnor	47,4	47,6	47,3	47,1	46,7	46,7	46,0	46,3
Män	47,1	47,6	47,4	47,2	46,8	46,9	46,2	46,2

Annica Sörensdotter, Malin Bergstrand- Edfeldt,
Anneli Ekman, Jessica Eriksson,
Anni Åsen, Pia Engelin Westlund

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	Antal 2017
60	132	120	107	125	134	123	121	147
61	129	129	117	109	118	138	119	123
62	116	122	119	117	107	116	132	115
63	63	105	105	105	108	100	98	121
64	81	85	82	93	88	100	78	82
65	33	29	28	41	44	43	56	38
66	19	20	8	15	18	29	22	43
67	5	5	5	5	3	6	9	12
Totalt	578	615	571	610	620	655	635	681

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 31 december -17						
Förvaltning och totalt	-29	30-49	50-65	66-	totalt	Medelålder
Hälso-och sjukvårdsförvaltningen	416	1817	1487	67	3787	46,1
Regionala utvecklingsförvaltningen	3	71	70	3	165	49,4
Regionstaben	10	86	132	2	230	50,1
Patientnämnd, Revision,	0	3	6	0	9	
Region Jämtland Härjedalen	429	1977	1695	73	4174	46,3

Åldersstruktur och medelålder per område i Hälso och sjukvårds förvaltning						
	0-29	30-49	50-65	66-	Antal anställda	Medelålder
Akutområdet	42	258	173	3	476	45,9
Barn och ungdomsmedicin	21	62	41	1	145	43,0
Barn och unga vuxna	7	75	57	2	141	46,9
Diagnostik, teknik och service	52	188	233	5	478	46,5
Hjärta, neurologi och rehabilitering	38	144	103	3	288	44,7
Hud, infektion och medicin	59	186	88	5	338	42,1
Folktandvården	10	80	96	8	194	49,9
Kirurgi, Ögon, Öron	74	197	129	12	412	43,9
Kvinna	20	60	46	1	127	44,6
Ortopedi	29	105	63	3	200	44,1
Patientsäkerhet, övergripande	0	6	13	0	19	52,7
Primärvården	38	324	323	18	703	48,6
Psykiatri	26	132	122	6	286	46,7
Hälso– och sjukvårdsförvaltningen totalt	416	1817	1487	67	3787	46,1

Annica Sörensdotter, Malin Bergstrand- Edfeldt,
Anneli Ekman, Jessica Eriksson,
Anni Åsen, Pia Engelin Westlund

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	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Antal inom hälso- och sjukvård	50	49	41	41	37	25	27
Antal inom övrig verksam	20	10	10	11	14	10	8
Totalt antal	**70**	**59**	**51**	**52**	**51**	**35**	**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	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Antal elever från grundskola	131	200	220	171	210	160	184
Antal elever från gymnasiet	86	47	33	74	82	40	67
Totalt	**217**	**247**	**243**	**245**	**292**	**200**	**251**

2.13 Introduktion för nyanställda

Under 2017 har vi fortsatt med gemensam introduktion för nyanställda två gånger per år, i mars och oktober. Ca 210 medarbetare har deltagit. 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 specialistläkare, oavsett specialitet, distriktsläkare, övertandläkare, tandläkare, allmänsjuksköterskor, specialistsjuksköterskor, psykologer samt vissa specialist-/nyckelkompetenser. Detta 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 anställnings-

villkor 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, vilket också gäller nationellt. Region Jämtland Härjedalen hade fler både antalsmässigt och årsarbetare vad gäller dessa grupper än tidigare år. Följden av det samlade ökade behovet blir en bristsituation. Det i sin tur skapar en marknad för bemanningsföretag som hyr ut personal. Region Jämtland Härjedalen, framförallt område HIM och HNR, ökade nyttjandet av sjuksköterskor från bemanningsföretag. Gruppen undersköterskor som genom utbildningsinsatser ska bidra till minskat behov av hyrsjuksköterskor har också ökat.

Många områden pekar på att bättre anställningsvillkor såsom lön, arbetstider, arbetsmiljö (ospecificerat) men även annan arbetsfördelning (vem gör vad, RAK) ska kunna förbättra bemanningsläget vad gäller bristyrken.

Nedan följer områdenas samlade bedömning av nuvarande och framtida bemanningssituation.

Område akutvård. Avseende rekrytering har 80 tjänster utannonserats i området under året. Antal sökande per tjänst uppgår till 5,6 i genomsnitt och varierar i antal mellan 0-49. Flest ansökningar inkommer vid annonsering av undersköterskетjänster.

Det har varit svårt att rekrytera såväl allmänsjuksköterskor som specialistsjuksköterskor inom intensivvård, anestesi och operation. Det har bland annat inneburit ändrad kompetenssammansättning. Även steriltekniker är ett bristyrke som ersätts med undersköterskekompetens. Avseende medicinska sekreterare pågår översyn av organisation liksom samarbete med andra områden.

Av fyra utbildningsplatser med studiemedel som regionen erbjuder har Område akutvård tilldelats två av dessa platser till specialistutbildning. Tillsammans med andra landsting/regioner i norr har uppdragsutbildning upphandlats vid Umeå universitet. Område akutvård har via den köpt fem utbildningsplatser; tre inom anestesi och två inom operation.

För att väcka intresse för områdets specialistområden föreläser medarbetare på Mittuniversitetet, auskultation erbjuds. Även i år har grundutbildade sjuksköterskor anställts på intensivvårdsavdelningen och centraloperationen för att möjliggöra för intresserade att prova på vad arbetet innebär. I området erbjuds även kombinationstjänster i syfte att tillvarata medarbetares kompetens och önskemål.

Område barn och ungdomsmedicin: Rekryteringssituationen har förändrats under de senaste åren till ”mycket svårt att rekrytera” när det gäller vidareutbildade barnsjuksköterskor. Detta är svårrekryterad grupp nationellt. Rekrytering av sjuksköterskor har förbättrats något.

För att väcka intresse för områdets specialistområden föreläser medarbetare på MIUN, auskultation erbjuds och grundutbildade sjuksköterskor anställs på slutenvårdsavdelningarna. Detta för att möjliggöra för intresserade att prova på vad arbetet innebär i syfte att väcka intresse till att vidareutbilda sig inom Barn- och ungdomsmedicin.

Område diagnostik, teknik och service: Biomedicinska analytiker, ett bristyrke såväl lokalt som nationellt. I närtid kommer dock området att vara i balans vad gäller denna grupp. Städare och köksbiträden är svårare att rekrytera än tidigare år. En bidragande orsak kan vara en förbättrad arbetsmarknad med lägre arbetslöshet.

Annica Sörensdotter, Malin Bergstrand- Edfeldt,
Anneli Ekman, Jessica Eriksson,
Anni Åsen, Pia Engelin Westlund

Område HIM: Kuratorer har under året visat sig vara svårrekryterade då det är svårt att konkurrera med löner som ges i glesbygd eller kommun. Överlag använder området sig av personlig kontakt med tidigare medarbetare, mentorskap samt uppföljande samtal efter praktikperiod. Inom vissa subspecialiteter är det stora rekryteringsproblem.

Område HNR: Kravspecifikation gällande läkare inom vissa specialiteter har på försök ändrats för att fånga läkare med annan kompetens till verksamheten. Överlag använder sig området av personlig kontakt med tidigare medarbetare, mentorskap samt uppföljande samtal efter praktikperiod. Inom vissa subspecialiteter finns idag stora rekryteringsproblem.

Område KIÖÖ: Hög personalomsättning vad gäller sjuksköterskor på vårdavdelningarna. ÖNH-mottagningen har svårt att rekrytera specialistsjuksköterskor till operationsverksamheten. Ortoptist går inte att rekrytera nationellt. För närvarande utbildar sig en sjuksköterska till ögonsjuksköterska för att sen utbilda sig till ortoptist. Optiker är något lättare att rekrytera då kategorin finns i det privata näringslivet. Nationellt är trenden att ögonmottagningar anställer optiker som bildar ett mellanskikt mellan ögonsjuksköterska och läkare. Utbildade vuxendövtolkar är nationellt begränsat eftersom det inte finns någon utbildning. Därav följer svårigheter att rekrytera.

Område kvinna: Vad gäller läkarbemanning är området i balans inför 2018 förutom specialister och framför allt bakjourskompetenta överläkare. Området har från 2018 återrekryterat en överläkare. Verksamheten är en jourtung specialitet vilket innebär att en klinik i region JH:s storlek har svårt att ha tillräckligt många överläkare i tjänst för att klara jouren med egenanställda. Effekten blir att verksamheten har bakjourskompetenta överläkare som hyrläkare.

Område ortopedi: Vid rekrytering av undersköterskor till avdelning är det inte brist på sökanden. Däremot är kompetensnivån hos de sökande lägre än tidigare. Området ser skillnad på sökande som kommer från ungdomsgymnasie-utbildningen i förhållande till de som kommer från vuxenutbildningen där de från ungdomsgymnasiet har generellt en högre kompetens. Vid rekrytering av sjukgymnaster finns sökanden men konkurrenssituation från andra aktörer gör dessa svårrekryterade.

Läkarsidan är väl bemannad och det har skett till största delen genom att området själva har utbildat ST-läkare. Vid ett fåtal tillfällen har området lyckats rekrytera externt.

Område primärvård: De tidigare skillnaderna mellan Närvårdsområdena och hälsocentralerna har mer eller mindre suddats ut. Det behöver inte vara hälsocentraler i glesbygd längre som utmärker sig kring svårigheterna att rekrytera utan det visar sig även på hälsocentralerna i Östersunds Närvårdsområde. Det skiljer sig mellan olika områden i glesbygd, Åre och Krokom har t ex lättare att rekrytera än Strömsund och Härjedalen.

Under 2016 var det märkbart svårt att rekrytera framförallt distriktssköterskor och distriktsläkare men under 2017 har det även visat sig vara svårrekryterat inom flera yrkeskategorier såsom psykologer, kuratorer och BVC sköterskor.

För att klara bristen arbetar området med att ordinarie personal tar ett större ansvar. På någon HC uppger man att viss överanställning gjorts framförallt inom yrkesgruppen sjuksköterskor samt undersköterskor. Systematiskt arbete med rutiner/prioriteringar och ”vem gör vad i vården”. Fokusera på patienter med störst behov av vård. Rätt vård på rätt nivå till rätt yrkeskategori. Anställa pensionärer, arvodesanställda och medarbetare med andra kompetenser än de traditionella.

Annica Sörensdotter, Malin Bergstrand- Edfeldt,
Anneli Ekman, Jessica Eriksson,
Anni Åsen, Pia Engelin Westlund

Område psykiatri: Det har varit svårt med rekrytering av sjuksköterskor till slutenvårdsavdelningarna under året. Representanter från området har varit i kontakt med sjuksköterskestudenter via informationsträffar som lyckligtvis gett gott resultat. Tack vare områdets traineeprogram för sjuksköterskor inom slutenvård, finns i nuläget tre nya tillsättningar. Även kuratorer har varit svårt att rekrytera genom området pga. för löneläget. De fåtal som erbjudits har tackat nej pga. för stora löneskillnader mot för andra arbetsgivare.

Område folktandvård: Det saknas specialister varför viss förstärkning köps in från andra landsting/regioner. Det finns även svårigheter att rekrytera distriktstandläkare och tandhygienister. Till viss del varierar möjligheterna mellan olika orter i länet. Den totala bemanningen av distriktstandläkare är relativt god. Inom gruppen tandhygienister har rörligheten ökat.

I december 2017 examinerades den första kullen från tandsköterskeutbildningen i Östersund, vilket gjorde att området fick stora möjligheter att rekrytera tandsköterskor till verksamheten. Ytterligare en utbildningsomgång startar i januari 2018, områdets förhoppning är därmed att kunna hantera kommande pensionsavgångar i tandsköterskegruppen.

Ett fortsatt arbete med att erbjuda studenter sommararbete pågår. Detta har visat sig vara den mest lyckade rekryteringsinsatsen hittills. Kö 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. Framåt kommer det att finna ett behov av att erbjuda tandhygieniststudenter sommararbete. Att ta emot praktikanter från de tandvårdsutbildningar som finns underlättar också för framtida rekryteringsmöjligheter.

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 kommer att få en ökad betydelse i framtiden. 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.

Regionala utvecklingsförvaltningen: har ofta bra med sökande till utannonserade befattningar. Lärare blir dock en alltmer svårrekryterad grupp. Det har blivit hårdare konkurrens med de kommunala skolorna gällande behöriga lärare som därmed förvårar rekryteringen till folkhögskolornas allmänna linje. I dagsläget pågår en löneanalys för lärare inom folkhögskolorna och utifrån denna analys kommer handlingsplan att upprättas. Vissa handläggare med forskningsinriktning är svårrekryterade. Förutom dessa undantag så är Regionala utvecklingsförvaltningen en attraktiv arbetsgivare som ofta har många sökande till de utlysta befattningarna.

Regionstaben: Projektledare till IT- och eHälsoavdelningen har inte kunnat tillsättas. Det innebär minskat stöd till verksamheten och senareläggning/ bortprioritering av utvecklingsinsatser. För att klara verksamheten kan en lösning vara att köpa externa resurser från IT-konsultbolag. Det är stor konkurrens om personal från IT-leverantörer, konsultbolag, Statens servicecenter.

Omstrukturering pågår inom utvecklingsenheten och detta arbete kommer att fortsätta även under 2018. Rekrytering kommer behöva göras av fler förbättringsledare. Bedömningen är att denna kompetens är förhållandevis lättrekryterad.

Annica Sörensdotter, Malin Bergstrand- Edfeldt,
Anneli Ekman, Jessica Eriksson,
Anni Åsen, Pia Engelin Westlund

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	KÖÖ, M,	A, B, O, P, Pv	BUV, Pv	Pv
Specialistutbildad sjuksköterska/BMA. A*nge specialitet alt om det är BMA (biomedicinsk analytiker)*	Specutb inom barn, distrikt, medicin, psyk, IVA, operation, anestesi, ögon, ortopedi, BVC, Röntgen-sjsk, BMA	Specutb inom Distrikt. Onkologi Röntgen-sjsk BMA Uro-/stomi-terapeut	Barnmorska K Specutb inom Ambulans Distrikt Onkologi	Specutb inom Distrikt
Undersköterska/barnsköterska/ skötare		KÖÖ, PV	A, DTS, M, K, O, P, Pv	B, BUV, Pv
Psykolog	M, Pv	BUV, P, PV		PV
Sjukgymnast /fysioterapeut		M, Pv	BUV, O, P, Pv	PV
Arbetsterapeut		M, O, P	BUV,	
Kurator	PV	KÖÖ, P, Pv	B, BUV, K M, Pv, RU	PV
Överläkare, specialistläkare inkl distriktsläkare	Samtliga samt kolumner t h	B, O, K, Kir	Pv	A
ST-läkare	BUV, Pv	DTS, KIÖÖ, M, P, PV	B, K, M, Pv	A, O
Specialist-/Övertandläkare	Ftv			
Tandläkare		Ftv		
Tandsköterska				Ftv
Tandhygienist		Ftv		
Lärare		RU		
Ledning	PV		DTS, K	
Medicinska sekreterare		A, O, KIÖÖ, M, DTS, Pv	B, BUV, K, M, P, Pv	PV

Bemanning av organisationen/ befattning och tillgång av kompetens	Mycket svårt att rekrytera	Svårt att rekrytera	Balans	Lätt att rekrytera
Administrativ personal		KIÖÖ, PV, RS	DTS, M, O, Pv, RS, RU	B, BUV, DTS, P, PV, RU
Medicinteknisk personal, teknisk personal		DTS	RU	
Ekonomi- och transport		DTS	RU	DTS
Annan specificerad yrkesgrupp	Ortoptist, Ortodontistass. Vuxendövtolk Steriltekniker	Audionom, Hjälpmedelstekniker Optiker	Ambulanssjukvårdare Dietist Logoped. Psykoterapeut Studie- och yrkesvägledare Turism- och fritidsledare	Lekterapeut Transportör Kulturarbetare

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 Kompetenskartläggning – LUP

En kompenskartläggning för perioden 2018 – 2023 (för läkare 2018-2029) genomfördes under senare delen av året. I den efterfrågas vakanser som inte kunnat tillsättas, pensionsavgångar (medarbetare som fyller 65 år respektive år), övrig personalomsättning samt förändringar i verksamhet som kan påverka antal och fördelning av yrkesgrupper/kompetens.

Detta sammantaget ska visa på regionens och verksamheternas rekryteringsbehov under samma period. Kartläggningen ska åtföljas av områdesvisa och regionövergripande handlingsplaner. Det ska vara klara till 1 mars 2018.

Vad gäller förändring i verksamhet d v s om man bedömer att behovet av vissa yrkesgrupper kommer att öka eller minska har i princip inte någon verksamhet redovisat några sådana förändringar. Många områden svarar att utifrån pågående arbete med RAK, framräkning av bemanningsmål etc så går det i dagsläget inte redovisa vad det kommer att innebära i ändrad kompetenssammansättning och/eller behovet i antal.

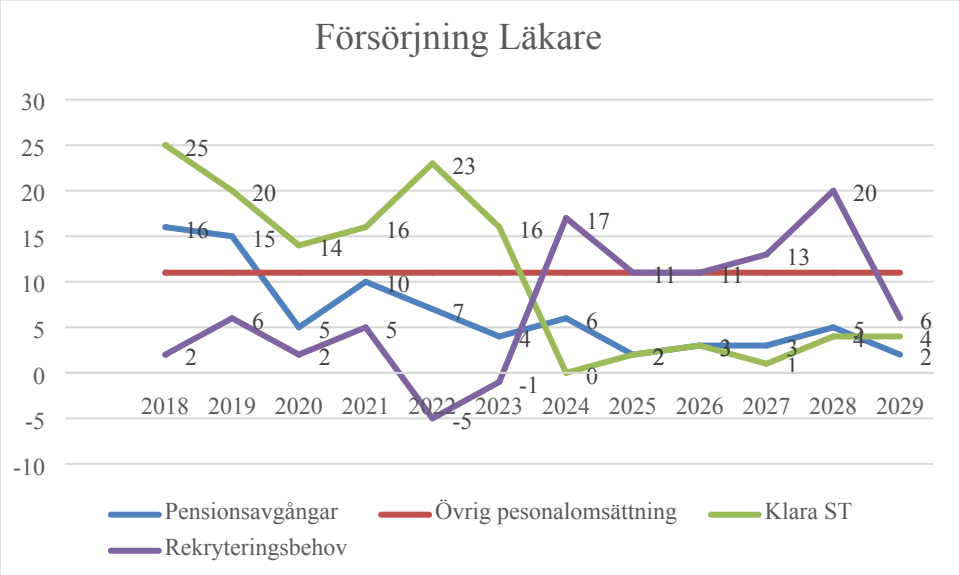
Nedan följer sammanställning vad gäller de tre största yrkesgrupperna inom hälso- och sjukvård. Under 2018 kommer en rapport att sammanställas vad avser samtliga grupper.

Annica Sörensdotter, Malin Bergstrand- Edfeldt,
Anneli Ekman, Jessica Eriksson,
Anni Åsen, Pia Engelin Westlund

2.16.1 Läkare

Det är mycket svårt att rekrytera färdiga specialistläkare, överläkare och distriktsläkare. För att klara försörjningen av dessa grupper satsar verksamheterna på att anställa och utbilda AT-, och ST-läkare.

Diagrammet nedan visar pensionsavgångar, övrig personalomsättning och rekryteringsbehov baserat på 269 tillsvidareanställda specialistläkare, överläkare och distriktsläkare. För att få fram rekryteringsbehovet har antalet klara ST-läkare ställts i relation till de specialistläkare, överläkare och distriktsläkare som går i pension eller slutar i regionen av andra orsaker.



Förutom ovanstående visar kompetenskartläggningen på vakanser som inte kunnat tillsättas inom olika specialiteter. Den visar också på att det finns specialiteter som är välbemannade både vad gäller specialistläkare/överläkare och ST-läkare. Det ställer frågor om styrning av ST-läkare utifrån en helhetssyn på regionens läkarförsörjning.

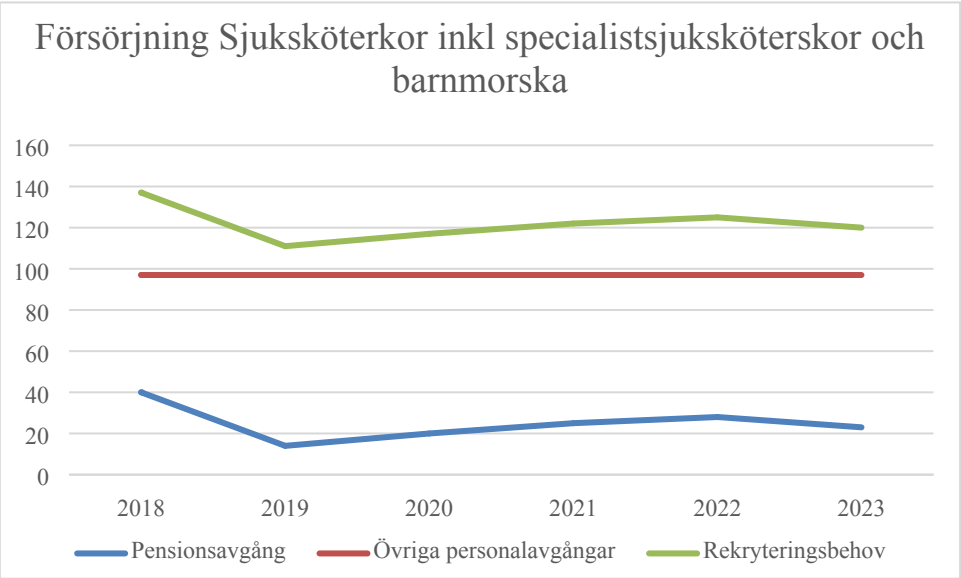
Diagrammet ovan visar att fr o m 2024 ökar rekryteringsbehovet av specialistläkare, överläkare och distriktsläkare markant. Det beror på att ST-läkare som ska ersätta dessa grupper fr o m 2024 och framåt ännu inte är anställda. Det ger dock regionen en uppfattning om behovet av att anställa ST-läkare i tid som kan ersätta behovet av specialistläkare, överläkare och distriktsläkare 2024 och framåt. Specialiseringstjänstgöringstiden (tid som ST-läkare) ska omfatta minst fem år. Bedömningen är att specialiseringen i genomsnitt tar upp till sju år av främst p g a föräldraledigheter.

2.16.2 Sjuksköterska, specialistsjuksköterska, barnmorska

Försörjningen av allmänsjuksköterskor sker genom rekrytering och i det år Mittuniversitet är en viktig rekryteringsbas. Försörjningen av specialistsjuksköterskor och barnmorskor sker till stor del genom att regionen beviljar studiemedel till redan anställda allmänsjuksköterskor som specialistutbildar sig. Det innebär att när regionen ska prognosticera behovet av allmänsjuksköterskor så måste behovet av specialistsjuksköterskor och barnmorskor tas med i underlaget. Regionen klarar inte att rekrytera

sjuksköterskor i tillräcklig omfattning utifrån verksamheternas ökade behov av sjuksköterskor. Det har inneburit att bemanningsföretag har anlitats i ökande omfattning.

Diagrammet nedan visar pensionsavgångar, övrig personalomsättning. Det sammantaget visar rekryteringsbehovet på sjuksköterskor inklusive specialistsjuksköterskor och barnmorskor. Allmänsjuksköterskor utgör ca 47 % av totala antalet, 1121 tillsvidareanställda, sjuksköterskor inklusive specialistsjuksköterskor och barnmorskor.

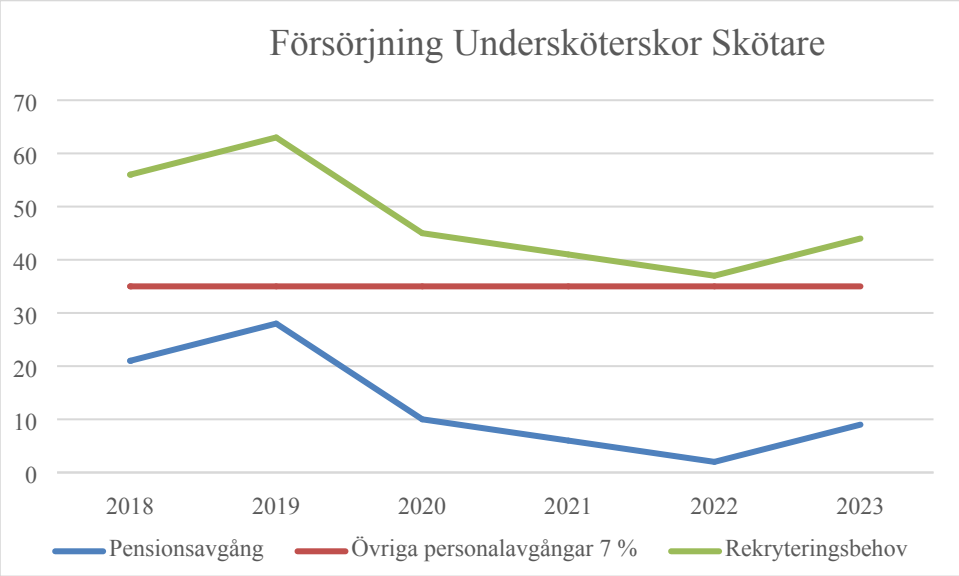


Förutom ovanstående visar kompetenskartläggningen på vakanser som inte kunnat tillsättas. Diagrammet ovan visar att fr o m 2019 minskar pensionsavgångarna för att sen öka i mindre omfattning till 2022 för att sen minska igen 2023. Ökningen fram till 2023 kommer inte upp till 2018 års nivå d v s det är färre som uppnår pensionsålder/år fram t o m 2023.

2.16.3 Undersköterskor, skötare

Försörjningen av undersköterskor och skötare sker genom rekrytering. När det gäller nyutbildade sker det både från ungdomsgymnasiet och vuxenutbildningen. Idag har regionen inte specialistutbildade undersköterskor/skötare med några få undantag. I arbetet med karriärvägar har det visat sig att verksamheten har och kommer att få behov av specialistutbildade undersköterskor/skötare.

Diagrammet nedan visar pensionsavgångar, övrig personalomsättning. Det sammantaget visar rekryteringsbehovet på undersköterskor och skötare. Skötare utgör ca 7 % av totala antalet, 545 tillsvidareanställda, undersköterskor/skötare.



Kartläggningen visar att det inte finns vakanser som inte kunnat tillsättas inom dessa yrkesgrupper.

Diagrammet ovan visar att pensionsavgångarna under perioden 2018-2023 når sin topp under 2019 för att sen minska fram t o m 2022. Pensionsavgångarna ökar något 2023.

2.16.4 Kompetensförsörjning inom hälso- och sjukvård

Hälso- och sjukvård är regionens största verksamhet. Det är i den sektorn utmaningarna finns vad gäller kompetensförsörjning. Rekrytering enbart löser inte och kommer inte att lösa framtida kompetensförsörjning. Regionens personalomsättning framförallt när det gäller allmänsjuksköterskor visar på att det måste till ytterligare åtgärder för att behålla personal.

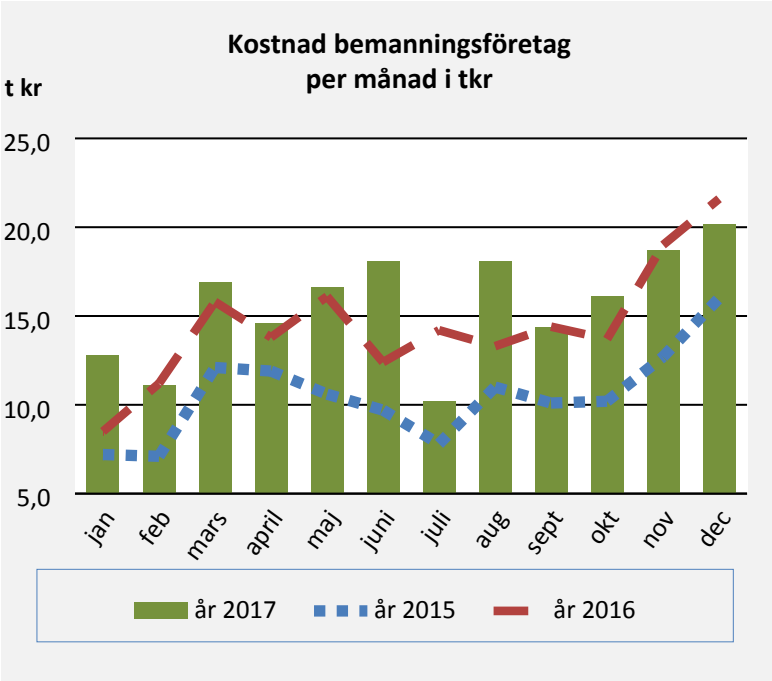
Handlingsplan för Attraktiv arbetsgivare är en del i det men arbetet med att behålla medarbetare handlar om allas engagemang. Som student och elev ska man känna att man får en bra utbildning i regionen via praktik och verksamhetsförlagd utbildning och att man blir väl mottagen. I nästa steg d v s som medarbetare ska man uppfatta att regionen strävar efter att alla delar i medarbetarskapet är ett stöd i arbetet och att kompetensutveckling sker utifrån både medarbetares och verksamhetens behov. Som medarbetare har man ett eget ansvar i att verka för att alla delarna i processen strävar mot samma mål, ytterst patientens.

Konkreta åtgärder som pågår för att klara kompetensförsörjning och i förlängningen att minska beroendet av bemanningsföretag är RAK, rätt använd kompetens, som syftar till att medarbetare ska kunna nyttja sin kompetens optimalt. Delar i detta är att utbilda undersköterskor i framförallt sjukvårdstekniska arbetsmoment, det som benämns som kompetenskort. Det innehåller olika nivåer och där krav på kompetens ökar stegvis i de olika nivåerna. I det arbetet är det nyöppnade KTC, kliniskt träningscenter, en viktig förutsättning. Programmet ”Sjuksköterskans första år”, som ska stärka den nylegitimerade sjuksköterskan i sin nya roll, är en del i att kunna behålla och utveckla allmänsjuksköterskan. Det webbaserade kompetenshanteringssystemet SABA Cloud underlättar, stödjer, systematiserar kompetenshantering och -utveckling för alla medarbetare. Systemet ger regionen stora möjligheter att tillhandahålla kompetensutveckling på ett modernt och flexibelt sätt. Regionens

studiemedel på 4,6 miljoner är betydelsefullt för försörjning av specialistsjuksköterskor och barnmorskor.

Den årliga kompetenskartläggningen ger möjligheter för både regionen och verksamheterna att bättre förutse kommande kompetensbehov. Svårigheten för verksamheterna är att kunna förutse kommande behov kompetensutveckling/-sammansättning utifrån förändrad verksamhet. SABA Cloud och struktur enligt RAK ger förutsättningar att lättare kunna styra mot t ex kompetensutvecklingsinsatser utifrån verksamheternas förändrade behov av kompetens. Kompetenskartläggningen ska åtföljas av handlingsplaner både på områdes- och regionövergripande nivå.

2.17 Bemanningsföretag



Kostnad bemanningsföretag (miljoner kronor)	Jan-dec 2016	Jan-dec 2017	För-ändring (mkr)
Kto 5551 Övrig personal	**8,8**	**4,2**	**-4,6**
Kto 5552 Läkare	**139,4**	**138,5**	**-0,9**
Kto 5553 Sjuksköterskor	**28,7**	**47,3**	**+18,6**
Totalt	**176,9**	**190,0**	**+13,1**

Kommentarer till köp av bemanningsföretag:

Skälen till köpt bemanning är svårigheter att rekrytera till vakanser vad gäller framförallt sjuksköterskor och läkare. Kvinna anger som skäl behov av bakjourskompetenta överläkare. BUV anger ett ökat behov av köp av psykologtjänster för att minska köerna till utredningar. Inom ortopedi anlitas

hyrläkare för att klara subspecialiteterna inom fot- och barnortopedi. Kirurgi har anlitat hyrläkare bl a för att kunna operera patienter som istället hade inneburit kostnader för riks- och regionvård.

Kommentera åtgärder för att minska kostnaden:

Rekryteringsinsatser, anställning av ST-läkare, kompetensutveckla egen personal, fortsatt arbete med produktions- och kapacitetsplanering för bättre styrning, kompetensförskjutning på slutenvårdsavdelningar, ”vem gör vad”, dvs. flytta arbetsuppgifter mellan yrkeskategorier, fortsatt arbete med nya arbetssätt, deltagande i regionövergripande arbete kring minskat behov av bemanningsföretag.

Fysiologen i område DTS skolar in BMA för mer självständigt arbete på UKG för att därigenom på sikt avlasta läkarna

Område primärvård fattade beslut om att från 170601 ska området inte köpa bemanningssjuksköterskor. De har också infört ett pristak och produktionskrav vad gäller antal besök för hyrläkare. Området har minskat kostnaderna för hyrläkare från 78,8 till 70,1 miljoner.

Område psykiatri har infört stopp för inhyrning av sjuksköterskor.

2.1 Läkare - total utförd tid

Utförda tiden anställda i nedanstående två tabeller är utförd tid inom *hälso- och sjukvårdsförvaltningen,*

LÄKARE – UTFÖRD TID Bemanningsföretag och arvodesanställda	år 2016	år 2017	Andel i % år 2017
Utförd tid anställda inkl arvodesanställda och internstafetter	662 191 tim	708 781 tim	88
Bemanningsföretag *	98 473 tim	96 338 tim	12
Totalt utförd tid läkare	760 664 tim	805 119 tim	100 %
Motsvarar antal årsarbetare	432	457	

Ökning av utförd tid anställda motsvarar 25 årsarbetare medan utförda tiden (kostnad omräknat till utförd tid, se förklaring nedan) fullgjorda via bemanningsföretag har minskat med drygt 1 årsarbetare.

2.2 Sjuksköterskor - total utförd tid

SJUKSKÖTERSKOR – UTFÖRD TID Köp från bemanningsföretag	år 2016	år 2017	Andel i % år 2017
Utförd tid anställda	1742909tim	1753894 tim	96
Bemanningsföretag	44 844 tim	72 769 tim	4
Totalt utförd tid sjuksköterska	1787753 tim	1826663 tim	100 %
Motsvarar antal årsarbetare	1016	1038	

Fördelning mellan utförd tid egen personal och bemanningsföretag har förändrats mot 2016. Då var fördelningen 97/3.

På sjuksköterskesidan återfinns ökningen både bland hyrsjuksköterskor och egen anställd personal. Anställda sjuksköterskor har ökat med 6 årsarbetare och hyrsjuksköterskor har ökat med motsvarande 16

årsarbetare. Områdena rapporterar utökade uppdrag som en del av förklaringen. Arbetet med RAK som har pågått under året och som ska minska beroendet av hyrsjuksköterskor har inte än gett resultat avseende minskning av inhyrd sjuksköterskor,

Ökning av totala utförda tid motsvarar 24 årsarbetare.

*Utförda tiden för läkare och sjuksköterskor från bemanningsföretag är framräknat enligt följande; Den totala kostnaden delat med genomsnittspris/timme. För att få fram måttet på årsarbetare har antalet timmar i nästa steg delats med årsarbetstid.

Det betyder inte att verksamheten haft bemanningspersonal motsvarande omfattning som antalet årsarbetare enligt denna beräkning. I genomsnittskostnaden ligger kostnad för hyra och resa samt att det inte visar i vilken omfattning verksamheterna har anlitat dyrare eller billigare bolag.

2.3 Köpta tjänster inom folktandvård

Kostnad bemanningsföretag (miljoner kronor)	Jan-dec 2016	Jan-dec 2017	För-ändring (mkr)
Kto 5551 Övrig personal	**2359**	**1577**	**-782**
Totalt	**2359**	**1577**	**-782**

Kommentarer till köpt tjänster: 674 tkr av kostnaden för inhyrd personal 2017 utgörs av tjänster som delas mellan Jämtland och annan region/landsting. Dessa särredovisades inte 2016 varför ingen jämförelse kan göras.

Behovet av köpta specialisttandläkartjänster har minskat pga tillsättning av vakanta tjänster.

2.3.1 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**	**2017**	**Föränd-ring 2016/ 2017**
Akutområdet						
Barn och ungdomsmedicin	0,3				0,05	+0.05

Barn och unga vuxna	0,2		2,1	3,2	3,9	+0,7
Diagnostik, teknik och service	4,4	3,5	4,5	9,5	7,1	-2,4
Hjärta, neurologi och rehabilitering	5,9	1,3	3,1	4,6	5,1	+0,5
Hud, infektion och medicin	0,1	6,3	13,3	12,7	18,3	+5,6
Folktandvården						
Kirurgi, Ögon, Öron	3,9	2,9	3,7	5,4	3,4	-2,0
Kvinna	3,5	4,1	3,7	4,1	4,9	+0,8
Ortopedi	1,4	1,4	1,9	1,4	2,1	+0,7
Patientsäkerhet				0,2	0,1	-0,1
Primärvården	27,7	41,3	63,8	78,8	70,3	-8.5
Psykiatri	11,1	12,1	11,8	14,1	18,6	+4,5
				5,3	4,7	-0,6
Hälso - och sjukvårdsförvaltningen totalt	58,5	72,9	107,9	139,4	138,5	-0,9*

***differens utifrån avrundning**
“,

2.4 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 Hälso och sjukvårdsförvaltningen					
	2014	**2015**	**2016**	**2017**	**Förändring 2016/2017**
Akutområdet	51,3			63,2	63,2
Barn och ungdomsmedicin			98,4	2609,2	2510,8
Barn och unga vuxna					
Diagnostik, teknik och service				3517,7	3517,7

Hjärta, neurologi och rehabilitering	1074,7	1759,9	6040,1	8825,4	2785,3
Hud, infektion och medicin	3476,7	8929,1	16208,9	22977,0	6768,1
Folktandvården					
Kirurgi, Ögon, Öron					
Kvinna					
Ortopedi		354,5	1852,9	4286,9	2434
Patientsäkerhet					
Primärvården	1701,6	2625,5	4153,9	4020,3	-133,6
Psykiatri	380,4		384,7	978,6	593,9
Hälso-och sjukvårdsförvaltningen totalt	6684,7	13669,1	28738,9	47278,1	18539,2

2.5 Kompetenssammansättning

Antal anställda på månadslön per yrkesområde/etikett

Antalet redovisas per 2017-12-31

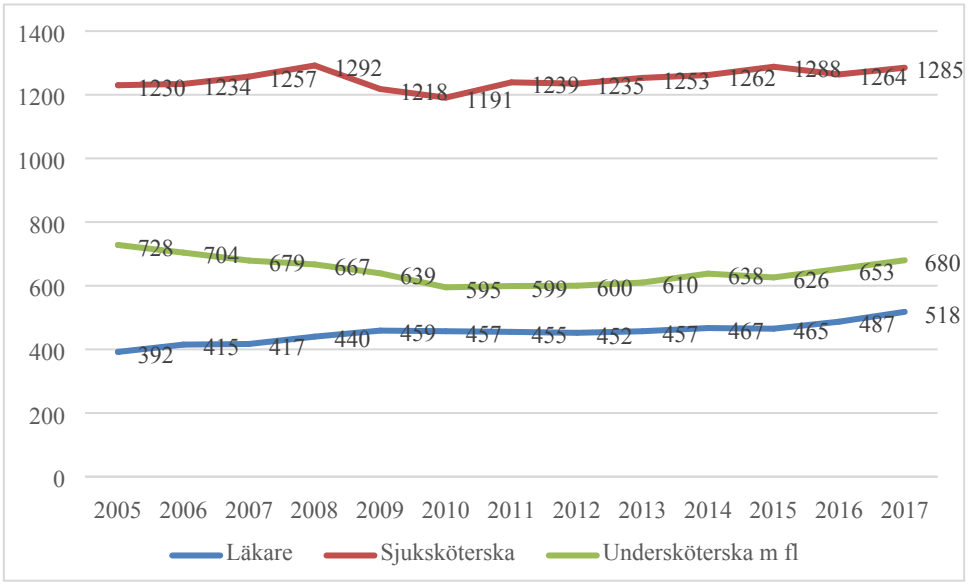
Antal anställda befattnings-område/etikett	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
101010–109090 Ledning	151	145	142	141	130	152	161	163
151010–152090 Administration inkl. medicinska sekreterare	545	495	474	482	494	563	578	608
205010–206510,208013 Sjuksköt/barnmorsko r/BMA	1192	1239	1235	1253	1262	1288	1264	1285
207013–207090 Undersköterska, skötare, barnsköterskor, ambulanssjukvårdare sjukvårsbiträde	595	599	600	610	638	626	653	680
204510–204610 Psykolog, PTP, psykoterapeut	69	67	66	69	71	70	74	78
301011 Sjukgymnast	96	96	97	98	97	98	97	102
301010 Arbetsterapeut	46	50	48	50	56	56	54	52
352010 Kurator	70	69	70	73	76	77	84	88
301014 Logoped	11	12	12	13	15	18	14	15
301018 Dietist	13	11	11	13	16	17	16	18
201010–204090 Läkare	457	455	452	457	461	465	487	518
251010–252090 Tandvård	192	187	198	201	190	195	170	177
502013–509090 Teknik, ingenjörer	72	62	62	59	56	60	62	66
Ekonomi och transport	186	190	162	164	191	202	200	202
Regiondirektör	1	1	1	1	1	1	1	1
Övriga	151	101	48	53	66	106*	117	121
Totalt	**3847**	**3788**	**3679**	**3742**	**3821**	**3992**	**4032**	**4174**

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 verksamhetsövergång från Regionförbundet till Region Jämtland Härjedalen samt från länsstyrelsen.

Antalet sjuksköterskor har ökat med 21 medan den utförda tiden har ökat med motsvarande 7 årsarbetare. Det kan bero på att de är fler som arbetar mindre än heltid och fler ledigheter. Hyrsjuksköterskor omräknat till årsarbetare motsvarar ca 41 årsarbetare år 2017, 16 fler än tidigare år.

Antalet undersköterskor har ökat med 27 medan den utförda tiden har ökat med motsvarande 29 årsarbetare. Det kan innebära att fler har arbetat mer än under föregående år.

2.6 Kompetensstruktur



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

Antalet vad gäller dessa grupper har ökat. Detsamma gäller för den utförda tiden.

Trots ökning av både antal och årsarbetare vad gäller sjuksköterskor och läkare har verksamheterna ökade behov. Detta gäller också nationellt. Ett sätt att klara vakanssituationen har varit att rekrytera fler undersköterskor och att nyttja hyrpersonal.

Annica Sörensdotter, Malin Bergstrand- Edfeldt,
Anneli Ekman, Jessica Eriksson,
Anni Åsen, Pia Engelin Westlund

2.7 Antal läkare - månadslön

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

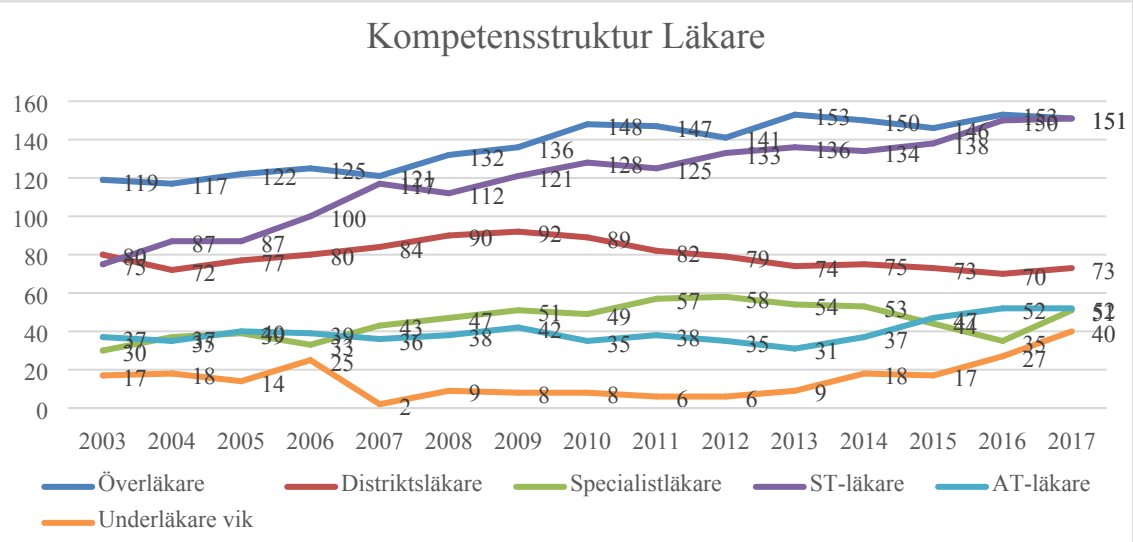
Antal läkare	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Överläkare	148*	147	141	153	150	146	153	151
Distrikts - läkare	89	82	79	74	75	73	70	73
Specialist - läkare	49**	57**	58**	54**	53	44	35	51
ST- läkare, läkare leg	128	125	133	136	134	138	150	161
AT - läkare	35	38	35	31	37	47	52	52
Under - läkare ej leg, vik	8	6	6	9	18	17	27	30
Totalt	**457**	**455**	**452**	**457**	**467**	**465**	**487**	**518**

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

Läkarna har ökat jämfört med 2017. Gruppen som ökat mest är ST- 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 ökat men även omfattningen av uppdraget. Det som har tillkommit i primärvården är asylhälsan, vård och vårdprevention vad gäller nyanlända.

2.8 Kompetensstruktur läkare



Antalet läkare har ökat med 41 jämfört med 2016. Den sammanlagda utförda tiden för egna anställda läkare, arvodesanställningar, internstafetter samt nyttjande av bemanningsföretag ökade med 25 årsarbetare jämfört med 2016.

Antalet och årsarbetare har ökat. De största ökningarna ligger inte inom grupperna överläkare, specialistläkare och distriktsläkare. Där rapporterar verksamheterna fortsatt brist.

2.8.1 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	2017
Andel av totala antalet	55 %	56 %	56 %	53 %	52 %	53 %	54%

Uppgifterna baseras på AT-läkare som är kvar i Region Jämtland Härjedalen sedan 1996.

Av de som blev klara med AT under 2017 är 100 % kvar i anställning. Av dessa har 5 påbörjat ST i primärvården och 16 ST alt. vikariat som underläkare inom specialistsjukvården.

2.8.2 Personalomsättning läkare

Personalomsättning läkare	2013	2014	2015	2016	2017
Totala antalet läkare	**433**	**435**	**465**	**438**	**478**
Personalomsättning **Andel** **Personer**	 **11,1 %** **46**	 **8,5 %** **36**	 **10,5 %** **45**	 **9,7 %** **42**	 **7,6 %** **36**
Varav antal Specialistläkare/distriktsläkare/ överläkare	**39**	**32**	**28**	**32**	**21**
Varav antal pensionsavgångar	**14**	**6**	**13**	**10**	**11**

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

Med personalomsättning avses de som lämnar Region Jämtland Härjedalen.

Personalomsättningen har minskat och bedöms ligga inom accepterad ram.

2.8.3 Personalomsättning sjuksköterska

Personalomsättning sjuksköterska				
	Personal-omsättning totalt 2016	**Varav Pensions avgång 2016**	**Personal-omsättning totalt 2017**	**Varav Pensions avgång 2017**
Akutområdet	5,3	1,4	9,1	1,0
Barn och ungdomsmedicin	17,3	3,8	9,9	4,0
Barn och unga vuxna				
Diagnostik, teknik och service	9,3	2,1	14,0	7,0
Hjärta, neurologi och rehabilitering	9,6	1,8	8,8	2,0
Hud, infektion och medicin	12,0	1,5	11,6	0,8
Kirurgi, Ögon, Öron	9,3	2,0	8,9	1,9
Kvinna	8,4	4,2	3,7	3,7
Ortopedi	20,4	1,8	5,3	1,8
Patientsäkerhet				
Primärvården	14,2	2,9	15,1	2,5
Psykiatri	15,8	2,4	21,5	5,1
Hälso-och sjukvårdsförvaltningen totalt	10,7	2,1	11,0	2,3

Med personalomsättning avses de som lämnar Region Jämtland Härjedalen.

Personalomsättning på 11,0 anses vara hög också med tanke på att pensionsavgångarna motsvarar 2,3 av den totala personalomsättningen. Att satsa på rekryteringsinsatser blir inte effektivt om medarbetarna väljer att sluta i hög omfattning. Då är insatser som fokuserar på att behålla viktiga. I LUP – kompetenskartläggning ingår att göra handlingsplaner utifrån attrahera, rekrytera, utveckla, behålla och avveckla. I det arbetet behövs det lägga ytterligare fokus på att behålla.

2.9 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.

Annica Sörensdotter, Malin Bergstrand- Edfeldt,
Anneli Ekman, Jessica Eriksson,
Anni Åsen, Pia Engelin Westlund

En omfattande och systematisk utbildningsinsats som genomfördes under året var att utbilda och säkra undersköterskors kompetens inom vissa sjukvårdstekniska moment s k kompetenskort. 166 kompetenskort utfärdades under 2017 och via e-lärplattformen i SABA Cloud.

Andel utbildningstimmar av arbetad tid

	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	Andel utbildning timmar i % av arbetad tid 2017
Region Jämtland Härjedalen	2,9	3,2	3,0	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. T ex har 160 kompetenskort till undersköterskor utfärdats. Det har föregåtts av en utbildningsinsatser i olika steg. Den tiden finns förmodligen inte registrerad i Heroma.

2.10 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:

2013	2014	2015	2016	2017
Grundutb 1 tandhygienist **Specialist-utbildning** 1 uroterapeut 1 barnmorska 3 psykiatri 1 audionom 3 kirurgisk sjukvård 2 barnsjukvård 3 distriktssjukvård	**Grundutb** 1 röntgensjsk 3 allmänsjsk **Specialist-utbildning** 1 barnsjsk 1 barnmorska 2 distriktssjsk 1 akutsjukvård 4 operationssjsk 1 ögonsjsk	**Grundutb** 1 allmänsjsk **Specialist-utbildning** 6 barnmorska 2 intensivsjukvård 2 distriktsjsk 3 kirurgi 2 akutsjukvård 7 barnsjsk 1 medicin 1 operationssjsk 1 stomiterapeut	**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 glesbygd 1 barn ssk	Specialistutb 3 opssk 4 anessk 3 barnmorska varav en glesbygd 1 rtg ssk (2 terminer) 1 rtg ssk (5 t) 1 uroterapeut Utbildningsanst 1 dsk glesbygd 2 med vård 3 barn- o ungdomsmed varav en glesbygd 1 kir vård 1 kir vård inriktn

				ortopedi
15	**14**	**26**	**14**	**21**

Siffran framför utbildningsinriktning anger antalet som beviljades studiemedel. Fr. o m 2013 har intresset för att utbilda sig med Region Jämtland Härjedalens studiemedel ökat år för år. För att möta verksamhetens behov och medarbetarnas intresse för att utbilda sig så har budget för studiemedel ökat från 1,6 till 4,6 miljoner 2018. (Under 2017 tillkom 500 tkr tidsbegränsat från professionsmiljarden.) Trots det motsvarar studiemedlen inte behovet. Det innebär att verksamhet beviljar studiemedel ur egen budget.

Under året infördes utbildningsanställning som innebär att medarbetaren behåller sin lön och arbetar 50 % och studerar 50 %. Problemet har varit att vissa specialistutbildningar inte har getts på halvfart vilket har gjort att regionen har haft två olika ersättningssystem för de sjuksköterskor som specialistutbildat sig. Dialog förs i samverkansgrupp med universiteten i norr om att utöka utbudet av specialistutbildningar på halvfart.

2.11 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.

Studerande-grupp	**2013** **Antal placeringar**	**2014** **Antal placeringar**	**2015** **Antal placeringar**	**2016** **Antal placeringar**	**2017** **antal placeringar**
Sjuksköterskor inkl. specialistsjuk-sköterska	342 *	529 *	502**	556**	572** Varav 122 fältstudier
Studerande från vård- och omsorgsprogrammet	241	504	487	476	180***
Studenter inom regionaliserad läkarutbildning	63	60	58	58	51
T5 studenter från Umeå universitet			22	22	24

AT- läkare	31	37	47	52	52
ST-läkare	116	118	125	150	161
PTP- Psykolog	10	7	7	6	10

* inkl. placeringar från specialistsjuksköterskeprogrammet och studenter från andra universitet

** inkl. placeringar från specialistsjuksköterskeprogrammen och studenter från andra universitet samt fältstudierstudenter.

*** Antalet är enbart regionens, inga kommunala platser inräknade. Platserna var ”fullbokade” både hösten och våren 2017, men pga många returer så nyttjades inte så många nyttjade platser. Ett rejält tapp med andra ord.

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

Totalt är det drygt 1000 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 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.

2.12 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 - 2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**Totalt 2010-2016**
Överförda till omställ-ningsgrupp	130 Varav 18 personer erhöll särskild avgångsförmån	1	3	2	3	139
Åtgärder	51 uppsagda p.g.a. arbetsbrist Varav 10 har inte återanställts 1 erhållit varaktig sjukersättning 12 erhållit avgångsvederlag och lämnat Region Jämtland Härjedalen 1 övergått till ny arbetsgivare i verksamhets-	1 uppsagd pga. arbets-brist		1 erhållit avgångs-vederlag 1erhållit ny placering	2 erhållit nytt arbete 1 arbetat under uppsägning	

Omställning	2010 - 2013	2014	2015	2016	2017	Totalt 2010-2016
	övergång					
Ny placering i Region Jämtland Härjedalen	92 erhållit ny placering				2 erhållit ny placering	94 har erhållit ny placering tillsvidare efter som regel tidsbegränsade placeringar
I omställ-ningsgrupp	19 på tids - begränsade anställning varav en oplacerad	1	3 på tidsbegrän-sade anställning		1 tidsbegrän-sat under uppsägning stid	

2.13 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?
Läkare	23	5	3
Sjuksköterska	84	35	10
Specialistsjuksköterska inkl. barnmorska	48	24	2
BMA	9	3	
Undersköterska	52	23	1
Sjukgymnast	5	2	
Arbetsterapeut	3	2	1
Psykologer	10	7	1
Kurator	11	9	4
Med. sekreterare	15	9	2
Adm. personal	20	15	3
Övertandl/Tandläkare	5	3	1
Tandsköterska	8	3	1
Tandhygienist	3	3	3
Ekonomi-personal	13	4	1
Kultur	2	2	0
Lärare	3	3	0
Bibliotekskons, psykoterapeut, logoped, dietist, hjälpmedels-konsulent, hörselpedagog	8	5	

Annica Sörensdotter, Malin Bergstrand- Edfeldt,
Anneli Ekman, Jessica Eriksson,
Anni Åsen, Pia Engelin Westlund

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.

3 Övertid/kort varsel/arbetad tid

3.1 Totalt antal timmar övertid/kort varsel 2014- 2017

Övertid i timmar	2014	2015	2016	2017
Övertid totalt	117 736	142 903	137 957	143 413
Ledning	994	1156	1385	1425
Övl/spec. läkare	25 487	26 008	24 728	26 830
ST-läkare	19 183	21 251	22 403	22 586
Underläkare	12 925	13 997	13 371	13 621
Sjuksköterskor	36 863	50 014	50 134	47 688
Undersköterskor	16 865	22 164	20 299	23 439
Med. sekreterare	1397	3329	1063	1247
Psykolog, psykoterapeut	136	157	102	289
Paramedicin	574	694	546	1046
Adm. personal	527	906	836	1422
Övrigt	2787	3227	3090	3821

(Diveport)

I tabellen ovan ser vi en ökning av övertid/kortvarsel med 5456 timmar.

Nedan redovisas varje område för sig

3.1.1 Övertid i timmar - Hälso-och sjukvårdsförvaltningen

Övertid i timmar Hälso - och sjukvårdsförvaltningen	2015	2016	2017
Totalt	142 075	136 828	141 665
Ledning	1 103	1 317	1351
Övl/spec. läkare	26 008	24 726	26 788
ST-läkare	21 251	22 403	22 586
Underläkare	13 984	13 371	13 621
Sjuksköterskor	49 996	49 950	47 588
Undersköterskor	22 161	20 180	23 422
Med. sekreterare	3 329	1 063	1247
Psykolog, psykoterapeut	157	102	289
Paramedicin	694	546	1021
Adm. personal	456	280	406
Övrigt	2 935	2 890	3347

3.1.2 Övertid i timmar - Regional utveckling

Övertid i timmar Regional utveckling	2015	2016	2017
Totalt	**363**	**271**	**750**
Adm. personal	**86**	**72**	**251**
Övrigt	**277**	**199**	**474**

3.1.3 Övertid i timmar - Regionstaben

Övertid i timmar Regional utveckling	2015	2016	2017
Totalt	**464**	**576**	**898**
Ledning	**53**	**68**	**75**
Läk/ssk	**30**	**27**	**59**
Adm. personal	**363**	**481**	**764**
Övrigt	**16**	**0**	**0**

3.1.4 Övertid i timmar per område inom hälso-och sjukvårdsförvaltningen

Övertid i timmar per område i HS förvaltningen				
	2014	**2015**	**2016**	**2017**
Akutområdet	20 829	29 388	24 918	24 955
Barn och ungdomsmedicin	8584	9696	10 947	10 557
Barn och unga vuxna	268	797	525	1014
Diagnostik, teknik och service	8470	9131	9972	8967
Folktandvården	184	334	338	801
Hjärta, neurologi och rehabilitering	6369	10 314	9839	11 338
Hud, infektion och medicin	20 894	23 074	22 931	22 196
Kirurgi	12 699	15 776	14 515	17 653
Kvinna	2 061	5 930	6 315	6 549
Ortopedi	1 0712	12 058	11 648	12 098

Patientsäkerhet	1	58	94	47
Primärvården	8 928	10 158	10 053	11 469
Psykiatri	11 304	11 540	11 409	10 871
Ögon, Öron	3086	3822	3325	3152
Hälso-och sjukvårdsförvaltningen totalt	117 359	142 075	136 828	141 665

3.2 Totalt antal timmar mertid 2010-2017

Totalt antal timmar mertid

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Mertid	23 999	16 766	16 794	16 681	16 350	16 187	15 212	15429

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

3,0 - Storhelg inom Primärvården

3.3.1 Antal timmar - ersättningsnivå.

	2016					2017				
	1,0	**1,5**	**2,0**	**2,5**	**3,0**	**1,0**	**1,5**	**2,0**	**2,5**	**3,0**
Kvinnor	4185	4414	16 689	1213	89	4302	4427	16 703	1122	235
Män	5571	4317	20 284	1946	141	5364	5186	23 071	1933	382
Totalt	**9756**	**9731**	**36 973**	**3159**	**230**	**9665**	**9611**	**39 730**	**3055**	**617**

Källa: Heroma, personalstatistik, utförd tid. (Rapport: Arbetad tid läkare under jour/beredskap)

Totalt antal timmar 2010 = 45 406

Totalt antal timmar 2011 = 54 615

Totalt antal timmar 2012 = 52 913

Totalt antal timmar 2013 = 55 321

Totalt antal timmar 2014 = 56 527

Totalt antal timmar 2015 = 59 369

Totalt antal timmar 2016 = 58 619

Annica Sörensdotter, Malin Bergstrand- Edfeldt,
Anneli Ekman, Jessica Eriksson,
Anni Åsen, Pia Engelin Westlund

Totalt antal timmar 2017 = 62 060

Antalet totalt arbetad tid under jour och beredskap har ökat med 3441 timmar från 2016 och 2017. Redovisningen är i faktiskt utförda timmar.

3.3.2 Kostnad övertid, mertid och läkares arbetade tid

Kostnad övertid, mertid, läkares j/B	2014	2015	2016	2017
Övertid enkel	3 945 258	7 222 851	4 667 068	5 325 152
Övertid kval	18 597 148	23 181 014	22 974 803	29 935 647
Kort varsel-arb.modell	4 948 744	7 416 283	5 465 701	5 635 487
Mertid	5 587 426	4 245 834	5 582 932	5 705 119
Läkares jour och beredskap*	68 407 370	70 454 633	72 193 718	80 214 643
Totalt	**101 485 946**	**112 520 615**	**110 884 221**	**126 816 048**

Källa: Heroma, personalstatistik, kostnad övertid/mertid. (Kort varsel: utförd tid + modell kostnad)

*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.

Annica Sörensdotter, Malin Bergstrand- Edfeldt,
Anneli Ekman, Jessica Eriksson,
Anni Åsen, Pia Engelin Westlund

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

Region Jämtland Härjedalen valde i början av 2017 att använda särskilt statliga medel till att genomföra en utveckling och reformering av den befintliga chefsutvecklingen. En ny modell för chefsutvecklingens olika delar och över tid har tagits fram med beräknad start hösten 2018. Mål och syfte med chefsutvecklingen är att erbjuda kompetensutveckling under hela chefstiden. Den vänder sig till alla chefer, såväl nya som erfarna, och innehållet ska ge cheferna kontinuerlig utveckling i sitt ledarskap. Innehållet fokuserar både på det personliga ledarskapet och utvecklingen, förändrings-och utvecklingsarbete samt faktakunskaper 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 eller påbörjat en introduktion 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 2017 har utbildning erbjudits i; arbetsmiljö, fördjupad utbildning i ekonomifrågor, ”Vad får chefen göra”, ledningssystemet och Centuri, rekryteringsprocessen, hälsofrämjande arbete och rehabilitering, hälsofrämjande schemaläggning, våld i medarbetarens nära relation, chefens ansvar för miljöarbete, hur använda A3:an i förbättringsarbete och slutligen ansvar för informationssäkerhet, sekretess och PUL

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 har det vartannat år genomförts 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. Våren 2017 fick samtliga områdeschefer möjligheten att föreslå medarbetare till den chefsaspirantutbildning som startade hösten 2017. Intresset var, liksom tidigare år, stort och ett slutligt urval fick göras för att se till att så många verksamheter som möjligt var representerade. Antalet utbildningsplatser har också av den anledningen utökats och det är nu 19 chefaspiranter som genomför utbildningen som avslutas i maj 2018.

Som ett led i den satsning på chefsutveckling som nu är beslutad kommer chefaspirantutbildningen att genomföras årligen med start hösten 2018.

4.1.3 Chefsrörlighet

Under 2017 har 23 chefer avslutat sina chefsuppdrag. Av dessa har 5 slutat inom Region Jämtland Härjedalen, 5 pensionerats, 3 har nya chefsuppdrag inom regionen och 10 har återgått till sin grundanställning eller andra arbeten inom organisationen. Personalomsättningen för chefer är 15 % och om hänsyn tas till att tre av cheferna fortsätter på andra chefsbefattningar inom Region Jämtland Härjedalen så är chefsrörligheten 13 %.

För att ta tillvara avgående chefers erfarenheter och kunskaper ska avslutningssamtal genomföras. Under 2016 uppger områdena att avslutningssamtal genomförts med 16 av de chefer som slutat.

28 chefer har nyanställts under året.

4.2 Antal chefer

Antal chefer - totalt/förvaltning					
	2013	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**
Region Jämtland Härjedalen **Varav k/m**	131 97/34	130 93/37	152 108/44	153 111/42	158 119/39
Hälso-och sjukvårdsförvaltningen **Varav k/m**	110 84/26	110 82/28	114 87/27	123 95/28	126 99/27
Regionala utvecklingsförvaltningen **Varav k/m**			15 7/8	12 5/7	12 8/4
Regionstaben **Varav k/m**	21 13/8	20 11/9	20 11/9	18 11/7	20 12/8

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

4.2.1 Antal chefer inom Hälso-och sjukvårdsförvaltningen

Antal chefer/område i Hälso- och sjukvårds förvaltningen	2014 Varav K/M	2015 Varav K/M	2016 Varav K/M	2017 Varav k/ M
Totalt	110	114	123	126
Varav k/m	82/28	87/27	95/28	99/27
Akutområdet	11	10	10	10
Barn och ungdomsmedicin	4	4	4	5
Barn och unga vuxna	6	6	6	6
Diagnostik, teknik och service	16	15	15	16
Hjärta, neurologi och rehabilitering	10	9	10	8
Hud, infektion och medicin	10	9	11	10
Folktandvården	8	8	8	8
Kirurgi, Ögon, Öron	10	10	11	12
Kvinna	4	4	4	5
Ortopedi	6	6	6	6
Patientsäkerhet	1	1	1	1
Primärvården	18	21	26	27
Psykiatri	9	9	10	10

I totalen för 2017 i denna tabell ingår även hälso- och sjukvårdsdirektör samt chef för Nationellt Center för Retts syndrom och andra närliggande diagnoser.

4.2.2 Fördelning kvinnor och män

Fördelningen mellan män och kvinnor på respektive chefsnivå är:

Enhetschefer: totalt 120 chefer varav 93 kvinnor (77 %) och 27 män (23 %).

Närvårdsområdeschefer, bitr. områdeschef, delområdeschef och rektor (med underställda enhetschefer): totalt 9 chefer varav 6 kvinnor (67 %) och 3 män (33 %).

Områdeschefer: totalt 19 chefer varav 14 kvinnor (74 %) och 5 män (26 %).

Förvaltnings- och avdelningschefer: totalt 10 chefer varav 6 kvinnor (60 %) och 4 män (40 %).

Av totala antalet chefer var andelen kvinnor 75 % och 25 % män, vilket är en ökning av antalet kvinnliga chefer med 4 % i jämförelse med 2016.

4.2.3 Förutsättningar för chefs-och ledarskapet

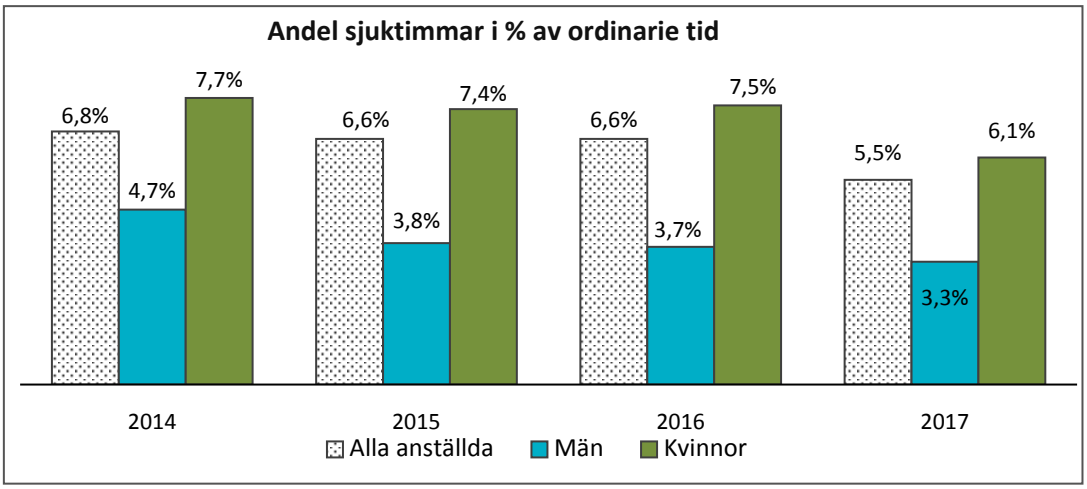
Förutsättningarna att fullgöra sitt uppdrag varierar inom organisationen, framförallt för enhetscheferna vad avser antal underställda, antal arbetsplatser, hur många olika

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 2016 genomfördes en enkätundersökning, på uppdrag av politikerna, för att kartlägga chefernas förutsättningar att genomföra sitt nya uppdrag. En handlingsplan på regionnivå har därefter tagits fram och beslutats av Utskottet för personal våren 2017. Ett inriktningsbeslut är att max 35 underställda per chef ska vara norm inom Region Jämtland Härjedalen. Varje område har, utifrån områdets eget enkätresultat, fått uppdraget att presentera förslag på hur organisera verksamheten för att möjliggöra detta. Flertalet områden har redan tidigare vidtagit åtgärder för att skapa bättre förutsättningar för cheferna. Genomförande för de fyra områden som återstår, och där stora personalgrupper finns, är planerat till våren

Annica Sörensdotter, Malin Bergstrand- Edfeldt,
Anneli Ekman, Jessica Eriksson,
Anni Åsen, Pia Engelin Westlund

5 Hälsofrämjande arbete och sjukfrånvaro



Region Jämtland Härjedalens långsiktiga mål är att sjukfrånvaron ska sänkas och närma sig riksgenomsnittet i Sverige, detta mål har uppnåtts under året. Under 2017 var målet för sjukfrånvaro en sänkning till 6 %.

Sjukfrånvaron minskar för både kvinnor och män men främst bland kvinnor samt i frånvaro som är längre än 60 dagar. För kvinnor har andelen minskat med 10 procentenheter från 58 % till 49 % andel sjutimmar över 60 dagar under 2017. Denna minskning går mot ett riksgenomsnitt i adel längre sjukfrånvaro där 58 % och högre sedan tidigare stuckit ut som en hög siffra i jämförelse med andra Landsting, Regioner och kommuner.

Sänkningen innebär en minskning med 71 278 sjuktimmar har skett i jämförelse med året innan och motsvarar 40,5 årsarbetare. Minskningen syns tydligt i att antal sjukfall minskar i alla intervaller from dag 15-30 och upp till 180- , framförallt sjukfallen längre än 180 dagar minskar från 116 tycken i dec 2016 till 51 stycken i december 2017. En stor del av dessa medarbetare är åter i arbete antingen det ordinarie, i arbete med anpassning eller i ett annat arbete som funnits inom Region Jämtland Härjedalen. 8 stycken har fått varaktig sjukersättning under året (3 heltid o 5 deltid) och 9 stycken har valt att gå vidare i omställning mot andra arbetsgivare och arbetsförmedlingen med en omställningspeng. Under 2016 fick 7 stycken medarbetare beslut om varaktig sjukersättning på heltid i jämförelse med 6 stycken 2015, 4 stycken 2014 och 7 stycken under 2013 så 3 stycken under 2017 visar Försäkringskassans hårdare krav för att få beslut under 2017.

Det har genomförts ett stort arbete med att ta tillvara kompetens och pröva andra arbetsplatser framgångsrikt inom Region Jämtland Härjedalen föregående år och områden som t.ex. område HNR och Psykiatrin ska lyftas fram som goda exempel på chefer som samarbetar och hjälpas åt för att hitta bra lösningar i andra arbeten inom området och mellan. Detta arbetet innebär att vi tittar på arbetsförmåga och tar tillvara den vi kan.

I de intervall antal sjukfall minskar så minskar inte sjuktimmarna i alla och det innebär att det under året varit färre antal sjukskrivna men att de varit sjuka i högre omfattning än året innan dvs. heltidssjukskrivna. Det finns också en ökning av korttidsfrånvaron 1-14 dagar, en ökning med 8235 timmar, motsvarande 4,6 årsarbetare. Det är Hälso-och sjukvårdsförvaltningen ökar sin korttidsfrånvaro dag 1-14 med 10 147 sjuktimmar medan Regionstaben minskar med 719 timmar och Regionala utvecklingsförvaltningen minskar med 588 timmar.

Ett större fokus på tidig rehabilitering, rörlighet inom organisationen och prövning av arbetsförmågan samt tidiga insatser vid ohälsa är delar av orsakerna till denna sänkning. Hälsofrämjande teamet från personalenheten som stöttar i dessa frågor har som ett led i arbetet att sänka sjukfrånvaron varit ute i alla ledningsgrupper och lyft frågor kring arbetet med sjukfrånvaro, rehabilitering och hälsofrämjande arbetsmiljöarbete. Dialog och kunskapsutbyte i frågorna påverkar möjligheten att arbeta med rehabilitering och förebyggande arbetet inom organisationen. Det syns en tydlig sänkning av den längre sjukfrånvaron och arbetet med att korta ned sjukskrivningarnas längd.

Ett mer lösningsfokuserat arbete inom Region Jämtland Härjedalen och framförallt inom Hälso-och sjukvårdsförvaltningen, som står för den större delen av sjukfrånvaron, har skett samtidigt som Försäkringskassan skärpt sin tolkning av rätten till sjukpenning vid dag 180 och 365 i Rehabiliteringskedjan. Detta har bidragit till en större påverkan på sjukfrånvarosiffran och har inneburit att insatserna och rehabiliteringen från arbetsgivaren nu behöver vara tidig och i en tydlig rehabiliteringsplan. Detta leder till tidig arbetslivsinriktad rehabilitering, kortare sjukperiod och det ger bättre förutsättningar till att bedöma arbetsförmågan och behov av anpassning för återgång i arbete. Inom Region Jämtland Härjedalen och framförallt Hälso-och sjukvårdsförvaltningen har ett ökat antal sjukskrivna fått indragen sjukpenning av Försäkringskassan under året och av dessa har 6 stycken fått sjuklön utbetalt av arbetsgivaren enlig AB (kollektivavtal) då de inte haft arbetsförmåga eller arbetsförmågan har behövts prövats i annat arbete inför en ev. omplacering.

Sveriges kommuner o Landsting (SKL) uttalar i oktober 2017 sig om sjukfrånvaroutvecklingen på sin hemsida; *sjukfrånvaron bromsade in kraftigt under 2016* och (2017), *efter några års ökning. Det visar att arbetet för att minska sjukfrånvaron ger effekt. Bilden stärks även av Försäkringskassans statistik. Deras analyser visar att det mål om nio sjukpenningdagar som regeringen satt upp för 2020 bör kunna nås med marginal, om inget drastiskt händer som helt förändrar nuvarande utveckling (*https://skl.se).

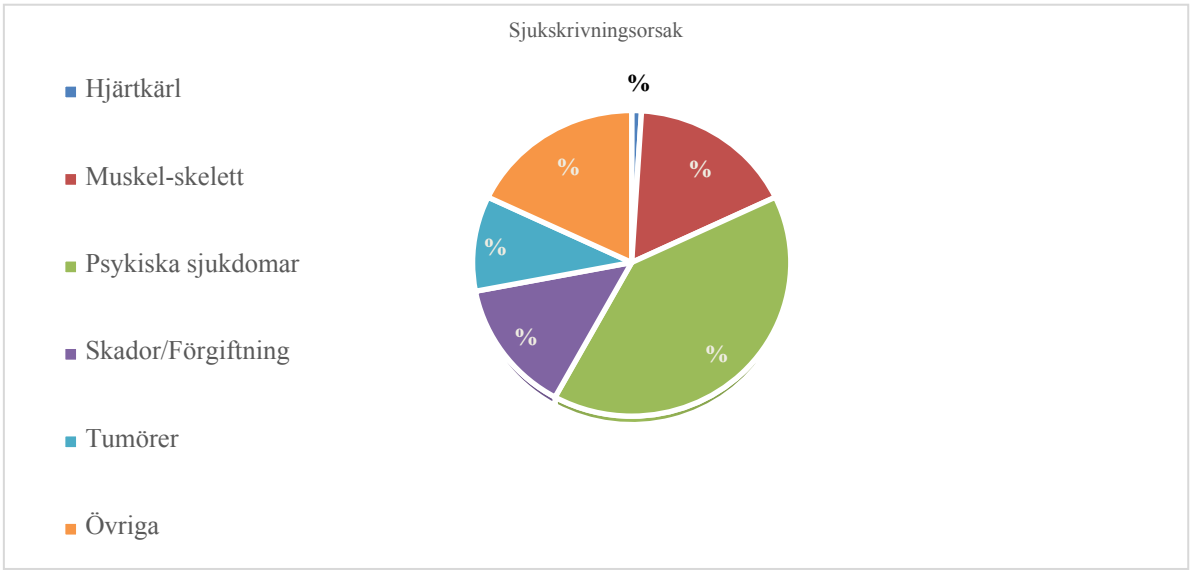
Vid årsskiftet hade 106 stycken medarbetare sjukpenning via Försäkringskassan jämfört med året innan då det var 198 stycken o 2015, 218 stycken. Sjukskrivningsorsaker enl. sjukintygen redovisas nedan i de stora diagnosgrupperna, små diagnosgrupper står för de övriga 21 stycken. Mönstret i sjukskrivningar följer övriga Sverige.

Vanligaste diagnoskoderna	**Antal sjukskrivna** **År (17) 16, 15, 14 13, 12**
C00-C99 - Tumörsjukdomar	(11) 17, 18 ,14, 9, 17
F00-F99 – Psykiska sjukdomar	(42) 92, 104, 85, 88, 77
M00-M99 – Muskosketala sjukdomar	(17) 41, 56, 49, 46, 60
S00-S99 – Skador av yttre orsaker	(15) 12, 10, 14, 15, 9

*(21) 28 st Övriga diagnoser

Enligt Försäkringskassans siffror för Region Jämtland Härjedalen har 106 medarbetare sjukpenning via Socialförsäkringen och de är fördelade enl. diagnoserna ovan. Med 42

stycken sjukskrivna för psykiska diagnoser motsvarar det 1 % av Regionens totalt antal anställda. Med i dessa siffror är inte de som varit sjukskrivna kortare än 45 dagar eftersom beslut om sjukpenning from dag 15 utreds i ca 30 dagar av Försäkringskassan.



Källa: Försäkringskassan 180109

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 har tyvärr inte Försäkringskassan registrerat detta i år men mönstret kan antas se likande ut.

Företagshälsovården har varit inkopplad med förebyggande insatser vid ett flertal arbetsplatser med hjärnergonomi som en del i planeringsdagarna, även hälsosammascheman har varit med i arbetet med arbetsplatser. Årets tema i det hälsofrämjande arbetet har varit återhämtning med en föreläsningsserie tillsammans med företagshälsovården 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. Under året har även föreläsningar om den fysiska aktivitetens betydelse för hälsan erbjudits med hörsalen fylld två gånger samt via länk, den finns även filmad.

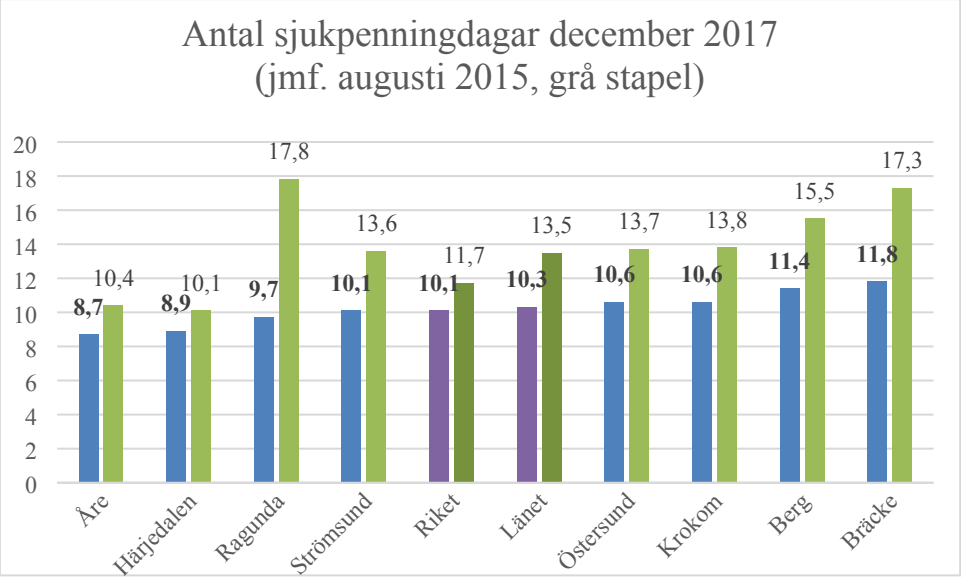
Kom i gång och träna grupper och livsstilsgrupp är några förebyggande aktiviteter som har erbjudits anställda via friskvårdskonsulent och som en del i rehabiliteringsplaner för vissa medarbetare.

Sjukfrånvaro i andel/timmar	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Sjukfrånvaro i % av ordinarie avtalad arbetstid	6,8 %	6,9 %	6,8 %	6,6 %	6,6 %	5,5%
Total sjukfrånvaro i timmar	442 782	456 498	457 291	473 869	478 507	407 853
Motsvarar antal årsarbetare (1760 tim)	252	259	260	269	272	232
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	27 113 666 kr

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

Annica Sörensdotter, Malin Bergstrand-Edfeldt, Hanna Westerlund, Anneli Ekman, Jessica Eriksson (jeer), Karin Antonsson (kaan), Anni Åsén, Pia Engelin Westlund

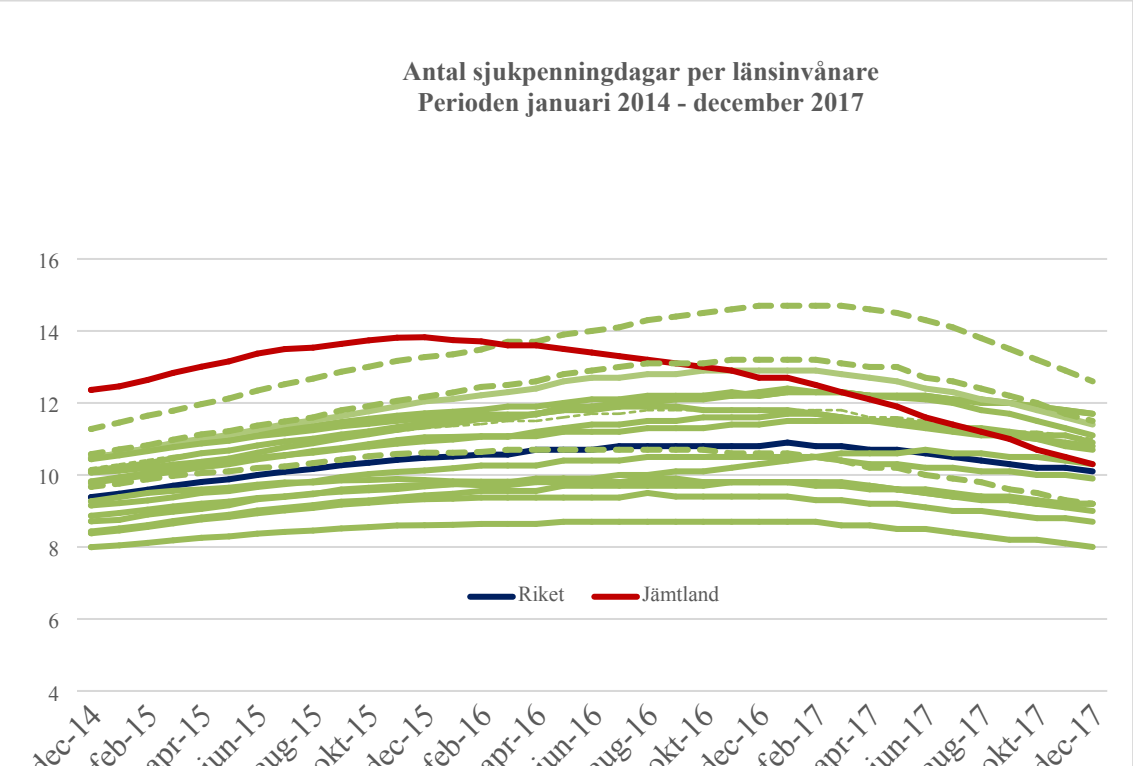
Sjuklönekostnaden har ökat med 1,94 miljoner kronor exkl. socialavgifter. Arbetsgivaren har sjuklönekostnader fram tom 90:e dagen varav sjuklön de första 14 dagarna. 2017 års kostnader omräknat med sociala kostnader motsvarar 39,0 milj. i direkta kostnader dvs. utan produktionsbortfall och vikariekostnader inräknade. Att det sker en ökning av kostnaden beror på att den långa sjukfrånvaron minskar medan den korta med sjuklön ökar, utfyllnadslön kostar också.



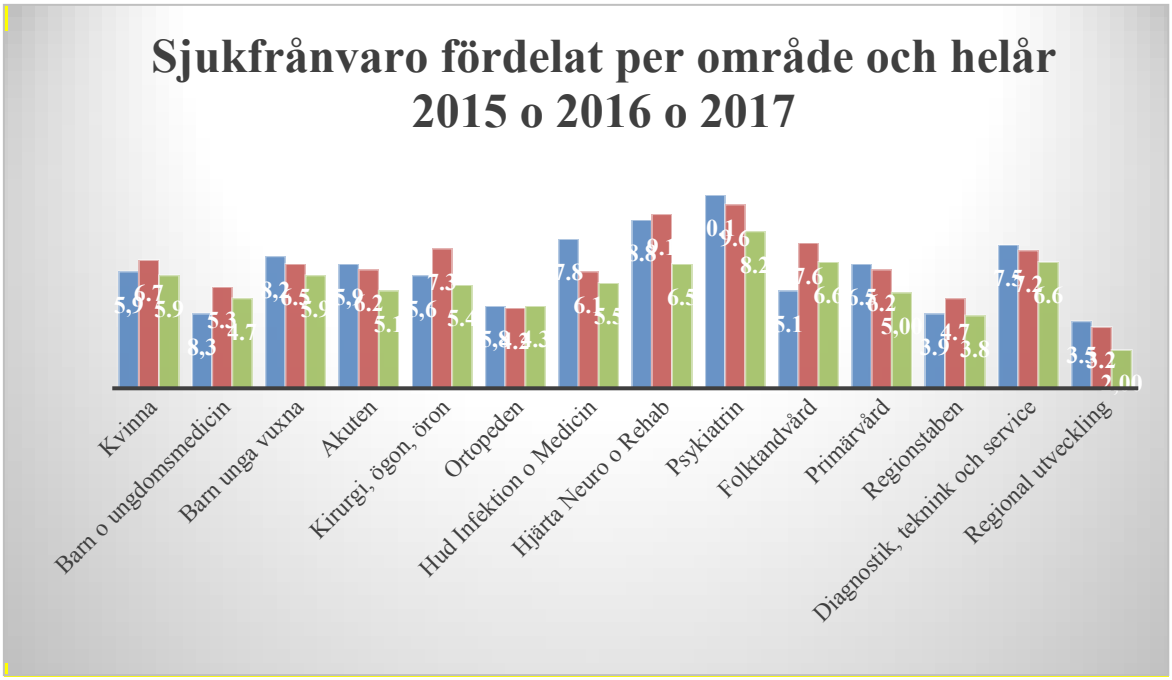
Enligt Försäkringskassan statistik ser vi en minskande trend i Jämtland Härjedalen ovan syns kommunernas siffror gällande sjukpenningdagar som minskat sedan 2015. Riket har också stannat upp ökningen från de senaste 3 åren och Jämtland Härjedalen ligger nu på riksgenomsnittet i antal utbetalda sjukpenningdagar se tabell nedan.

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

Annica Sörensdotter, Malin Bergstrand-Edfeldt, Hanna Westerlund, Anneli Ekman, Jessica Eriksson (jeer), Karin Antonsson (kaan), Anni Åsén, Pia Engelin Westlund



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



Annica Sörensdotter, Malin Bergstrand-Edfeldt, Hanna Westerlund, Anneli Ekman, Jessica Eriksson (jeer), Karin Antonsson (kaan), Anni Åsén, Pia Engelin Westlund

Det är fyra områden inom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen som inte nått målet med 6 % i sjukfrånvaro och dessa områden har också en större andel korttidsfrånvaro än övriga områden. Dessa områden hade ett högt utgångsläge så och en sänkning har skett i de alla områdena men det kvarstår ett arbete att komma ned mot ett mål på 5,8 % för 2018. I tabellen nedan redovisas också hur stor andel av sjukfrånvarotimmarna som är upp till 14 dagar av den arbetade tiden.

5.1 Obligatorisk sjukfrånvaroredovisning

Sjukfrånvaro i andel av totalt antal timmar	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Andel sjukfrånvarotimmar i procent av antal timmar ordinarie avtalad arbetstid	5,9	6,2	6,7	6,9	6,8	6,6	6,6	5,5
Varav långtidssjukfrånvaro 60 dagar eller mer.	58,4	63,7	65,5	62,5	62,9	60,4	58,0	49,0
Sjukfrånvarotid för åldersgruppen 29 år eller yngre	3,5	4,4	4,8	5,5	6,2	6,2	6,6	5,5
Sjukfrånvarotid för åldersgruppen 30 - 49 år	4,9	5,2	5,3	6,1	5,8	5,6	5,9	4,9
Sjukfrånvarotid för åldersgruppen 50 år –	7,0	7,4	8,4	8,0	7,8	7,6	7,4	6,1
Sjukfrånvarotid kvinnor	6,5	6,9	7,3	7,6	7,4	7,4	7,5	6,1
Sjukfrånvarotid män	3,7	4,0	4,5	4,8	4,7	3,8	3,8	3,3

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

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

Annica Sörensdotter, Malin Bergstrand-Edfeldt, Hanna Westerlund, Anneli Ekman, Jessica Eriksson (jeer), Karin Antonsson (kaan), Anni Åsén, Pia Engelin Westlund

Det är fyra områden inom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen som inte nått målet med 6 % i sjukfrånvaro och dessa områden har också en större andel korttidsfrånvaro än övriga områden. Dessa områden hade ett högt utgångsläge så och en sänkning har skett i de alla områdena men det kvarstår ett arbete att komma ned mot ett mål på 5,8 % för 2018. I tabellen nedan redovisas också hur stor andel av sjukfrånvarotimmarna som är upp till 14 dagar av den arbetade tiden.
Fel! Ogiltig länk.
Beskriv orsakerna till den korta och långa sjukfrånvaron under 2017:

Operationer, graviditeter, förslitningsskador, allvarlig medicinsk sjukdom, kroniska sjukdomar och psykisk ohälsa anges som orsaker till den längre sjukfrånvaron i boksluten inom Region Jämtland Härjedalen.

Korta sjukfrånvaron består till största del av förkylningar, magsjuka och influensa. Medarbetarna uppges också i sitt yrke utsättas för smitta vad gäller dessa åkommor i det patientnära arbetet och det märks främst vid nyanställning. Årets influensa uppges också ha varit långdragen dvs. att medarbetare varit hemma mer än en vecka.

På nån avdelning uppger man att de bemannat upp för att minska arbetsbelastning pga. vakanser och detta har påverkat sjukfrånvaron i positiv riktning och stämningen på avdelningen har förbättrats. Projekt som RAK och OPUS lyfts också som orsaker till sänkning och förbättring av arbetsmiljö då de innebär tydligare rollfördelning och bättre struktur på de avdelningar som jobbar med detta.

Exempel på förebyggande arbete som lyfts:

Annica Sörensdotter, Malin Bergstrand-Edfeldt, Hanna Westerlund, Anneli Ekman, Jessica Eriksson (jeer), Karin Antonsson (kaan), Anni Åsén, Pia Engelin Westlund

Boksluten beskriver ett gediget arbete med främjande o förebyggande åtgärder.

Ergonomiutbildningar, Reducerad arbetstid och schemaläggning med återhämtning lyfts som förebyggande åtgärder man genomfört. Även uppmuntran till friskvård ex. via Anders Hansen föreläsning om den fysiska aktivitetens påverkan på hälsan och Friskvårdsombud som jobbar aktivt med frågan. Hjärnergonomiskt tänkande (kognitiv ergonomi) för att titta på stressreducerande strategier och arbetsupplägg lyfts som bra förebyggande åtgärder att jobba med även vid tecken på ohälsa. Diskussionsseminarium på temat återhämtning har genomförts på planeringsdagar och utbildning i hur schemat kan påverka hälsan och återhämtning har genomfört i samarbete med företagshälsovården och hälsofrämjandeteamet. Även grupphandledning lyfts som förebyggande åtgärder som används i Hälso-och sjukvårdsförvaltningen. Flera områden lyfter också prioriteringen av att lyfta ohälsa tidigt och jobba ihop chef och personalkonsult i Hälsofrämjande teamet med rehabilitering och tidiga insatser för att hitta lösningar.

5.2 Åtgärder via företagshälsovård

Annica Sörensdotter, Malin Bergstrand-Edfeldt, Hanna Westerlund, Anneli Ekman, Jessica Eriksson (jeer), Karin Antonsson (kaan), Anni Åsén, Pia Engelin Westlund

Previa

.Region Jämtland Härjedalen 2017

Återrapportering enligt 9-fältaren

Kronor

	Rehabilitera	Förebygga	Främja	Totalt
Organisation		221 300		221 300
Grupp		412 650	1 128 610	1 541 260
Individ	2 354 861	1 520 739	646 306	4 521 906
Totalt	2 354 861	2 154 689	1 774 916	6 284 466

i %

	Rehabilitera	Förebygga	Främja	Totalt
Organisation		4%		4%
Grupp		7%	18%	25%
Individ	37%	24%	10%	72%
Totalt	37%	34%	28%	100%

Previa

.Region Jämtland Härjedalen Helår 2016

Återrapportering enligt 9-fältaren

Kronor

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

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

Annica Sörensdotter, Malin Bergstrand-Edfeldt, Hanna Westerlund, Anneli Ekman, Jessica Eriksson (jeer), Karin Antonsson (kaan), Anni Åsén, Pia Engelin Westlund

Previa

Region Jämtland Härjedalen Hela Regionen 2015
Återrapportering enligt 9-fältaren
Kronor

	Rehabilitera	Förebygga	Främja	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	Främja	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 2017 har 62 % av företagshälsovårdmedlen använts främjande och förebyggande. Under 2016 har 70% av företagshälsovårdsmedlen använts förebyggande och främjande jämfört med 57 % för samma period 2015. Målet är att arbeta mer proaktivt med tidigare insatser och en del av de tjänster som används tidigt för att förebygga ohälsa klassificerar Previa som rehabilitering tex. Stödsamtal för att strukturera arbetet, sömn osv. Detta leder till att siffran är svår att följa då vi under 2017 lagt mer fokus på att stötta i tidiga signaler i början av sjukskrivning eller istället för att bli sjuk. Kostnaderna för företagshälsovård har minskat till 6,3 miljoner mot 7 miljoner 2016. En stor del i minskinginen beror på att offerter för inslag under planeringsdagar togs in centralt i hälsofrämjande teamet och enheterna kunde använda färdiga och riktade koncept, i år kopplat till hjärnergonomi och återhämtning.

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 och platser i länet för att lyfta behovet av återhämtning och förebygga stress. Företagshälsovården har också under året på uppdrag erbjudits tjänster som alternativ till sjukskrivning med förebyggande sjukpenning samt ett arbete med hälsosamschemaläggning och utbildning inom hälsofrämjande arbetet och rehabilitering.

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

Annica Sörensdotter, Malin Bergstrand-Edfeldt, Hanna Westerlund, Anneli Ekman, Jessica Eriksson (jeer), Karin Antonsson (kaan), Anni Åsén, Pia Engelin Westlund

Friskvårdspeng Utbetalt 2016	Friskvårstimma Uttagna 2016	Friskvårdspeng Utbetalt 2017	Friskvårdtimma Utbetalt 2017
827 366 kr	22 286 tim	924 258 kr	25 649 tim

Se konto 4662 i och löneart 6470 i Prodiver

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

Det har varit ett stort intresse för att utbilda nya friskvårdsombud i år. Två utbildningar utförda med ca 40 deltagare totalt. Samt
-2 kurser Mediyoga
-1 Kom i gånggrupp
-1 Livsstilsgrupp
Arrangerade av friskvårdskonulent.
-Inpasseringar Zefyren visar på fortsatt välbesökt gym
-Friskvårdkonsulent har deltagit i APT/plandagar och pratat om bl a friskvårdsutbud eller hållit i någon aktivitet på bl a tandvård Strömsund och Brunflo och Frösön, Retts center, Remonthagen, Odensala HC, medicinmott, ortopedmott, ortopedavd

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

Goda exempel från friskvårdsombud ute i verksamheterna är:

- Pinngympa dagligen
- Gummiband torsdagar
- Friskvårdkonsulent ledde rörelsepass och Qi gong/tai chipass
- Löpträning 1 ggr/veckan från april till juni inför Vårruset
- Vårruset, Blodomloppet med arbetsplatslag
- Inspirerande friskvårdseftermiddagar med friskvårdskonsulenten och uppbackande chefer
- Friskvårdsveckan.

Annica Sörensdotter, Malin Bergstrand-Edfeldt, Hanna Westerlund, Anneli Ekman, Jessica Eriksson (jeer), Karin Antonsson (kaan), Anni Åsén, Pia Engelin Westlund

- Deltagande i Hälsostegen
- Tipspromenad längs ”Hälsans stig”
- Promenera/cykla på någon av Frösöns naturstigar

5.4 Personalföreningen- Friskvård o Trivsel

Syfte med personalföreningen Region Jämtland Härjedalen är att:

- 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 åttonde år.

Under verksamhetsåret har 2546 ”individaktiviteter” genomförts vilket är ungefär samma antal som förra året. (Första verksamhetsåret 2010 kom vi upp i ca 1000 individaktiviteter.)

Exempel på aktiviteter som ordnats under 2017:

Nytt för 2017: en region-afterwork med stor uppslutning. Det kommer personalföreningen att fortsätta med och planen är att ordna en sådan både vår och höst
Personalfesten på hotell Gamla Teatern med 375 deltagare
7 fjällresor med övernattning både vinter och höst, 2 ridturer med Åre Ridcenter i september, 3 IKEA-resor, 5 ”Florist för en kväll” i Östersund, Bräcke Järpen,Strömsund och Sveg. Matvandringar på Rönngården i Lits-Böle, stadsvandringar, svampturer, shoppingkvällar, tunnbrödbakning, gocart, blomstervandringar mm. Snabbkurs i jamska, vernissage med Marie Andersson, kaffe- och teprovningar, Chokladprovning, studiebesök med ostbuffé i Skärvången, lerduveskytte i Östersund och Tandsbyn, 2”ostmästare för en kväll mm

Föreningen sponsrade också 496 anställda som deltog i Vårruset och 51 anställda som deltog i Blodomloppet. 125 har dansat Zumba under året.

Som medlem i personalföreningen finns en mängd olika rabatter på t.ex. massage, olika gym och restauranger. Under 2017 såldes ca 2570 biobiljetter till anställda.

Annica Sörensdotter, Malin Bergstrand-Edfeldt, Hanna Westerlund, Anneli Ekman, Jessica Eriksson (jeer), Karin Antonsson (kaan), Anni Åsén, Pia Engelin Westlund

5.5 Arbetsmiljö

Alla medarbetare är en del av sin egen och varandras arbetsmiljö. Tillsammans skapar chefer och medarbetare en bra arbetsmiljö. Ambitionen är att ständigt förbättra den fysiska och psykosociala arbetsmiljön genom ett systematiskt arbetsmiljöarbete. Arbetet sker kontinuerligt genom t.ex. planering av verksamhet och bemanning, risk- och konsekvensanalyser, skyddsronder, arbetsmiljöenkäter, handlingsplaner, avvikelserapportering, anpassningar och föreläsningar i ämnet.

Arbetsmiljön är i fokus vid schemaläggning. En webutbildning gällande hälsosam schemaläggning har lagts in i Saba Cloud under hösten 2017 och utbildningen ska genomföras av alla som arbetar i arbetstidsmodeller.

Arbetsmiljöutbildning för chefer och skyddsombud har genomförts vid två tillfällen under året vilket har varit uppskattat. Totalt har 14 st skyddsombud och 25 st chefer deltagit.

Ett stort arbete för att leva upp till arbetsmiljölagens krav gällande riskbedömning av kemikalier har genomförts under 2017. Konsulter från Intersolia har tillsammans med verksamheterna gjort riskbedömningar av kemikalier med högst riskvärdering enligt systemet IChemistry.

Flera områden tar upp att de är trångbodda och behov av förändrade lokaler kvarstår. Några enheter har arbetat med ett förändrat arbetssätt vilket har inneburet att arbetsmiljön upplevs förbättrad. Det nya arbetssättet har gett en tydlighet i fördelning av arbetsuppgifter och vem som gör vad och har även inneburit en möjlighet till fördelning av arbetsuppgifter under vissa perioder som underlättar återgång i arbete. En utökning av sjuksköterskor på natten har påverkat arbetsmiljön positivt på en enhet. För att möta hög arbetsbelastning och svårigheten att bemanna behovet av specialistsjuksköterskor har omfördelning av bemanningsmål gjorts på fler enheter. Inom några enheter har det genomförts chefsförändringar genom tillsättningar och omfördelning av antal medarbetare. Detta för att förbättra arbetsmiljön för både chefer och medarbetare, bland annat genom ökad tillgänglighet.

Ett antal framställanden enligt 6 kap. 6§ arbetsmiljölagen har lämnats in. Handlingsplaner har upprättats och de fackliga företrädarna godkände de vidtagna åtgärderna.

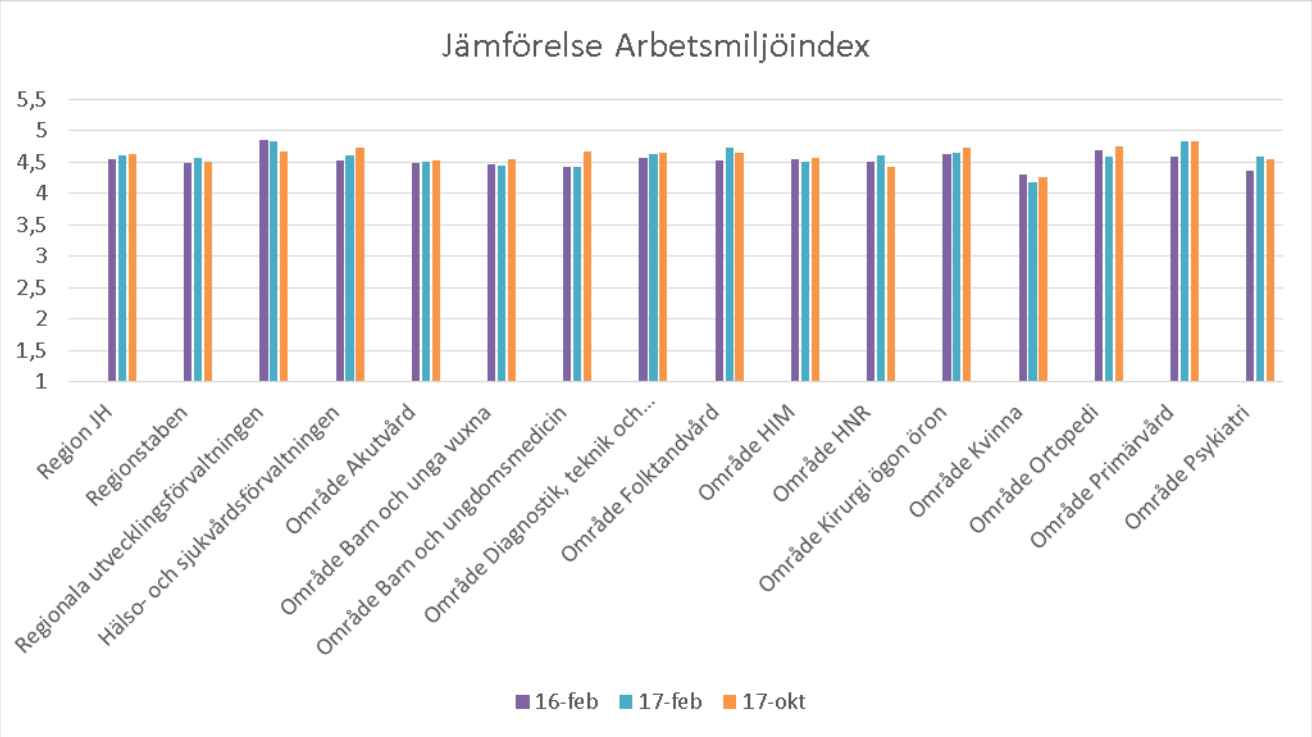
5.5.1 Arbetsmiljöenkäten

Mätetal	Utfall 2017 (oktobervärde)	Målvärde 2017
Hälsofrämjande mål: arbetsmiljöindex Utgångsvärde: februari 2017 (index	4,6	Arbetsmiljöindex 4,2 på region nivå.

Annica Sörensdotter, Malin Bergstrand-Edfeldt, Hanna Westerlund, Anneli Ekman, Jessica Eriksson (jeer), Karin Antonsson (kaan), Anni Åsén, Pia Engelin Westlund

1-6): 4,6 Mäts två gånger per år		

Redovisning av resultatet har gjorts både på ledningsgrupper, regionkommitté, förvaltningskommittéer, områdeskommittéer och på arbetsplatsträffar. Enheterna har sen arbetat vidare på arbetsplatsträffar och planeringsdagar med enkätresultatet som en del i det systematiska arbetsmiljöarbetet för att skapa dialog gällande arbetsmiljön. Fokus har varit att ta fram förbättringsåtgärder.



Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (4,74) har förbättrat sitt resultat och ligger högst i arbetsmiljöindex jämfört mot både Regionstaben (4,50) och Regionala utvecklingsförvaltningen (4,68). Både Regionala utvecklingsförvaltningen och Regionstaben har försämrat sitt resultat. De område som ligger högst är område Primärvård som har ett arbetsmiljöindex på 4,84.

Enligt enkätsvaren är Region Jämtland Härjedalens styrkor att medarbetarna känner sig engagerade i sitt arbete och att arbetet känns meningsfullt.

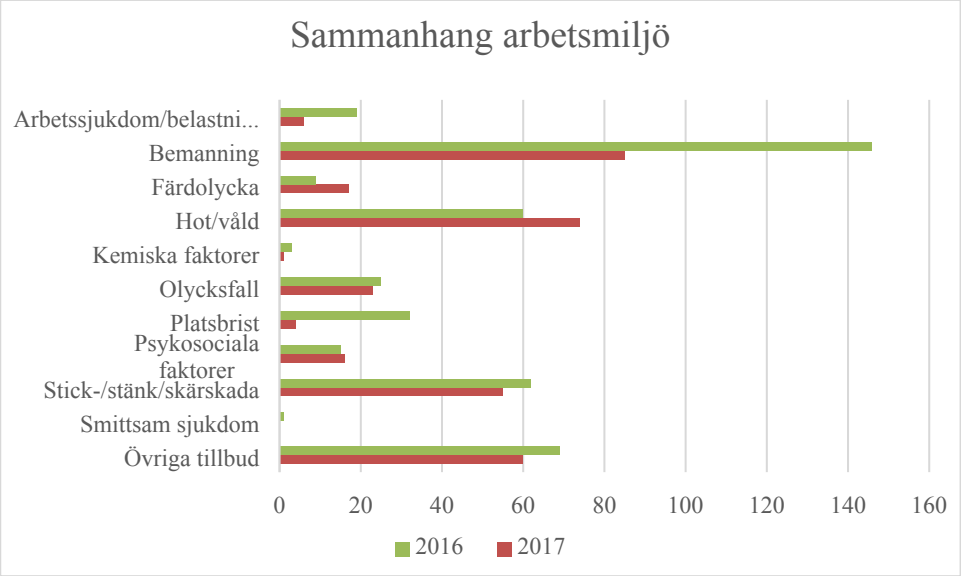
Original lagras och godkänns elektroniskt. Utskrifter gäller endast efter verifiering mot systemet att utgåvan fortfarande är giltig.

Annica Sörensdotter, Malin Bergstrand-Edfeldt, Hanna Westerlund, Anneli Ekman, Jessica Eriksson (jeer), Karin Antonsson (kaan), Anni Åsén, Pia Engelin Westlund

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. Man upplever även att det inte finns fungerande rutiner och arbetsfördelning på arbetsplatsen.

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



Totalt rapporterades 343 st. avvikelser med sammanhang arbetsmiljö en minskning mot föregående år då det var 429 st. Vid val typ av tillbud har bemanning, platsbrist, arbetssjukdom/belastningsskada och stick-/stänk/skärskada som val minskat. Däremot har hot/våld och färdolyckor ökat. Under åtgärd gjordes 27 st. arbetsskadeanmälningar en minskning mot föregående år då det var 43 st. Eftersom det är en eftersläpning och alla avvikelser inte är klara i januari så har motsvarande siffra för 2016 också tagits ut i början av året ifjol. Detta för att det ska bli så jämförbart som möjligt.

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

Annica Sörensdotter, Malin Bergstrand-Edfeldt, Hanna Westerlund, Anneli Ekman, Jessica Eriksson (jeer), Karin Antonsson (kaan), Anni Åsén, Pia Engelin Westlund

5.7 Arbetsförhållanden utifrån jämställdhet, mångfald, kränkande särbehandling, sexuella trakasserier, trakasserier och diskriminering

En revidering av Riktlinjerna för att hantera kränkande särbehandling, trakasserier och sexuella trakasserier blev uppdaterade och skickades ut som ledningsmejl november 2017. Samtidigt som ledningsmejlet skickades ut så gick det även ut info på insidan. Den informationen var mer riktad till medarbetaren med rubriken ”Säg ifrån direkt!”

Frågor kring sexuella trakasserier har alltid varit aktuella men efter nätupproret #Metoo har det blivit extra fokus på hur viktigt det är att vi tar frågorna på allvar. Flera områden tar upp att de har haft frågan som en punkt på ledningsgruppens dagordning för att medvetandegöra frågan.

Riktlinjen tas upp en gång per år på arbetsplatsträffar samt på introduktionsdagen för nyanställda två gånger per år. Detta för att säkerställa att medarbetarna känner till riktlinjen och vet vad som gäller inom Region Jämtland Härjedalen om man utsätts för kränkande särbehandling, sexuella trakasserier eller trakasserier. Cheferna får utbildning på Ny som chef och på arbetsmiljöutbildningen.

Ett värdegrundsarbete inom hela organisationen pågår med både webutbildning för alla medarbetare och månadens dilemma som bl. a kommer att handla om sexuella trakasserier. Både i medarbetarsamtalsmallen och i skyddsronden finns frågor med gällande sexuella trakasserier, trakasserier och kränkande särbehandling. Förutom arbetsmiljöenkäten där frågan om värdegrund finns med så kommer en enkät om upplevelsen av kränkande särbehandling, trakasserier och sexuella trakasserier skickas ut till alla medarbetare under 2018.

En annan riktlinje som handlar om stöd för medarbetare gällande hantering av krav som upplevs kränkande eller diskriminerande från patient togs fram under hösten 2017. Riktlinjen tillämpas i situationer då det uppstått en konflikt mellan medarbetaren och patienten eller närstående och där medarbetaren upplever att hen har utsatts för kränkningar, sexuella trakasserier, hot eller krav av diskriminerande karaktär. Riktlinjen tar upp vilka åtgärder medarbetaren kan vidta om en konflikt uppstår.

Utbildning för chefer gällande Våld i medarbetarens nära relation har genomförts vid två tillfällen under hösten.

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

Annica Sörensdotter, Malin Bergstrand-Edfeldt, Hanna Westerlund, Anneli Ekman, Jessica Eriksson (jeer), Karin Antonsson (kaan), Anni Åsén, Pia Engelin Westlund

organisationen. Inför löneöversyn ska alla chefer årligen informera på APT om löneöversynsprocessen, utifrån ett gemensamt material.

6.1 Löneutveckling

I ”Individuell löneutveckling” ingår medarbetare som finns anställda vid båda mättidpunkterna. Mättidpunkterna är 2017-01-01 - 2017-12-31.

Individuell Löneutveckling %	2013	2014	2015	2016	2017	2017 kronor
Totalt	3,3 %	3,4 %	3,8 %	3,9 %	5,0 %	1683
Kvinnor	3,3 %	3,3 %	3,8 %	3,8 %	5,0 %	1578
Män	3,3 %	3,6 %	3,9 %	4,2 %	5,1 %	2048
0-29 år	4,8 %	4,8 %	5,8 %	5,4 %	6,7 %	1649
30-49 år	3,8 %	4,0 %	4,3 %	4,5 %	5,8 %	1947
50-65 år	2,8 %	2,8 %	3,1 %	3,2 %	4,1 %	1420

Det finns två årligt återkommande påverkansfaktorer på den individuella löneutvecklingen.

Den ena är löneöversyn. Prioriterade grupper i löneöversyn 2017 var sjuksköterskor, undersköterskor, redovisningsassistenter, lönekonsulter, köksbiträden, städare, tandsköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, psykologer och överläkare.

Utöver löneöversyn gjordes en stor särskild satsning på sjuksköterskor per 2017-10-01. Satsningen avsåg erfarna medarbetare med hög kompetens för att minska nyttjandet av bemanningsföretag.

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

För Kommunal och Läkarföreningen förhandlades tvååriga lokala överenskommelser fram. För Kommunal med ny lön från 2017-11-01 och för Läkarna med ny lön från 170901. Nästa löneöversyn för dessa grupper blir från 2019-04-01.

Män och kvinnor: Under 2017 har den individuella löneökningen varit 0,1 % högre för män än för kvinnor. Skillnaden är lägre än föregående år.

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

Annica Sörensdotter, Malin Bergstrand-Edfeldt, Hanna Westerlund, Anneli Ekman, Jessica Eriksson (jeer), Karin Antonsson (kaan), Anni Åsén, Pia Engelin Westlund

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 (3696 kr, 5,0 %) och distriktsläkare (3 458 kr, 4,2 %). I dessa grupper är även majoriteten män (62 respektive 54 %).

Antalet månadsavlönade uppgick den 31 december 2017 till 4174 personer. Av dessa är 3151 kvinnor (78 %) och 922 män (22 %). De flesta männen finns i grupperna läkare (263 st), sjuksköterskor (173 st) och handläggare (46 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.

Ålder: Skillnaderna i procentuell löneutveckling mellan olika åldersgrupper har ökat jämfört med tidigare år. Det är fortsatt 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). Läkarnas och Kommunals tvååriga avtal gör också att den individuella löneutvecklingen blir större än tidigare år.

Yngre medarbetare har generellt lägre löner, vilket gör att samma krontalspåslag ger ett högre procentuellt utfall. Under 2017 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 årligen göra en lönekartläggning och löneanalys.

Inom Region Jämtland Härjedalen gjordes en lönekartläggning och löneanalys per 2017-09-30 vilket innebar att Kommunal, Läkarna och den extra satsningen på sjuksköterskor per 2017-10-01 inte fanns med i underlaget. En annan faktor som påverkade analysen var att alla medarbetare som inte hade en värdering har placerats på riktbefattningar. Dessa behöver kvalitetssäkras inför fortsatt

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

Annica Sörensdotter, Malin Bergstrand-Edfeldt, Hanna Westerlund, Anneli Ekman, Jessica Eriksson (jeer), Karin Antonsson (kaan), Anni Åsén, Pia Engelin Westlund

kartläggning och analys. En handlingsplan utifrån lönekartläggning och löneanalys har tagits fram.

10

Instruktion för regiondirektör i Region Jämtland Härjedalen

RS/426/2018

2018-03-12

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

RS/426/2018

Instruktion för Regiondirektören

Ärendebeskrivning

I den nya kommunallagen som gäller från och med den 1 januari 2019 regleras bestämmelser om instruktion för direktören (KL 7 kap 1-2§§):

1 § Styrelsen ska utse en direktör. Direktören ska ha den ledande stallningen bland de anställda och vara chef för den förvaltning som finns under styrelsen. Styrelsen får besluta att direktören ska ha en annan benämning.

2 § Styrelsen ska i en instruktion fastställa hur direktören ska leda förvaltningen under styrelsen. Instruktionen ska också fastställa direktörens övriga uppgifter.

En instruktion för regiondirektören i Region Jämtland Härjedalen har upprättats. Syftet med en instruktion är bland annat att tydliggöra rollfördelningen mellan regionstyrelsen och direktören samt medverka till ett bra samspel mellan de förtroendevalda och direktören. Instruktionen innehåller förutom direktörens ansvar mot politiska organbestämmelser om hur regiondirektören ska leda förvaltningen och vilka övriga uppgifter direktören ska ha.

Instruktionen utgår från den politiska organisation som gäller fram till 1 januari 2019. När den nya organisationen sedan träder ikraft kan styrelsens instruktion till regiondirektören behöva revideras.

Regiondirektörens förslag

Instruktion för regiondirektör i Region Jämtland Härjedalen fastställs.

I tjänsten

Hans Svensson
Regiondirektör

Utdrag till

Regiondirektör, förvaltningscheferna och regionstabschef.

Instruktion till regiondirektör

Beslutad 2018-03-21, av:

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Inledning

I den nya kommunallagen som gäller från och med den 1 januari 2018 (SFS 2017:725) regleras bestämmelser om instruktion för direktören (KL 7 kap 1–2§§):

1 § Styrelsen ska utse en direktör. Direktören ska ha den ledande stallningen bland de anställda och vara chef för den förvaltning som finns under styrelsen. Styrelsen får besluta att direktören ska ha en annan benämning.

2 § Styrelsen ska i en instruktion fastställa hur direktören ska leda förvaltningen under styrelsen. Instruktionen ska också fastställa direktörens övriga uppgifter.

Regionen Jämtland Härjedalen är en politisk styrd organisation. Regionfullmäktige är det högsta beslutade organet i regionen. Politikernas yttersta ansvar är att besluta om de övergripande målen och ekonomin samt utvärdera om verksamheten är ändamålsenlig.

Regiondirektören och högsta tjänstemannaledningen ska se till att åstadkomma resultat i linje med de politiska uppdragen. I den här instruktionen finns angivet vilket ansvar och övergripande uppdrag regiondirektören i Region Jämtland Härjedalen har samt regiondirektörens roll i förhållande till de politiska organen.

Instruktionen utgår från den organisation i Region Jämtland Härjedalen som gäller fram till 1 januari 2019. Efter det kommer en ny politisk organisation att träda i kraft som innebär förändringar i tjänstemannaorganisationen och regiondirektörens uppdrag. Dessa förändringar medför att instruktionen för regiondirektören kommer att revideras under hösten 2018.

Instruktion till regiondirektör
Dnr RS/426/2018

Handläggare
Sandra Hedman
Sekretariatet

Region Jämtland Härjedalen
Box 654, 831 27 Östersund
www.regionjh.se

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING 1

1 ÖVERGRIPANDE UPPDRAG 3

2 REGIONDIREKTÖRENS UPPGIFTER MOT POLITISKA ORGAN 3

2.1 Regionfullmäktige 3

2.2 Regionstyrelsen och övriga nämnder 3

3 ARBETSGIVARANSVAR 4

4 EKONOMISKT ANSVAR 5

5 UPPFÖLJNINGSANSVAR 5

6 DELEGATIONSORDNING 5

7 FÖRHÅLLANDE TILL KOMMUNALA BOLAG, FÖRENINGAR ELLER STIFTELSER SAMT ÖVRIGA EXTERNA PARTER 6

8 MILJÖ- OCH SÄKERHETSANSVAR 6

9 PATIENTSÄKERHET 6

10 INFORMATIONSSÄKERHET 7

1 Övergripande uppdrag

Direktören i Region Jämtland Härjedalen benämns regiondirektör.

Regiondirektören har sitt uppdrag från regionstyrelsen och är regionstyrelsens verkställande chef. Det är regionstyrelsen som utser och avsätter regiondirektören.

Regiondirektören har den ledande ställningen bland tjänstemännen i Regionen Jämtland Härjedalen. Regiondirektören ska leda och samordna tjänstemannaorganisationen och är ytterst ansvarig för att regionens verksamhet bedrivs med god kvalitet, inom befintlig budget och i enlighet med fattade beslut, lagar, regler och myndighetsbeslut. Regiondirektören har det övergripande ansvaret för att verkställa politiskt fastställda mål.

Regiondirektören ska verka för att skapa ett bra samspel genom dialog mellan de förtroendevalda som ska leda till ett fungerande arbete på ett effektivt och rättssäkert sätt. Regiondirektören ska arbeta med att stödja både den politiska majoriteten och minoriteten.

Regiondirektören har ansvaret för att beredningen av ärenden följer fastställda regler för ärendehantering. Så att de ärenden som ska behandlas är väl beredda och korrekta så att det kan fattas regelrättsliga beslut.

Regiondirektören ansvarar för att hålla regionstyrelsen informerad om hur uppdraget framskrider. Regiondirektören ska också initiera dialog med regionstyrelsen om verksamheten inte når ställda krav och ta fram förslag på åtgärder.

2 Regiondirektörens uppgifter mot politiska organ

Regiondirektören ska verka för en tydlig roll- och uppgiftsfördelning mellan förtroendevalda och tjänstemän efter dialog.

Regiondirektören har närvaro- och yttranderätt i regionstyrelsen, vårdvalsnämnden och i deras presidier.

2.1 Regionfullmäktige

Regiondirektören ska närvara vid regionfullmäktiges sammanträden. Regiondirektören ska ge stöd från tjänstemannaorganisationen till fullmäktiges presidium och regionfullmäktiges ledamöter. Vid sammanträden får regiondirektören lämna upplysningar i samtliga ärenden samt lämna upplysningar om lagligheten av allt som förekommer på sammanträdena. Regiondirektören utser, efter samråd med fullmäktiges presidium, sekreterare i fullmäktige.

2.2 Regionstyrelsen och övriga nämnder

Regionstyrelsen är regionens ledande politiska förvaltningsorgan med ansvar för hela regionens utveckling och ekonomiska ställning.

Regiondirektören eller den som denne utser är i enlighet med fastställda reglementen föredragande vid regionstyrelsen och vårdvalsnämndens sammanträden och har rätt att delta i överläggningarna.

Regiondirektören har ansvaret för att beredningen av ärenden följer fastställda regler för ärendehantering. Underlagen ska vara väl genomarbetade, opartiska och begripliga. Regiondirektören ansvar också för att det inför sammanträdena görs relevanta avstämningar av de ärenden som ska behandlas och ska också se till att ärendena föredras på presidium eller motsvarande.

Regiondirektören ska se till att regionstyrelsen och nämnderna arbetar efter övergripande strategiska mål och följer principerna i Region Jämtland Härjedalens styrmodell. Med vägledning av framgångsfaktorer i regionstyrelsens, vårdvalsnämndens och regionala utvecklingsnämndens verksamhetsplaner identifierar regiondirektören i sina direktiv för verksamhetsplaner strategiskt prioriterade inriktningar. Direktiven ska vara vägledande i arbetet att utforma verksamhetsplaner utifrån de övergripande målen samt driva på och markera behovet av utveckling. Regiondirektören ska också se till att det finns en god samordning mellan nämndernas förvaltningschefer.

Regionstyrelsen och nämnderna har, under förutsättningar som anges i 6 kap 37–39§§ samt 7 kap 5-8 §§ kommunallagen, rätt att delegera beslutanderätt i ett visst ärende eller en viss grupp av ärenden till ett utskott, en ledamot eller ersättare, eller till en anställd hos Region Jämtland Härjedalen. Regiondirektören får sina delegerade ärenden från Regionstyrelsen och vårdvalsnämnden. Regiondirektören ansvarar för att förberedande och verkställande åtgärder fungerar tillfredställande i enlighet med upprättad arbetsfördelning.

3 Arbetsgivaransvar

Regionstyrelsen, patientnämnden, regionala utvecklingsnämnden och Regionens revisorer har egna förvaltningar med en förvaltningschef. Regionstyrelsens förvaltning servar förutom regionstyrelsen också vårdvalsnämnden, gemensam nämnd för samverkan inom drift och service, utveckling samt specialistfunktioner och gemensam nämnd avseende samordnad upphandling, lagerhållning och distribution av sjukvårdsprodukter och hjälpmedel.

Regiondirektören beslutar om anställning samt avslutande av anställning för regionala utvecklingsförvaltningens förvaltningschef.

Alla uppdrag från regionstyrelsen till förvaltningen ska ställas via regiondirektören. Regiondirektören ansvarar för att ge ledning och styrning för regionstyrelsens förvaltning samt att uppföljning, utvärdering och kontroll efterföljs.

Regiondirektören ska i övrigt utöva arbetsgivarrollen genom att:

- Ansvara för att arbetet i regionstyrelsens förvaltning organiseras, leds och fördelas. I det arbetet ingår att se till att det finns en arbetsordning för ledningsorganisationen.
- Ansvara för att förvaltningens verksamhet bedrivs i enlighet med politiskt fattade beslut. Förvaltningschef och regionstabschef ansvarar för sina verksamheter genom

vägledning från de politiska planerna och regiondirektörens direktiv. De ska se till att alla områden inom de båda förvaltningarna bedrivs på bästa möjliga sätt, att ständiga förbättringar sker och för att följa upp områdenas ekonomi, kvalité, arbetsmiljö och effektivitet. Förvaltningarnas verksamhetsplaner ska innehålla mål, aktiviteter samt resultatmått och ska fastställas av regiondirektören.
- Fullgöra förhandlings- och informationsskyldighet enligt medbestämmandelag och avtal samt aktivt verka för utveckling av samverkan med de fackliga organisationerna.
- Ansvara för att medarbetarnas arbetsmiljö har en tillfredställande utformning. Regiondirektören verkar också genom att riskanalyser följs upp och genomförs på regionövergripande processer.
- Ansvara för att kompetensutveckling bedrivs.
- Kontinuerligt informera chefer och övriga medarbetare om aktuella frågor och gemensamma uppgifter inom Region Jämtland Härjedalens ansvarsområde.
- Ansvara för medarbetar- och lönesamtal samt övriga personaladministrativa frågor rörande förvaltningschefer och regionstabschef.

4 Ekonomiskt ansvar

Regiondirektören ansvarar för att se till att regionens övergripande förslag till budget upprättas med fördelning på nämnder och verksamheter. Regiondirektören ska också ta initiativ till åtgärder samt initiera dialog med regionstyrelsen om regionens ekonomi avviker från beslutad budget. Regiondirektör ska också attestera fakturor för närmast underställda.

5 Uppföljningsansvar

- Regiondirektören ansvarar för löpande uppföljning till regionstyrelsen och vårdvalsnämnden.
- Regiondirektören ansvarar för månadsrapporter, tertialrapport, delårsbokslut samt årsbokslut i enlighet med lagen om kommunal redovisning.
- Regiondirektören ansvarar för att regionstyrelsens interkontroll bedrivs i enlighet med kommunallagen på ett ändamålsenligt sätt genom uppsatta regler och riktlinjer.
- Regiondirektören ansvarar för uppföljningsmöten med förvaltningschef och regionstabschef om verksamhetsplan via kontinuerlig dialog.

6 Delegationsordning

Regiondirektören ska i sin roll i enlighet med den delegationsordningen som regionstyrelsen och vårdvalsnämnden bestämt:

- Besluta i ärenden som regionstyrelsen i delegationsordning uppdragit åt regiondirektör att besluta. Regiondirektören har under förutsättningar som anges i 7 kap 6 § kommunallagen rätt att vidaredelegera beslutanderätt i ett visst ärende

eller i en viss grupp av ärenden åt en anställd inom Region Jämtland Härjedalen. Vidaredelegationer ska framgå av delegationsförteckningen.
- Ansvara för att delegationsordningen följs, att delegationsordningen är aktuell och korrekt samt vid behov ta initiativ till ändringar i delegationsordningen,
- Säkerställa att beslut enligt delegationsordningen anmäls till regionstyrelsen.

7 Förhållande till kommunala bolag, föreningar eller stiftelser samt övriga externa parter

Regiondirektören har inom regionstyrelsens ansvarsområde ett övergripande ansvar för att Region Jämtland Härjedalen är en aktiv ägare och medlem i de kommunala bolag, föreningar eller stiftelser som anges i 10 kap 2 § och 6 § kommunallagen, kommunalförbund som regionen är medlem i, finansiella samordningsförbund och företag som utför verksamhet åt regionen på entreprenad. Regiondirektören ansvarar också för att regionstyrelsens uppsiktsplikt bedrivs i enlighet med kommunallagen på ett ändamålsenligt sätt genom uppsatta regler och riktlinjer.

Regiondirektör har det övergripande ansvaret för att samverkan sker med länets kommuner, andra regioner och myndigheter. Det åligger också på regiondirektörens ansvar att skapa öppenhet och transparens i bemötande av medborgare, näringslivet, organisationer och massmedia i enlighet med offentlighetsprincipen. Regiondirektören ska också stödja kommunikationsplaneringen, internt och externt.

8 Miljö- och säkerhetsansvar

Regiondirektören är ansvarig för att Region Jämtland Härjedalens miljöarbete bedrivs i enlighet med miljölagstiftningen.

Regiondirektören är också ytterst ansvarig för att det finns en organisation som kan hantera säkerhet, kris och katastrofmedicinska frågor i enlighet med gällande lagstiftning. Under allvarliga- och extraordinära händelser ansvarar regiondirektören för att säkerställa ledning och samverkan av det operativa ansvaret som händelsen kräver. Regiondirektören ansvarar också för att utse en säkerhetsskyddschef.

9 Patientsäkerhet

Regiondirektören har under regionstyrelsen det övergripande ansvaret för att patientsäkerhetsarbetet bedrivs i enlighet med patientsäkerhetslagen (2010:659). Ytterst handlar det om att förhindra vårdskador genom att organisationen utformas på ett sådant sätt att en hög patientsäkerhet upprätthålls och att det finns ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

10 Informationssäkerhet

Regiondirektören ska arbeta för att Region Jämtland Härjedalens organisation för informationssäkerhet och personuppgiftsbehandling sker på ett ändamålsenligt sätt genom fastställda regler och riktlinjer.

Regiondirektören ska se till att det finns minst ett biträdande dataskyddsombud för de dataskyddsombud som regionstyrelsen och vårdvalsnämnden utsett.

11

Översyn av Region Jämtland Härjedalens Miljöpolicy

RS/1534/2017

2018-02-27

Enheten för krisberedskap, säkerhet och miljö
Åsa Paletun
Tfn: 063-14 76 78
E-post: asa.paletun@regionjh.se

RS/1534/2017

Översyn av Region Jämtland Härjedalens Miljöpolicy

Ärendebeskrivning

Region Jämtland Härjedalens verksamheter styrs av olika styrdokument såsom policyer, strategier och planer. En policy är ett styrdokument som anger Region Jämtland Härjedalens värdering i en fråga eller förhållningssätt till något. Regionfullmäktiges presidium ansvarar för att se till att beslutade policys hålls aktuella och under 2016 och 2017 har en översyn av Region Jämtland Härjedalens policyer genomförts. En av policyerna som ska revideras är Miljöpolicyn.

Nuvarande Miljöpolicy är från 2013 och fastställdes innan regionbildningen. Miljöpolicyn har därför setts över vad gäller innehåll, relevans samt utifrån uppdraget inom regional utveckling. Förslaget till reviderad policy omfattar ett förtydligande och anpassning till organisationen som region samt mindre redaktionella ändringar då befintlig miljöpolicy i huvudsak fortsatt är aktuell, relevant och tydlig.

Eftersom regionala utvecklingsnämnden ska arbeta med frågor om klimat, energi och miljö, ur ett regionalt perspektiv, bör nämnden få möjlighet att lämna synpunkter på den reviderade policyn innan den ska beslutas av regionfullmäktige i juni 2018. Eventuella synpunkter ska vara regionstyrelsen tillhanda senast den 2 maj.

Regiondirektörens förslag

Förslag till reviderad miljöpolicy godkänns och skickas till regionala utvecklingsnämnden på remiss.

I tjänsten

Hans Svensson
Regiondirektör

Mikael Ferm
Regionstabschef

Utdrag till

Regionala utvecklingsnämnden
Gunnar Fackel, Miljöstrateg Regional utveckling
Åsa Paletun, Miljöstrateg Regionstaben

Enheten för krisberedskap, säkerhet och miljö
Åsa Paletun
Tfn: 063-14 76 78
E-post: asa.paletun@regionjh.se

2017-11-06

DNR:RS/1534/2017

Miljöpolicy för Region Jämtland Härjedalen

Inledning

Miljöpolicyn beskriver Region Jämtland Härjedalens grundläggande värderingar, ambition och viljeriktning för miljöarbetet.
Miljöpolicyn är grunden för regionens miljöledningssystem och de miljömål som verksamheterna arbetar med.
Regionens miljöledningssystem är sedan 2004 certifierat enligt ISO 14 001 och EMAS-registrerat med kravet att regionen efterlever standardens krav samt de åtaganden som miljöpolicyn ställer.
Region Jämtland Härjedalen har ett övergripande ansvar för att ge befolkningen en god hälso- och sjukvård samt att främja en positiv regional utveckling. Det starka samband som råder mellan de flesta miljöfrågor och hälsa innebär att ett förebyggande miljöarbete samtidigt är ett hälsofrämjande arbete.
Vi strävar därför efter en hållbar utveckling som innebär att vi tillgodoser dagens grundläggande mänskliga behov utan att äventyra kommande generationers möjligheter att tillgodose sina behov.

Värdering

De egna verksamheterna ska sträva efter att välja tekniska, ekonomiska och hälsofrämjande lösningar med största möjliga miljöhänsyn för att nå en långsiktig hållbar utveckling såväl ur ekologiskt, socialt som ekonomiskt perspektiv.
Vi ska också arbeta aktivt för att främja en hållbar utveckling i det regionala utvecklingsarbetet.
Vi ska leva upp till de miljökrav som ställs i gällande lagstiftning och till nationella och regionala miljö- och klimatmål och krav som regionen berörs av.
Vi ska tillämpa ett jämställdhets-, jämlikhets- och barnperspektiv på regionens miljöarbete.

Miljöarbetet i Region Jämtland Härjedalen ska vara ett föredöme i Sverige och internationellt.

Enheten för krisberedskap, säkerhet och miljö
Åsa Paletun
Tfn: 063-14 76 78
E-post: asa.paletun@regionjh.se

2017-11-06 DNR:RS/1534/2017

Region Jämtland Härjedalen ska därför arbeta enligt följande;

- minska både vår indirekta och direkta negativa miljöpåverkan.
- upprätta miljö- och klimatmål för verksamheten för att uppnå ständiga förbättringar.
- aktivt arbeta för minskad klimatpåverkan samt skapa beredskap för klimatförändringens effekter
- minimera negativ påverkan på miljö och hälsa från kemikalier[1] och läkemedel.
- upphandla och köpa in varor och tjänster som medför minsta möjliga miljöbelastning och utvärdera deras miljö- klimat- och hälsoeffekter.
- upprätthålla tydliga ansvars- och beslutsfunktioner i miljöfrågor.
- följa upp miljöarbetet med relevanta indikatorer och nyckeltal och analysera resultatet för att styra mot förbättringar.
- höja medarbetarnas kompetens och öka delaktigheten i miljöarbetet.
- aktivt arbeta för en hållbar utveckling i det regionala utvecklingsarbetet som bidrar till att de nationella och regionalt prioriterade miljömålen kan nås.
- ställa krav på att entreprenörer och leverantörer följer regionens miljöpolicy i tillämpliga delar.
- arbeta aktivt för att öka insikten om sambandet mellan miljö, hälsa, jämställdhet och jämlikhet.
- samverka med andra aktörer i frågor om miljö och hälsa och stödja externa projekt inom området.

Begrepp

Hållbar utveckling består av tre delar:

- Ekologisk hållbarhet, som handlar om att långsiktigt bevara vattnens, jordens och ekosystemens produktionsförmåga och att minska negativ påverkan på naturen och människans hälsa.
- Social hållbarhet, som handlar om att bygga ett långsiktigt stabilt och dynamiskt samhälle där grundläggande mänskliga behov uppfylls.

[1] Med ”kemikalier” avses såväl kemiska ämnen i material och varor som kemiska produkter.

Enheten för krisberedskap, säkerhet och miljö
Åsa Paletun
Tfn: 063-14 76 78
E-post: asa.paletun@regionjh.se

2017-11-06 DNR:RS/1534/2017

- Ekonomisk hållbarhet, som handlar om att hushålla med mänskliga och materiella resurser på lång sikt.

12

Rekommendation rörande nationell nivåstrukturering gällande sarkom

RS/345/2018

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Tjänsteskrivelse
Regionstyrelsen

2018-03-05

Hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen
Ingela Jönsson
Tfn: 063-14 77 62

RS/345/2018

Rekommendation rörande nationell nivåstrukturering gällande sarkom

Ärendebeskrivning

Regionala cancercentrum i samverkan beslöt vid sitt sammanträde 6 februari 2018 enhälligt att rekommendera landsting/regioner att besluta om nationell nivåstrukturering enligt följande:

- att avancerad diagnostik och behandling av barn och vuxna med skelett- och mjukdelssarkom i extremiteter och bålvägg samt buksarkom koncentreras till tre nationella vårdenheter
- att uppdrag som nationella vårdenheter lämnas till Karolinska Universitetssjukhuset, Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Skånes Universitetssjukhus
- att de nationella vårduppdragen införs från och med 1 november 2018

Rekommendationen har förankrats i nätverket för hälso- och sjukvårdsdirektörer 2018-01-18. SKLs sjukvårdsdelegation har uttalat sitt stöd för RCCs arbete med nivåstrukturering 2018-01-25.

Detta förslag påverkar inte Region Jämtland Härjedalens verksamheter eftersom dessa patienter redan idag bedöms i multidisciplinära ronder tillsammans med Norrlands universitetssjukhus och därefter remitteras för behandling till andra sjukhus än Östersunds sjukhus.

Regiondirektörens förslag

1. Region Jämtland Härjedalen antar rekommendationen om att avancerad diagnostik och behandling av barn och vuxna med skelett- och mjukdelssarkom i extremiteter och bålvägg samt buksarkom koncentreras till tre nationella vårdenheter
2. Region Jämtland Härjedalen accepterar att uppdrag som nationella vårdenheter lämnas till Karolinska Universitetssjukhuset, Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Skånes Universitetssjukhus

3. Region Jämtland Härjedalen kommer tillämpa de nationella vårduppdragen från och med 1 november 2018

I tjänsten

Hans Svensson
Regiondirektör

Lisbet Gibson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Utdrag till

SKL att: RCC i samverkan Gunilla Gunnarsson, Avd för vård och omsorg, 118 82 Stockholm.

REGIONALA
CANCERCENTRUM
I SAMVERKAN

REKOMMENDATION

Vårt dnr:
18/00055

2018-02-06

Till landstingsstyrelser/regionstyrelser och
samtliga chefer för Regionala cancercentrum
För kännedom:
Nätverket Landstingsdirektörer
Nätverket Hälso-och sjukvårdsdirektörer

Rekommendation rörande nationell nivåstrukturering av sarkom

Regionala cancercentrums samverkansgrupp beslöt vid sitt möte 6 februari 2018 att avge bifogad rekommendation till landsting/regioner. Rekommendationen sänds efter önskemål från SKLs sjukvårdsdelegation till landstingsstyrelser/regionstyrelser samt chefen för respektive Regionalt cancercentrum för hantering i landstingen/regionerna på det sätt som beslutas av respektive region. Rekommendationen sänds också till nätverken landstingsdirektörer och hälso- och sjukvårdsdirektörer för kännedom. Rekommendationen avser att godkänna och tillämpa nationell nivåstrukturering för sarkom i cancervården i enlighet med bifogat underlag.

Kopia på tagna beslut om att godkänna och tillämpa rekommendationen sänds senast 1 juni 2018 till:
SKL
att: RCC i samverkan/ Gunilla Gunnarsson
Avd för vård och omsorg
118 82 Stockholm

Beatrice Melin
Ordförande Regionala cancercentrums samverkansgrupp

Regionala cancercentrum i samverkan
Sveriges Kommuner och Landsting
Post: 118 82 Stockholm, *Besök:* Hornsgatan 20
Tfn: växel 08-452 70 00, *Fax:* 08-452 70 50

REGIONALA CANCERCENTRUM I SAMVERKAN

SKLs diarienummer 18/00055
2018-02-06
Till landstingsstyrelser/regionstyrelser
RCC-chefer
För kännedom: Nätverken Landstingsdirektörer
och Hälso- och sjukvårdsdirektörer

Rekommendation rörande nationell nivåstrukturering av sarkom

Mot bakgrund av vad nedan angivits rekommenderar Regionala cancercentrum i samverkan landsting/regioner:

att godkänna och tillämpa nedanstående rekommendation avseende nationell nivåstrukturering av sarkom

Regionala cancercentrum i samverkans rekommendation
Regionala cancercentrum i samverkan beslöt vid sitt sammanträde 6 februari 2018 enhälligt att rekommendera landsting/regioner att besluta om nationell nivåstrukturering enligt följande:

att avancerad diagnostik och behandling av barn och vuxna med skelett- och mjukdelssarkom i extremiteter och bålvägg samt buksarkom koncentreras till tre nationella vårdenheter
att uppdrag som nationella vårdenheter lämnas till Karolinska Universitetssjukhuset, Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Skånes Universitetssjukhus
att de nationella vårduppdragen införs från och med 1 november 2018

Rekommendationen har förankrats i nätverket för hälso- och sjukvårdsdirektörer 2018-01-18. SKLs sjukvårdsdelegation har uttalat sitt stöd för RCCs arbete med nivåstrukturering 2018-01-25.

Uppföljning
Regionala cancercentrum i samverkan kommer att följa upp landstingens/regionernas tillämpning av denna rekommendation. Genom den nyinrättade referensgruppen bestående av linjechefer vid aktuella sjukhus samt sjukvårdsregionala representanter kommer en mindre uppföljning att ske ungefär kvartalsvis. Platsbesök kommer att utföras under hösten 2018 samt efter ca ett år.
RCC i samverkan avser även att två år efter driftstart göra en mer omfattande uppföljning av de nationella vårdenheternas arbete och resultat.

Samverkansgruppen önskar att landsting/regioner inkommer med tagna beslut om att godkänna och tillämpa dessa rekommendationer senast 1 juni 2018 till *SKL att: RCC i samverkan Gunilla Gunnarsson, Avd för vård och omsorg, 118 82 Stockholm*.

Allmän bakgrund

I enlighet med överenskommelser mellan SKL och staten har RCC i samverkan uppdraget att arbeta med nivåstrukturering på nationell nivå av cancervården. Arbetet har hittills resulterat i 10 nationellt koncentrerade åtgärder spridda över de 7 universitetssjukhusen.
Regeringen har i november 2017 lagt en proposition till riksdagen innebärande att högspecialiserad vård inom alla områden ska koncentreras och arbetet ska ledas av Socialstyrelsen. Cancerområdet kommer dock i enlighet med Socialstyrelsens planering att bli aktuellt först 2020 varför RCC i samverkan avser att fortsätta arbetet fram till dess. Detta är också reglerat i den överenskommelse om kortare väntetider i cancervården 2018 som nyligen beslutades.

Fakta sarkom

Sarkom utgör ca 1 % av alla maligna tumörsjukdomar och utgår från bind- och stödjevävnad vanligast i extremiteter och på bålen. Dessa sarkom benämnes: Skelett- och mjukdelssarkom i extremiteter och bålvägg, (tidigare sk. muskuloskelettala eller ortopediska sarkom). Sarkom kan uppstå i alla åldrar och kan förekomma på de flesta ställen i kroppen. Sjukdomsgruppen är heterogen och inrymmer ett 50-tal olika specifika diagnoser.

Totalt diagnosticeras ca 600 patienter årligen med sarkom. Skelettsarkom står för ca 120/år, medan sarkom i mjukdelar omfattar totalt ca 300 patienter årligen, varav ca 50 är retroperitoneala och intraabdominella sarkom, härefter kallade buksarkom. Utöver dessa tillkommer ett 50-tal mjukdelssarkom med varierande lokalisationer såsom t.ex. gynekologiska sarkom, sarkom inom huvud-halsområdet mm. En speciell variant av sarkom utöver ovannämnda är gastrointestinala sarkom, GIST, som omfattar 120-150 fall per år varav ca 100 kräver planerad kirurgi medan resterande är bifynd vid annan kirurgi i magtarmkanalen.

Handläggningsgång

I RCCs initiala arbete 2012-13 utsågs en sakkunniggrupp för retroperitoneala sarkom i ett pilotförsök. En slutsats från sakkunniggruppen var att kirurgi för retroperitoneala sarkom (RPS) bör utföras vid högst tre sjukhus i landet.

RCC i samverkan bedömde därefter att hela sarkomvården borde bli föremål för genomlysning och tillsatte därför 2014 två nya sakkunniggrupper för skelett- och mjukdelssarkom i extremiteter och bålvägg samt för buksarkom inkluderande RPS.

Baserat på sakkunnigförslagen med kompletteringar lämnade RCC i samverkan 2015 en remiss till regioner och landsting avseende sarkom. Remissen innefattade även möjlighet att ansöka om nationell vårdenhet för sarkom.

Remissens förslag om tre nationella enheter stöddes av tre regioner medan tre regioner förespråkade fem regionala centrum med möjlighet att remittera speciella fall till andra regionala centrum beroende på tillgänglig kompetens. Fem sjukhus ansökte om nationellt uppdrag med olika inriktning.
Under hösten 2017 har samtliga universitetssjukhus beretts möjlighet att komplettera sin ansökan samt lämna synpunkter på nu lagda förslag. De få synpunkter som inkommit finns bilagda tidigare ansökan.

Överväganden inför nationell nivåstrukturering

Inom områden som hittills beslutats för nationell nivåstrukturering har avgränsningen mellan vad som ska göras vid en nationell vårdenhet kunnat definieras i form av specifika tillstånd eller åtgärder. När det gäller sarkom är förutsättningarna för exakta avgränsningar av verksamhetsinnehållet annorlunda då sjukdomsgruppen omfattar ett stort antal, var för sig ovanliga tillstånd, med olika krav på kompetens inom diagnostik och behandling.

Då det gäller verksamhetsinnehållet vid ett regionalt respektive nationellt centrum har RCC i samverkan tillfrågat två nordiska experter om hjälp att komma vidare med definitioner av verksamhetsinnehåll vid nationell respektive regional vårdenhet för sarkom. Dessa har båda avböjt detta uppdrag och RCC i samverkan har därför valt att ta fram detta förslag.

Redan i dagsläget remitteras patienter med särskilda behov av komplicerad behandling från såväl Norrlands Universitetssjukhus som från Universitetssjukhuset Linköping till någon av de tre nationella vårdenheter som föreslås.Grunden för sådan remittering är behov av speciell kompetens för diagnostik och behandling men även att volymen av den specifika åtgärden är så liten att den bör utföras på färre än 5 vårdenheter. I sakkunnigutlåtandena och i remissvar och ansökningar finns exempel på ett antal tillstånd eller behandlingar som kan vara lämpade för remittering till nationell vårdenhet:

Skelett- och mjukdelssarkom i extremiteter och bålvägg:

- Skelettsarkom hos unga, växande patienter
- Ewingsarkom hos barn
- Skelett- och mjukdelssarkom i kotpelare och bäcken
- Intermuskulära, stora, högmaligna mjukdelssarkom
- Vissa avancerade onkologiska behandlingar

Buksarkom

- Kirurgi vid retroperitoneala sarkom
- Kirurgi vid större och/eller komplicerade fall av GIST
- Kirurgi vid ovanliga intraabdominella sarkom

RCC i samverkans bedömning

Regionala sarkomcentrum

Sedan lång tid har en regional centralisering etablerats för diagnostik, behandling och uppföljning av skelett- och mjukdelssarkom. Denna utveckling har väsentligen varit mycket framgångsrik och det finns betydande vetenskapligt underlag för värdet av centralisering. De fem kompletta regionala sarkomcentrum som idag finns (i samtliga sjukvårdsregioner utom Uppsala Örebro-regionen) bedöms även fortsatt kunna diagnosticera, behandla och följa upp merparten av patienter med sarkom inom ramen för sina regionala uppdrag. Det redan väletablerade samarbetet och samverkan mellan landets fem sarkomcentrum är en viktig förutsättning för den fortsatta utvecklingen av sarkomvården.

Vid ett regionalt sarkomcentrum finns tillgång till samlad och samverkande expertis inom diagnostik, kirurgisk behandling, onkologisk behandling, rehabilitering och psykosocialt stöd samt forskning.

Sarkomcentrum ansvarar för regional MDK och deltar i nationell MDK. Vid regional MDK deltar specialister inom onkologi (barn och vuxen), kirurgi, ortopedi, bild- och funktionsdiagnostik, patologi samt vid behov från andra specialiteter. Vid MDK deltar även kontaktsjuksköterska. Det bör vara möjligt för remitterande kliniker i regionen att delta vid MDK.

Patienter med misstänkt sarkom enligt givna kriterier (se vårdprogram) ska skyndsamt remitteras till regionalt sarkomcentrum. Alla patienter med misstänkta sarkom bör remitteras till sarkomcentrum för vävnadsbunden diagnostik och utredning. Biopsi eller cytologi bör således inte utföras utanför sarkomcentrum.

Behandlingsrekommendationer utformas vid en regional multidisciplinär konferens utgående från regionalt sarkomcentrum. Alla patienter med sarkom ska behandlas vid ett sarkomcentrum, regionalt eller nationellt i speciella fall. Undantag utgör patienter i palliativ vård eller där andra omständigheter talar för vård nära hemorten. I dessa fall bör behandlingsrekommendationer inhämtas från regionalt sarkomcentrum.

Onkologisk behandling bör med få undantag utföras vid regionala sarkomcentrum.

Huvudparten av kirurgisk behandling bör även utföras vid regionala sarkomcentrum. Det finns inom vissa områden behov av ytterligare regional koncentration av preoperativ diagnostik och kirurgisk behandling, t.ex. avseende GIST.

Respektive sjukvårdsregion äger beslut om utformningen av den regionalt centraliserade verksamheten. För Uppsala-Örebroregionen saknas ett komplett regionalt sarkomcentrum och patienter i behov av avancerad diagnostik och kirurgisk behandling remitteras huvudsakligen till Karolinska Universitetssjukhuset medan onkologisk behandling koordineras och administreras av onkologiska kliniken, Akademiska

Sjukhuset. Uppsala-Örebroregionen äger frågan om en ev. framtida förändring av den regionala organisationen av sarkomvården i sin sjukvårdsregion.

Inom vissa specifika områden kan den främsta expertisen i landet även finnas vid ett regionalt sarkomcentrum som i så fall kan vara en naturlig remissinstans i landet, även om detta centrum inte är en nationell vårdenhet.

Nationella vårdenheter

Karolinska Universitetssjukhuset, Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Skånes Universitetssjukhus tar emot patienter från olika delar av landet, utifrån specifik kompetens.

Norrlands Universitetssjukhus och Universitetssjukhuset i Linköping har omfattande verksamheter som regionala sarkomcentrum. Sjukhusen redovisar i inlämnade ansökningar inga specifika områden där man tar emot sarkompatienter från övriga sjukvårdsregioner.

Ett undantag är Norrlands Universitetssjukhus som har ett rikssjukvårdsuppdrag för plexusnära kirurgi vilket i vissa fall kan komma att omfatta patienter med sarkom. Detta rikssjukvårdsuppdrag påverkas inte av detta förslag.

Om det vid ett regionalt sarkomcentrum finns eller utvecklas unik, specifik kompetens inom någon del av sarkomvården, som inte omfattas av nationellt vårduppdrag eller bedrivs vid nationell vårdenhet, ska denna kompetens kunna utnyttjas nationellt. En sådan hänvisning förutses i första hand kunna ske vid nationell MDK. Ett alternativ kan vara att ett regionalt sarkomcentrum ansöker om ett specifikt nationellt vårduppdrag inom ett definierat kompetensområde.

Baserat på sakkunnigutlåtanden, inkomna remissvar och ansökningar föreslår RCC i samverkan:

- Tre nationella vårdenheter för sarkom omfattande skelett- och mjukdelssarkom i extremiteter och bålvägg och buksarkom etableras vid Karolinska Universitetssjukhuset, Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Skånes Universitetssjukhus.

- Dessa nationella vårdenheter ska inför uppdraget beskriva sin verksamhet inklusive profilering och specialkompetens. Uppdraget innebär ett särskilt ansvar för utbildning, kompetensförsörjning, forskning och utveckling.

- Rikssjukvårdsuppdraget till Norrlands Universitetssjukhus avseende plexusnära kirurgi berörs inte och kan i tillämpliga fall således även omfatta patienter med sarkom.

De nationella vårdenheterna ska tillsammans svara för den mest avancerade diagnostiken och behandlingen av barn och vuxna med olika typer av sarkom såväl skelett- och mjukdelssarkom i extremiteter och bålvägg som buksarkom.

De nationella vårdenheterna ska i dialog med regionala sarkomcentrum regelbundet utvärdera avgränsningarna mellan det nationella och det regionala verksamhetsuppdraget, utifrån den medicinska utvecklingen och tillgång till bästa kompetens, och vid behov föreslå Regionala cancercentrum i samverkan förändringar. I det nationella uppdraget ingår även att vara ledande och drivande inom forskning, såväl klinisk som translationell. I uppdraget ingår även ansvar för utveckling, utbildning samt ett särskilt ansvar för kompetensförsörjning och kompetensutveckling inom områdets olika berörda specialiteter.

De nationella vårdenheterna ansvarar för etablering och utveckling av nationell MDK för utvalda fall. Sakkunniga framhåller betydelsen av flexibilitet med hänsyn till den ofta snabba medicinska utvecklingen. Vilket centrum som har bäst kompetens i en given situation varierar dessutom över tid. En fortsatt nära samverkan mellan samtliga sarkomcentrum är därför av stor betydelse och en nationell MDK är ett viktigt forum för att rekommendera såväl lämpligaste behandlingsval som behandlingsort.

Ett åtagande som nationell vårdenhet inom sarkomvården skiljer sig från annan nationellt nivåstrukturerad verksamhet inom cancervården i det att verksamhetsinnehållet i det nationella uppdraget inte kan definieras mera precist.

Åtagandet blir därmed främst ett åtagande för att tillsammans ta en ledarroll för sarkomvårdens utveckling i bred bemärkelse med en nära samverkan mellan alla sarkomcentra i landet.

Bilagor:

1. Sakkunnigutlåtande muskuloskelettala sarkom (skelett- och mjukdelssarkom i extremiteter och bålvägg): http://www.cancercentrum.se/samverkan/cancerdiagnoser/sarkom/nivastrukturering/
2. Sakkunnigutlåtande buksarkom: http://www.cancercentrum.se/samverkan/cancerdiagnoser/sarkom/nivastrukturering/
3. Remiss nationell nivåstrukturering sarkom, återfinns som ett av dokumenten i högerspalten (Remiss 2 juni, 2015): http://www.cancercentrum.se/samverkan/vara-uppdrag/nivastrukturering/remissvar-oktober-2015/
4. Remissvar och ansökningar om nationell vårdenhet, återfinns i respektive regions dokumentväljare längst ner på sidan: http://www.cancercentrum.se/samverkan/vara-uppdrag/nivastrukturering/remissvar-oktober-2015/

Från: AnnaLena.Sunesson@vll.se den 9 februari 2018 12:09:09

Ärende: Rekommendation avseende nationell nivåstrukturering av sarkom, för beslut i varje land...

Till: regionnorrbotten@norrbotten.se landstinget@vll.se
region.vasternorrland@rvn.se **Region Jamtland Harjedalen**
norrlandstingen@vll.se anders.widmark@umu.se
AnnChristin.Sundberg@vll.se birgitta.larsen43@gmail.com
Elisabeth.O.Karlsson@vll.se jonas.thornqvist@norrbotten.se
lena.karlsson1@rvn.se **Lisbet Gibson** michael.dahlberg@norrbotten.se
Mats.Brannstrom@vll.se Olle Sjöström oskar.hemmingsson@umu.se
owe.persson@umea.se peter.lothman@rvn.se
adriana.herrera-gonzales@norrbotten.se Anna Warg **Anne Hallqvist**
AnnaLena.Sunesson@vll.se Anna.S.Jonasson@vll.se Bertil Axelsson
birgitta.lauri@norrbotten.se charlotta.andersson@medbio.umu.se
dirk.albrecht@norrbotten.se jorn.schneede@medbio.umu.se
leif.israelsson@lvn.se lena.karlsson1@lvn.se **Lena Weinstock-Svedh**
marju.dahmoun@lvn.se Maria.Falck@vll.se Rickard.Sjoberg@vll.se
senada.hajdarevic@umu.se thomas.eriksson@lvn.se
Torbjorn.Myrnas@vll.se ulrika.norennystrom@pediatri.umu.se
Ulrica.Bergstrom@vll.se amir.m.sherif@gmail.com
annelie.behndig@lung.umu.se Anna.Naslund@vll.se
Annica.Pettersson@vll.se bengtwallner@me.com
camilla.thellenberg@onkologi.umu.se christina.Kjellman@vll.se Fredrik Wallin
Hakan.Olsson@vll.se Hakan.S.Jonsson@vll.se joakim.hennings@umu.se
johan.styrke@umu.se Katarina.Zborayova@vll.se Katja.Vuollet@vll.se
lena.silfverdal@umu.se malin.sund@umu.se maria.strandberg@lvn.se
mikael.b.johansson@umu.se Maria.Sandberg@vll.se
PerErik.Sandstrom@vll.se ramin.ghaffarpour@gmail.com
Richard.Lofvenberg@vll.se ulrika.ottander@obgyn.umu.se
asa.cantzler@rvn.se carina.eriksson@norrbotten.se Elin Wassdahl Nilsson
Goran.Hugosson@vll.se kristina.a.andersson@norrbotten.se

Bilagor: Missiv nivåstrukturering sarkom.pdf / Uploaded File (278K)
Rekommendation nationell nivåstrukturering inom cancervår.pdf / Uploaded File (17...

Till
Funktionsbrevlådorna för RN, VLL, RVN,RegionJH samt Norrlandstingens Regionförbund
RCC Norrs Styrgrupp
Regionala Chefssamrådet för cancervården
RCC Norrs regionala processledare (för kännedom)
Regionala arbetsgruppen för införande av standardiserade vårdförlopp (förkännedom)

Regionala cancercentrum (RCC) i samverkanhar avgett bifogad rekommendation avseende nationell nivåstruktureringav sarkom. Rekommendationen, som sänds efter önskemål från SKL:s sjukvårdsdelegation,har skickats till chefen för respektive RCC, för vidare spridning i landstingen/regionerna,på det sätt som har beslutas av respektive sjukvårdsregion. Den har ävensänts till nätverken för landstings-/regiondirektörer och för hälso- ochsjukvårdsdirektörer för kännedom.

Beslut avseende rekommendationen

Nationell nivåstrukturering av sarkomhar utretts av nationella sakkunniggrupper, utsedda av RCC i samverkan.Baserat på sakkunnigförslagen med kompletteringar lämnade RCC i samverkan2015 en remiss till regioner och landsting avseende nationell nivåstruktureringav sarkom. Remissen innefattade även möjlighet att ansöka om nationellvårdenhet för sarkom. Remissens förslag om tre nationella enheter stöddesav tre regioner. Tre regioner förespråkade fem regionala centrum, med möjlighetatt remittera speciella fall till andra regionala centrum beroende på tillgängligkompetens. Fem sjukhus ansökte om nationellt uppdrag med olika inriktning.Under hösten 2017 har samtliga universitetssjukhus beretts möjlighet attkomplettera sin ansökan, samt lämna synpunkter på nu lagda förslag.

Baserat på dessa underlag rekommenderarRCC i samverkanatt avancerad diagnostik och behandlingav barn och vuxna med skelett- och mjukdelssarkom i extremiteter och bålväggsamt buksarkom koncentreras till tre nationella vårdenheter

- att uppdrag som nationella vårdenheterlämnas till Karolinska Universitetssjukhuset, Sahlgrenska Universitetssjukhusetoch Skånes Universitetssjukhus
- att de nationella vårduppdragen införsfrån och med 1 november 2018
  Norrlands Universitetssjukhus har ettrikssjukvårdsuppdrag för plexusnära kirurgi, vilket i vissa fall kan kommaatt omfatta patienter med sarkom. Detta rikssjukvårdsuppdrag påverkas inteav denna nivåstruktureringsrekommendation.
  De fem kompletta regionala sarkomcentrumsom idag finns, bland annat vid Norrlands Universitetssjukhus, bedöms ävenfortsatt kunna diagnostisera, behandla och följa upp merparten av patientermed sarkom inom ramen för sina regionala uppdrag.

Landsting/regioner ombeds nu attsenast 1 juni 2018 inkomma med kopia på tagna beslut om att godkänna ochtillämpa denna rekommendation till SKL, enligt bifogat missiv.

med vänliga hälsningar
Anna-Lena Sunesson
.....
Anna-Lena Sunesson
Verksamhetschef, docent
Regionalt cancercentrum norr
Norrlands universitetssjukhus
901 85 Umeå

Tel. 090-7857081, mobil 070-3977081
E-post annalena.sunesson@vll.se

13

JämtBus – Överenskommelse om länsövergripande samverkan avseende barn i behov av särskilt stöd antas

RS/420/2018

2018-02-24

Hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen
Ingela Jönsson
Tfn: 063-14 77 62

RS/420/2018

JämtBus – Överenskommelse om länsövergripande samverkan avseende barn i behov av särskilt stöd

Ärendebeskrivning

En arbetsgrupp tog 2010-2011 fram förslag på överenskommelse för dåvarande landstinget (idag Region Jämtland Härjedalen) och kommunernas samverkan kring barn och unga i behov av särskilt stöd. Överenskommelsen utgår från en gemensam värdegrund och en gemensam syn på att det enskilda barnets behov alltid ska sättas i centrum. Varje verksamhet ansvarar för att utbilda och informera sin personal om dokumentet JämtBus och dess påverkan på respektive verksamhet.

Parter för samverkan är: Region Jämtland Härjedalen, Bergs kommun, Bräcke kommun, Härjedalens kommun, Krokoms kommun, Ragunda kommun, Strömsunds kommun, Åre kommun, Östersunds kommun samt Jämtlands gymnasieförbund.

Överenskommelsen gäller från 1 oktober 2012 och har reviderats i januari 2015 samt i februari 2018. Barnarenan, vilket är en politisk samverkansarena mellan Region Jämtland Härjedalen och länets kommuner, ansvarar för överenskommelsen. Revidering av överenskommelsen har genomförts i det regionala JämtBus-nätverket, vilket är ett samverkansnätverk mellan länets kommuner och Region Jämtland Härjedalen på tjänstemannanivå.

Barnarenan beslutade 2018-02-02 att rekommendera kommunerna och Region Jämtland Härjedalen att anta överenskommelsen. Med anledning av att Jämtlands läns landsting och Regionförbundet i Jämtlands län 1 januari 2015 övergick i Region Jämtland Härjedalen rekommenderade Barnarenan att den reviderade versionen av JämtBus-överenskommelsen skulle behandlas politiskt och att den skulle antas i berörda nämnder, såsom socialnämnd, barn-och utbildningsnämnd och regionstyrelsen. Kommunerna/regionen avgör själva på vilken nivå överenskommelsen ska antas/skrivas under.

Regiondirektörens förslag

1. JämtBus – Överenskommelse om länsövergripande samverkan avseende barn i behov av särskilt stöd antas
2. Regiondirektören får i uppdrag att underteckna överenskommelsen

I tjänsten
Hans Svensson
Regiondirektör

Lisbet Gibson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Utdrag till

Barnarenan, SVOM, BU-Z, Socsam

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

JämtBus – *till kommunerna i Jämtlands län, JGY samt Region Jämtland Härjedalen för beslut och underskrift*

JämtBus-överenskommelse om länsövergripande samverkan avseende barn i behov av särskilt stöd har varit gällande sedan 2012. Nyligen har ett revideringsarbete skett och inriktningsbeslut togs i Barnarenan 2018-02-02.

Barnarenans ställningstagande 2018-02-02:

- Barnarenan godkänner informationen och rekommenderar att JämtBus-överenskommelsen ska antas.
- Barnarenan rekommenderar att JämtBus – behandlas politiskt. Barnarenan rekommenderar att den antas i berörda nämnder, såsom socialnämnd, barn-och utbildningsnämnd och regionstyrelsen.
- För information till Buz, SocSam och SVOM.

Överenskommelsen skickas nu ut till kommunerna, Jämtlands gymnasieförbund (JGY) samt Region Jämtland Härjedalen för beslut. Kommunerna, JGY och regionen avgör internt hur/var beslut ska tas samt vem/vilka som ska skriva under överenskommelsen. Samtliga verksamheter som möter barn och unga omfattas av överenskommelsen. Rekommendationen från Barnarenan är såsom framkommer ovan att den reviderade versionen behandlas/antas politiskt i berörd/-a nämnd/-er.

För att underlätta processen erhåller varje kommun, JGY samt regionen ett beslutsunderlag. Beslutsunderlaget ska skrivas under och skickas till undertecknad tillsammans med kopia av berörd/-a nämnd/-ers beslut. Underskrift av beslutsunderlag bör ske av person/-er som har övergripande ansvar över de verksamheter som omfattas av överenskommelsen.

Återsänd beslutsunderlag tillsammans med kopia av nämndbeslut till:

Region Jämtland Härjedalen
Att: Elin Ring
Regional utvecklingsförvaltning
Enhet: Välfärd, Klimat och kompetens
Box 654
831 27 Östersund

Med vänlig hälsning

.....

Elin Ring
Regional utvecklingsledare Barn och unga
Region Jämtland Härjedalen
elin.ring@regionjh.se070-207 71 54

JämtBus

Barn och unga i behov av särskilt stöd

Överenskommelse om länsövergripande samverkan Jämtlands län

Gäller från 1 oktober 2012, reviderad version gäller från och med 2018-02-02 (Beslut i Barnarenan)

JämtBus - överenskommelse avseende barn och unga i behov av särskilt stöd.

En arbetsgrupp tog 2010-2011 fram förslag på överenskommelse för dåvarande landstinget (idag Region Jämtland Härjedalen) och kommunernas samverkan kring barn och unga i behov av särskilt stöd. Överenskommelsen utgår från en gemensam värdegrund och en gemensam syn på att det enskilda barnets behov alltid ska sättas i centrum.
Varje verksamhet ansvarar för att utbilda och informera sin personal om dokumentet JämtBus och dess påverkan på respektive verksamhet.

Parter för samverkan är: Region Jämtland Härjedalen, Bergs kommun, Bräcke kommun, Härjedalens kommun, Krokoms kommun, Ragunda kommun, Strömsunds kommun, Åre kommun, Östersunds kommun samt Jämtlands gymnasieförbund.

Överenskommelsen gäller från 1 oktober 2012 och har reviderats i januari 2015 samt i februari 2018. Barnarenan, vilket är en politisk samverkansarena mellan Region Jämtland Härjedalen och länets kommuner, ansvarar för överenskommelsen. Revidering av överenskommelsen har genomförts i det regionala JämtBusnätverket, vilket är ett samverkansnätverk mellan länets kommuner och Region Jämtland Härjedalen på tjänstemannanivå.

Barnarenan beslutade 2018-02-02 att rekommendera kommunerna och Region Jämtland Härjedalen att anta överenskommelsen. Med anledning av att Jämtlands läns landsting och Regionförbundet i Jämtlands län 1 januari 2015 övergick i Region Jämtland Härjedalen rekommenderade Barnarenan att den reviderade versionen av JämtBus-överenskommelsen skulle behandlas politiskt och att den skulle antas i berörda nämnder, såsom socialnämnd, barn-och utbildningsnämnd och regionstyrelsen. Kommunerna/regionen avgör själva på vilken nivå överenskommelsen ska antas/skrivas under.

Underskrifter från företrädare för Jämtlands läns kommuner och Region Jämtland Härjedalen läggs som bilaga till överenskommelsen.

INNEHÅLL

1 INLEDNING 6
1.1 Parter för samverkan 6
1.2 JÄMTBUS – Styrdokument för samverkan Barn och unga 6
2 GRUNDLÄGGANDE UTGÅNGSPUNKTER 7
2.1 Mål för samverkan 7
2.2 Målgrupp 7
2.3 Grundläggande värderingar 8
3 HUVUDMÄNNENS ANSVAR 8
3.1 Initiativtagare till samverkan 8
3.2 Tre nivåer – generell nivå, första linjen och specialistnivå 8
3.3 Generell nivå och första linjen 9
3.3.1 Definition 9
3.3.2 Verksamheter med ansvar på generell nivå och första linjen 10
3.4 Specialistnivå 12
3.4.1 Definition 12
3.4.2 Verksamheter med ansvar på specialistnivå 12
4 OM SAMVERKAN 14
4.1 Huvudmännens uppdrag 14
4.2 Samverkansskyldighet 14
4.3 Samsyn 14
4.4 Gemensam kompetens- och metodutveckling 14
4.5 Gemensam planering 15
4.5.1 Samordnad individuell plan 15
4.6 Samverkan vid placering utanför det egna hemmet 15
4.6.1 Länsövergripande överenskommelse om samarbete vid placering utanför det egna hemmet 15
4.6.2 Utgångspunkt för samverkan vid placering utanför det egna hemmet 15
4.6.3 Kostnadsfördelning 15
5 SÄKERSTÄLLA SAMVERKAN 16
5.1 Barnarenan 16
5.2 Regionalt Jämtbusnätverk 16
5.3 Lokala Jämtbusnätverk 16
5.4 Lokala Jämtbusdokument 16
6 UPPFÖLJNING AV ÖVERENSKOMMELSEN 16
6.1 Avvikelser 16
6.2 Översyn/revidering 17

1 INLEDNING

Barn och unga är vår framtid. Alla barn har rätt att växa, lära och utvecklas. En del barn behöver extra stöd, anpassningar och insatser för att denna process ska fungera. Att tidigt hjälpa och stödja barn och unga som är i behov av särskilt stöd är viktigt såväl för barnen och familjen som för samhället. Barns behov ska stå i centrum. Att barn och unga får ett sådant stöd är samhällets viktigaste uppgift.

För många av dessa barn krävs insatser från flera olika samhällsfunktioner, inom såväl kommunernas som hälso- och sjukvårdens olika verksamheter. *Alla* som arbetar med barn och unga har en skyldighet att samverka i frågor som rör barn som far illa eller riskerar att fara illa. För att samverkan ska bli effektiv måste den byggas upp med det enskilda barnets behov i centrum, utifrån barnets totala situation. Varje part gör det som den är specialiserad på utifrån sitt samhällsuppdrag. Samstämmighet och samtidighet i insatser ger kraft i samverkan.

Alla som möter barn och unga i sitt arbete, eller som är ansvariga för sådana verksamheter, har en viktig roll i att synkronisera insatser till barn i behov av särskilt stöd.

Jämtlands län är ett län av kontraster mellan stad och glesbygd och avstånden är långa. Förutsättningarna är olikartade såväl inom länets kommuner som mellan kommunerna. Hälsocentraler finns i alla kommuner medan hälso- och sjukvårdens specialistverksamheter i huvudsak är koncentrerade till Östersund. Att förutsättningarna är skiftande i länet innebär utmaningar för de olika verksamheterna, men det får aldrig utgöra hinder för det enskilda barnet att få det stöd det har rätt till, eller för parternas samverkan kring barnet.

Denna överenskommelse är framtagen för att det i länet ska finnas ett gemensamt dokument som ger vägledning för hur en sådan samverkan ska utformas.

1.1 PARTER FÖR SAMVERKAN

Region Jämtland Härjedalen, Bergs kommun, Bräcke kommun, Härjedalens kommun, Krokoms kommun, Ragunda kommun, Strömsunds kommun, Åre kommun, Östersunds kommun samt Jämtlands gymnasieförbund.

Överenskommelsen omfattar all hälso- och sjukvård samt kommunal verksamhet som på något sätt arbetar med barn och unga och där huvudmannaskapet utgår från ett offentligt uppdrag enligt lagstiftningen. Detta innebär att även enskilda verksamheter oavsett huvudman omfattas av riktlinjerna i samverkansdokumentet såsom t.ex. fristående skolor, enskilda förskolor, upphandlade verksamheter m.fl.

1.2 JÄMTBUS – STYRDOKUMENT FÖR SAMVERKAN BARN OCH UNGA

JÄMTBUS är en övergripande överenskommelse om samverkan och styr den samverkan som sker inom område barn och unga. Som komplement till Jämtbus finns överenskommelser och riktlinjer som på ett mer detaljerat plan beskriver samverkan i olika delar.
Befintliga överenskommelser/riktlinjer som är gällande inom ramen för Jämtbus:

- *Länsövergripande överenskommelse om samarbete vid placering utanför det egna hemmet* – avser barn och unga, 0-20 år, som placeras utom hemmet med stöd av Socialtjänstlagen (SoL) och lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU).[1]
- *Länsövergripande riktlinje för samarbete vid placering i familjehem eller Hem för vård eller boende (HVB)* - Avser barn och unga som placeras utom hemmet med stöd av socialtjänstlagen (SoL) eller lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU)[2]
- *Länsövergripande riktlinje för samverkan i form av Barnhälsoteam* – avser barn i åldrarna 0-6 år[3]
- *Överenskommelse om länsgemensamma rutiner för mottagning i grundsärskola och gymnasiesärskola*[4]

2 GRUNDLÄGGANDE UTGÅNGSPUNKTER

2.1 MÅL FÖR SAMVERKAN

Målet för arbetet kring barn och unga i Jämtlands län är att alla barn och unga ska ges de bästa förutsättningar till en god uppväxt där bästa möjliga hälsa, utveckling och trygghet är viktiga beståndsdelar.

Viktigt för att detta ska uppnås är att alla samverkande parter verkar för att:

- Barn och unga ges ett sådant stöd att de i första hand kan fostras, bo och leva i sin familj och vara kvar i den undervisningsgrupp de tillhör.
- Barns utbildningsresultat sätts i fokus då det är en påverkbar faktor, som har stor betydelse för alla barns framtidsutsikter.

2.2 MÅLGRUPP

De som berörs av överenskommelsen är barn och ungdomar, 0 – 20 år, i Jämtlands län som behöver tvärprofessionell kompetens från olika verksamheter. Inom målgruppen finns stor spridning vad gäller problemtyngd och därmed också när det gäller behov av insatser. Överenskommelsen utgår från ett jämställdhetsperspektiv. Det innebär att flickor, pojkar och barn/ungdomar som inte identifierar sig med något kön ska ha samma förutsättningar att växa upp under goda förhållanden. Varje barn eller ungdom ska erhålla stöd och behandling utifrån sitt specifika behov, oavsett könstillhörighet.

Riskgrupper för varje verksamhet att särskilt uppmärksamma:

- Barn och unga med problematik inom det medicinska -, psykologiska -, psykiatriska -, sociala - och beroendeområdet - var för sig eller i olika kombinationer samt barn och unga med funktionsnedsättning.
- Barn och unga med vårdnadshavare som har problematik inom ovanstående områden.
- Barn och unga placerade utanför hemmet
- Barn och unga med flyktingbakgrund

[1] http://www.regionjh.se/forpersonalovrigavardgivareochpartners/samverkankommunregion/avtalochoverenskommelser/barnochunga.4.7f464a791555012adc8f68a.html

[2] Se fotnot 1

[3] Se fotnot 1

[4] Se fotnot 1

2.3 GRUNDLÄGGANDE VÄRDERINGAR

Parterna ska i samverkan arbeta utifrån följande utgångspunkter:

- Barnkonventionen
- FN:s konvention för personer med funktionsnedsättning
- Barnet/den unge ska alltid ges stöd och möjlighet att komma till tals och att uttrycka sin mening samt få den respekterad. Barn och ungas rätt till delaktighet och inflytande ska alltid beaktas.
- Vårdnadshavare har huvudansvar för sina barn och ska så långt möjligt ansvara för och vara delaktiga i diskussioner och beslut som rör minderåriga barn.
- Barnets/den unges livssituation ska ses i sitt sammanhang där delarna ömsesidigt påverkar varandra
- Barn/unga gynnas av att de vuxna i barnets omgivning samverkar och samarbetar utifrån barnets behov
- Varje verksamhet utför sitt uppdrag med barnets/den unges bästa för ögonen och med utgångspunkt i det som åligger varje myndighet, enligt gällande lagar och förordningar.
- Alla barn kan behöva anpassning av den omgivande miljön för att i möjligaste mån kompensera för svårigheter som finns och detta är särskilt viktigt för barn i behov av särskilt stöd.
- Kommun, hälso- och sjukvård samt enskilda verksamheter ansvarar var för sig för att i tidigt skede identifiera och uppmärksamma barn i behov av stöd.
- Ett barns eller en ungdoms intressen **får aldrig** åsidosättas eller fördröjas på grund av att skilda huvudmän har olika verksamhets- och kostnadsansvar.

3 HUVUDMÄNNENS ANSVAR

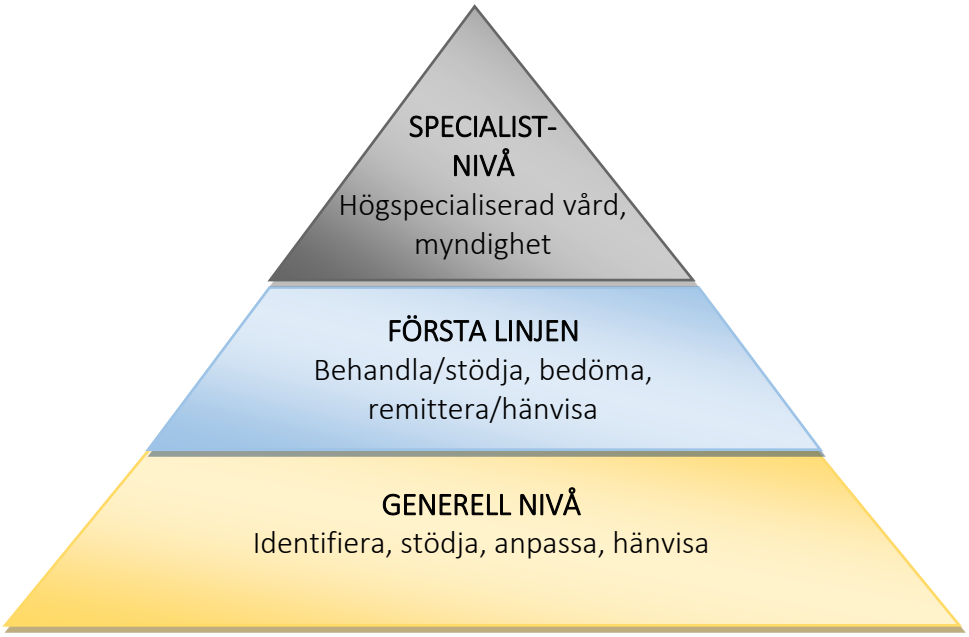
Den grundläggande utgångspunkten för insatser till barn/unga som är i behov av särskilt stöd är att de i första hand ska få behoven tillgodosedda genom insatser i vardagsmiljön d v s hem, skola/förskola och fritid.

3.1 INITIATIVTAGARE TILL SAMVERKAN

Den som upptäcker behov eller riskfaktorer hos ett barn har ett ansvar för att initiera en tidig samverkan. Det är viktigt att samverkan utvecklas, fördjupas och ingår som en naturlig del i arbetet.

3.2 TRE NIVÅER – GENERELL NIVÅ, FÖRSTA LINJEN OCH SPECIALISTNIVÅ

De flesta verksamheter inom kommun och region, såsom förskola/skola-elevhälsa, socialtjänst och hälso- och sjukvård, kan liknas vid en pyramid där en del insatser riktar sig mot alla medborgare, vissa insatser riktar till dem med ett indikerat behov och några insatser riktar sig till en liten del av medborgarna med omfattande behov.



3.3 GENERELL NIVÅ OCH FÖRSTA LINJEN

3.3.1 Definition

Alla barn kommer i kontakt med generell nivå och första linjen i form av t.ex. förskola/skola, elevhälsa, socialtjänstens förebyggande arbete och rådgivande verksamheter, familjecentraler, föräldra- och barnhälsovård, barn- och ungdomspsykiatri, ungdomsmottagning och annan primärvård.

3.3.1.1 Generell nivå

Såväl kommunernas som hälso- och sjukvårdens verksamheter har inom sina uppdrag ett ansvar för hälsofrämjande insatser som kan riktas till alla barn och unga. Insatser kan ges allmänt, de kan riktas till olika grupper och de kan aktualiseras av speciella situationer.

3.3.1.2 Första linjen

Med begreppet första linjen menas den eller de funktioner eller verksamheter som har i uppgift att först ta emot ett barn, ungdomar eller familjer som söker hjälp för att ett barn har behov av stöd, oavsett om problemen har psykologiska, medicinska, sociala eller pedagogiska orsaker.

Första linjen finns för att kunna ge rätt hjälp i rätt tid för barn och unga som exempelvis visar tidiga tecken på, eller har risk för psykisk ohälsa. En lättillgänglig första linje behövs exempelvis för barn och unga med lätt eller medelsvår psykisk ohälsa.

Första linjen bygger på ett helhetstänkande utifrån förståelsen att olika faktorer kan påverka varandra och bilda en helhet, så som:

- Medicinska faktorer
- Psykologiska faktorer
- Sociala faktorer
- Pedagogiska faktorer

Första linjen svarar för att:

- **Behandla/stödja** barn och unga som har lindriga/enkla tillstånd där specialistnivå inte behövs. Att behandla och stödja inom första linjen innebär att den som möter ett barn ger stöd och behandling i enlighet med sin kompetens och verksamhetens uppdrag.
- **Identifiera** barn och unga som har behov av insatser.
- **Bedöma** svårighetsgrad, orsak och lämplig insatsnivå.
- **Remittera/hänvisa** till specialistnivå eller till annan lämplig verksamhet

Första linjen svarar för att utifrån sitt uppdrag ha tillgång till de resurser och kompetenser som krävs för att klara av att utreda barns/ungas behov av stöd. När barnet/den unges behov inte är möjliga att tillgodose genom första linjens uppdrag ska specialistnivån initieras.

3.3.2 Verksamheter med ansvar på generell nivå och första linjen

VERKSAMHET	ANSVARSOMRÅDE
Förskola	• **Verksamheten ligger på en generell nivå.** • **Ge de stödåtgärder** i förskolemiljön som barnets/den unges behov kräver. • **Stärka personalens kompetens** så att de har de kunskaper som krävs för att tillgodose barnets/den unges behov. • **Initiera kontakt med specialistnivå** om behov uppstår.
Barnhälsovård/BVC	• **Barnhälsovården ligger på en generell nivå och ansvarar för** det förebyggande medicinska arbetet gentemot förskolebarn. Uppdraget innefattar uppföljande hälsobedömningar av barn 0-5 år (6 år) som inte börjat förskoleklass/skola. • **Initiera kontakt med specialistnivå** om behov uppstår.
Föräldra- och barnhälsan	• **Föräldra- och barnhälsan har ett första linjeuppdrag och ansvarar för** bl. a. utvecklingsbedömningar av barn 0-5 år (6 år) som inte börjat förskoleklass/skola. • **Initiera kontakt med specialistnivå** om behov uppstår.

Skola/elevhälsa	• **Verksamheten ligger på en generell nivå men har ett visst första linje- uppdrag (se punkt elevutredningar/bedömningar)** för barn och ungdomar på grundskole- och gymnasienivå.
	• **Ge de stödåtgärder** i skolmiljön som barnets/den unges behov kräver. Såsom:
	  ○ Extra anpassningar och särskilt stöd i lärandesituationen för att stödja elevens utveckling mot utbildningens mål.
	  ○ I Elevhälsans uppdrag ligger att erbjuda stödsamtal, såsom stöd-, motivations- och krissamtal liksom utredande och rådgivande samtal med enskilda elever och deras familjer relaterade till skolsituationen. Elevhälsans

	stödsamtal är inte en hälso- och sjukvårdsinsats. o Enkla sjukvårdsinsatser av elevhälsans medicinska insats. o Elevhälsan kan på rektorns uppdrag göra allsidiga psykologiska/psykosociala elevutredningar/bedömningar. En allsidig utredning/bedömning inom första linjen är främst för att ge en fördjupad förståelse för, och kunskap om, elevens behov. Utredningen/bedömningen ska framförallt tjäna som underlag för åtgärder i lärandemiljön i skolan, men kan också ligga till grund för vidare insatser. • **Stärka personalens kompetens** så att de har de kunskaper som krävs för att tillgodose barnets/den unges behov. • **Tillhandahålla** specialpedagogisk-, psykologisk-, psykosocial- och medicinsk kompetens i syfte att skapa goda lärmiljöer och undanröja hinder för lärande. • **Erbjuda insatser** i form av förebyggande och hälsofrämjande karaktär. • **Initiera kontakt** med verksamheter med ansvar för första linjens vård eller specialistnivå om behov uppstår.
Socialtjänst (råd- och stödverksamhet)	• **Verksamheten ligger i huvudsak på specialistnivån men har även förebyggande verksamhet**, information och samverkan samt viss gruppverksamhet med allmän inriktning. Till första linjen kan man exempelvis räkna verksamheter som ger råd och stöd utan formell ansökan och beslut. • **Initiera kontakt med specialistnivå** om behov uppstår.
Familjecentralsliknande verksamhet	• **Verksamheten ligger på en generell nivå.** • **Utgöra en förebyggande samverkansform** mellan hälso- och sjukvården samt kommunen. • **Utgöra en mötesplats** där föräldrar, barn och de olika professionerna kan mötas i ett naturligt sammanhang. • **Initiera kontakt med specialistnivå** om behov uppstår.
Ungdomsmottagning (UM)	• **Verksamheten ligger på en generell nivå men arbetar till viss del efter Sveriges kommuner och landstings (SKLs) riktlinjer för första linje psykisk ohälsa.** • **Arbeta förebyggande, främjande och till viss del behandlande** avseende den unges psykiska- och fysiska hälsa samt upptäckt av riskbruk hos unga i åldrarna 13-22 år.

	• **Erbjuda specialistkompetens** inom sex- och samlevnadsområdet. • **Initiera kontakt med specialistnivå** om behov uppstår.
Primärvård	• **Verksamheten har ett första- linjeansvar för medicinska bedömningar, behandlingar och vid behov remittering till specialist** för barn och unga 0-20 år. • **Initiera kontakt med specialistnivå** om behov uppstår.
Barn- och ungdomspsykiatri (BUP)	• **Verksamheten ansvarar för första linjens vård vid psykisk ohälsa för barn och unga 0-17 år.** • **Förebygga, lindra och behandla** barnets/den unges besvär. • **Initiera kontakt med specialistnivå**, ex. socialtjänst vid sociala behov eller behandlande nivån inom BuP om behov uppstår.

3.4 SPECIALISTNIVÅ

3.4.1 Definition

Specialistnivån ska användas för särskilda behov och vid speciella tillfällen, oftast under en begränsad tidsperiod. Det kan vara när första linjens kompetens behöver kompletteras eller när nödvändiga insatser faller utanför första linjens uppdrag.

Specialistnivån har behandlingsansvar, men ska även vid behov ge konsultation till första linjens personal.

Brister i första linjen ifråga om kompetens och resurser motiverar inte insatser på specialistnivån. Motsvarande brister inom specialistnivån motiverar heller inte att ansvaret för insatser ligger kvar i första linjen.

En vårdnadshavare kan söka hjälp för sitt barn/ungdom på specialistnivån utan att förskolan eller skolan i förväg blivit involverad. Specialistutredningen kan då innebära att skolan måste involveras för en bedömning av elevens svårigheter i skolan.

3.4.2 Verksamheter med ansvar på specialistnivå

VERKSAMHET	ANSVARSOMRÅDE
Socialtjänst (Myndighetsutövning)	• **Erbjuda konsultation** till generell nivå/första linjen. • **Förhandsbedöma, utreda och bedöma** barn/unga i åldrarna 0-20 års behov av socialt stöd. • **Utgöra ett stöd** för barn/ungas familj. • **Erbjuda och bevilja** de insatser som barnet/ungdomen bedömts ha behov av.

	• **Insatser som beviljas** enl. socialtjänstlagen är ex. kontaktfamilj, kontaktperson, familjebehandling, familjepedagog, placering i familjehem eller HVB-hem etc. Bedömning görs även om det finns behov av åtgärder enl. LVU. • **Följa upp de insatser** som har beviljats. • **Initiera kontakt** med annan verksamhet om behov uppstår.
LSS	• **Erbjuda konsultation** till generell nivå/första linjen. • **Utreda och bedöma** barns behov av stöd enl LSS. • **Erbjuda och bevilja** de barn/ungdomar som omfattas av LSS insatser i enlighet med bestämmelserna i LSS. • **Följa upp** de insatser som beviljats. • **Initiera kontakt** med annan verksamhet om behov uppstår.
Barn- och ungdomsmedicin	• **Erbjuda konsultation** till generell nivå/första linjen. • **Identifiera** barnets/den unges behov. • **Erbjuda kvalificerad specialistsjukvård**, öppen och sluten vård, inom specialiteten barn- och ungdomsmedicin för barn och ungdomar i åldrarna 0-17,99 år. Neonatalvård från och med graviditetsvecka 28. • **Erbjuda allmän och specifik omvårdnad** inom sluten vård för specialiteter ortopedi, kirurgi, öron-näsa-hals, ögon och i vissa fall barn- och ungdomspsykiatri till barn och ungdomar i åldrarna 0-17,99 år. • **Initiera kontakt** med annan verksamhet om behov uppstår.
Barn- och ungdomshabiliteringen (BUH**)**	• **Erbjuda konsultation** till generell nivå/första linjen. • **Ge stöd** till barn och ungdomar i åldrarna 0-20 år med medfödda tidigt förvärvade funktionsnedsättningar på neurologisk grund, som ger svårigheter i vardagen. • **Utgöra en specialistklinik** inom länssjukvården som kompletterar övrig hälso- och sjukvård, elevhälsovård, förskola, skola samt socialtjänst. • **Erbjuda insatser** utifrån varje barn/ungdoms specifika behov, egna mål och förutsättningar. • **Initiera kontakt** med annan verksamhet om behov uppstår.
Barn- och ungdomspsykiatrin (BUP)	• **Erbjuda konsultation** till generell nivå/första linjen. • **Identifiera, förebygga, lindra och bota** psykiska besvär hos barn och ungdomar i åldrarna 0-17,99 år. • **Erbjuda stöd** och behandling för barnets/ungdomens psykiska besvär. • **Initiera kontakt** med annan verksamhet om behov uppstår.

Ungdomspsykiatrisk mottagning (UPM)	• **Erbjuda konsultation** till generell nivå/första linjen. • **Utgöra ett komplement** till BUP och Vuxenpsykiatrin för unga och unga vuxna i åldrarna 16-25 år. • **Erbjuda stöd och behandling** för den unges psykiska problematik. • **Initiera kontakt** med annan verksamhet om behov uppstår.
Vuxenpsykiatri	• **Erbjuda konsultation** till generell nivå/första linjen. • **Identifiera** den unge vuxnes stödbehov. • **Erbjuda stöd** och behandling för den unge vuxnes (18 år och uppåt) psykiska problematik. • **Initiera kontakt** med annan verksamhet om behov uppstår.

4 OM SAMVERKAN

4.1 HUVUDMÄNNENS UPPDRAG

En grundförutsättning för samverkan är att varje huvudman tar ansvar för sitt uppdrag utifrån aktuell lagstiftning. Kommunens yttersta ansvar enligt Socialtjänstlagen innebär inte att andra huvudmän fråntas sitt lagstadgade ansvar.

4.2 SAMVERKANSSKYLDIGHET

Enligt Socialtjänstlagen har socialnämnden ansvar för att samverkan kommer till stånd i frågor som rör barn och ungdomar som far illa eller riskerar att fara illa. En motsvarande skyldighet för andra parter att initiera och medverka i samverkan finns i Hälso- och sjukvårdslagen samt i Skollagen. Det lagstadgade ansvaret medför att de professionella aktörerna skall prioritera inbjudan till samverkansmöte kring enskilda barn och ungdomar i de fall barnet/ungdomen är aktuell för verksamheten. Syftet med samverkansmöten är att få en gemensam helhetsbild, klargöra barnets/den unges/familjens resurser och behov, koppla resurser ur det professionella nätverket till behoven, upprätta en gemensam plan, tydliggöra ansvarsområden samt besluta hur uppföljning ska ske.

Anmälningsplikt till socialtjänsten enl. 14 kap. 1 § SoL omfattar personal i alla verksamheter vid oro att barn kan fara illa.

4.3 SAMSYN

Behov av samsyn uppstår när flera aktörer behövs för att lösa ett problem. Samsyn innebär inte att skillnader mellan de professionellas olika uppfattningar suddas ut. Snarare handlar samsyn om tillit mellan de professionella, en gemensam bild av syfte och mål med arbetet och gemensamma begrepp. Tillit till andras kompetens är viktig mellan aktörer i bas- och specialistnivå men också mellan huvudmän. En nödvändig förutsättning är att det finns välfungerande kontaktytor samt kunskap om varandras uppdrag, resurser och begränsningar.

4.4 GEMENSAM KOMPETENS- OCH METODUTVECKLING

Väl fungerande samverkan bygger därför på god kännedom om varandras verksamheter samt respekt för varandras uppdrag. Det är nödvändigt att all personal inom kommunen och hälso- och sjukvården som deltar i samverkan har god kännedom om de förutsättningar som finns för samarbetspartens

uppdrag. Respektive chefer ansvarar för att samverkan etableras och fungerar. Det är ett gemensamt ansvar att hitta samverkansformer för tillgänglighet till adekvat kompetens på generell nivå.

4.5 GEMENSAM PLANERING

4.5.1 Samordnad individuell plan

Enligt lag ska en samordnad individuell plan (SIP) upprättas som dokumentation av samverkan när den enskilde har behov av insatser både från socialtjänsten och från hälso- och sjukvården. Det finns inget som hindrar att även skola och förskola initierar eller deltar i upprättande av samordnad individuell plan om behov av samverkan finns, denna möjlighet bör dock regleras av lokala överenskommelser. Mer information om SIP; manual för samverkansmöten, informationsfoldrar och andra dokument angående SIP barn och unga finns att hämta på www.regionjh.se/sip.

4.6 SAMVERKAN VID PLACERING UTANFÖR DET EGNA HEMMET

4.6.1 Länsövergripande överenskommelse om samarbete vid placering utanför det egna hemmet

15 april 2017 infördes nya bestämmelser i 5 kap. 1 d § socialtjänstlagen (SoL) (2001:453) samt 16 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen (HSL) (2017:30) om att kommun och landsting ska ingå överenskommelse om samarbete avseende barn som vårdas utanför det egna hemmet. En särskild överenskommelse med tillhörande riktlinjer har således upprättats avseende samarbete vid placering utanför det egna hemmet (gäller socialtjänst, förskola/skola och hälso- och sjukvård), se rubrik 1.2. Nedan beskrivs en övergripande utgångspunkt för samverkan vid placering utanför det egna hemmet. Mer detaljerad information återfinns dock i den särskilda överenskommelsen/riktlinjen.

4.6.2 Utgångspunkt för samverkan vid placering utanför det egna hemmet

Principer för insatser till barn och unga som är placerade utanför det egna hemmet skiljer sig i grunden inte från dem som gäller för barn och unga som bor i det egna hemmet. Men placerade barns utsatta situation innebär att alla parter behöver ha särskild uppmärksamhet på hur samverkan fungerar och på samordning av uppföljning av barnets situation. Socialnämnden i den kommun som placerat barnet avgör om barnet behöver insatser enligt Socialtjänstlagen (SoL), Lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) och Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Skolhuvudmannen i den kommun där barnet är folkbokförd avgör vilka stödinsatser som krävs för att barnet ska kunna nå skolans mål. Hälso- och sjukvården i det län där barnet är folkbokfört avgör om barnet/den unge behöver vård enligt Hälso- och sjukvårdslagen.

Vid placering, såväl inom som utom länet, ska SIP vara konkret avseende de insatser som respektive verksamhet ansvarar för. Planering ska ske i ett tidigt skede. Det ska tydligt framgå vem som gör vad, omfattningen av insatsen, samt var stödet/behandlingen ska ges och hur och när uppföljning och utvärdering ska ske.

Huvudprincipen är att respektive huvudman svarar för att insatser inom sitt kompetens- och ansvarsområde och därmed förenade kostnader.

4.6.3 Kostnadsfördelning

Principen för kostnadsfördelningen utgår från huvudmännens ansvar enligt gällande lagstiftning. Kostnadsfördelning sker mellan berörda aktörer i varje enskilt fall utifrån ansvaret för insatserna och ska, så långt det är möjligt, vara klarlagd innan placering sker utanför hemmet. Mer information om

respektive huvudmans ansvar samt principer för kostnadsfördelning återfinns i *Länsövergripande överenskommelse om samarbete vid placering utanför det egna hemmet*[5]**.**

5 SÄKERSTÄLLA SAMVERKAN

5.1 BARNARENAN

Barnarenan är en politisk samverkansarena mellan Region Jämtland Härjedalen och länets kommuner med syfte att stärka regional samverkan och utveckling mellan kommunerna och Region Jämtland Härjedalen med fokus på frågor som rör barn och unga. Barnarenan är ansvarig för JämtBusöverenskommelsen och uppdragsgivare i många frågor som rör samverkan inom område barn och unga. Mer information om Barnarenan och dess uppdrag finns att läsa på Region Jämtland Härjedalens hemsida[6].

5.2 REGIONALT JÄMTBUSNÄTVERK

Det regionala JämtBusnätverket är ett tjänstemannanätverk för samverkan mellan Region Jämtland Härjedalen och länets kommuner. Nätverkets huvudsyfte är att underlätta samverkan mellan de verksamheter som möter barn och unga samt att säkerställa att JämtBusöverenskommelsen efterlevs och implementeras i verksamheterna. I det regionala Jämtbusnätverket deltar representanter från lokala JämtBusnätverk (se rubrik 5.3), från Region Jämtland Härjedalens område Barn, unga Vuxna samt tjänstemannastöd från Region Jämtland Härjedalens regionala utvecklingsförvaltning.

5.3 LOKALA JÄMTBUSNÄTVERK

För att stärka samverkan på lokal nivå uppmanas kommunerna att tillskapa lokala JämtBusnätverk. De lokala JämtBusnätverken syftar till att säkerställa att JämtBusöverenskommelsen efterlevs i kommunen och att en regelbunden strukturerad samverkan sker mellan de verksamheter som möter barn och unga.

5.4 LOKALA JÄMTBUSDOKUMENT

Det regionala dokumentet JämtBus utgör underlag för att ta fram en lokal plan där varje huvudman säkerställer samverkan kring barn och unga.

6 UPPFÖLJNING AV ÖVERENSKOMMELSEN

6.1 AVVIKELSER

Frågor som rör fördelning av ansvar och/eller kostnader ska så långt det är möjligt lösas i samverkan på verksamhetsnivå. När det gäller frågor som inte kan lösas på denna nivå så lyfts frågorna till nästa nivå i organisationen för beslut om kostnadsfördelning. I de fall frågan inte kan lösas i linjeorganisationen ska rapportering ske till respektive parts ledningsnivå.

---

5 http://www.regionjh.se/forpersonalovrigavardgivareochpartners/samverkankommunregion/avtalochoverenskommelser/barnochunga.4.7f464a791555012adc8f68a.html

6 http://www.regionjh.se/forpersonalovrigavardgivareochpartners/samverkankommunregion/samverkansarenor

Identifierade brister i samverkan rapporteras till närmaste chef som om möjligt vidtar åtgärder i den egna verksamheten. Går frågan inte att lösa där tas frågan vidare till nästa chefsnivå alternativt till dialog mellan berörda chefer.

6.2 ÖVERSYN/REVIDERING

Barnarenan svarar för att ta initiativ till att överenskommelsen följs upp och eventuellt revideras årligen. Lämpligen sker uppföljningen via det regionala JämtBusnätverket.

JämtBus - överenskommelse avseende barn och unga i behov av särskilt stöd.

En arbetsgrupp tog 2010-2011 fram förslag på överenskommelse för dåvarande landstinget (idag Region Jämtland Härjedalen) och kommunernas samverkan kring barn och unga i behov av särskilt stöd. Överenskommelsen utgår från en gemensam värdegrund och en gemensam syn på att det enskilda barnets behov alltid ska sättas i centrum.
Varje verksamhet ansvarar för att utbilda och informera sin personal om dokumentet JämtBus och dess påverkan på respektive verksamhet.

Parter för samverkan är: Region Jämtland Härjedalen, Bergs kommun, Bräcke kommun, Härjedalens kommun, Krokoms kommun, Ragunda kommun, Strömsunds kommun, Åre kommun, Östersunds kommun samt Jämtlands gymnasieförbund.

Överenskommelsen gäller från 1 oktober 2012 och har reviderats i januari 2015 samt i februari 2018. Barnarenan, vilket är en politisk samverkansarena mellan Region Jämtland Härjedalen och länets kommuner, ansvarar för överenskommelsen. Revidering av överenskommelsen har genomförts i det regionala JämtBusnätverket, vilket är ett samverkansnätverk mellan länets kommuner och Region Jämtland Härjedalen på tjänstemannanivå.

Barnarenan beslutade 2018-02-02 att rekommendera kommunerna och Region Jämtland Härjedalen att anta överenskommelsen. Med anledning av att Jämtlands läns landsting och Regionförbundet i Jämtlands län 1 januari 2015 övergick i Region Jämtland Härjedalen rekommenderade Barnarenan att den reviderade versionen av JämtBus-överenskommelsen skulle behandlas politiskt och att den skulle antas i berörda nämnder, såsom socialnämnd, barn-och utbildningsnämnd och regionstyrelsen. Kommunerna/regionen avgör själva på vilken nivå överenskommelsen ska antas/skrivas under.

För Region Jämtland Härjedalen

Datum: .....

Befattning: .....

Underskrift

.....

Namnförtydligande

Datum: .....

.....

Underskrift

.....

Namnförtydligande

14

Länsövergripande överenskommelse om samarbete vid placering av barn och ungdomar i boende utanför det egna hemmet

RS/421/2018

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Tjänsteskrivelse
(Ange instans)

2018-02-24

Hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen
Ingela Jönsson
Tfn: 063-14 77 62

RS/421/2018

Länsövergripande överenskommelse om samarbete vid placering av barn och ungdomar i boende utanför det egna hemmet

Ärendebeskrivning

Överenskommelsen avser barn och unga som placeras utanför det egna hemmet med stöd av socialtjänstlagen (2001:453) (SoL) eller lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU). Överenskommelsen gäller socialtjänst, förskola, skola, elevhälsa samt hälso- och sjukvården (inkl, barnhälsovården och Barn- och ungdomspsykiatrin, BuP) i Jämtlands län och syftar till att stärka samarbetet mellan verksamheterna vid placering av barn och unga i familjehem eller hem för vård eller boende (HVB). Överenskommelsen bygger aktuell lagstiftning samt på riktlinjer i Skolverkets och Socialstyrelsens vägledning ”Placerade barns skolgång och hälsa – ett gemensamt ansvar”.1 Överenskommelsens form och innehåll följer till stora delar JämtBus – länsövergripande överenskommelse avseende samverkan kring barn och unga i behov av särskilt stöd.

15 april 2017 infördes nya bestämmelser i 5 kap. 1 d § socialtjänstlagen (SoL) (2001:453) samt 16 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen (HSL) (2017:30) om att kommun och landsting ska ingå överenskommelse om samarbete avseende barn som vårdas utanför det egna hemmet. Enligt 11 kap. 3a § SoL ska Socialnämnden, om det inte är obehövligt, underrätta Region Jämtland Härjedalen om att ett barn eller en ung person i åldern 18-20 år, i anslutning till att vård utanför det egna hemmet inleds, ska erbjudas en sådan hälsoundersökning som avses i lagen (2017:209) om hälsoundersökning av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet. Lag (2017:209) om hälsoundersökning av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet reglerar Region Jämtland Härjedalens skyldighet att erbjuda ett barn eller ung person 18-20 år en hälsoundersökning.

Överenskommelsen samt tillhörande riktlinjer ersätter ”Regional samverkan vid familjehemsplacering – för socialtjänst, skola, elevhälsa och hälso- och sjukvård”, maj 2013 samt ”Länsövergripande överenskommelse om hälsoundersökning inför placering i familjehem eller Hem för vård eller boende”, december 2013. Information från dessa dokument har infogats i denna överenskommelse samt i tillhörande riktlinjer. Varje verksamhet ansvarar för att informera sin personal om innehållet i överenskommelsen och vid behov genomföra utbildningsinsatser för personal som berörs.

Parter för samverkan är: Region Jämtland Härjedalen, Bergs kommun, Bräcke kommun, Härjedalens kommun, Krokoms kommun, Ragunda kommun, Strömsunds kommun, Åre kommun, Östersunds kommun samt Jämtlands gymnasieförbund.

Barnarenan beslutade 2018-02-02 att rekommendera Jämtlands läns kommuner och Region Jämtland Härjedalen att anta överenskommelsen samt tillhörande riktlinjer.

Regiondirektörens förslag

1. Länsövergripande överenskommelse om samarbete vid placering av barn och ungdomar i boende utanför det egna hemmet samt tillhörande riktlinjer antas

2. Regiondirektören får i uppdrag att underteckna överenskommelsen

I tjänsten
Hans Svensson
Regiondirektör

Lisbet Gibson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Utdrag till

Barnarenan, SVOM, BU-Z, Sosam

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Överenskommelse om samarbete vid placering utanför det egna hemmet och tillhörande riktlinje – *till kommunerna i Jämtlands län, JGY och Region Jämtland Härjedalen för beslut/underskrifter*

Länsövergripande överenskommelse om samarbete vid placering utanför det egna hemmet samt tillhörande *riktlinjer* har arbetats fram under 2017 och inriktningsbeslut togs i Barnarenan 2018-02-02.

Barnarenans ställningstagande 2018-02-02:

- Barnarenan rekommenderar kommunerna, socialtjänsten och skolan, och Region Jämtland Härjedalen, Hälso-och sjukvården, att anta överenskommelsen och riktlinjen.

Överenskommelsen samt tillhörande riktlinjer skickas nu ut till kommunerna, JGY samt Region Jämtland Härjedalen för beslut. Kommunerna, Jämtlands gymnasieförbund (JGY) och regionen avgör internt hur/var beslut ska tas samt vem/vilka som ska skriva under överenskommelsen. Rekommendationen från Barnarenan är såsom framkommer ovan att överenskommelsen och riktlinjen antas i kommunerna, socialtjänsten och skolan, samt Region Jämtland Härjedalen, Hälso- och sjukvården.

För att underlätta processen erhåller varje kommun, JGY samt regionen ett beslutsunderlag. Beslutsunderlaget ska skrivas under och skickas till undertecknad tillsammans med eventuell kopia av berörd/-a nämnd/-ers beslut. Underskrift av beslutsunderlag bör ske av person/-er som har övergripande ansvar över de verksamheter som omfattas av överenskommelsen.

Återsänd beslutsunderlag tillsammans med eventuell kopia av nämndbeslut till:

Region Jämtland Härjedalen
Att: Elin Ring
Regional utvecklingsförvaltning
Enhet: Välfärd, Klimat och kompetens
Box 654
831 27 Östersund

Med vänlig hälsning

Elin Ring

.....

Elin Ring
Regional utvecklingsledare Barn och unga
Region Jämtland Härjedalen
elin.ring@regionjh.se
070-207 71 54

LÄNSÖVERGRIPANDE *RIKTLINJE* FÖR SAMARBETE VID PLACERING I FAMILJEHEM ELLER HEM FÖR VÅRD ELLER BOENDE (HVB)

Avser barn och unga, 0-20 år, som placeras utom hemmet med stöd av socialtjänstlagen (SoL) eller lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU)

FÖR SOCIALTJÄNST, FÖRSKOLA, SKOLA (INKL. ELEVHÄLSA) OCH HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

Innehåll

1. INLEDNING 3

1.1 OM RIKTLINJEN 3
1.2 SAMTYCKE OCH SEKRETESS 4
1.3 SÄRSKILT OM BARN MED SKYDDADE PERSONUPPGIFTER OCH/ELLER HEMLIG VISTELSEORT 5
1.4 UPPFÖLJNING AV RUTINEN 6

2. SAMVERKAN VID PLACERING 6

2.1 INFÖR BESLUT OM PLACERING 6
2.1.1 Eventuella frågor om ansvar och kostnader 6
2.2 GEMENSAMT INFORMATIONSMÖTE 6
2.2.1 Efter beslut om placering 6
2.2.2 Inbjudan till informationsmöte 7
2.3 OM INFORMATIONSMÖTET INTE KAN GENOMFÖRAS INNAN BARNET BÖRJAR I DEN NYA FÖRSKOLAN ELLER SKOLAN 8
2.4 INFORMATIONSMÖTETS INNEHÅLL 8
2.4.1 Socialtjänstens mötesansvar 8
2.4.2 Vårdnadshavares, familjehemmets, HVB-hemmets och socialtjänstens ansvar 9
2.4.3 Mottagande hälso- och sjukvårds ansvar 10
2.4.4 Avlämnande förskolas eller skolas ansvar 11
2.4.5 Mottagande förskolas eller skolas ansvar 11
2.4.6 Samordnad individuell plan (SIP) 12
2.5 PEDAGOGISK BEDÖMNING OCH HÄLSOBEDÖMNING 12
2.5.1 Pedagogisk bedömning 12
2.5.2 Hälsobedömning 12
2.6 GEMENSAMT UPPFÖLJNINGSMÖTE 12
2.6.1 Inbjudan till uppföljningsmöte 12
2.6.2 Socialtjänstens mötesansvar 13
2.6.3 Förskolan eller skolans ansvar 13
2.6.4 Hälso- och sjukvårdens ansvar 13
2.6.5 Samordnad individuell plan (SIP) 14
2.7 FORTSATT UPPFÖLJNING 14
2.8 I SAMBAND MED ATT PLACERING UPPHÖR ELLER ÖVERLÄMNING TILL ANNAN FÖRSKOLA ELLER SKOLA 14
2.9 VID ORO FÖR BARNET 14

3. HÄLSOUNDERSÖKNING INFÖR PLACERING 15

3.1 HÄLSOUNDERSÖKNING 15
3.1.1 Socialtjänstens åtagande 15
3.1.2 Region Jämtland Härjedalens hälso- och sjukvårds åtagande 16
3.2 TANDHÄLSA 16
3.2.1 Samverkan 16
3.2.2 Socialtjänstens åtagande 17
3.2.3 Tandvårdens åtagande 17

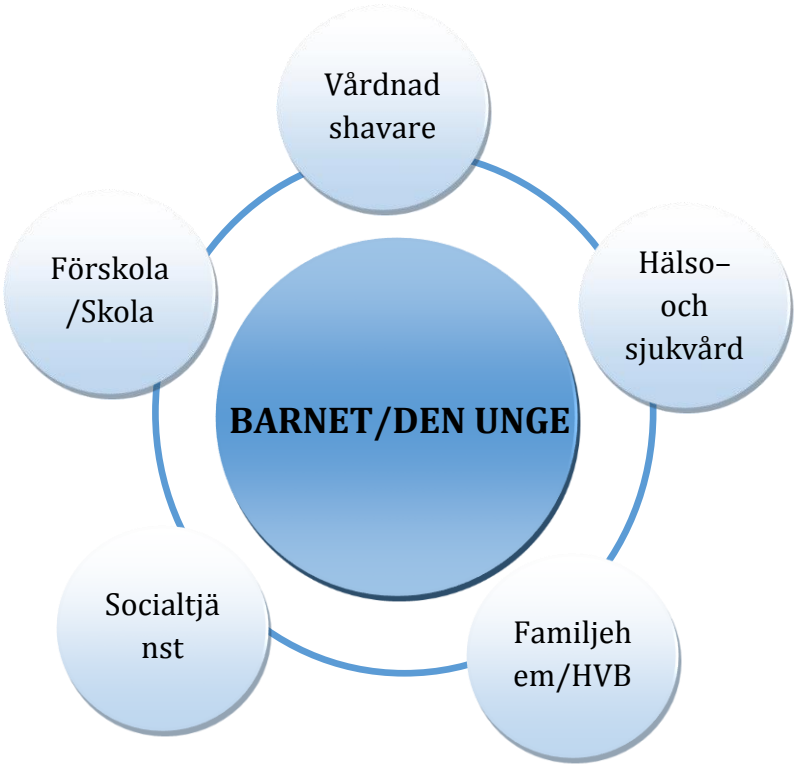
1. INLEDNING

Denna riktlinje skall ses som ett komplement till *”Länsövergripande överenskommelse för samverkan vid placering i boende utanför det egna hemmet”*[1] och beskriver ett bestämt tillvägagångssätt (rutin) för att säkerställa att samverkan sker inför, i samband med samt under placering av barn och unga enligt socialtjänstlagen (SoL) och lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU). De parter som har skrivit under ovan nämnda överenskommelse förbinder sig, så långt det är möjligt, att följa denna riktlinje i syfte att få tillstånd en fungerande samverkan.

1.1 Om riktlinjen

Denna riktlinje syftar till att tydliggöra gränsdragningen mellan socialtjänst, förskola, skola (inkl. elevhälsa) och hälso- och sjukvård vid placering av barn och unga i familjehem eller HVB. Riktlinjen gäller barn och unga i åldrarna 0-20 år

När ett barn eller en ungdom placeras i familjehem eller HVB innebär det en stor förändring. I de flesta fall byter barnet förskola eller skola och i många fall innebär det flytt till en ny kommun. För att barnet skall få en bra vistelse på förskolan eller få en bra skolgång samt tillgång till hälso- och sjukvård samt tandvård, är det viktigt att samarbetet mellan socialtjänst, förskola och skola (inklusive elevhälsan) och hälso- och sjukvård fungerar på ett tydligt och rättssäkert sätt utifrån ett gemensamt fokus på barnets bästa. Socialtjänst, förskola, skola och hälso- och sjukvård ska, utifrån rådande sekretesslagstiftning, så långt det är möjligt samverka kring placerade barn.[2]



[1] www.regionjh.se/samverkan
[2] 5 kap. 1 a § Socialtjänstlagen (SoL), k kap. 8 § Hälso- och sjukvårdslagen (HSL), 6 kap. 5 § Patientsäkerhetslagen (PSL) och 29 kap. 13 § Skollagen, Offentlighets- och sekretesslagen (OSL).

Forskning visar att barn som växer upp i samhällsvård har sämre fysisk och psykisk hälsa än genomsnittet. Forskningen visar även att placerade barn, trots normal begåvning, underpresterar i skolan. Samtidigt har en lyckad skolgång visat sig vara den starkaste skyddande faktorn för en gynnsam utveckling. Många av ungdomens och vuxenårens problem kan kopplas samman med risk- och skyddsfaktorer, som visar sig redan under förskoleåldern.[3]

I avsnitt 2 av riktlinjen återfinns rutin för samverkan i samband med placering i familjehem eller Hem för vård eller boende (HVB) och i avsnitt 3 av riktlinjen återfinns rutin för hälsoundersökning samt tandhälsoundersökning inför placering.

”Länsövergripande överenskommelse för samverkan vid placering i boende utanför det egna hemmet” samt *”Länsövergripande riktlinje för samarbete vid placering i familjehem eller Hem för vård eller boende (HVB)”* ersätter ”*Regional samverkan vid familjehemsplacering – för socialtjänst, skola, elevhälsa och hälso- och sjukvård*” (framtagen maj 2013) samt *”Länsövergripande överenskommelse om hälsoundersökning inför placering i familjehem eller Hem för vård eller boende*” (framtagen december 2013).

1.2 Samtycke och sekretess

För alla delar som rör samverkan mellan verksamheterna i denna riktlinje gäller följande:

- Är ett barn eller en ungdom **placerad enligt LVU behöver inte** samtycke från vårdnadshavare inhämtas. Socialtjänstens samtycke är tillräckligt. Ett samtycke ska dock alltid eftersträvas.
- Är ett barn eller en ungdom **placerad enligt socialtjänstlagen** (SoL) ska socialtjänsten och/eller förskola, skola och hälso- och sjukvård **alltid** inhämta samtycke från vårdnadshavare och den unge (om denne är över 15 år). En förtroendefull och respektfull relation mellan verksamhet och vårdnadshavare kan i vissa fall vara avgörande för att ett samtycke ska komma till stånd.

Inom förskola och viss annan pedagogisk omsorg[79] omfattas uppgifter om enskilds personliga förhållanden av en presumtion för sekretess, vilket innebär att uppgifterna bara får lämnas ut om det står klart att de berörda inte lider men av detta.[80]

Inom skolans elevhälsa omfattas uppgifter om enskildas personliga förhållanden också av en presumtion för sekretess. Skolläkare och skolsköterska räknas vidare som en självständig verksamhetsgren inom elevhälsan vilket innebär att det för dem finns en sekretessgräns mot övrig elevhälsopersonal och annan skolpersonal. En sekretessbelagd uppgift i den medicinska delen av elevhälsan kan lämnas ut till annan elevhälsa eller till särskild elevstödjande verksamhet i övrigt inom samma myndighet om det är nödvändigt för att eleven ska kunna få det stöd hon eller han behöver. I första hand ska dock skolpersonalen sträva efter att få samtycke för att lämna uppgifterna från vårdnadshavare[4].

Oftast samtycker vårdnadshavare till att sekretess helt eller delvis bryts mellan socialtjänst, förskola, skola (inkl. elevhälsa) och hälso- och sjukvård för nödvändig informationsöverföring, i syfte att barnet

[3] Stefan Kling (2012) Fosterbarns hälsa och Forskningsöversikt Henrik Andershed m fl. Örebro universitet
[4] Övergångar mellan och inom skolor och skolformer, Skolverket, 2014

ska få en bra vistelse på förskolan eller bra skolgång samt kunna utveckla en bra hälsa. I de fall där samtycke inte kan uppnås och där sekretess hindrar att nödvändig information kan lämnas finns sekretessbrytande bestämmelser. Socialtjänsten kan lämna sekretessbelagda uppgifter till en annan socialtjänst eller hälso- och sjukvården, om de behövs för att exempelvis ge ett barn nödvändig vård, behandling eller annat stöd. Samma gäller för hälso- och sjukvården. En sekretessbrytande bestämmelse ska användas restriktivt.[5]

1.3 Särskilt om barn med skyddade personuppgifter och/eller hemlig vistelseort

Om uppgifter kring barn med skyddade personuppgifter eller hemlig vistelseort röjs kan det leda till svåra konsekvenser för dem. Därför måste det finnas rutiner för hantering av sekretessbelagda uppgifter så att dessa inte kommer ut, eller att barnet utsätts för säkerhetsrisker som skulle kunna undvikas. Polisen kan ge förslag på skyddsåtgärder som ska användas i det enskilda fallet.

- Socialsekreteraren informerar vid informationsmötet om barnet har skyddade personuppgifter och/eller hemlig vistelseort. Samtycke krävs från vårdnadshavare vid frivillig placering.
- För att inte riskera att barnets tidigare eller nuvarande bostadsort röjs, deltar inte avlämnande förskola/skola vid informationsmöte. All kontakt mellan skolorna går via socialsekreteraren.
- Som stöd för förskolans/skolans planering används dokumentet *Handlingsplan vid skyddade personuppgifter* (bilaga 5). Dokumentet fylls i av förskolan/skolan i samarbete med socialtjänsten.
- Avlämnande BVC eller skolsköterska överlämnar med stöd av ansvarig socialsekreterare barnets/den unges journal till mottagande BVC eller skolsköterska. Försiktighet ska vidtas.
- *Pedagogiskt överlämningsdokument* (bilaga 2) med bilagor överlämnas med stöd av ansvarig socialsekreterare från avlämnande skola till mottagande skola. I dokumentet ska inga uppgifter fyllas i som kan röja barnets tidigare boende. Försiktighet ska vidtas.
- Socialsekreteraren tar bort alla uppgifter som kan röja barnets tidigare och nuvarande boende. Övrig information om barnet skall delges på samma sätt som för övriga barn. I samtalet under informationsmötet diskuteras vilka som ska få information om barnets situation och om vad. Säkerheten för barnet måste vägas mot tillgängligheten och diskuteras i varje enskilt fall enligt den särskilda handlingsplanen, se ovan.
- Vid inskolning går förskola/skola, tillsammans med barnet och familjehemmet/HVB-hemmet, igenom de särskilda säkerhetsrutiner som gäller för barnet utifrån *Handlingsplan vid skyddade personuppgifter* (bilaga 5).
- Anmälan om att barnet misstänks fara illa lämnas *i första hand* till den socialsekreterare som skolan har kontakt med i ärendet. Socialsekreteraren ansvarar för att anmälan behandlas. En anmälan får dock ej dröja med anledning av att ansvarig socialsekreterare ej går att nå.

[5] 12 kap. 2 § Offentlighets- och sekretesslagen (OSL), 26 kap. 9 § första stycket OSL, 25 kap. 12 § OSL, 25 kap. 13a § OSL.

1.4 Uppföljning av rutinen

Rutinen ska följas upp årligen i samband med uppföljning av *”Länsövergripande överenskommelse för samverkan vid placering i boende utanför det egna hemmet”*. Ansvarig för uppföljningen är den regionala samverkansarenan L-IFO.

2. SAMVERKAN VID PLACERING

2.1 Inför beslut om placering

Det är viktigt att samverkan kring barn och unga som placeras i familjehem eller HVB inleds i ett tidigt skede av placeringen (i god tid inför) för att säkerställa att barnet ska få adekvat stöd och behandling.

2.1.1 Eventuella frågor om ansvar och kostnader

Det är av stor vikt att det tydliggörs vem som ansvarar för den ekonomiska delen (ex. skolpeng, Bibass, hjälpmedel). En diskussion rörande ansvar/kostnader för insatser i förskola/skola eller hälso- och sjukvårdsinsatser under placeringstiden ska så långt det vara möjligt, ske innan en placering. Principen är att frågor om kostnadsfördelning ska diskuteras på chefsnivå. För mer information, se *Länsövergripande överenskommelse om samverkan vid placering i boende utanför det egna hemmet.*[6]

2.2 Gemensamt informationsmöte

2.2.1 Efter beslut om placering

Viktigt för handläggande socialsekreterare att tänka på i början av placeringen

- För barn tillhörande barnhälsovården ska socialsekreteraren se till att barnet listas på aktuell hälsocentral. Samtycke från vårdnadshavare krävs vid frivillig placering.
- Placeras barnet i annat län följs rutinen vid det aktuella landstinget.
- Inför placering underrättar socialsekreteraren Region Jämtland Härjedalen om att en hälsoundersökning ska erbjudas barnet (för mer information om hälso- och tandvårdsundersökning inför placering, se avsnitt 3 i denna riktlinje).
- Socialsekreteraren säkerställer att ansökan till förskola eller skola görs, om det är en del av socialtjänstens genomförandeplan.
    - Vid placering i familjehem kommer barnet i normalfallet att folkbokföras i den kommun där familjehemmet är beläget. Av reglerna i SoL följer att den kommun som fattat beslut om familjehemsplaceringen (placeringskommunen) behåller ansvaret för allt stöd och all hjälp som ges enligt dessa lagar. Den nya folkbokföringskommunen kommer dock att bli ansvarig hemkommun i skollagens mening.
    - Vid placering i HVB-hem kvarstår som regel barnets folkbokföring i den kommun som ansvarar för barnets placering (placeringskommunen). Detta innebär att ansvaret för barnets skolgång kvarstår i folkbokföringskommunen. Det är viktigt att socialtjänsten, om en placering i HVB-hem innebär att eleven byter skola, snarast informerar ansvarig skolhuvudman (inklusive Jämtlands Gymnasieförbund) om placeringen. Vid frivillig placering kräver informationsutlämnandet samtycke från barnets vårdnadshavare. Det är vidare viktigt att skolhuvudmannen blir informerad om att placerad elev övergår från grundskola till gymnasieskola, detta för att elevens skolgång ska komma igång snarast möjligt.

[6] www.regionjh.se/samverkan

- Socialsekreteraren ska sträva efter att så fort som möjligt få till stånd vårdnadshavarens samtycke till överföring av elevhälsojournal eller barnhälsovårdsjournal. Detta för att journalen ska kunna finnas tillhanda på det kommande informationsmötet.

2.2.2 Inbjudan till informationsmöte

Syfte

- Så snart en familjehemsplacering eller en HVB-hemsplacering är bestämd, kallar handläggande socialsekreterare till ett gemensamt informationsmöte mellan socialtjänst, avlämnande förskola eller skola (inkl. gymnasieskola) mottagande förskola eller skola samt familjehemmet eller HVB. Samtycke från vårdnadshavare krävs vid frivillig placering.

Deltagare

- Om barnet har en pågående kontakt, utredning eller insats, inom hälso- och sjukvården ska representant därifrån kallas till mötet.
- Om barnet och/eller vårdnadshavaren ska delta blir ett ställningstagande i varje enskilt fall. Utifrån barnets mognad och ålder ska barnet ges information, vara delaktig och ha inflytande. Vem som tar ställning till detta är beroende av om placeringen är frivillig eller enligt LVU.

MÖTESDELTAGARE	
För barn tillhörande BVC och/eller förskola	**För skolbarn**
• Ansvarig *Socialsekreterare*	• Ansvarig *Socialsekreterare*
• *Förskolechef vid avlämnande förskola*, som i sin tur bestämmer vem som ska delta på mötet. • Mest lämplig är den pedagog som barnet känner bäst. Om barnet inte vistats på förskola under en längre tid bjuds förskolechef in efter bedömning	• *Rektor vid avlämnande skola*, som i sin tur bestämmer vem som ska delta på mötet. • Mest lämplig är den pedagog som barnet känner bäst.
• *Förskolechef vid mottagande förskola* som även kan bjuda med barnets blivande pedagog.	• *Rektor vid mottagande skola*, som i sin tur sammankallar skolsköterska och barnets blivande klasslärare/mentor samt vid behov andra funktioner inom elevhälsan.
• *BVC-sjuksköterska vid mottagande Barnavårdscentral.* • Eventuell annan *kontakt från hälso- och sjukvården* (inkl. BuP).	• Eventuell *kontakt från hälso- och sjukvården* (inkl. BuP).
• *Familjehemmet/HVB*	• *Familjehemmet/HVB*
• *Barnets vårdnadshavare* (utifrån bedömning vid vård enligt LVU) eller legal företrädare.	• *Barnets vårdnadshavare* (utifrån bedömning vid vård enligt LVU) eller legal företrädare.
	• *Barnet*, utifrån bedömning.

Tid och plats

- Socialsekreteraren meddelar tid och plats för informationsmötet. Så långt det är möjligt ska informationsmötet genomföras innan barnet börjar i den nya förskolan eller skolan.
- Det är viktigt att mötet prioriteras av alla inblandade så att barnet får en så bra planering som möjligt inför placeringen. Vid långa avstånd kan informationsmötet genomföras i form av en telefon-/videokonferens.
- Även i de fall placeringen inte innebär förskole- eller skolbyte för barnet, genomförs ett informationsmöte så snart som möjligt efter det att placeringen är bestämd. Samtycke krävs vid frivillig placering. Det är viktigt att mottagande förskola eller skola får kännedom om behov finns av extra stöd samt i så fall i vilken form. Även viktigt att förskola eller skola får kännedom om det finns andra insatser via LSS eller socialtjänsten.

Om barnet deltar vid mötet

- Handläggande socialsekreterare ansvarar för att informera barnet samt vårdnadshavare om mötet, dess syfte och vem som kommer att närvara. Överväg om barnet och/eller vårdnadshavaren ska delta i mötet. Bedöm också om barnet ska vara med viss tid eller under hela mötet. Samtycke krävs från vårdnadshavare vid frivillig placering.
- Barnet ska känna sig trygg och lyssnad till i mötessituationerna. Överväg tillsammans med barnets vårdnadshavare och nätverk om en person barnet känner sig trygg med, ska utses att vara barnets förstärkta röst och öron. Barnet ges rätt att när som under mötet fråga och ge sina synpunkter.
- Handläggande socialsekreterare ansvarar för att ta kontakt med barnet och eventuellt vårdnadshavare i nära anslutning till mötet för att gå igenom vad som sades på mötet.

Om barnet inte deltar vid mötet

- Om det bedöms som olämpligt att barnet deltar bör ett separat möte hållas med barnet och eventuellt med vårdnadshavare. Om det finns behov av sådant möte bedöms efter barnets mognad och ålder.
- Formen för detta möte planeras och bestäms av socialsekreterare och rektor. Samtycke krävs från vårdnadshavare vid frivillig placering.

2.3 Om informationsmötet inte kan genomföras innan barnet börjar i den nya förskolan eller skolan

- Om informationsmötet inte kan genomföras innan barnet börjar i den nya förskolan eller skolan ska socialsekreteraren ge en första information till mottagande förskolechef eller rektor per telefon. Samtycke från vårdnadshavare krävs vid frivillig placering.
- Socialsekreteraren informerar skolan om barnet har särskilda behov som påverkar barnets vistelse på förskolan eller skolgången, lämnar kontaktuppgifter till familjehemmet/HVB och till avlämnande förskola eller skola samt meddelar tid för gemensamt informationsmöte.

2.4 Informationsmötets innehåll

2.4.1 Socialtjänstens mötesansvar

Socialsekreteraren ansvarar för att leda informationsmötet och att innehållet i mötet följer riktlinjen. Som underlag används:

- *Socialtjänstens information till förskola/skola vid familjehem- och HVB-hemsplacering* (bilaga 4).

- *BBIC-placeringsinformation*.
- *Samtycke till överföring av kopia på elevhälsovårdsjournal* (bilaga 4).
- *Samtycke för överföring av kopia på barnhälsovårdsjournal* (bilaga 1).
- *Pedagogiskt överlämningsunderlag när barn/elev byter förskola/skola* (bilaga 2).
- Eventuellt *handlingsplan för skyddade personuppgifter eller hemlig vistelseort* (bilaga 5).
- Gällande samordnad individuell plan (SIP)

2.4.2 Vårdnadshavares, familjehemmets, HVB-hemmets och socialtjänstens ansvar

Klargöra kontaktvägar

- För att säkerställa att förskolan eller skola, elevhälsan och hälso- och sjukvård fattar rätt beslut kring barnet är det viktigt att socialsekreteraren klargör vårdnadshavarens ansvar, familjehemmets eller HVB:s ansvar samt socialtjänstens ansvar.
- Som regel ansvarar familjehemmet för den dagliga vården, exempelvis stöd i vistelsen på förskola eller i skolarbetet och beslut kring enklare frågor som exempelvis utflykter.
- Både vårdnadshavare och familjehem eller HVB ska bjudas in till utvecklingssamtal, om inget annat är överenskommet. Vårdnadshavaren ska alltid informeras och få möjlighet att vara delaktig i beslut som är av betydelse för barnet.
- Om det finns särskilda förbud eller restriktioner vad gäller kontakter med vårdnadshavaren informerar socialsekreteraren om detta. Vilka som får ta del av uppgiften avgörs av en sekretessbedömning. Detta ska även framgå av dokumentet *Socialtjänstens information till förskola/skola vid familjehemsplacering eller HVB-hemsplacering* (bilaga 3).
- Om det sker förändringar under placeringstiden som påverkar ansvarsfördelningen ska socialsekreteraren informera berörda.

Information om barnet

Samtycke om att utlämna information om barnet krävs från vårdnadshavare vid frivillig placering. Är barnet placerat enligt LVU har socialtjänsten ansvaret och samtycke från vårdnadshavarna är då inte nödvändigt. Ett samtycke ska dock alltid eftersträvas.

- Socialsekreteraren informerar om det som är av betydelse för barnets vistelse på förskolan eller skolgången utifrån *Socialtjänstens information till förskola/skola vid familjehemsplacering eller HVB-hemsplacering* (bilaga 3). Informationen förvaras sedan i elevhälsovårdsjournalen.
- Socialsekreteraren ansvarar för att vårdnadshavare känner till vilken information som skolan fått del av.

Samtycke till hälso- och sjukvård

- För att säkerställa barnets rätt till hälsoundersökningar och vaccinationer, behövs vårdnadshavarens samtycke till att sjukvårdsjournal eller elevhälsojournal överförs till mottagande BVC-sjuksköterska eller skolsköterska. Det är socialtjänstens ansvar att verka för att samtycke kan komma till stånd.
- Vårdnadshavarens ställningstagande om samtycke meddelas till BVC-sjuksköterskan eller skolsköterskan vid informationsmötet samt via skriftlig kopia av *Samtycke till överföring av kopia på elevhälsojournal* (bilaga 4).
- Om det är aktuellt med kontakter med övrig hälso- och sjukvård behöver man i varje enskilt fall komma överens om hur samtycke ska inhämtas.

- Om det sker förändringar i samtycket ska socialsekreteraren meddela detta. Nytt samtycke inhämtas alltid om barnet får en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning.
- Är barnet placerat enligt LVU har socialtjänsten ansvaret och samtycke från föräldrarna är då inte nödvändigt. Ett samtycke ska dock alltid eftersträvas.

Tid för uppföljningsmöte

- Socialsekreteraren ansvarar för att bestämma datum för ett gemensamt uppföljningsmöte med förskola och BVC-sjuksköterska eller skola inklusive elevhälsa samt övriga berörda inom 6 månader efter informationsmötet. Barnets behov avgör om uppföljningsmöte ska hållas inom kortare tid.

2.4.3 Mottagande hälso- och sjukvårds ansvar

Barnhälsovårdsjournal

- Vid byte av förskola är det av stor vikt att barnets hälsojournal överförs till aktuell BVC. Möjligheterna för journalöverföring framgår av SKLs formulär 09:44.
- BVC-sjuksköterskan ansvarar för att beställa journalen efter att information lämnats från socialsekreteraren om vilken BVC barnet tillhört tidigare. Vårdnadshavarens ställningstagande ska framgå av *Samtycke till överföring av kopia på barnhälsovårdsjournal* (Bilaga 1). Journalen är en sekretessbelagd handling. I den finns bland annat noteringar om barnets hälsa, vaccinationer, syn- och hörselkontroller, längd- och viktutveckling.
- Om placeringen sker enligt LVU gör socialtjänsten en bedömning utifrån barnets bästa om elevhälsojournalen får överföras. Samtycke krävs vid frivillig placering. Är barnet placerat enligt LVU har socialtjänsten ansvaret och samtycke från föräldrarna är då inte nödvändigt. Ett samtycke ska dock alltid eftersträvas.

Information om barnet

- I det fall barnet/den unge har en kontakt inom hälso- och sjukvården (utöver eventuell kontakt med BVC-sjuksköterska) informerar den denne om det som är av betydelse för barnets situation i skolan och i familjehemmet/HVB. Samtycke krävs från barnets/den unges vårdnadshavare vid frivillig placering.

Uppgifter om egenvård

- Barnets behandlande läkare bedömer om insatsen kan göras som egenvård och planeras i samarbete med familjehemmet. BVC-sjuksköterskan eller skolsköterskan kan hjälpa till att samordna kontakter mellan behandlande läkare eller, i de fall det saknas, ansvarig läkare för BBIC-undersökningen och respektive förskola eller skola.
- Om barnet har en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning som kräver medicinering under skoltid, exempelvis vid astma, ADHD, diabetes eller epilepsi, ska alla insatser i förskolan eller skolan planeras tillsammans med familjehemmet eller HVB, samt med barnet och vårdnadshavare, om det bedöms lämpligt.
- Samtycke krävs från barnets/den unges vårdnadshavare vid frivillig placering. Är barnet placerat enligt LVU har socialtjänsten ansvaret och samtycke från föräldrarna är då inte nödvändigt. Ett samtycke ska dock alltid eftersträvas.

Om barnet placeras utanför länet

- Hälso- och sjukvården ansvarar för att tillsammans med socialtjänsten i det enskilda fallet klargöra och dokumentera hur hälso- och sjukvårdens kontakt med annat landsting ska ske.

2.4.4 Avlämnande förskolas eller skolas ansvar

Information om barnet

- Avlämnande förskola eller skola ger under informationsmötet information om barnets tidigare skolgång utifrån uppgifter i *Pedagogiskt överlämningsdokument* (bilaga 2). Denna information ska också skickas till den nya förskolan eller skolan och förvaras i elevakt. Samtycke krävs från barnets/den unges vårdnadshavare vid frivillig placering.

Om barnet är placerat i HVB-hem

- När barnet är fortsatt folkbokförd i den placerande kommunen (HVB-hemsplacering) har folkbokföringskommunen skolpliktsbevakningsansvar samt kostnadsansvar för skolgången och ska betala ersättning till den nya skolhuvudmannen.

2.4.5 Mottagande förskolas eller skolas ansvar

Introduktion/inskolning i förskolan

- Förskolechefen eller annan ansvarig vid mottagande förskola ansvarar för inskolningen för barnet. Förskolechefen, eller någon som förskolechefen utser, planerar tillsammans med barnet och familjehemmet, hur inskolningen ska gå till. Utifrån barnets ålder och mognad ska information till barnet lämnas och barnets synpunkter inhämtas. Den information som ges under informationsmötet samt i *Pedagogiskt överlämningsunderlag när barn/elev byter förskola/skola* (bilaga 2) utgör ett stöd.

Introduktion i skolan

- Rektorn eller annan ansvarig vid mottagande skola ansvarar för introduktionen i den nya skolan. Rektor, eller någon som rektor utser, och barnets mentor planerar tillsammans med barnet och familjehemmet eller HVB hur skolstarten ska gå till. Den information som ges under informationsmötet samt i *Pedagogiskt överlämningsunderlag när barn/elev byter förskola/skola* (bilaga 2) utgör ett stöd.

Skolhälsovårdsjournal

- Vid byte av skola är det av stor vikt att barnets hälsojournal överförs till aktuell skola. Möjligheterna för journalöverföring framgår av SKLs formulär 09:44.
- Skolsköterskan ansvarar för att beställa journalen efter att information lämnats från socialsekreteraren om vilken skola barnet gått på tidigare. Vårdnadshavarens ställningstagande ska framgå av *Samtycke till överföring av kopia på elevhälsojournal* (bilaga 4). Journalen är en sekretessbelagd handling som endast skolsköterska och skolläkare har tillgång till.
- Om placeringen sker enligt LVU gör socialtjänsten en bedömning utifrån barnets bästa om elevhälsojournalen får överföras. Samtycke krävs vid frivillig placering. Är barnet placerat enligt LVU har socialtjänsten ansvaret och samtycke från föräldrarna är då inte nödvändigt. Ett samtycke ska dock alltid eftersträvas.

2.4.6 Samordnad individuell plan (SIP)

Om det finns behov av att klargöra respektive verksamhets ansvar kan en samordnad individuell plan (SIP) upprättas i samband med informationsmötet.

2.5 Pedagogisk bedömning och hälsobedömning

2.5.1 Pedagogisk bedömning

- Den mottagande förskolan gör en pedagogisk bedömning utifrån BBIC-konsultationsdokument för förskolan. Dokumentet skickas ut av socialsekreteraren i samband med kallelse till gemensamt uppföljningsmöte. Den pedagogiska bedömningen ska inkludera alla delar av barnets vistelse på förskolan och görs oavsett om barnet byter förskola eller inte. Samtycke krävs från barnets/den unges vårdnadshavare vid frivillig placering.
- Den mottagande skolan bör göra en pedagogisk bedömning inom tre månader från det att barnet börjar skolan. Den pedagogiska bedömningen bygger på information från avlämnande skola och hur barnets skolgång fungerat den första tiden i den mottagande skolan samt hur det går för barnet i respektive ämne.
- Utgångspunkten är att placerade barn ska behandlas som alla andra barn. Om barnet inte har uppnått kunskapskraven eller om det saknas information om barnet, kan den mottagande skolan göra en pedagogisk utredning. Utredning och åtgärdsprogram från den tidigare skolan kan användas som del av utredningen.

2.5.2 Hälsobedömning

- I samband med placering i familjehem eller på HVB ska barnet erbjudas en hälsoundersökning. Samtycke krävs från barnets/den unges vårdnadshavare vid frivillig placering. Socialsekreteraren skickar läkarutlåtande till BVC-sjuksköterskan och skolsköterskan om samtycke föreligger.
- Hälsoundersökningen bör följas upp av BVC-sjuksköterskan eller skolsköterskan inom 3 månader. Samtycke krävs från barnets/den unges vårdnadshavare vid frivillig placering.

2.6 Gemensamt uppföljningsmöte

2.6.1 Inbjudan till uppföljningsmöte

- Handläggande socialsekreterare kallar till ett gemensamt uppföljningsmöte mellan socialtjänst, mottagande förskola eller skola (inkl. gymnasieskola), hälso- och sjukvård samt familjehemmet eller HVB. Samtycke från vårdnadshavare krävs vid frivillig placering

Deltagare

MÖTESDELTAGARE	
För barn tillhörande BVC och/eller förskola	**För skolbarn**
• Ansvarig *Socialsekreterare*	• Ansvarig *Socialsekreterare*
• *Förskolechef vid mottagande förskola*, som i sin tur bestämmer vem mer som ska delta på mötet. • Mest lämplig är den pedagog som barnet känner bäst.	• *Rektor vid mottagande skola* eller annan ansvarig, som i sin tur sammankallar skolsköterskan och barnets klasslärare/mentor samt vid behov andra funktioner inom elevhälsan.

• *BVC-sjuksköterska vid mottagande Barnavårdscentral.*	
• *Eventuell kontakt från hälso- och sjukvården*	• *Eventuell kontakt från hälso- och sjukvården (inkl. BUP).*
• *Familjehemmet/HVB*	• *Familjehemmet/HVB*
• *Barnets vårdnadshavare* (utifrån bedömning vid placering enligt LVU) eller legal företrädare.	• *Barnets vårdnadshavare* (utifrån bedömning vid placering enligt LVU) eller legal företrädare.
	• *Barnet,* utifrån bedömning (utifrån bedömning vid placering enligt LVU).

Tid och plats

- Uppföljningsmötet genomförs senast sex månader efter informationsmötet. Barnets behov avgör om uppföljningsmötet ska hållas inom en kortare tid. Samtycke krävs från barnets/den unges vårdnadshavare vid frivillig placering.

2.6.2 Socialtjänstens mötesansvar

- Socialsekreteraren ansvarar för att leda uppföljningsmötet och att innehållet i mötet följer denna riktlinje. Samtycke krävs från barnets/den unges vårdnadshavare vid frivillig placering. Socialsekreteraren informerar om det har skett förändringar i placeringen som påverkar:
  - Barnets vistelse i förskolan eller skolan
  - Vårdnadshavarens, familjehemmet eller HVB och/eller socialtjänstens ansvar
  - Vårdnadshavarens samtycke till hälso- och sjukvård
- Om det bedöms som olämpligt att barnet deltar på mötet, på grund av barnets hälsa eller situationen i övrigt, skall ett separat möte genomföras tillsammans med barnet. Formen för detta möte planeras och bestäms av socialsekreteraren.

2.6.3 Förskolan eller skolans ansvar

- Förskolechefen och pedagogen informerar om barnets vistelse i förskolan utifrån BBIC-konsultationsdokument samt barnets eventuella behov av särskilt stöd i förskolan. Om särskild handlingsplan har upprättats ska innehållet delger och diskuteras vid mötet. Samtycke krävs från barnets/den unges vårdnadshavare vid frivillig placering.
- Rektor, skolsköterska och pedagog informerar om barnets skolgång utifrån BBIC-konsultationsdokument samt om barnets eventuella behov av stöd i skolan. Om åtgärdsprogram har upprättat ska innehållet delges och diskuteras vid mötet. Skolsköterskan informerar om journalöverföring har fungerat, om genomfört hälsobesök samt planering framåt. När barnet är fortsatt folkbokfört i den placerande kommunen, deltar en representant från avlämnande skola vid uppföljningen. Samtycke krävs från barnets/den unges vårdnadshavare vid frivillig placering.

2.6.4 Hälso- och sjukvårdens ansvar

- BVC-sköterskan informerar om journalöverföringen har fungerat, delger om genomfört hälsobesök, om hälsoundersökning har genomförts samt planering framåt. Samtycke krävs från barnets/den unges vårdnadshavare vid frivillig placering.
- Eventuell övrig representant från hälso- och sjukvården (inkl BUP) informerar om det som är av betydelse för barnets situation i skolan och i familjehemmet eller HVB. Samtycke krävs från barnets/den unges vårdnadshavare vid frivillig placering.

2.6.5 Samordnad individuell plan (SIP)

- Vid behov upprättas en samordnad individuell plan (SIP), som tydliggör vars och ens fortsatta ansvar. Initiativet till SIP kan tas av socialtjänst och hälso- och sjukvård, i många kommuner kan även förskola/skola ta initiativ till SIP (om lokala överenskommelser finns). Även barn/föräldrar kan initiera en SIP. Samtycke till SIP krävs från barnets/den unges vårdnadshavare vid frivillig placering.

2.7 Fortsatt uppföljning

- Socialsekreteraren bjuder in till ett gemensamt uppföljningsmöte minst en gång per läsår (se avsnitt 2.6, gemensamt uppföljningsmöte).
- Utöver detta bestäms tider och former för fortsatt uppföljning utifrån de behov som finns kring barnets skolgång och hälsa. Vid behov upprättas en Samordnad individuell plan (SIP).

2.8 I samband med att placering upphör eller överlämning till annan förskola eller skola

- I god tid innan en placering upphör behöver en planering göras. Socialsekreteraren ansvarar för att kalla till och leda planeringsmötet.
- Barnets nuvarande förskola eller skola medverkar i planering inför avslut. Viktigt att barnet får göra ett bra avslut vilket underlättar introduktionen i eventuell ny förskola eller skola.
- Vid överlämning till annan förskola eller skola bidrar dessa med pedagogisk dokumentation och eventuell övrig dokumentation samt medverkar vid överlämningsmöte till mottagande skola eller skola. Finns en mottagande förskola eller skola medverkar den i planeringen och förbereder sitt mottagande. Samtycke krävs från barnets/den unges vårdnadshavare vid frivillig placering. Överlämning ska också planeras från avlämnande BVC till mottagande BVC.

2.9 Vid oro för barnet

Vid misstanke om att barnet far illa i familjehemmet eller HVB, i samband med umgänge med vårdnadshavare/föräldrar eller på grund av eget beteende, ska förskolan/skolan och hälso- och sjukvården enligt anmälningsskyldigheten (14 kap. 1 § SoL), göra en anmälan till socialtjänsten i den kommun som genomfört placeringen. En kopia av anmälan bör för kännedom skickas till socialtjänsten i vistelsekommunen.

Socialtjänsten ska kontaktas om:

- barnet har hög frånvaro i förskolan eller skolan eller om vistelsen på förskolan eller skolgången på annat sätt inte fungerar
- barnets fysiska eller psykiska hälsa försämras
- barnet/ungdomen visar tecken på missbruk eller annat normbrytande beteende.
- det finns oro för hur barnet har det i familjehemmet eller HVB
- det finns oro för hur barnet påverkas av umgänge med förälder/vårdnadshavare

3. HÄLSOUNDERSÖKNING INFÖR PLACERING

3.1 Hälsoundersökning

Enligt 1 § lag (2017:209) om hälsoundersökning av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet ska Region Jämtland Härjedalen på initiativ av socialnämnden erbjuda en hälsoundersökning i anslutning till att vård av ett barn, eller en ung person i åldrarna 18-20 år utanför det egna hemmet inleds. Socialnämndens skyldighet att, om det inte är uppenbart obehövligt, underrätta hälso- och sjukvården om att en hälsoundersökning ska erbjudas regleras av 11 kap. 3 a § SoL.

Region Jämtland Härjedalen och länets kommuner har överenskommit att socialtjänsten ska beställa hälsoundersökning på lämplig hälsocentral inom Region Jämtland Härjedalens hälso- och sjukvård (fortsatt benämnt Region Jämtland Härjedalen alternativt regionen). Samtycke krävs från barnets vårdnadshavare vid frivillig placering. Är barnet placerat enligt LVU har socialtjänsten ansvaret och samtycke från föräldrarna är då inte nödvändigt. Ett samtycke ska dock alltid eftersträvas. Distriktsläkare avgör om undersökningen av något skäl i stället ska genomföras på barn- och ungdomskliniken. Om så är fallet kontaktas barn- och ungdomskliniken av distriktsläkaren. För bedömning av tandhälsa kontaktas aktuell tandvårdsklinik. Hälsoundersökningen genomförs med stöd av de anvisningar som finns inom Barns behov i Centrum (BBIC). Ingen kostnad ska tas ut i samband med hälsoundersökningen.

3.1.1 Socialtjänstens åtagande

- Inhämta samtycke till hälsoundersökning samt till inhämtande av journaler och överföring av uppgifter (bilaga 8) från vårdnadshavare och när det är motiverat även barnet.
- Konsultera vid uppmärksammat behov av hälsoundersökning medicinsk kompetens per telefon eller vid gemensamt möte.
- Vid byte av hälso- och sjukvård i samband med placering översända blankett för beställning av rekvirering/överföring av journaler (bilaga 9) till vårdkoordinator inom Region Jämtland Härjedalen. Samtyckesblankett ska bifogas (bilaga 8). Om samtycke inte är nödvändigt ska detta framgå av blanketten. Aktuellt vid byte från/till hälsocentral utanför Region Jämtland Härjedalen (inom Region Jämtland Härjedalen har hälso- och sjukvården tillgång till samma datasystem).
- Beställa tid för undersökning genom att översända blankett för initiering av hälsoundersökning (bilaga 7) till aktuell hälsocentral. Samtyckesblankett ska bifogas (bilaga 8). Om samtycke inte är nödvändigt ska detta framgå av blanketten.
- Tillhandahålla konsultationsdokument och annan information av betydelse för undersökningen. Informera om vad som gäller kring ansvarsfördelning familjehem/institution, socialtjänst och vårdnadshavare, om det finns särskilda restriktioner som är viktiga att känna till med hänsyn till barnets säkerhet samt om barnet har särskilda svårigheter.
- Om behov finns beställa tid för telefonsamtal med undersökande läkare inför besöket.
- Säkerställa närvaro vid besöket av förälder, vårdnadshavare eller annan person som känner barnet väl.
- Tillsammans med hälso- och sjukvården (och vid frivillig placering, vårdnadshavarna) bestämma hur det fortsatta samarbetet ska se ut kring barnet. Upprätta samordnad individuell plan (SIP) vid behov.

- Vid placering vid HVB eller SIS-institution uppmärksamma hur det fortsatta samarbetet ska se ut med barnets barnhälsovård och/eller övriga vårdkontakter. Göra gemensam planering med institution och barnets aktuella vårdkontakter. Vid behov upprätta SIP.

3.1.2 Region Jämtland Härjedalens hälso- och sjukvårds åtagande

- Erbjuda ansvarig socialsekreterare tid för konsultation per telefon eller vid gemensamt möte.
- Om placeringen innebär att barnet byter hälso- och sjukvård, ta emot blankett för beställning av rekvirering/överföring av hälsojournaler (bilaga 9) tillsammans med bifogad samtyckesblankett (bilaga 8), från ansvarig socialsekreterare. Vårdkoordinatorn rekvirerar/översänder i förekommande fall journaler (gäller när aktuell journalinformation inte kan hämtas av undersökande läkare från Cosmic).
- Vid behov av hälsoundersökning emotta blankett för underrättelse av undersökning (bilaga 7) tillsammans med bifogad samtyckesblankett (bilaga 8) från ansvarig socialsekreterare och erbjuda undersökningstid inom en månad. Socialtjänsten ska kontakta den hälsocentral där barnet är listat. Den hälsocentral som har kontaktats ansvarar för att hälsoundersökningen genomförs på lämplig hälsocentral inom Region Jämtland Härjedalen
- Erbjuda socialtjänsten telefontid hos undersökande läkare före besöket.
- Följa anvisningarna gällande hälsoundersökning inom ramen för BBIC alternativt Socialstyrelsens föreskrifter angående hälsoundersökningar.
- Sända skriftligt utlåtande till socialtjänsten inom två veckor efter genomförd undersökning. Utlåtandet ska vara utfört i enlighet med den mall som finns framtagen inom ramen för BBIC, vara utförligt och avse såväl akuta som långsiktiga hälso- och sjukvårdsbehov.
- Tillsammans med socialtjänsten (och vid frivillig placering, vårdnadshavare) bestämma hur det fortsatta samarbetet ska se ut kring barnet. Vid behov upprätta SIP.
- Vid placering vid SIS-institution efterfråga hur barnets behov av hälso- och sjukvård kommer att tillgodoses under placeringen och planera samarbete inför, under och efter avslutad placering tillsammans med socialsekreterare och institution. Vid behov upprätta SIP. Vid placering i HVB-hem planera hur barnets behov av hälso- och sjukvård ska tillgodoses under placeringen.

3.2 Tandhälsa

Folktandvården ansvarar för att alla barn och ungdomar mellan 3-19 år får den tandvård de har rätt till. Varje månad kontrolleras alla barn och unga som finns registrerade hos Folktandvården och hos privata vårdgivare i länet, mot folkbokföringsregistret. De som är folkbokförda i länet och som inte finns registrerade hos någon vårdgivare följs upp genom att närmaste Folktandvårdsklinik kallar till ett besök. Folktandvården har tydliga rutiner för att följa upp barn som av olika skäl inte finns med på deras listor. Folktandvården har även rutiner för att följa upp barn och unga som vid upprepade tillfällen uteblir från besök och för att vid oro för att barn far illa göra anmälan till socialnämnden.

3.2.1 Samverkan

Folktandvårdens rutiner utgör en grund för samverkan med socialtjänsten. Överenskommelsen innebär att socialtjänsten i första hand tar kontakt med aktuell tandvårdsklinik för att få uppgifter om det aktuella barnet. Om barnet har följt den normala besöksrutinen finns redan nödvändiga uppgifter vid kliniken och någon extra undersökning är sannolikt inte nödvändig. Socialtjänsten ska få tillgång till uppgifterna under förutsättning att samtycke har inhämtats från vårdnadshavare och i vissa fall barnet.

Om barnet av någon anledning inte har fått den tandvård som varje barn har rätt till kan det saknas fullständiga uppgifter hos Folktandvården. Socialtjänsten kan då initiera en undersökning. Undersökningen ska i första hand genomföras av barnets hemklinik. Det är i varje enskilt fall socialtjänsten som avgör om man vill initiera en undersökning.

3.2.2 Socialtjänstens åtagande

- Ta in samtycke från vårdnadshavare om undersökning samt eventuell överföring av tandvårdsjournaler
- Beställa tid för undersökning på anvisad blankett (bilaga 7).
- Om behov finns av att inför en undersökning översända journaler behöver inte flera av länets Folktandvårdskliniker kontaktas. Alla kliniker har tillgång till varandras journaler. Privata utförare har dock egna journalsystem.
- Om barnet/den unge tidigare bott på en annan ort utanför länet och därmed varit aktuell hos annan utförare så bör detta meddelas den tandläkare som ska utföra undersökningen så att denne själv kan ta kontakt med aktuell klinik för bedömning av vilken information som behöver inhämtas.
- Socialsekreteraren ansvarar för att inhämta samtycke från vårdnadshavare, och när det är motiverat även från barnet/den unge, att ta del av uppgifterna om barnet. I de fall barnet är placerat med stöd av LVU får dock socialnämnden ta de kontakter som krävs utan samtycke från vårdnadshavare eller barnet/den unge.
- Säkerställa närvaro vid besöket av förälder/vårdnadshavare eller annan lämplig person.
- I samverkan med tandvården planera för hur barnet ska gå sina behov av tandvård tillgodosedda.
- I det fall barnets flytt innebär byte av klinik ansvara för att den nya kliniken får kännedom om barnet och att man där beställer uppgifter från den tidigare kliniken.
- Samtycke från barnets/den unges vårdnadshavare krävs vid frivillig placering. Är barnet placerat enligt LVU har socialtjänsten ansvaret och samtycke från föräldrarna är då inte nödvändigt. Ett samtycke ska dock alltid eftersträvas.

3.2.3 Tandvårdens åtagande

- Lämna uppgifter till socialtjänsten om barnets tandhälsa under förutsättning att samtycke finns. Samtycke från barnets/den unges vårdnadshavare krävs vid frivillig placering. Är barnet placerat enligt LVU har socialtjänsten ansvaret och samtycke från föräldrarna är då inte nödvändigt. Ett samtycke ska dock alltid eftersträvas.
- Erbjuda undersökningstid så snart som möjligt, besked om tid ges omgående.
- Sända skriftligt utlåtande till socialtjänsten i enlighet med de anvisningar som finns inom ramen för BBIC, inom två veckor efter genomförd undersökning. Undersökningen ska vara kostnadsfri.
- Vid behov samverka med socialtjänsten för att planera barnets fortsatta tandvård.
- Vid behov samverka med mottagande klinik för att barnet ska få behövlig vård.

Bilaga 1

SAMTYCKE TILL ÖVERFÖRING AV KOPIA PÅ BARNHÄLSOVÅRDSJOURNAL

Vid flytt till annan kommun och/eller vid byte av BVC är det stor betydelse att barnhälsovårdsjournalen följer ditt barn till den nya barnhälsovårdscentralen. Journalen är en sekretessbelagd handling som endast BVC-sjuksköterska och BVC-läkare har tillgång till. I den finns information om vaccinationer, syn- och hörselkontroller, längd- och viktutveckling samt andra uppgifter om ditt barns hälsa.

Barnets namn:	Personnummer:
Rekvirerande BVC, namn och adress:	Avlämnande BVC, namn och adress:
Kopia på barnhälsovårdsjournalen får överlämnas till BVC-sjuksköterskan vid mitt barns nya BVC Ja☐ Nej☐	
Vårdhavarens namnteckning	Namnförtydligande
Vårdhavarens namnteckning	Namnförtydligande
Tillfälligt ansvarigs namnteckning	Namnförtydligande/befattning
Ort Datum	

Bilaga 2

PEDAGOGISK ÖVERLÄMNINGSUNDERLAG NÄR BARN/ELEV BYTER FÖRSKOLA/SKOLA

Personuppgifter

Överlämnande förskola och avdelning/skola och klass	Ansvarig mentor/kontaktperson, namn och telefon
Barnets/Elevens förnamn och efternamn	Personnummer
Vårdnadshavare Har informerats om överlämningsunderlaget ☐ Ja ☐ Nej	Vårdnadshavare Har informerats om överlämningsunderlaget ☐ Ja ☐ Nej
Barnet/eleven har informerats om överlämningsunderlaget ☐ Ja ☐ Nej	
Mottagande förskola och avdelning/ skola och klass	Ansvarig mentor/kontaktperson, namn och telefon
Vårdnadshavare har samtyckt till att information lämnas till mottagande förskola/skola En ☐ Båda ☐ Ingen ☐ Eleven har samtyckt till att information lämnas till mottagande skola (efter ålder och mognad) ☐ Ja ☐ Nej ☐ Om samtycke saknas överlämnas information, efter individuell prövning, till mottagande förskola/skola med stöd av generalklausulen (10 kap. 27 §)	
Bifogade dokument/bilagor ☐ Särskild handlingsplan för förskolan ☐ Betyg ☐ IUP ☐ Studieplan för eleven ☐ Skriftliga omdömen/måluppfyllelse ☐ Resultatprofil NP årskurs ☐ Närvaroöversikt	 ☐ Skol- och elevutredning ☐ Åtgärdsprogram ☐ Utvärdering av åtgärdsprogram ☐ Övriga utredningar ☐ Beslut om anpassad studiegång ☐ Beslut om särskild undervisningsgrupp ☐ Övriga dokument och protokoll

Barnets/elevens situation

Barnets/elevens utredda behov.
Vad förskolan/skolan har gjort för att möta barnets/elevens behov. Anpassningar, hjälpmedel och övrigt stöd.
Barnets/elevens aktuella situation i förskolan/ i undervisningen – delaktighet, motivation, arbetsinsats, ansvarskänsla, samarbetsförmåga, starka sidor, svårigheter etc.
Barnets aktuella situation i andra sammanhang än undervisning – i grupp, med kamrater etc.
Information om ev. annat modersmål än svenska – vistelsetid i Sverige, om barnet haft modersmålsstöd i förskolan, om eleven följt kursplanen i svenska som andraspråk, styrkor/svagheter i det svenska språket, förutsättningar att nå målen i övriga ämnen etc.
Övriga upplysningar av betydelse
Datum Ansvarig för sammanställningen, namn och titel

Bilaga 3

SOCIALTJÄNSTENS INFORMATION TILL FÖRSKOLA/SKOLA VID FAMILJEHEMS- ELLER HVB-HEMSPLACERING

Kontaktuppgifter och eventuella restriktioner

Barnets förnamn och efternamn	Personnummer
Vårdnadshavare, namn, adress, telefon	Vårdnadshavare, namn, adress, telefon
Familjehem/HVB-hem, namn, telefon och adress	Lagstöd och typ av placering
Har barnet skyddade personuppgifter eller hemlig vistelseort ☐ Ja ☐ Nej	
Finns förbud/restriktioner kring förskolans/skolans kontakt med barnets vårdnadshavare/förälder eller kring vem som får hämta barnet? ☐Ja ☐ Nej Om ja, beskriv:	

Uppgifter om barnets nuvarande hälsa och utveckling, av betydelse för barnets situation i förskolan/skolan

Långvarig sjukdom/funktionsnedsättning	☐ Ja ☐ Nej ☐ Ej känt	Om ja, beskriv:
Allergier	☐ Ja ☐ Nej ☐ Ej känt	Om ja, beskriv:
Medicinering	☐ Ja ☐ Nej ☐ Ej känt	Om ja, beskriv:
Återkommande sömnsvårigheter, huvudvärk, magont eller andra psykosomatiska besvär	☐ Ja ☐ Nej ☐ Ej känt	Om ja, beskriv:
Utagerande problematik	☐ Ja ☐ Nej ☐ Ej känt	Om ja, beskriv:
Oro, ängslan	☐ Ja ☐ Nej ☐ Ej känt	Om ja, beskriv:
Missbruk	☐ Ja ☐ Nej ☐ Ej känt	Om ja, beskriv:
Tidigare trauma	☐ Ja ☐ Nej ☐ Ej känt	Om ja, beskriv:
Beskriv barnets styrkor		
Barnets särskilda intressen		
Övrigt		

Vårdnadshavare har samtyckt till att information lämnas till mottagande förskola/skola ☐ En ☐ Båda ☐ Ingen Eleven har samtyckt till att information lämnas till mottagande skola (efter ålder och mognad) ☐ Ja ☐ Nej Barnet/eleven har informerats om innehållet i informationen ☐ Ja ☐ Nej ☐ Om samtycke saknas överlämnas information, efter individuell prövning, till mottagande förskola/skola med stöd av generalklausulen (10 kap. 27 §)
Datum Ansvarig för sammanställningen, Namn och titel

Bilaga 4

SAMTYCKE TILL ÖVERFÖRING AV KOPIA PÅ ELEVHÄLSOVÅRDSJOURNAL

Vid flytt till annan kommun, byte av skola eller övergång till gymnasiet är det av stor betydelse att elevhälsovårdsjournalen följer ditt barn till den nya skolan. Journalen är en sekretessbelagd handling som endast sjuksköterska och skolläkare har tillgång till. I den finns information om vaccinationer, syn- och hörselkontroller, längd- och viktutveckling samt andra uppgifter om ditt barns hälsa.

Elevens namn:	Personnummer:
Rekvirerande skola, namn och adress:	Avlämnande skola, namn och adress
Kopia på elevhälsovårdsjournalen får överlämnas till skolhälsovården på mitt barns nya skola ☐ Ja ☐ Nej	
Vårdnadshavarens namnteckning	Namnförtydligande
Vårdnadshavarens namnteckning	Namnförtydligande
Elevens underskrift (efter ålder och mognad)	Namnförtydligande
Tillfälligt ansvarigs namnteckning	Namnförtydligande/befattning
Ort Datum	

HANDLINGSPLAN VID SKYDDADE PERSONUPPGIFTER ELLER HEMLIG VISTELSEORT (enligt skolverkets förslag i skriften *Unga med skyddade personuppgifter*)

Allmän information

Barnets/elevens namn:
Barnets/elevens personnummer:
Grupp/klass:
Vårdnadshavare
Vårdnadshavare
Eventuell kontaktperson

Skyddet

Vem/vilka i familjen omfattas av skydd?
Vilken typ av skydd har de?
Vem/ vilka skyddas barnet/eleven från?
Finns det några särskilda risker som skolan/förskolan måste beakta i sin planering?
Är det något personalen ska vara extra uppmärksam på?

Vilka ska informeras om barnets situation och vad ska de veta?

Rektorn/förskolechef:
Kontaktperson:
Mentor/klassföreståndare:
Vilken information ska övrig personal få?
Har ni diskuterat med vårdnadshavaren och barnet/eleven hur man ska förhålla sig till frågor från exempelvis kamrater? ☐ Ja ☐ Nej

Praktiska frågor i verksamheten

INTERNET/DATORER

Får barnet/elevens namn finnas med på internet? (Gäller även sidor där det krävs inloggning för att komma åt uppgifterna) ☐ Ja ☐ Nej
Ska barnet/eleven kunna logga in på skolans datorer? ☐ Ja ☐ Nej
Om ja, med vilket namn?
Ska barnet/eleven ha tillgång till e-post? ☐ Ja ☐ Nej
Om ja, hur ska kontot fungera?
Ska barnet/eleven kunna logga in på en lärplattform? ☐ Ja ☐ Nej
Om ja, med vilket namn?

SKOLSKJUTS, BUSSKORT OCH BIBLIOTEKSKORT

Har eleven rätt till skolskjuts? ☐ Ja ☐ Nej
Om ja, vem registreras kortet på?
Ska eleven ha bibliotekskort? ☐ Ja ☐ Nej
Om ja, hur registreras det?

NÄRVAROLISTOR/KLASSLISTOR

Får barnet/eleven finnas med på närvarolistor/klasslistor? ☐ Ja ☐ Nej
Om ja, vilken information ska finnas med?

UTFLYKTER, STUDIERESOR, ETC

Får barnet/eleven följa med på utflykter eller studieresor? ☐ Ja ☐ Nej
Om ja, vad ska personalen tänka på?
Vill vårdnadshavaren få information inför varje utflykt, studiebesök? ☐ Ja ☐ Nej
Om ja, på vilket sätt?

FOTOGRAFERING

Får barnet/eleven finnas med i en skolkatalog eller gruppfotografier? ☐ Ja ☐ Nej

AKUTA SITUATIONER

Vad ska barnet/eleven göra om den som hotar kommer till skolan/förskolan?
Har barnet/eleven fått information om hur hon eller han snabbt kan komma i kontakt med någon i personalen? ☐ Ja ☐ Nej
Vad ska personalen göra om en hotfull situation uppstår?
Vem kontaktas?
Hur?

DOKUMENTATION

Finns det någon tidigare dokumentation av barnets/elevens kunskaper, utveckling etc? (Individuell utvecklingsplan, individuell studieplan, notering om hälsobesök, utredningar, åtgärdsprogram, beslut om anpassad studiegång m.m. ?) ☐ Ja ☐ Nej
Om ja – har familjen med sig den?
Om inte, vem kontaktar den verksamhet som barnet/eleven tidigare varit inskriven i?
Hur ska elevens betyg hanteras?
Vill familjen regelbundet få kopior av den dokumentation som rör barnet/eleven? ☐ Ja ☐Nej

VILKEN INFORMATION HAR VÅRDNADSHAVAREN/BARNET/ELEVEN FÅTT?

Har eleven fått en rundvandring på skolan? ☐ Ja ☐ Nej
Har eleven fått information om hur rastvakterna ser ut? ☐ Ja ☐ Nej
Har vårdnadshavaren fått information om gällande sekretessbestämmelser? ☐ Ja ☐ Nej
Har barnet/eleven fått information om gällande sekretessbestämmelser? ☐ Ja ☐ Nej
Har vårdnadshavaren fått information skolans/förskolans rutiner för skyddade personuppgifter?
☐ Ja ☐ Nej
Har barnet/eleven fått information skolans/förskolans rutiner för skyddade personuppgifter?
☐ Ja ☐ Nej

Datum och underskrift Ansvariga för sammanställningen

Namn och titel Namn och titel

UNDERRÄTTELSE

☐ **Hälsoundersökning**

☐ **Bedömning av tandhälsa**

Underrättelsen sänds till aktuell hälsocentral/tandvårdsmottagning

Aktuell hälsocentral/tandvårdsmottagning

Bedömningen avser

Namn	Personnummer
Vårdnadshavare	Vårdnadshavare

Vid en utredning av om socialnämnden behöver ingripa till ett barns skydd eller stöd får nämnden enligt 11 kap 2 § Socialtjänstlagen konsultera sakkunniga, samt i övrigt ta de kontakter som behövs.

Inför en placering av ett barn eller en ungdom i familjehem eller i hem för vård eller boende ska socialnämnden som regel inhämta uppgifter om barnet/ungdomens hälsa.

Enligt 1 § lag (2017:209) om hälsoundersökning av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet ska Region Jämtland Härjedalen (enligt överenskommelse i första hand Primärvården) efter underrättande av socialnämnden erbjuda en hälsoundersökning i anslutning till att vård av ett barn, eller en ung person i åldrarna 18-20 år utanför det egna hemmet inleds.

- ☐ BBICs konsultationsdokument bifogas
- ☐ Samtycke från barn/vårdnadshavare bifogas
- ☐ Samtycke från barn/vårdnadshavare har ej erhållits, hälsoundersökning skall dock ske med stöd av bestämmelserna i lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU).

Beställare

Socialsekreterare	Kommun
Telefon	e-postadress
Postadress	

SAMTYCKE

till hälsoundersökning och bedömning av tandhälsa samt
till inhämtande av journaler och till överföring av uppgifter.

Samtycket avser

Namn	Personnummer

Vi/Jag samtycker härmed till att socialtjänsten, i samband med att vårt barn är föremål för utredning enl. 11 kap. 1 § SoL och/eller är aktuellt för placering i familjehem/HVB, initierar en hälsoundersökning och en bedömning av tandhälsan. Undersökningen genomförs enligt anvisningar i Barns Behov i Centrum (BBIC).

Vi/jag samtycker också till att socialtjänsten inför hälsoundersökningen begär att hälso- och sjukvårdens vårdkoordinator rekvirerar samt överför de journaler som bedöms vara lämpliga till behandlande läkare.

Vi/Jag samtycker också till att socialtjänsten inför undersökningen rekvirerar (kopior på) de journaler som bedöms vara nödvändiga från skolhälsovården.

Vi/jag ger även samtycke till att socialtjänsten överför den erhållna informationen till aktuell BVC/skolhälsovård/behandlande läkare.

Samtycket är frivilligt och kan alltid återkallas av den enskilde.

Journaler som kan vara aktuella

☐ Förlossningsjournal
☐ Komplett BVC-journal
☐ Komplett skolhälsovårdsjournal
☐ Tandvårdsjournal
☐ Övriga journaler

Tidsperiod för samtycke fr.o.m - t.o.m	
Ort, datum	Barnet/den unge (Barn/ungdomar från 15 år ska ge sitt samtycke)
Handläggande socialsekreterare	Kommun
Vårdnadshavare/underskrift	Namnförtydligande
Vårdnadshavarens/underskrift	Namnförtydligande

BESTÄLLNING

rekvirering/överföring av journaler

Aktuellt om barnet/den unge byter hälso- och sjukvård i samband med placering och/eller hälsoundersökning

Till
Vårdplatskoordinator
Region Jämtland Härjedalen
Box 654
831 83 ÖSTERSUND

Beställningen avser

Barnets namn	Personnummer

Handläggande socialsekreterare	Kommun
Namn på behandlande läkare	Tjänsteställe för behandlande läkare

☐ Samtycke från barn/vårdnadshavare bifogas
☐ Samtycke från barn/vårdnadshavare har ej erhållits, hälsoundersökning samt rekvirering/överföring av journaler skall dock ske med stöd av bestämmelserna i lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU).

……
Underskrift handläggare

LÄNSÖVERGRIPANDE *ÖVERENSKOMMELSE* OM SAMARBETE VID PLACERING I BOENDE UTANFÖR DET EGNA HEMMET

Avser barn och unga, 0-20 år, som placeras utom hemmet med stöd av socialtjänstlagen (SoL) eller lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU)

FÖR SOCIALTJÄNST, FÖRSKOLA, SKOLA (INKL. ELEVHÄLSA) OCH HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

Gäller från och med 2018-02-02 (Beslut i Barnarenan)

Länsövergripande överenskommelse om samarbete vid placering i boende utanför det egna hemmet

Överenskommelsen avser barn och unga som placeras utanför det egna hemmet med stöd av socialtjänstlagen (2001:453) (SoL) eller lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU). Överenskommelsen gäller socialtjänst, förskola, skola, elevhälsa samt hälso- och sjukvården (inkl, barnhälsovården och Barn- och ungdomspsykiatrin, BuP) i Jämtlands län och syftar till att stärka samarbetet mellan verksamheterna vid placering av barn och unga i familjehem eller hem för vård eller boende (HVB). Överenskommelsen bygger aktuell lagstiftning samt på riktlinjer i Skolverkets och Socialstyrelsens vägledning ”Placerade barns skolgång och hälsa – ett gemensamt ansvar”.[1] Överenskommelsens form och innehåll följer till stora delar JämtBus – länsövergripande överenskommelse avseende samverkan kring barn och unga i behov av särskilt stöd.[2].

15 april 2017 infördes nya bestämmelser i 5 kap. 1 d § socialtjänstlagen (SoL) (2001:453) samt 16 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen (HSL) (2017:30) om att kommun och landsting ska ingå överenskommelse om samarbete avseende barn som vårdas utanför det egna hemmet. Enligt 11 kap. 3a § SoL ska Socialnämnden, om det inte är obehövligt, underrätta Region Jämtland Härjedalen om att ett barn eller en ung person i åldern 18-20 år, i anslutning till att vård utanför det egna hemmet inleds, ska erbjudas en sådan hälsoundersökning som avses i lagen (2017:209) om hälsoundersökning av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet. Lag (2017:209) om hälsoundersökning av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet reglerar Region Jämtland Härjedalens skyldighet att erbjuda ett barn eller ung person 18-20 år en hälsoundersökning.

Överenskommelsen har tagits fram under ledning av Elin Ring, regional utvecklingsledare barn och unga, Region Jämtland Härjedalen. I arbetsgruppen för framtagande av riktlinjen har följande personer deltagit:

- Magdalena Risselborn, skolsamordnare, Region Jämtland Härjedalen
- Tommy Lekedal, bitr förvaltningschef, Socialförvaltningen, Östersunds kommun
- Matz Norrman, verksamhetschef, Individ- och familjeomsorgen, Krokoms kommun
- Magnus Ahlstrand, verksamhetschef, Individ- och familjeomsorgen, Strömsunds kommun
- Anneli Olsson, Barn- och utbildningschef, Bergs kommun
- Mikael Lec-Alsén, områdeschef, Barn unga Vuxna, Region Jämtland Härjedalen

Överenskommelsen samt tillhörande riktlinjer ersätter ”*Regional samverkan vid familjehemsplacering – för socialtjänst, skola, elevhälsa och hälso- och sjukvård*”, maj 2013 samt *”Länsövergripande överenskommelse om hälsoundersökning inför placering i familjehem eller Hem för vård eller boende*”, december 2013. Information från dessa dokument har infogats i denna överenskommelse samt i tillhörande riktlinjer. Varje verksamhet ansvarar för att informera sin personal om innehållet i överenskommelsen och vid behov genomföra utbildningsinsatser för personal som berörs.

Parter för samverkan är: Region Jämtland Härjedalen, Bergs kommun, Bräcke kommun, Härjedalens kommun, Krokoms kommun, Ragunda kommun, Strömsunds kommun, Åre kommun, Östersunds kommun samt Jämtlands gymnasieförbund.

Barnarenan beslutade 2018-02-02 att rekommendera Jämtlands läns kommuner och Region Jämtland Härjedalen att anta överenskommelsen samt tillhörande riktlinjer.

Underskrifter från företrädare för Jämtlands läns kommuner och Region Jämtland Härjedalen läggs som bilaga till överenskommelsen.

[1] Socialstyrelsen och Skolverket 2013. Placerade barns skolgång och hälsa-ett gemensamt ansvar. Tryck Edita Västra Aros. Artikel 3013-1-2. Finns att beställa genom Socialstyrelsens respektive Skolverkets hemsida.
[2] http://www.regionjh.se/politikochinsyn/samverkankommunregion/avtaloverenskommelser/barnochunga

Ordlista

Barnarenan – är en länsövergripande samverkansarena med fokus på barnfrågor. Deltar i Barnarenan gör presidierna i BuZ och SocSam, dvs. politiker och tjänstemän från Region Jämtland Härjedalen samt länets kommuner.

BVC – Barnavårdscentral

Barnhälsovård - Barnhälsovård organiseras i form av barnavårdscentraler (BVC) med ansvar för de barn som de har inskrivna.

Familjehem - Familjehem är ett enskilt hem som på uppdrag av socialnämnden tar emot barn för stadigvarande vård och fostran eller vuxna för vård och omvårdnad och vars verksamhet inte bedrivs yrkesmässigt.

Jourhem – Jourhem är ett enskilt hem som vid upprepade tillfällen tar emot barn för tillfällig vård och fostran.

Genomförandeplan – Enligt 11 kap. 3 § SoL och 5 kap 1 a SoF ska socialnämnden, när någon behöver vårdas i ett hem för vård eller boende, stödboende eller familjehem, upprätta en upprätta en genomförandeplan för hur vården ska genomföras under en placering.

HVB - Med hem för vård eller boende (HVB) avses ett hem inom socialtjänsten som tar emot enskilda för vård eller behandling i förening med ett boende. Om ett sådant hem drivs av ett bolag, en förening, en samfällighet, en stiftelse eller en enskild individ krävs dessutom att verksamheten bedrivs yrkesmässigt.

Placering enligt lagen om särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) – Tvångslag. Samtycke behöver inte inhämtas, men ska eftersträvas, i frågor som rör barnet.

Placering enligt socialtjänstlagen (SoL) – Vårdnadshavare samtycker till placering. Samtycke ska inhämtas i frågor som rör barnet.

Placeringskommun – den kommun vars socialtjänst har tagit beslut om placering enligt SoL eller LVU.

SIP – Samordnad individuell plan när barnet/den unge har behov av insatser från både socialtjänst och hälso- och sjukvård. I många kommuner kan även skolan sammankalla till ett SIP-möte (i det fall lokal överenskommelse finns). Mer information om SIP finns på regionjh.se/sip.

Vårdplan – Enligt 11 kap. 3 § SoL och 5 kap 1 a SoF ska socialnämnden, när någon behöver vårdas i ett hem för vård eller boende, stödboende eller familjehem, upprätta en vårdplan för den vård som socialnämnden avser att anordna.

Innehåll

1. INLEDNING 4

1.1 SAMVERKAN KRING PLACERADE BARN 4
1.1.1 Styrdokument- JÄMTBUS 4
1.1.2 Riktlinje för samarbete i samband med placering i familjehem eller Hem för vård eller boende (HVB) 4
1.1.3 Gränsdragning och samverkan 4
1.2 OM ÖVERENSKOMMELSEN 5
1.3 UPPFÖLJNING AV ÖVERENSKOMMELSEN 6
1.4 BARNS BEHOV I CENTRUM (BBIC) 6
1.4.1 Barnets bästa 6

2. SAMORDNING VID PLACERING AV BARN OCH UNGA I BOENDE UTANFÖR DET EGNA HEMMET 6

2.1 PRINCIPEN FÖR SAMORDNING OCH ANSVARSFÖRDELNING INOM RAMEN FÖR DENNA ÖVERENSKOMMELSE 6
2.2 SAMORDNING OCH ANSVARSFÖRDELNING MELLAN KOMMUNERNAS SOCIALTJÄNST OCH REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN 6
2.2.1 Inledning 6
2.2.2 Ansvarsfördelning mellan kommun och region 7
2.2.3 SIP 8
2.2.4 Kostnadsfördelning och ansvarsförbindelse 8
2.3 SAMORDNING OCH ANSVARSFÖRDELNING MELLAN KOMMUNERNAS SOCIALTJÄNST OCH FÖRSKOLA/SKOLA 9
2.3.1 Inledning 9
2.3.2 Särskilt stöd i skolan och förskolan 10
2.3.3 Gränsdragningen mellan socialt/psykologiskt och pedagogiskt stöd i skolan 11
2.3.4 Ansvarsfördelning mellan placeringskommun och hemkommun 11
2.3.5 Kostnadsfördelning och ansvarsförbindelse 12
2.4 AVVIKELSERAPPORTERING 12

3. HÄLSOUNDERSÖKNING INFÖR PLACERING 12

3.1 BAKGRUND 12
3.2 BARNS BEHOV I CENTRUM (BBIC) 12
3.3 MÅLGRUPP 13
3.4 HÄLSOUNDERSÖKNING 13

1. INLEDNING

1.1 Samverkan kring placerade barn

1.1.1 Styrdokument- JämBus

JämtBus - överenskommelse om länsövergripande samverkan i Jämtlands län avseende barn och unga i behov av särskilt stöd[3] tydliggör vikten av att samverka för att samtliga barn i Jämtlands län ska få förutsättningar att växa upp under goda förhållanden. JämtBus är en övergripande överenskommelse om samverkan, den berör samverkan vid placering av barn och unga men tydliggör inte hur samverkan ska fungera på en mer detaljerad nivå.

1.1.2 Riktlinje för samarbete i samband med placering i familjehem eller Hem för vård eller boende (HVB)

Länsövergripande överenskommelse om samarbete vid placering i boende utanför det egna hemmet är en övergripande överenskommelse om samverkan mellan kommun och region vid placering av barn och unga i familjehem eller HVB. Överenskommelsen innebär att respektive part förbinder sig att fullfölja det ansvar som åligger dem i enlighet med gällande lagstiftning. Som tillägg till överenskommelsen finns nedan nämnda riktlinjer vilka närmare beskriver hur samverkan ska ske i enskilda ärenden. Riktlinjerna beskriver ett bestämt tillvägagångssätt för att säkerställa att samverkan sker inför, i samband med samt under placering av barn och unga enligt socialtjänstlagen (SoL), lag med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU). Huvudmännen förbinder sig, vid undertecknande av denna överenskommelse, att så långt det är möjligt följa riktlinjerna.

- *Länsövergripande riktlinje för samarbete vid placering i familjehem eller Hem för vård eller boende (HVB) 0-20 år*

1.1.3 Gränsdragning och samverkan

Grundinställningen är att samverkan mellan de verksamheter som möter barn och unga ska ske kontinuerligt och att insatser i första hand ska ges förebyggande. Genom att de verksamheter som möter barn och unga tar ansvar för sina respektive uppdrag och samverkar med varandra kan placeringar undvikas.

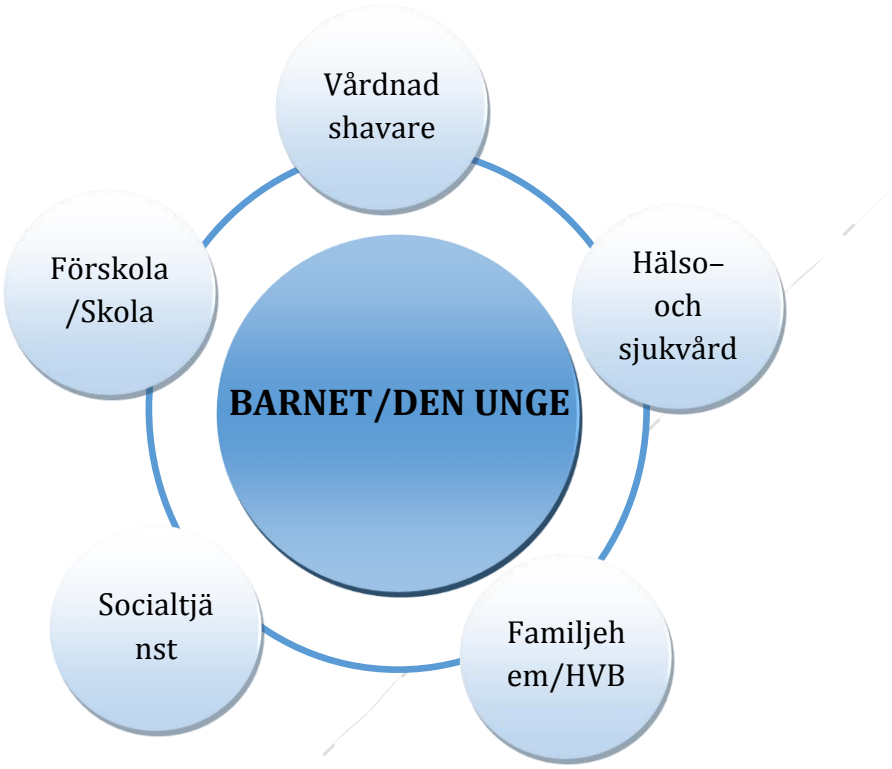
Denna överenskommelse syftar till att tydliggöra samarbetet mellan socialtjänst, förskola, skola (inkl. elevhälsa) och hälso- och sjukvård när ett barn eller en ungdom placeras i familjehem eller HVB. När ett barn placeras i familjehem eller HVB innebär det en stor förändring. I de flesta fall byter barnet förskola eller skola och i många fall innebär det flytt till en ny kommun. För att barnet skall få en bra vistelse på förskolan eller få en bra skolgång samt tillgång till hälso- och sjukvård samt tandvård, är det viktigt att samarbetet mellan socialtjänst, förskola och skola (inklusive elevhälsan) och hälso- och sjukvård fungerar på ett tydligt och rättssäkert sätt utifrån ett gemensamt fokus på barnets bästa. Socialtjänst, förskola, skola och hälso- och sjukvård bör så långt det är möjligt samverka kring placerade barn.[4] Samverkan mellan verksamheterna kräver ett samtycke av barnets vårdnadshavare och den unge (om denne är över 15 år) i det fall barnet är placerat enligt socialtjänstlagen.

Forskning visar att barn som växer upp i samhällsvård har sämre fysisk och psykisk hälsa än genomsnittet. Forskningen visar även att placerade barn, trots normal begåvning, underpresterar i skolan. Samtidigt har en lyckad skolgång visat sig vara den starkast skyddande faktorn för en gynnsam utveckling. Många av ungdomens och vuxenårens problem kan kopplas samman med risk- och skyddsfaktorer, som visar sig redan under förskoleåldern.[5]

[3] http://www.regionjh.se/politikochinsyn/samverkankommunregion/avtaloverenskommelser/barnochunga
[4] 5 kap. 1 a § Socialtjänstlagen (SoL), 5 kap. 8 § Hälso- och sjukvårdslagen (HSL), 6 kap. 5 § Patientsäkerhetslagen (PSL) och 29 kap. 13 § Skollagen.
[5] Stefan Kling (2012) Fosterbarns hälsa och Forskningsöversikt Henrik Andershed m fl. Örebro universitet

1.2 Om överenskommelsen

Denna överenskommelse utgår från aktuell lagstiftning och bygger på Socialstyrelsens och Skolverkets gemensamma vägledning ”Placerade barns skolgång och hälsa – ett gemensamt ansvar”.[6] Vägledningen belyser kritiska punkter som kan uppstå inför, under och i avslutningsskedet av en placering. Utifrån dessa kritiska punkter syftar överenskommelsen till att undvika brister och istället skapa goda förutsättningar för att placerade barn ska få den skolgång och hälso- och sjukvård de har rätt till.



Överenskommelsen gäller:

- Vid placeringar i och utanför Jämtlands län, barn och unga 0-20 år.
- Vid samtliga familjehemsplaceringar och jourhemsplaceringar.
- Vid placering i hem för vård eller boende (HVB).
- Oavsett om barnet byter förskola eller skola eller inte, i tillämpliga delar.
- Alla skolformer från och med förskola. I de fall den unge är över 18 år bör riktlinjen i överenskommelsen användas, men då utifrån den unges egna beslut och önskemål.
- Placering enligt socialtjänstlagen (SoL) och lag med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU).
- Barn och ungdomar med en sammansatt social och psykiatrisk och/eller neuropsykiatrisk problematik ska särskilt beaktas

Överenskommelsen och dess tillhörande riktlinjer utgår från ett jämställdhetsperspektiv. Det innebär att flickor, pojkar och barn/ungdomar som inte identifierar sig med något kön ska ha samma förutsättningar att växa upp under goda förhållanden. Varje barn eller ungdom ska erhålla stöd och behandling utifrån sitt specifika behov, oavsett könstillhörighet. I vårt län bör vi särskilt beakta samiska barn och unga.

[6] Socialstyrelsen och Skolverket 2013. Placerade barns skolgång och hälsa-ett gemensamt ansvar. Tryck Edita Västra Aros. Artikel 3013-1-2. Finns att beställa genom Socialstyrelsens respektive Skolverkets hemsida.

1.3 Uppföljning av överenskommelsen

Överenskommelsen ska följas upp årligen, ansvarig för att initiera uppföljningen är den regionala samverkansarenan Barnarenan. Deltar i uppföljningsarbetet gör berörda tjänstemän i L-IFO.

1.4 Barns behov i centrum (BBIC)

Inom ramen för Barns behov i centrum (BBIC), system för utredning och dokumentation inom socialtjänsten, har Socialstyrelsen tagit fram stöddokument för tvärprofessionellt samarbete mellan socialtjänsten, hälso- och sjukvård och tandvård samt förskola och skola. Syftet är att underlätta samverkan mellan verksamheterna. Stöddokumenten tydliggör att både socialtjänst, hälso- och sjukvård samt förskola och skola har ett ansvar för att samverka kring barn som far illa. Socialtjänstens samverkan med tandvården behöver ske utifrån tandvårdens ansvar för regelbundna kontroller av barnets tandhälsa enligt 7 § (Tandvårdslagen SFS 1985:25).

Samverkan är särskilt viktigt när barnet utreds inom socialtjänsten, om barnet får insatser inom socialtjänstens öppenvård och när barnet är placerat utanför hemmet.

1.4.1 Barnets bästa

Överenskommelsen utgår från FN Barnkonventionens artiklar 3 och 12. Barnets bästa ska komma i främsta rummet vid alla åtgärder som rör barnet. I en ny bestämmelse i Socialtjänstlagen (1 kap. 2 § SoL) ska barnets bästa vara avgörande vid beslut och åtgärder som rör vård- och behandlingsinsatser för barn. Vad som är barnets bästa måste avgöras i varje enskilt fall. Barnet har rätt att bilda och uttrycka sina åsikter och få dem beaktade i alla frågor som berör honom eller henne. När åsikterna beaktas ska hänsyn tas till barnets ålder och mognad. Enligt 11 kap. 10 § SoL ska ett barn, när en åtgärd rör barnet, få relevant information. Ett barn ska ges möjlighet att framföra sina åsikter i frågor som rör barnet. Om barnet inte framför sina åsikter, ska hans eller hennes inställning så långt det är möjligt klarläggas på annat sätt. Barnets åsikter och inställning ska tillmätas betydelse i förhållande till hans eller hennes ålder och mognad. Ett barn som har fyllt 15 år har rätt att föra sin egen talan i mål och ärenden enligt denna lag. Ett barn som är yngre får höras i domstol, om barnet inte kan antas ta skada av det.

2. SAMORDNING VID PLACERING AV BARN OCH UNGA I BOENDE UTANFÖR DET EGNA HEMMET

2.1 Principen för samordning och ansvarsfördelning inom ramen för denna överenskommelse

Denna överenskommelse innebär, som tidigare har nämnts, att respektive part förbinder sig att fullfölja det ansvar som åligger dem i enlighet med gällande lagstiftning. Samverkan mellan parterna är av yttersta vikt för att placerade barn och unga ska få rätt förutsättningar att växa upp under goda förhållanden. Vid diskussion om kostnadsfördelning, utgår huvudmännen från den skrivelse som återfinns i JämtBus[7]. Kostnadsfördelning sker således mellan berörda aktörer i varje enskilt fall och utgår från huvudmännens ansvar enligt gällande lagstiftning.

2.2 Samordning och ansvarsfördelning mellan kommunernas socialtjänst och Region Jämtland Härjedalen

2.2.1 Inledning

Det är av stor vikt att socialtjänst och hälso- och sjukvård har ett nära samarbete inför och under en placering i syfte att ett barn eller en ungdom ska få sina hälsobehov tillgodosedda både under och efter placeringen. Barn och ungdomar med sammansatt problematik kan ibland behöva stödinsatser i form

[7] http://www.regionjh.se/samverkan

av annat boende än det egna för stadigvarande boende eller för en längre eller kortare vistelse kombinerat med hälso- och sjukvårdsinsatser.

Placering i familjehem
Placeringskommunen är den kommun, vars *socialtjänst placerar barnet i familjehem*. En kommun behåller ansvaret för stöd och hjälp (enligt socialtjänstlagen och LSS) som enskild kan behöva när han eller hon till följd av beslut av kommunen vistas i en annan kommun, t.ex. i ett familjehem.[8] När ett barn eller en ungdom placeras i ett familjehem kommer barnet i normalfallet att *folkbokföras i den kommun där familjehemmet är beläget*. I det fall barnet folkbokförs i annat landsting/region övergår ansvaret för hälso- och sjukvårdsinsatser till det nya landstinget/regionen.

Placering i HVB-hem
Placeringskommunen är den kommun, vars *socialtjänst placerar barnet i HVB-hem.* I det fall barnet placeras i HVB-hem kvarstår i regel folkbokföringen i *placeringskommunen* och ansvaret för hälso- och sjukvården ligger således kvar hos Region Jämtland Härjedalen. Hälso- och sjukvården ska inför placering i HVB bedöma om personens behov av hälso- och sjukvård ska tillgodoses genom insatser från patientens ordinarie behandlare, inom den ordinarie hälso- och sjukvård som erbjuds på den ort där boendet finns eller inom ramen för den hälso- och sjukvård som erbjuds inom boendet.

De grundläggande bestämmelserna om HVB finns inom socialtjänstlagstiftningen och till den delen är HVB-hemmet normalt sett inte ”vårdgivare”. Det förekommer dock att HVB-hem har legitimerad personal som utför arbetsuppgifter utifrån deras formella kompetens – detta är således hälso- och sjukvård och aktualiserar då det regelverk som styr denna, bl.a. hälso- och sjukvårdslagen (HSL), patientsäkerhetslagen (PSL), patientdatalagen (PDL) och patientlagen (PL). Detta innebär att HVB-verksamheten är att anse som en vårdgivare. Ett annat alternativ är att HVB-hem anlitar t.ex. läkare, psykolog eller sjuksköterska på konsultbasis. Dessa utför då hälso- och sjukvårdsinsatser utifrån sitt eget ansvar som legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, ovan nämnda lagstiftning gäller då även för dessa till verksamheten knutna konsulter.[9]

2.2.2 Ansvarsfördelning mellan kommun och region

Placeringskommunens (socialtjänstens) ansvar vid placering enl. SoL och LVU utanför det egna hemmet	*Region Jämtland Härjedalens* ansvar vid placering enl. SoL och LVU utanför det egna hemmet

Sociala insatser enligt Socialtjänstlagen (SoL)
• Utreda vilket behov av insatser den enskilde har enligt socialtjänstlagen eller LVU, ex:
  ○ Placering i familjehem eller HVB-hem
  ○ Boende
  ○ Stödsamtal
• Om den enskilde bedöms ha behov av sociala insatser ansvarar och bekostar kommunen dessa (ex. stödinsatser pga missbruk, socialt utåtagerande beteende etc.).
• Samråda med regionen om behovet av hälso- och sjukvårdsinsatser under placeringen (så snart behovet uppmärksammas).
• Vid behov rådgöra med regionen om lämplig placering (ex. lämpligt HVB-hem).
	Hälso- och sjukvårdsinsatser enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL)
	• Rådgivning/konsultation till personal inom kommunen.
	• Samråda med kommunernas socialtjänst om behovet av hälso- och sjukvårdsinsatser under insatser.
	• Bedöma vilket behov av insatser den enskilde har enligt HSL, ex:
	  ○ Bedömning
	  ○ Utredning (ex. psykologutredning)
	  ○ Diagnostik
	  ○ Behandling (ex. ex. KBT, EMDR, DBT etc.)
	  ○ Rehabilitering
	• Om den enskilde efter den medicinska bedömningen anses behöva hälso- och

[8] Socialstyrelsen och Skolverket 2013. Placerade barns skolgång och hälsa-ett gemensamt ansvar. Tryck Edita Västra Aros. Artikel 3013-1-2. Finns att beställa genom Socialstyrelsens respektive Skolverkets hemsida.
[9] Socialstyrelsen 2013. Barn och unga i familjehem och HVB-Handbok om socialtjänstens ansvar och uppgifter. . Tryck Edita Västra Aros. Artikel 2013-1-1. Finns att beställa genom Socialstyrelsens hemsida.

○ I det fall barnet/den unge vid placering i externt HVB-hem har behov av omfattande medicinska insatser i vardagen, ex. kring medicinering eller dylikt ska socialtjänsten verka för att i samråd med regionen, upphandla ett HVB-hem som har den kompetens som efterfrågas av regionen. • Upprätta vårdplan/genomförandeplan • Vid behov av insatser från både socialtjänsten och regionen, initiera SIP. • Verka för att verksamheterna samverkar under placeringstiden (för mer information se *Riktlinje för samarbete i samband med placering i familjehem eller Hem för vård eller boende (HVB) 0-20 år*). • Följa upp insatsen enligt bestämmelserna i socialtjänstlagen. • Underrätta Hälso- och sjukvården om att barnet/den unge ska erbjudas en hälsoundersökning inför placeringen (för mer information se *avsnitt 3*)	sjukvårdsinsatser under placeringen ansvarar för och bekostar regionen dessa. ○ Hälso- och sjukvården (ex. BUP) ska bedöma om personens behov av hälso- och sjukvård ska tillgodoses: ○ genom insatser från patientens ordinarie behandlare. ○ inom den ordinarie hälso- och sjukvård som erbjuds på den ort där boendet finns. ○ inom ramen för den hälso- och sjukvård som erbjuds på ev. HVB. • Vid behov lämna råd till kommunen om lämplig placering (ex. lämpligt HVB-hem). ○ Regionen avgör om ett HVB-hem har rätt kompetens att tillgodose barnets/den unges behov av medicinska insatser. ○ I det fall barnet/den unge vid placering i externt HVB-hem har behov av omfattande medicinska insatser i vardagen, ex. kring medicinering eller dylikt ska regionen verka för att socialtjänsten upphandlar ett HVB-hem som har den kompetens som efterfrågas av regionen. • Upprätta vårdplan. • Vid behov av insatser från både socialtjänsten och regionen, initiera SIP. • Verka för att verksamheterna samverkar under placeringstiden (för mer information se *Riktlinje för samarbete i samband med placering i familjehem eller Hem för vård eller boende (HVB) 0-20 år)*. • Följa upp de hälso- och sjukvårdsinsatser som ges inom ramen för placeringen. • Erbjuda hälsoundersökning inför placeringen (för mer information se *avsnitt 3*).

2.2.3 SIP

En placering ska, om den enskilde så önskar, alltid föregås av en SIP där det tydligt framgår både socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens bedömning.

2.2.4 Kostnadsfördelning och ansvarsförbindelse

Diskussioner om ansvar och kostnader bör, så långt det är möjligt, ske innan en placering ägt rum. Som stöd i diskussionerna ska huvudmännen specificera vilka insatser som bedöms vara av social karaktär och vilka som bedöms vara av medicinsk karaktär (bilaga 1). Den information som har framkommit i SIP kan utgöra ett bra stöd. Om ett barn eller en ungdom under placering i HVB-hem har behov av insatser som faller inom hälso- och sjukvårdens ansvar ska, som tidigare beskrivits, hälso- och sjukvården bedöma om barnet/den unge ska remitteras till det landsting där HVB-hemmet är beläget eller om hälso- och sjukvårdsinsatserna ska ges vid aktuellt HVB-hem. I det fall hälso- och sjukvårdsinsatserna ska ges vid aktuellt HVB-hem, ska kommunen och regionen göra en överenskommelse om att fördela kostnaderna för placeringen mellan sig. Fördelningen av kostnaden görs utifrån en gemensam bedömning avseende vad och hur stor del som utgör regionens ansvar respektive kommunens ansvar.

Principen är att frågor om kostnadsfördelning ska diskuteras på chefsnivå. Varje verksamhet bör således säkerställa att en person i chefsled ansvarar för att i förekommande fall diskutera kostnadsfördelning mellan huvudmännen.

- Överenskommelse om kostnader vid HVB-hemsplacering ska dokumenteras i en ansvarsförbindelse mellan kommunen och regionen (bilaga 2).
- Kostnaden ska preciseras i det enskilda fallet.
- Kommunen och regionen upprättar avtal med HVB var för sig. HVB fakturerar parterna separat och enligt upprättade avtal.
- Behov av placering ska fullföljas utan dröjsmål även om kostnadsansvaret är oklart.
- I det fall en SIP inte hinner komma till stånd innan en placering skett ska en sådan genomföras senast inom en vecka efter placering
- Ingen av parterna får avvisa deltagande i SIP och kostnadsansvar med motivering att placering redan ägt rum.
- Vid akutplacering ska kostnadsfördelningen vara klarlagd senast 10 arbetsdagar efter beslut om placering.
- HVB-hemmet ska i sin dokumentation tydliggöra vilken information som avser sociala- respektive medicinska insatser.

2.3 Samordning och ansvarsfördelning mellan kommunernas socialtjänst och förskola/skola

2.3.1 Inledning

Det är av stor vikt att socialtjänst och skola har ett nära samarbete inför och under en placering för att möjliggöra att ett barn eller en ungdom ska kunna tillgodogöra sig en god skolgång. Barn eller ungdomar som placeras kan ha behov av olika former av stöd, det kan vara stöd i form av ”särskilt stöd enligt skollagen” samtidigt som ”stöd och hjälp enligt socialtjänstlagen” ges. Insatser enligt socialtjänstlagen anknyter till ett socialt behov, som inte har koppling till undervisningssituationen, medan insatser enligt skollagen utgår ifrån pedagogiska bedömningar.

Placering i familjehem
Placeringskommunen är den kommun, vars socialtjänst placerar ett barn eller en ungdom i familjehem. När ett barn eller en ungdom placeras i ett familjehem kommer barnet i normalfallet att folkbokföras i den kommun där familjehemmet är beläget. *Av reglerna i SoL följer att den kommun som fattat beslut om familjehemsplaceringen behåller ansvaret för allt stöd och all hjälp som ges enligt dessa lagar. Den nya folkbokföringskommunen kommer dock att bli hemkommun i skollagens mening* (29 kap. 6 § skollagen), detta medför således ett skifte av ansvarig hemkommun och som huvudregel också en ändring av skolhuvudman. I det fall barnet placeras i den egna kommunen är placeringskommun och hemkommun densamma.

Placering i HVB-hem
Placeringskommunen är den kommun, vars socialtjänst placerar ett barn eller en ungdom i HVB-hem. I det fall ett barn eller en ungdom placeras i HVB-hem eller ett sådant hem som avses i 12 § LVU (särskilt ungdomshem) *kvarstår i regel folkbokföringen i placeringskommunen och ansvaret för både stöd och hjälp enligt socialtjänstlagen samt hemkommunens ansvar för att se till att barnet får skolgång*, (skolpliktsbevakningsansvar enligt 7 kap. skollagen i de obligatoriska skolformerna och betalningsansvar) *ligger således kvar i folkbokföringskommunen*.

Sedan den 1 juli 2015 gäller att elever som placeras på HVB har rätt att bli mottagen på en grund- eller grundsärskola i vistelsekommunen, dvs. i den kommun där hemmet är beläget (10 kap. 25 § och 11 kap.

25 § skollagen). Det innebär att en elev som är placerad på HVB får sin utbildning av en annan kommunal skolhuvudman än hemkommunen.

Av bestämmelserna om interkommunal ersättning i 10 kap. 34 § första stycket och 11 kap. 33 § första stycket skollagen framgår att en kommun, som i sin grundskola eller grundsärskola har en elev från en annan kommun, ska ersättas för sina kostnader för elevens utbildning av elevens hemkommun om elevens skolgång i kommunen grundar sig på bl.a. 10 kap. 25 § respektive 11 kap. 25 § skollagen. Det betyder att den mottagande kommunens faktiska kostnader för eleven ska ersättas om en elev tas emot med stöd av de angivna paragraferna, vilket inkluderar eventuella kostnader för särskilt stöd. När det gäller gymnasieskolan finns en motsvarande rätt för elever som placerats på HVB att bli mottagna på ett gymnasieprogram i den kommun där de vistas. I skollagen finns bestämmelser om interkommunala ersättning för nationella program och introduktionsprogram. Av bestämmelserna om interkommunal ersättning i t.ex. 16 kap. 50 § skollagen följer att den mottagande kommunen ska ersättas av hemkommunen för sina kostnader för elevens utbildning. Om inte den anordnande huvudmannen och elevens hemkommun kommer överens om annat, ska den interkommunala ersättningen motsvara anordnarens självkostnad enligt 16 kap. 51 § skollagen. Elevens hemkommun, folkbokföringskommunen, har även i dessa fall ett kostnadsansvar för elevens skolgång[10].

Det är viktigt att socialtjänsten, om en placering i HVB-hem innebär att eleven byter skola, snarast informerar ansvarig skolhuvudman (inklusive Jämtlands Gymnasieförbund) om placeringen. Vid frivillig placering kräver informationsutlämnandet samtycke från barnets vårdnadshavare. Det är vidare viktigt att skolhuvudmannen blir informerad om att placerad elev övergår från grundskola till gymnasieskola, detta för att elevens skolgång ska komma igång snarast möjligt.

2.3.2 Särskilt stöd i skolan och förskolan

Ibland kan en elev vara i behov individinriktade stödinsatser, d.v.s. extra anpassningar eller särskilt stöd.[11] Det särskilda stödet kan t.ex. vara särskild undervisningsgrupp, enskild undervisning eller anpassad studiegång. Ett annat vanligt sätt att ordna särskilt stöd är en extra lärarresurs i klassen eller en elevassistent. Bestämmelserna om särskilt stöd gäller för elever i alla skolformer samt för fritidshemmen. Olika svårigheter kan göra att elever har behov särskilt stöd för att klara kunskapskraven i skolan, exempelvis funktionsnedsättning, psykosocial problematik, psykisk ohälsa, svårigheter i det sociala samspelet, koncentrationssvårigheter samt upprepad eller långvarig frånvaro. När rektorn har fått information om att en elev kan vara i behov av särskilt stöd ska denne inleda en utredning skyndsamt. Samråd ska ske med elevhälsan om det inte är uppenbart obehövligt. När det gäller barn med psykiska funktionsnedsättningar kan det ofta vara nödvändigt att samarbete sker även med andra verksamheter, som socialtjänsten, LSS, barn- och ungdomspsykiatrin och barn- och ungdomshabiliteringen. Om utredningen leder fram till att eleven har behov av särskilt stöd ska ett åtgärdsprogram upprättas. De särskilda stödinsatserna ska dokumenteras i ett åtgärdsprogram.

En viktig princip som gäller i förskolan är att barns behov av särskilt stöd i första hand ska tillgodoses i den ordinarie verksamheten. För vissa barn kan det dock vara nödvändigt med särskilda stödinsatser som komplement. Stödet kan ges som personalförstärkning, antingen till barngruppen generellt eller till det enskilda barnet, eller i form av konsultation och handledning till personalen.

Alla elever och barn har samma rätt till stöd i förskola eller skola oavsett vilken kommun de kommer ifrån. Enligt skollagen är det den skolhuvudman där den unge går i skola eller förskola som ska se till att de stödåtgärder som den unge behöver enligt skollagstiftningen kommer till stånd (se bl.a. 3 kap. 4a-12 §§ och 8 kap. 9 § skollagen). Kostnader för sådana stödåtgärder ska normalt hemkommunen (folkbokföringskommunen) stå för. I förarbetena till tidigare lagstiftning har det uttalats att socialtjänstens ansvar kan omfatta särskilda stödinsatser, såsom förstärkningsresurser i skolan. Av 2

[10] SKL cirkulär 16:2
[11] För mer information, se: https://www.skolverket.se/skolutveckling/larande/sarskilt-stod-1.243296

kap. 1 § SoL framgår det dock att socialtjänstens ansvar inte innebär någon inskränkning i det ansvar som andra huvudmän har. [12]

2.3.3 Gränsdragningen mellan socialt/psykologiskt och pedagogiskt stöd i skolan

Gränsdragningen mellan vad som är sociala insatser som placeringskommunen ansvarar för och vad som är pedagogiskt och annat stöd som skolhuvudmannen ansvarar för kan ibland vara svår att dra och närmare reglering saknas. I vissa fall konstateras att barnets eller den unges behov av hjälp under skoldagen består såväl av sådana insatser som socialtjänsten ansvarar för och för sådant särskilt stöd som skolhuvudmannen ansvarar för, det gemensamma ansvaret kan då lösas genom en gemensamt finansierad resurs.

Tydliggörande angående gränsdragningen mellan socialt/psykologiskt och pedagogiskt stöd i skolan går att hämta i RÅ 1994 ref 25 (åtgärder som omfattas av skollagens bestämmelser kan inte ses som en socialtjänstinsats) samt i RÅ 1990 ref 117 (gränsdragningen mellan socialtjänstens ansvar och skolans ansvar). [13]

2.3.4 Ansvarsfördelning mellan placeringskommun och hemkommun

Placeringskommunens ansvar vid placering av barn eller ungdom enl. SoL och LVU utanför det egna hemmet	*Hemkommunens* ansvar vid placering av barn eller ungdom enl. SoL och LVU utanför det egna hemmet

Insatser enligt LSS samt stöd och hjälp enligt socialtjänstlagen 2 a kap. 4 § SoL.
• Utreda vilket behov av insatser den enskilde har enligt socialtjänstlagen, LVU eller LSS, ex:
  ○ Placering i familjehem eller HVB-hem
• Behovsprövade socialtjänstinsatser under placeringstiden, såsom kontaktperson/kontaktfamilj
• Utreda barnets behov av insatser i skolan som omfattas av socialtjänstlagens bestämmelser.
• Bekosta extra insatser i skolan som åligger placeringskommunen enligt socialtjänstlagen, dvs. insatser som kan behövas av *sociala och psykologiska skäl som inte behövs i undervisningssituation eller skolmiljö, exempelvis:*
  ○ *Resurs i skolan som syftar till att utgöra ett ”hjälpmedel” för barnet att klara av sociala situationer/att kunna fungera överhuvudtaget, dvs. hjälpmedel som eleven inte enbart behöver i undervisningssituation eller i skolmiljön.*
  ○ *Ett tydligt exempel på sådant som hör till socialtjänstens insatser är t.ex en resurs som hjälper till med personlig hygien, rörelsehjälp, matning eller kommunikation, dvs. behov av hjälp som eleven inte bara har i skolan, utan även i andra delar av livet.*
	Insatser enligt skollagens bestämmelser.
	• Erbjuda förskola, förskoleklass, grundskola, grundsärskola, fritidshem, gymnasieskola och gymnasiesärskola.
	• Kostnadsansvar för skolgång/förskola.
	
	• Utreda barnet/ungdomens behov av särskilt stöd enligt skollagens bestämmelser.
	• Ge stöd som kan motiveras av *pedagogiska skäl, exempelvis:*
	  ○ *Speciallärare*
	  ○ *Resurs i skolan som syftar till att möjliggöra deltagande i undervisningen.*
	• Tillhandahålla placeringskommunen underlag för att denne ska kunna utreda om någon del av barnets behov av särskilt stöd i skolan är av sociala och psykologiska skäl som inte har direkt koppling till undervisningssituationen eller skolmiljön.
	  ○ Utredning (inkl. social kartläggning)
	  ○ Åtgärdsprogram

[12] SKL cirkulär 13:44
[13] Socialstyrelsen och Skolverket 2013. Placerade barns skolgång och hälsa-ett gemensamt ansvar. Tryck Edita Västra Aros. Artikel 3013-1-2. Finns att beställa genom Socialstyrelsens respektive Skolverkets hemsida.

2.3.5 Kostnadsfördelning och ansvarsförbindelse

Principen är att frågor om kostnadsfördelning ska diskuteras på chefsnivå. Varje verksamhet bör således säkerställa att en person i chefsled ansvarar för att i förekommande fall diskutera kostnadsfördelning mellan huvudmännen.

En diskussion mellan socialtjänst och förskola eller skola rörande ansvar för stödinsatser som inte faller inom skolans ansvar enligt skollagen ska så långt det är möjligt, ske innan en placering. Ansvarsfördelningen följer det ansvar skola respektive socialtjänst har för pedagogiska respektive sociala/psykologiska insatser som faller utanför de insatser som är att betrakta som särskilt stöd enligt skollagen. I det fall verksamheterna kommer överens om att socialtjänsten ska bekosta insats, ska verksamheterna göra en överenskommelse avseende kostnadsfördelningen.

- Överenskommelsen ska dokumenteras i en ansvarsförbindelse mellan verksamheterna (bilaga 2).
- Kostnaden ska preciseras i det enskilda fallet.

2.4 Avvikelserapportering

Vid svårigheter att komma överens eller när man uppfattar att det sker avvikelser från det man kommit överens om, ska detta tas upp med närmaste chef hos respektive huvudman. När avvikelsen rör annan verksamhet ska gemensamt samråd ske. Lokal samverkansgrupp föreslås hantera problem och avvikelser gemensamt eller vid behov ta upp dem på den nivå som har mandat och behörighet att besluta om lösningar/åtgärder.

3. HÄLSOUNDERSÖKNING INFÖR PLACERING

3.1 Bakgrund

Rätten till bästa möjliga fysiska och psykiska hälsa är en av de grundläggande rättigheterna i FN:s konvention om barnets rättigheter. Under senare år har det framkommit i forskning och i uppföljningar att hälsoproblem av såväl fysisk som psykisk karaktär är överrepresenterade hos barn som placeras i familjehem och i hem för vård eller boende (HVB). Bristande tandhälsa har särskilt uppmärksammats.

Från den 1 januari 2013 finns det förtydligat i socialtjänstlagen (SoL) att socialnämnden ska verka för att placerade barn får den hälso- och sjukvård som de behöver och att nämnden särskilt ska följa upp barnets hälsa under placeringen. Ett barn som placeras utom hemmet har samma rätt till hälso- och sjukvård som andra barn och för att deras behov ska kunna tillgodoses behöver en heltäckande hälsoundersökning göras i samband med placeringen. För en komplett bild av barnets hälsa och eventuella behov av insatser krävs att också tandhälsan dokumenteras.

Personal inom hälso- och sjukvården och tandvården är skyldiga att lämna uppgifter till socialtjänsten i samband med pågående barnavårdsutredning, enligt 14 kap. 1 § SoL. Detta kan göras utan samtycke från vårdnadshavaren. Samverkan kring hälsoundersökningar och planering och uppföljning av socialtjänstens insatser kring den enskilde, sker huvudsakligen genom samtycke från vårdnadshavare och/eller den unge. Undantag är när barn eller unga omhändertas enligt 2 § LVU (Lag med särskilda bestämmelser om vård av unga SFS 1990:52).

3.2 Barns behov i centrum (BBIC)

Inom ramen för BBIC finns flera dokument, för konsultation och utlåtande, som används av socialsekreterare i kontakten med hälso- och sjukvård eller tandvård. Dessa dokument finns på: http://www.regionjh.se/samverkankommunregion/barnochunga.

En hälsoundersökning görs enligt anvisningarna i BBIC om oro finns för barnets hälsa, om uppgifter saknas eller om barnet ska placeras. Denna överenskommelse rör i första hand samverkan när barnet ska placeras utanför hemmet. Både hälso- och sjukvården och socialtjänsten har dock ett långtgående ansvar för att *alla* barn ska få sina behov av hälso- och sjukvård tillgodosedda och verksamheterna bör verka för att BBICs stöddokument efterlevs i sin helhet. Ett behov av hälsoundersökning kan således identifieras vid flera tillfällen än vid en placering, exempelvis inom ramen för en utredning eller under en pågående öppenvårdsinsats.

3.3 Målgrupp

Överenskommelsen avser barn som placeras i familjehem, i HVB eller i särskilda ungdomshem. För hälsoundersökning av ensamkommande flyktingbarn i samband med ankomst till en kommun finns särskild överenskommelse. För läkarundersökning av barn som misstänks vara utsatta för misshandel eller övergrepp finns särskild rutin.

3.4 Hälsoundersökning

Socialnämnden (eller motsvarande) i länets kommuner ska enligt 3 a § SoL, om det inte är obehövligt, underrätta Region Jämtland Härjedalen om att ett barn eller en ung person i åldern 18-20 år, i anslutning till att vård utanför det egna hemmet inleds, ska erbjudas en hälsoundersökning. Region Jämtland Härjedalen ska enligt lag (2017:209) om hälsoundersökning av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet, erbjuda en sådan hälsoundersökning.

Denna överenskommelse innebär att socialtjänsten, vid behov av hälsoundersökning för barnet/den unge, ska kontakta den hälsocentral där barnet är listat. Den hälsocentral som har kontaktats ansvarar för att hälsoundersökningen genomförs på lämplig hälsocentral inom Region Jämtland Härjedalen (fortsatt benämnt Region Jämtland Härjedalen alternativt regionen). Distriktsläkare avgör om undersökningen av något skäl istället ska genomföras på barn- och ungdomskliniken. Om så är fallet kontaktas barn- och ungdomskliniken av distriktsläkaren. För bedömning av tandhälsa kontaktas aktuell tandvårdsklinik. Samtycke krävs från vårdnadshavare/den unge (om den unge är över 15 år) vid placering enligt socialtjänstlagen. Hälsoundersökningen genomförs med stöd av de anvisningar som finns inom Barns behov i Centrum (BBIC). Av prop. 2016/17:59 och lagtexten framgår av föreskrifter om hälsoundersökningar kommer att publiceras av Socialstyrelsen, dessa föreskrifter ska följas av parterna. Ingen kostnad ska tas ut i samband med hälsoundersökningen.

Rutin för samverkan kring hälsoundersökning återfinns i *Riktlinje för samarbete vid placering i familjehem eller Hem för vård eller boende (HVB).*

Bilaga 1

SPECIFICERINGSUNDERLAG

VID DISKUSSION OM ANSVARS-OCH KOSTNADSFÖRDELNING UNDER PLACERING AV BARN ELLER UNGDOM I HEM FÖR VÅRD ELLER BOENDE (HVB)

SOCIALTJÄNSTENS SPECIFICERING AV SOCIALA INSATSER

Kommunerna i Jämtlands län och *Region Jämtland Härjedalen* har överenskommit vad som är respektive huvudmans ansvar vid placering av barn och unga i Hem för vård eller boende (HVB) (För mer information se *Länsövergripande överenskommelse om samarbete vid placering i boende utanför det egna hemmet).* Som stöd i diskussionen kring ansvars-/kostnadsfördelning bör huvudmännen specificera vilka insatser respektive huvudman ansvarar för (upprättad SIP kan utgöra ett bra stöd) samt göra en gemensam bedömning av ansvarsfördelningen.

1. Socialtjänsten och Hälso- och sjukvården specificerar vilka insatser som ligger inom respektive huvudmans uppdrag.
2. Socialtjänsten och Hälso- och sjukvården bedömer gemensamt hur stor andel av placeringen som utgör sociala insatser och hur stor del som utgör medicinska insatser.

Kontaktuppgifter till kommunen/regionen

Kommun/adress	Kontaktperson	Telefonnummer
Region Jämtland Härjedalen/adress	Kontaktperson	Telefonnummer

Barnet/den unge

Barnet/den unges förnamn och ålder
Barnet/den unges vårdbehov (allmänt kända förhållanden)

Barnets/den unges behov av sociala insatser under placeringen

Behov	Mer information (ex. hur ska insatserna ges, motivering)
☐ Boende/sysselsättning	
☐ Daglig omvårdnad	
☐ Stödsamtal	
☐ Övrigt	

Underskrift

För Socialnämnden Namn och datum

Denna del av specificeringsunderlaget förvaras hos kommunens socialtjänst.

Bilaga 1

SPECIFICERINGSUNDERLAG

VID DISKUSSION OM ANSVARS-OCH KOSTNADSFÖRDELNING UNDER PLACERING AV BARN ELLER UNGDOM I HEM FÖR VÅRD ELLER BOENDE (HVB)

HÄLSO- OCH SJUKVÅRDENS SPECIFICERING AV MEDICINSKA INSATSER

Kommunerna i Jämtlands län och *Region Jämtland Härjedalen* har överenskommit vad som är respektive huvudmans ansvar vid placering av barn och unga i Hem för vård eller boende (HVB) (För mer information se *Länsövergripande överenskommelse om samarbete vid placering i boende utanför det egna hemmet)*. Som stöd i diskussionen kring ansvars-/kostnadsfördelning bör huvudmännen specificera vilka insatser respektive huvudman ansvarar för (upprättad SIP kan utgöra ett bra stöd) samt göra en gemensam bedömning av ansvarsfördelningen.

1. Socialtjänsten och Hälso- och sjukvården specificerar vilka insatser som ligger inom respektive huvudmans uppdrag.
2. Socialtjänsten och Hälso- och sjukvården bedömer gemensamt hur stor andel av placeringen som utgör sociala insatser och hur stor del som utgör medicinska insatser.

Kontaktuppgifter till kommunen/regionen

Kommun/adress	Kontaktperson	Telefonnummer
Region Jämtland Härjedalen/adress	Kontaktperson	Telefonnummer

Barnet/den unge

Barnets förnamn och ålder
Barnets vård-/behandlingsbehov (allmänt kända förhållanden)

Barnets/den unges behov av hälso- och sjukvårdsinsatser under placeringen

Behov	Mer information (ex. hur ska insatserna ges, motivering)
☐ Bedömning	
☐ Utredning	
☐ Diagnostik	
☐ Behandling	
☐ Rehabilitering	
☐ Övrigt	

Underskrift

För Region Jämtland Härjedalen Namn och datum

Denna del av specificeringsunderlaget förvaras hos hälso- och sjukvården

SPECIFICERINGSUNDERLAG

VID DISKUSSION OM ANSVARS-OCH KOSTNADSFÖRDELNING UNDER PLACERING AV BARN ELLER UNGDOM I HEM FÖR VÅRD ELLER BOENDE (HVB)

GEMENSAM BEDÖMNING AV ANSVARS-/KOSTNADSFÖRDELNING

Nedan anges hur stor del av placeringen som bedöms bestå av sociala insatser och hur stor del som bedöms bestå av medicinska insatser. Bedömningen grundar sig på respektive parts specificering av de insatser som faller inom verksamhetens uppdrag.

I det fall Hälso- och sjukvården ska bekosta hälso- och sjukvård på aktuellt HVB-hem ska en separat ansvarsförbindelse upprättas.

Placeringsform	
Andel av placeringen som bedöms bestå av sociala insatser (%)	Andel av placeringen som bedöms bestå av medicinska insatser (%)

Kommentar

Ex. eventuell avvikande åsikt.

Underskrift

För kommunen Namn och datum	För Region Jämtland Härjedalen Namn och datum

Denna del av specificeringsunderlaget upprättas i två likalydande exemplar, varav parterna erhåller varsitt.

Bilaga 2

ANSVARSFÖRBINDELSE OM KOSTNADSFÖRDELNING MELLAN SOCIALTJÄNST OCH REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Ansvarsförbindelse om kostnadsfördelning avseende sociala- och medicinska insatser vid placering utanför det egna hemmet i hem för vård eller boende (HVB) enligt SoL och LVU.

Kommunen betalar för de sociala insatserna och Region Jämtland Härjedalen betalar för de medicinska insatserna. Kommunen och Region Jämtland Härjedalen upprättar avtal med HVB var för sig. HVB fakturerar parterna separat och enligt upprättade avtal.

Överenskommelse mellan

Kommun	Kontaktperson	Telefonnummer
Region Jämtland Härjedalen	Kontaktperson	Telefonnummer

Verksamhet

Enhetens namn	Adress	Telefonnummer

Kostnader

Vårddygnskostnad totalt enligt avtal	
varav andel som avser sociala insatser (%)	varav andel som avser medicinska insatser (%)
Kostnadsfördelning på annat sätt än genom vårddygnskostnad	

Giltighetstid

Ansvarsförbindelsen gäller under tiden

Datum för uppföljning

Person som placerats

Namn	Personnummer

Överenskommelse om kostnadsfördelning

Kommunens kostnad	Region Jämtland Härjedalens kostnad

Underskrifter

Datum	För Socialnämnden	För Region Jämtland Härjedalen

Denna ansvarsförbindelse upprättas i två likalydande exemplar, varav parterna erhåller varsitt.

Bilaga 3

ANSVARSFÖRBINDELSE OM KOSTNADSFÖRDELNING MELLAN SOCIALTJÄNST OCH SKOLA

Ansvarsförbindelse om kostnadsfördelning för pedagogiska och sociala/psykologiska insatser i skola vid vård i familjehem.

Placeringskommunen betalar för de sociala/psykologiska insatserna och folkbokföringskommunen/hemkommunen betalar för de pedagogiska insatserna i skolan.

Överenskommelse mellan

Placeringskommun	Kontaktperson	Telefonnummer
Folkbokföringskommun/hemkommun	Kontaktperson	Telefonnummer

Skola

Skola namn	Adress	Telefonnummer

Kostnader

Total kostnad för särskilt stöd	
varav andel som avser sociala/psykologiska insatser (%)	varav andel som avser pedagogiska insatser (%)

Giltighetstid

Ansvarsförbindelsen gäller under tiden

Datum för uppföljning

Person som placerats

Namn	Personnummer

Överenskommelse om kostnadsfördelning

Placeringskommunens kostnad	Hemkommunens/folkbokföringskommunens kostnad

Underskrifter

Datum	För Socialnämnden	För Barn- och utbildningsnämnden

Denna ansvarsförbindelse upprättas i två likalydande exemplar, varav parterna erhåller varsitt.

Länsövergripande överenskommelse om samarbete vid placering i boende utanför det egna hemmet

Överenskommelsen avser barn och unga som placeras utanför det egna hemmet med stöd av socialtjänstlagen (2001:453) (SoL) eller lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU). Överenskommelsen gäller socialtjänst, förskola, skola, elevhälsa samt hälso- och sjukvården (inkl, barnhälsovården och Barn- och ungdomspsykiatrin, BuP) i Jämtlands län och syftar till att stärka samarbetet mellan verksamheterna vid placering av barn och unga i familjehem eller hem för vård eller boende (HVB). Överenskommelsen bygger aktuell lagstiftning samt på riktlinjer i Skolverkets och Socialstyrelsens vägledning ”Placerade barns skolgång och hälsa – ett gemensamt ansvar”. Överenskommelsens form och innehåll följer till stora delar JämtBus – länsövergripande överenskommelse avseende samverkan kring barn och unga i behov av särskilt stöd.

15 april 2017 infördes nya bestämmelser i 5 kap. 1 d § socialtjänstlagen (SoL) (2001:453) samt 16 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen (HSL) (2017:30) om att kommun och landsting ska ingå överenskommelse om samarbete avseende barn som vårdas utanför det egna hemmet. Enligt 11 kap. 3a § SoL ska Socialnämnden, om det inte är obehövligt, underrätta Region Jämtland Härjedalen om att ett barn eller en ung person i åldern 18-20 år, i anslutning till att vård utanför det egna hemmet inleds, ska erbjudas en sådan hälsoundersökning som avses i lagen (2017:209) om hälsoundersökning av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet. Lag (2017:209) om hälsoundersökning av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet reglerar Region Jämtland Härjedalens skyldighet att erbjuda ett barn eller ung person 18-20 år en hälsoundersökning.

Överenskommelsen samt tillhörande riktlinjer ersätter ”*Regional samverkan vid familjehemsplacering – för socialtjänst, skola, elevhälsa och hälso- och sjukvård*”, maj 2013 samt *”Länsövergripande överenskommelse om hälsoundersökning inför placering i familjehem eller Hem för vård eller boende*”, december 2013. Information från dessa dokument har infogats i denna överenskommelse samt i tillhörande riktlinjer. Varje verksamhet ansvarar för att informera sin personal om innehållet i överenskommelsen och vid behov genomföra utbildningsinsatser för personal som berörs.

Parter för samverkan är: Region Jämtland Härjedalen, Bergs kommun, Bräcke kommun, Härjedalens kommun, Krokoms kommun, Ragunda kommun, Strömsunds kommun, Åre kommun, Östersunds kommun samt Jämtlands gymnasieförbund.

Barnarenan beslutade 2018-02-02 att rekommendera Jämtlands läns kommuner och Region Jämtland Härjedalen att anta överenskommelsen samt tillhörande riktlinjer.

För Region Jämtland Härjedalen

Datum: .....

Befattning: .....

Underskrift

.....

Namnförtydligande

Datum: .....

Befattning: .....

Underskrift

.....

Namnförtydligande

15

Svar på granskning av hantering och kontroll av regionvårdsfakturor

RS/2705/2017

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Tjänsteskrivelse
Regionstyrelsen

2018-03-12

Hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen
Ingela Jönsson
Tfn: 063-14 77 62
E-post: ingela.jonsson@regionjh.se

RS/2705/2017

Svar på granskning av hantering och kontroll av regionvårdsfakturor

Ärendebeskrivning

Revisorerna har genomfört en granskning av fakturerad högspecialiserad regionsjukvård vi Norrlandstingens universitetssjukhus (NUS).

Revisorerna anser att regionstyrelsen inte har säkerställt att hantering och kontroll av regionvårdsfakturor hanteras på ett tillfredställande sätt.

Regionstyrelsen noterar de iakttagelser och rekommendationer som revisorerna framför och konstaterar att dessa kommer mycket lämpligt eftersom hela arbetssättet med riks- och regionvårdsfakturor är på gång att arbetas om eftersom elektronisk handel ska införas nationellt inom detta område. Revisorernas synpunkter kommer då att beaktas när nytt arbetssätt ska skapas.

Några av revisorernas synpunkter har redan tidigare lyfts i samarbetet inom Norrlandstingens regionförbund, och ytterligare frågor kommer nu med anledning av revisorernas påpekanden att framföras för gemensam diskussion om åtgärder.

Regiondirektörens förslag

1. Upprättat förslag till svar på Granskning av hantering och kontroll av regionvårdsfakturor antas.

2. Paragrafen förklaras omedelbart justerad.

I tjänsten
Hans Svensson
Regiondirektör

Ingela Jönsosn
Tf ekonomidirektör

Utdrag till

Norrlandstingens Regionförbund
Revisorerna
Chef för ekonomi- och löneservice

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen 2018-03-12 RS/2705/2017
Ingela Jönsson
Tfn: 063-14 77 62
E-post:

Svar på granskning av hantering och kontroll av regionvårdsfakturor

Revisorerna har genomfört en granskning av fakturerad högspecialiserad regionsjukvård vi Norrlandstingens universitetssjukhus (NUS).

Revisorerna anser att regionstyrelsen inte har säkerställt att hantering och kontroll av regionvårdsfakturor hanteras på ett tillfredställande sätt.

Regionstyrelsen noterar de iakttagelser och rekommendationer som revisorerna framför och konstaterar att dessa kommer mycket lämpligt eftersom hela arbetssättet med riks- och regionvårdsfakturor är på gång att arbetas om eftersom elektronisk handel ska införas nationellt inom detta område. Revisorernas synpunkter kommer då att beaktas när nytt arbetssätt ska skapas.

De viktigaste iakttagelserna och rekommendationerna enligt revisorerna är:

• *Det saknas en dokumenterad processbeskrivning för hanteringen av riks- och regionvårdsfakturor utifrån ett risk- och väsentlighetsperspektiv vilket innebär att det finns en otydlighet avseende kontroll och ansvar. Vi rekommenderar att utifrån en risk- och konsekvensanalys fastställa vilka kontrollmoment som ska ingå i processen fakturakontroll och att en beskrivning av processen dokumenteras.*
Regionstyrelsen kommer att genomföra detta under 2018 i anslutning till att e-fakturering införs inom detta område.

• *Vid kapacitetsbrist vid NUS ska NUS stå för kostnaderna för vidareremittering till annat sjukhus. En förutsättning är att remissen går via NUS. Rutin för remittering vid kapacitetsbrist vid NUS bör kommuniceras internt för att, om möjligt, undvika onödiga kostnader för utomlänsvård.*
Regionstyrelsen anser att rutinen är kommunicerad internt dock har flera verksamheter konstaterat att det är svårt att följa rutinen eftersom det kan innebära förseningar av patienternas vård. Detta har påtalats till NRF och frågan diskuterades nu senast i NRFs beredningsgrupp i februari. Då gavs uppdrag till förbundsekonomen att undersöka om det är möjligt för Akademiska, Sahlgrenska och Karolinska att ta emot en remiss från annat sjukhus än NUS men ändå sända fakturan till VLL. VLL ska även undersöka om det är möjligt med en sådan hantering utifrån ett praktiskt och juridiskt perspektiv. Ärendet ska återrapporteras under våren.

• Sekretessen vid hanteringen av patientuppgifter behöver säkerställas. Granskningen har visat att fakturaunderlag innehållande patientuppgifter inte hanteras i enlighet med gällande lagar utifrån sekretessynpunkt. Interna rutiner för hantering av patientuppgifter vid fakturakontroll behöver ses över.
Regionstyrelsen är medveten om detta. Idag innehåller vissa fakturor från NUS många patienter på samma faktura. När då denna ska granskas skickas den mellan olika verksamheter och attestanter som då ser varandras patientuppgifter. Fakturan är visserligen sekretssbelagd för utomstående, men alla inblandade ser alla patientuppgifter. När e-handel införs kommer detta problem att kunna minimeras. Regionstyrelsen kommer därför att beakta revisorernas synpunkter angående detta vid utformning av de nya rutinerna.

• Det förekommer att fakturaunderlag inte innehåller tillräcklig eller korrekt information vilket innebär att uppgifter behöver inhämtas från patientjournaler för att i den mån som är möjlig bekräfta fakturans riktighet och bokföra vården korrekt. Interna rutiner för t.ex. remittering bör ses över för att säkerställa att förutsättningar finns till korrekt fakturering. Noterade brister i fakturaunderlag bör gemensamt med Region Norrbotten och Region Västernorrland framföras och krav bör ställas på att NUS förbättrar sina fakturaunderlag i enlighet med avtal.
Regionstyrelsen uppdrar till regionens representant i NRFs beredningsgrupp att ta upp revisorernas synpunkter för diskussion och åtgärd. Det är lämpligt att dessa problem åtgärdas när nya rutiner vid införande av e-fakturor mellan NUS och regionen införs.

• Det finns risk för att det förekommer felaktigt utlämnade behörigheter till journalsystemet. Vi rekommenderar att rutin för utlämning och kontroll av behörigheter till journalsystemet ses över för att säkerställa att de är ändamålsenliga.
Detta handlar om behörigheter för ekonomiassistenter vid ekonomi- och löneservice. De behöver kunna läsa i journalsystemet när fakturorna är otydliga, för att avgöra om det är vårdtillfällen av akut karaktär eller remitterad vård och då från vilken verksamhet. Ekonomi- och löneservice hade uppfattningen att de fanns två olika nivåer på ekonom-behörighetsrollen i Cosmic. Några behöver se även patientanteckningar för att kunna bl a kunna fakturera rätt då sjukvården ibland inte ger tillräcklig information med DRGregistrering och remisserna. Det har nu konstaterats att alla ekonomiassistenterna har samma ekonomroll i Cosmic och den behörigheten är för hög. Kontakter har tagits med Cosmic systemadministration för att kunna åtgärda detta.

• Beslutad attestantförteckning är inte aktuell. Översyn av behörigheter i ekonomisystemet pågår och beräknas vara klart i början av 2018. Vi rekommenderar att ansvaret för att hålla förteckningarna aktuella tydliggörs.
Regionstyrelsen kommer att följa revisorernas rekommendation.

I tjänsten

Ingela Jönsson
Tf Ekonomidirektör

Regionens revisorer
Yrkesrevisor
Therese Norrbelius
Tfn: 063-147527

2017-12-11

Dnr: REV/19/2017

Regionstyrelsen

Granskning av hantering och kontroll av regionvårdsfakturor

Revisionskontoret har på vårt uppdrag genomfört en granskning av om fakturahantering avseende regionvård hanteras med tillräcklig intern kontroll och på ett ändamålsenligt sätt. Granskningen har genomförts som ett samarbetsprojekt med revisorerna i Region Västernorrland och Region Norrbotten. För respektive region har en varsin skriftlig rapport upprättats, men innehåll och struktur möjliggör jämförelse av granskningarnas resultat.

Granskningen har avgränsats till fakturerad högspecialiserad regionvård som utförs vid Norrlandstingens universitetssjukhus (NUS). Intervjuer har genomförts med ansvariga vid de kliniker som har högst kostnader för regionvård vid NUS och berörd ekonomipersonal. Slumpvist utvalda stickprov av fakturor med utförd vård har granskats med syfte att verifiera gjorda utsagor.

Granskningen har visat att regionstyrelsen inte har säkerställt att hantering och kontroll av regionvårdsfakturor hanteras på ett tillfredställande sätt. Nedan framgår granskningens viktigaste iakttagelser och våra rekommendationer:

- Det saknas en dokumenterad processbeskrivning för hanteringen av riks- och regionvårdsfakturor utifrån ett risk- och väsentlighetsperspektiv vilket innebär att det finns en otydlighet avseende kontroll och ansvar. Vi rekommenderar att utifrån en risk- och konsekvensanalys fastställa vilka kontrollmoment som ska ingå i processen fakturakontroll och att en beskrivning av processen dokumenteras.
- Vid kapacitetsbrist vid NUS ska NUS stå för kostnaderna för vidareremittering till annat sjukhus. En förutsättning är att remissen går via NUS. Rutin för remittering vid kapacitetsbrist vid NUS bör kommuniceras internt för att, om möjligt, undvika onödiga kostnader för utomlänsvård.
- Sekretessen vid hanteringen av patientuppgifter behöver säkerställas. Granskningen har visat att fakturaunderlag innehållande patientuppgifter inte hanteras i enlighet med gällande lagar utifrån sekretessynpunkt. Interna rutiner för hantering av patientuppgifter vid fakturakontroll behöver ses över.
- Det förekommer att fakturaunderlag inte innehåller tillräcklig eller korrekt information vilket innebär att uppgifter behöver inhämtas från patientjournaler för att i den mån som är möjlig bekräfta fakturans riktighet och bokföra vården korrekt. Interna rutiner för t.ex. remittering bör ses över för att säkerställa att förutsättningar finns till korrekt fakturering. Noterade brister i fakturaunderlag bör gemensamt med Region Norrbotten och Region Västernorrland framföras och krav bör ställas på att NUS förbättrar sina fakturaunderlag i enlighet med avtal.

- Det finns risk för att det förekommer felaktigt utlämnade behörigheter till journalsystemet. Vi rekommenderar att rutin för utlämning och kontroll av behörigheter till journalsystemet ses över för att säkerställa att de är ändamålsenliga.
- Beslutad attestantförteckning är inte aktuell. Översyn av behörigheter i ekonomisystemet pågår och beräknas vara klart i början av 2018. Vi rekommenderar att ansvaret för att hålla förteckningarna aktuella tydliggörs.

Vi emotser senast den 16 mars 2018 en redovisning av vilka åtgärder som regionstyrelsen vidtar eller avser vidta med anledning av granskningsresultatet.

För Region Jämtland Härjedalens revisorer

Annelie Bengtsson
Ordförande

Leif Gabrielsson
Revisionsdirektör

Bilaga
Revisionsrapport – Granskning av hanteringen av regionvårdsfakturor
Rapportsammandrag - Granskning av hanteringen av regionvårdsfakturor

Kopia till
Regiondirektören
Planeringschef/Tf ekonomidirektören
Hälso- och sjukvårdsdirektören
Regionstabschef
Enhetschef ekonomi- och löneservice

REGION
JÄMTLAND
HÄRJEDALEN

REVISIONSRAPPORT

Granskning av hantering och kontroll av regionvårdsfakturor

Ansvarig: Therese Norrbelius

Innehållsförteckning

1 SAMMANFATTNING 3
2 INLEDNING/BAKGRUND 4
2.1 SYFTE, REVISIONSFRÅGA OCH AVGRÄNSNING 4
2.2 REVISIONSKRITERIER 5
2.3 ANSVARIG NÄMND 5
2.4 METOD 5
3 RESULTAT 6
3.1 FINNS EN DOKUMENTERAD BESKRIVNING AV FAKTURAHANTERINGSPROCESSEN UTIFRÅN ETT RISK- OCH VÄSENTLIGHETSPERSPEKTIV? 6
3.2 ÄR RUTIN FÖR KONTROLL AV ERHÅLLNA FAKTUROR TILLRÄCKLIG? 7
3.3 MOTSVARAR BOKFÖRINGSVERIFIKATEN (DE UTSTÄLLDA FAKTURORNA) AVSEENDE TJÄNSTEKÖP AV REGIONVÅRD LAGKRAVEN SAMT BESTÄMMELSERNA I REGIONVÅRDSAVTALET? 10
3.4 SKER FAKTURAKONTROLL PÅ ETT KORREKT SÄTT UTIFRÅN SEKRETESSYNPUNKT? 11
4 SVAR PÅ REVISIONSFRÅGOR 13
5 KVALITETSSÄKRING 13
6 ANSVARIGA FÖR GRANSKNINGENS GENOMFÖRANDE 13
7 BILAGA 1 - ALLMÄNT OM AVTAL OM REGIONVÅRD 2017 14

1 SAMMANFATTNING

Regionens revisionskontor har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna genomfört en granskning av hantering och kontroll av om regionstyrelsen säkerställt att fakturahantering hänförlig till utförda tjänster avseende regionvård hanteras på ett ändamålsenligt sätt och med tillräcklig intern kontroll. Granskningen har genom genomförts som ett samarbetsprojekt med revisorerna i Region Västernorrland och Region Norrbotten. För respektive region har en varsin skriftlig rapport upprättats, men innehåll och struktur möjliggör jämförelse av granskningarnas resultat.

Granskningen har visat att regionstyrelsen inte har säkerställt att hantering och kontroll av regionvårdsfakturor hanteras på ett tillfredställande sätt. Nedan framgår granskningens viktigaste iakttagelser och rekommendationer:

- Det saknas en dokumenterad processbeskrivning för hanteringen av riks- och regionvårdsfakturor utifrån ett risk- och väsentlighetsperspektiv vilket innebär att det finns en otydlighet avseende kontroll och ansvar. Vi rekommenderar att utifrån en risk- och konsekvensanalys fastställa vilka kontrollmoment som ska ingå i processen fakturakontroll och att en beskrivning av processen dokumenteras.
- Vid kapacitetsbrist vid NUS ska NUS stå för kostnaderna för vidareremittering till annat sjukhus. En förutsättning är att remissen går via NUS. Rutin för remittering vid kapacitetsbrist vid NUS bör kommuniceras internt för att, om möjligt, undvika onödiga kostnader för utomlänsvård.
- Sekretessen vid hanteringen av patientuppgifter behöver säkerställas. Granskningen har visat att fakturaunderlag innehållande patientuppgifter inte hanteras i enlighet med gällande lagar utifrån sekretessynpunkt. Interna rutiner för hantering av patientuppgifter vid fakturakontroll behöver ses över.
- Det förekommer att fakturaunderlag inte innehåller tillräcklig eller korrekt information vilket innebär att uppgifter behöver inhämtas från patientjournaler för att i den mån som är möjlig bekräfta fakturans riktighet och bokföra vården korrekt. Interna rutiner för t.ex. remittering bör ses över för att säkerställa att förutsättningar finns tillkorrekt fakturering. Noterade brister i fakturaunderlag bör gemensamt med Region Norrbotten och Region Västernorrland framföras och krav bör ställas på att NUS förbättrar sina fakturaunderlag i enlighet med avtal.
- Det finns risk för att det förekommer felaktigt utlämnade behörigheter till journalsystemet. Vi rekommenderar att rutin för utlämning och kontroll av behörigheter till journalsystemet ses över för att säkerställa att de är ändamålsenliga.
- Beslutad attestantförteckning är inte aktuell. Översyn av behörigheter i ekonomisystemet pågår och beräknas vara klart i början av 2018. Vi rekommenderar att ansvaret för att hålla förteckningarna aktuella tydliggörs.

2 INLEDNING/BAKGRUND

Vid norrlandstingens revisionskonferens i juni 2016 kom revisorerna i Norrbotten, Västerbotten, Västernorrland och Jämtland Härjedalen överens om att genomföra en gemensam granskning. Med anledning av att de fyra norrlandstingen/regionerna har avtal om regionvård bedömdes hanteringen av regionvårdsfakturor vara av gemensamt intresse att revidera.

Regionerna Norrbotten, Västernorrland och Jämtland Härjedalen köper årligen regionvård från Norrlands Universitets Sjukhus (NUS) för drygt 900 mnkr årligen[1]. Tidigare granskningar har visat brister avseende hanteringen och kontrollen av samlingsfakturor från NUS. Dels har samlingsfakturor varit svåra att kontrollera och sekretessen har vid hanteringen av dessa inte kunnat upprätthållas. I en granskning av utomlänsvården i Jämtland Härjedalen 2010 framkom att det i vissa fall inte krävdes något underlag t.ex. i form av journalhandling för att verifiera händelsen.

Respektive revisionskollegium har i sin revisionsplan för 2017 beslutat om att genomföra granskningen. Granskningarna har genomförts i samverkan mellan revisionskontoren i Norrbotten, Västernorrland och Jämtland Härjedalen då landstingsrevisorerna i Västerbotten valt att avstå från att medverka i samarbetet.

2.1 SYFTE, REVISIONSFRÅGA OCH AVGRÄNSNING

Syfte

Syftet med granskningen har varit att bedöma om regionstyrelsen säkerställt att fakturahantering hänförlig till utförda tjänster avseende regionvård hanteras på ett ändamålsenligt sätt och med tillräcklig intern kontroll.

Revisionsfrågor

Syftet besvaras med hjälp av följande underliggande revisionsfrågor:

- Finns en dokumenterad beskrivning av fakturahanteringsprocessen utifrån ett risk- och väsentlighetsperspektiv?
- Är rutin för kontroll av erhållna fakturor tillräcklig?
- Motsvarar bokföringsverifikaten (de utställda fakturorna) avseende tjänsteköp av regionvård lagkraven samt bestämmelserna i regionvårdsavtalet?
- Sker fakturakontroll på ett korrekt sätt utifrån sekretessynpunkt?

Avgränsning

Granskningen är avgränsad till den del av högspecialiserad vård som innebär regionvård utförd på Norrlands universitetssjukhus. Granskningen avgränsas till vård/behandling som utförts under 2017.

[1] Uppgift från 2016

2.2 REVISIONSKRITERIER

Med revisionskriterier avses de bedömningsgrunder som bildar underlag för revisionens analyser, slutsatser och bedömningar. Följande revisionskriterier gäller för denna granskning:

- Kommunallagen 6 kap. 7 §
- Lag om kommunal redovisning 2 kap. 4 §
- Offentlighets- och sekretesslagen 25 kap. 1 §
- Patientdatalagen 4 kap. 1 -3 §§
- Avtal om regionsjukvård 2017 (Norrlandstingens regionförbund) respektive riksavtal för utomlänsvård (SKL)
- Reglemente för intern kontroll vid Jämtland Härjedalen Dnr: RS/1657/2015
- Regioninterna regelverk exempelvis avseende remissregler, fakturering och kontroll av ekonomiska transaktioner

2.3 ANSVARIG NÄMND

Regionstyrelsen ansvarar för att se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de föreskrifter som gäller för verksamheten. De skall också se till att den interna kontrollen är tillräcklig samt att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt. Den interna kontrollen ska utformas utifrån en helhetssyn på den kommunala verksamheten med beaktande av risk- och väsentlighetsaspekten.

2.4 METOD

Granskningen har genomförts som ett samarbetsprojekt mellan revisionskontoren i regionerna Norrbotten, Västernorrland och Jämtland Härjedalen. För respektive region har en skriftlig revisionsrapport upprättas.

Granskningen har genomförts genom analys av för granskningen relevant dokumentation, stickprovskontroll samt kompletterande intervjuer med nyckelpersoner inom granskningsområdet. Berörda uppgiftslämnare och verksamhetsansvariga har faktagranskat lämnade uppgifter som finns med i revisionsrapporten.

Följande personer har intervjuats:

- Planeringschef och tillförordnad ekonomidirektör med särskilt uppdrag avseende riks- och regionvård
- Ekonomiassistent Ekonomi- och löneservice
- Ekonomiassistent område Kirurgi
- Områdeschef Hud-Infektion-Medicin
- Områdeschef Hjärta-Neurologi-Rehabilitering
- Enhetschef Medicinenheten
- Enhetschefer Hjärtenheten

Uppgifter har även inhämtats per telefon och mail av ett antal personer.

Substansgranskning har utförts för att i erforderlig omfattning verifiera gjorda utsagor samt att system och rutiner fungerar på avsett sett, bl.a. har stickprov av slumpvist utvalda fakturerade vårdtillfällen från NUS.

3 RESULTAT

3.1 FINNS EN DOKUMENTERAD BESKRIVNING AV FAKTURAHANTERINGSPROCESSEN UTIFRÅN ETT RISK- OCH VÄSENTLIGHETSPERSPEKTIV?

Det finns ingen processbeskrivning för hur regionvårdsfakturor ska hanteras eller vilka kontroller som ska göras. Det stöd som finns är en handbok[2] för fakturaportalen som uppger att belopp och leverantör ska överensstämma mellan fakturasystemet och underlaget samt en riktlinje[3] för hantering av akut utomlänsvård dvs. vård som inte remitterats. Ekonomiassistenten, som tar emot riks- och regionvårdsfakturorna vid ekonomi- och löneservice, har upprättat en lathund som stöd för kontroll och en lista med attestanter för att veta vem fakturorna ska skickas vidare till.

En av de intervjuade enhetscheferna uppger att processen för hantering av regionvårdsfakturorna är mycket otydlig. Det är t.ex. oklart för henne varför vissa fakturor är konterade och andra inte och varför vissa kommer i fakturasystemet och andra i internpost. Enhetschefen känner sig osäker på vilka kontroller kliniken förväntas göra.

Vid stickprovskontrollen framkom att regionvård konterats fel under perioden då ekonomiassistenten hade semester. Enligt enhetscheferna förekom under samma period att fakturor inte sekretessbelagts innan de cirkulerats vidare i fakturasystemet. Ekonomiassistenten har förståelse för de uppkomna bristerna eftersom semesterersättaren under perioden haft hög arbetsbelastning med både sina ordinarie arbetsuppgifter och de omfattande kontroll av regionvårdsfakturorna innebär. Felaktig kategorisering av utförd vård i fakturaunderlag kan vara en orsak till att fel uppstått, enligt ekonomiassistenten.

Oklar rutin för remittering vid kapacitetsbrist hos NUS

För att styra norrlandsregionernas utomlänsvård till NUS har regionerna avtalat om att en fast avgift ska betalas löpande månadsvis. Den fasta avgiften är baserad på den vård som utfördes 2013 och uppgår till hälften av 2013 års kostnader. Den rörliga delen avser den vård som faktiskt utförts och prissätts enligt DRG-koder[4] som vid fakturering halveras (eftersom den fasta avgiften löpande erläggs). Pris för DRG-koderna framgår av regionavtalet.

Enligt regionavtalet ska NUS vid kapacitetsbrist vidareremittera till annat sjukhus. Det sjukhus som utfört vården ska då fakturera NUS som i sin tur fakturerar Region Jämtland Härjedalen den halva avgiften enligt avtal. Inom område kirurgi har det förekommit att det sjukhus NUS vidareremitterat till har fakturerat regionen trots att remissen gått via NUS. Kostnaden har då bestridits.

Om remissen skickas direkt till annat sjukhus utan att passera NUS innebär det att regionen betalar både den fasta avgiften till NUS och kostnaden för utförd vård till det andra sjukhuset.

Det råder vissa oklarheter avseende hur rutinen fungerar i de fall en läkare vet att NUS har kapacitetsbrist. En av de intervjuade områdescheferna uppger att de i enstaka fall skickar remissen direkt till annat sjukhus för att patienten inte ska behöva vänta på vidareremittering. Det är osäkert om NUS involverats i denna remisshantering eller det är

[2] Handbok Fakturaportalen. Centuri 07016-1
[3] Riktlinje för hantering av kostnader på centralt kostnadsställe för Riks- och regionsjukvård. Centuri nr 13899-1
[4] DRG en fastställd modell där olika behandlingar är prissatta enligt en nationell standard. DRG står för Diagnosrelaterade grupper.

bestämt att direktremittering sker för att NUS inte har kompetens eller resurser för dessa patienter.

Risker identifierade men inte analyserade

Enligt de intervjuade cheferna och ekonomiassistenten vid ekonomi- och löneservice finns ingen dokumenterad riskanalys avseende hanteringen av regionvårdsfakturor. Vid frågan om vilka risker som cheferna identifierat nämns; det är många omfattande fakturor med många olika patienter, att klinikerna fakturerats för vård man inte beställt, att samlingsfakturor cirkuleras till så många så att det till slut blir betalningspåminnelser och att sekretessen inte kan säkerställas om patientuppgifter hamnar i fel händer.

Planeringschefen, som sedan tidigare har ett övergripande uppdrag avseende regionvård, attesterar all akutvård och samlingsfakturor från NUS. Hon känner sig trygg avseende innehållet i NUS fakturor mot bakgrund av att NUS löpande skickar konsumtionsfiler med uppgifter om den vård som utförts. Uppgifterna i filen används dock inte som rutin för kontroll av det som fakturerats utan används för att beräkna fördelningen av klinikernas fasta kostnad för regionsjukvård. Innehållet i filerna kan användas vid analys och jämförelser av kostnader under längre perioder men uppges vara för omfattande för att tillämpa vid rutinmässig fakturakontroll. Uppgifterna är ackumulerade för hela året och redogör t.ex. inte faktura- eller personnummer.

Bedömning

Dokumenterade rutiner och en systematisk hantering av risker är en förutsättning för en tydlig och ändamålsenlig styrning. Detta är också ett viktigt stöd för att processer inte ska vara personberoende samt kan ge en förståelse till varför saker bör göras på ett visst sätt.

Vår bedömning är att fakturahanteringsprocessen behöver kartläggas utifrån ett risk- och väsentlighetsperspektiv. Det finns även behov att undersöka vilka kontroller som bör ingå i processen.

För att, om möjligt, undvika onödiga kostnader bör information om remissrutiner vid kapacitetsbrist vid NUS klargöras.

Vi rekommenderar att:

- Dokumentera en beskrivning av fakturahanteringsprocessen.
- Kommunicera rutin om remittering vid kapacitetsbrist vid NUS för att undvika onödiga kostnader för utomlänsvård.

3.2 ÄR RUTIN FÖR KONTROLL AV ERHÅLLNA FAKTUROR TILLRÄCKLIG?

Inkomna regionvårdsfakturor kan vara ställda till regionen eller till specifik klinik. Fakturor ställda till regionen konteras av ekonomiassistenten vid ekonomi- och löneservice som kontrollerar att patienten är folkbokförd i länet och om det finns en remiss. Enligt ekonomiassistenten saknas ofta remisser från Region Jämtland Härjedalen vilket uppges kunna bero på att den glömts bort att skickas, inte signerats av läkare eller att den inte längre är giltig på grund av att det är mer än ett år sedan den skrevs[5]. För att kunna kontera kostnaderna korrekt innebär det att information måste sökas i patientjournalerna.

Några gånger per månad inkommer blandade samlingsfakturor från NUS till ekonomi- och löneservice. Denna typ av fakturor är ställda till regionen och omfattar vanligen minst 20 vårdtillfällen. Enligt ekonomiassistenten framgår vanligen inte uppgifter om remittent,

[5] Enligt avtalet gäller remiss ett år från den dag då den utfärdades om inte annat anges

datum eller läkare på dessa fakturor och det förkommer även att angiven klinik som utfört vården är fel, uppger ekonomiassistenten.

Eftersom det tar lång tid att cirkulera samlingsfakturorna och att det, enligt ekonomiassistenten, "lätt blir rörigt med flera olika personer som ändrar uppgifter i fakturasystemet" delar ekonomiassistenten upp underlagen till den klinik hon bedömer lämplig att kontrollera den utförda vården.

För kontroll av remitterad vård skickas underlaget till respektive klinik med internpost. Med underlagen medföljer en lapp där det framgår att kliniken har ett antal dagar på sig att påtala om något är felaktigt. Om ingen påtalar något inom dessa dagar bedöms uppgifterna vara korrekta och fakturan går vidare till planeringschefen för beslutsattest. Enligt en av de intervjuade vid kliniken hinner de inte alltid kontrollera uppgifterna inom den utsatta tiden.

Fakturerad akut vård kontrolleras inte mot epikris

Enligt regionvårdsavtalet åtar sig NUS att leverera epikris eller annat adekvat utskrivningsmeddelande före faktura. Enligt regionens riktlinje[6] ska lämplig klinik vid fakturakontroll kontrollera att epikris inkommit för vårdtillfället, att vården bedöms rimlig och att eventuella kontakter skötts tillfredställande. Efter leveransgodkännande attesteras fakturan av planeringschefen.

För medicin- och hjärtenheten, där en av de intervjuade områdescheferna muntligt fått i uppdrag att göra kontrollerna, eftersöks inte epikris om den saknas vid leveranskontrollen. Rutinen är att områdeschefen lämnar ett meddelande i fakturasystemet om att epikris saknas innan fakturan skickas vidare för attest.

I de fall planeringschefen fått en notis om att epikris saknas förutsätter hon att den som kontrollerat fakturan vid kliniken eftersökt epikrisen alternativt gjort en bedömning av att epikrisen inte är väsentlig i fallet. Planeringschefen har inte själv den medicinska kompetensen utan anser att det är kliniken som bör göra kontrollen

Planeringschefen, som attesterar all akut vård över 10 tkr, beskriver att hennes kontroll består av att göra en bedömning av om fakturan cirkulerats korrekt, att den avser akut vård, att den kontrollattesterats av klinikerna (i de fall den gått i fakturasystemet), att kostnaderna ser ut att vara rätt konterade och att objekt framgår. Om fakturan av någon anledning inte leveransattesterats är det möjligt för planeringschefen att själv göra det.

Kirurgens kontroller har gett ekonomiskt resultat

Område kirurgi har en ekonomiassistent med uppdrag att kontrollera all fakturerad riks- och regionvård utifrån det som avtalats i riks- och regionsjukvårdsavtal. Under perioden augusti 2016-juli 2017 har assistenten bestridit riks- och regionvårdsfakturor för 1,7 mkr på grund av felaktigheter som t.ex. kostnader som dubbelfakturerats, inställda operationer som fakturerats m.m. Av dessa fel står NUS för 227 tkr, det vill säga en mindre andel. Assistenten har under samma period internt tillbakavisat kostnader inom sjukhuset för 1,1 mkr. Enligt tidigare tf områdeschef finns uppgifter om att området vid liknande insatser tidigare "hittat" 6 miljoner kronor. Uppgiften har inte bekräftats då ansvarig personal slutat och ersatts av nya personer.

Enhetscheferna saknar kompetens och tid för djupare kontroller

Några av de intervjuade enhetscheferna uppger att de vid kontroll och attest av regionvårdfakturor känner sig osäkra på om det är "rätt sak" som utförts då de inte har kompetens att bedöma om DRG-koderna är korrekta. Vid tveksamheter eller om epikris saknas rådfrågas medicinsk sekreterare, MLU eller läkare. Det hör därmed inte till normal rutin att stämma av innehållet i epikrisen mot fakturan.

---

[6] Riktlinje för hantering av kostnader på centralt kostnadsställe för Riks- och regionsjukvård. Centuri nr 13899-1

En av de intervjuade områdescheferna anser att de kontroller som görs av regionvårdsfakturorna inte är tillräckliga, men uppger att hon inte vill beordra enhetscheferna att kontrollera mer ingående då hon anser att de redan är tungt belastade med arbetsuppgifter. Områdeschefen uppger att hon framfört önskemål i områdesledningsgruppen om en central grupp som utför kontrollerna.

Vid medicinenheten attesterar enhetschefen fakturor efter kontroll av att patienten hör till kliniken. Om remissen saknas och fakturan ska vara betald inom kort attesteras fakturan ändå för att betalningen inte ska dra ut på tiden. Enhetschefen har inte som rutin att kontrollera om epikris eller annat utskrivningsmeddelande inkommit och uppger att hon själv inte har tid att sätta sig in i vad DRG-koderna på fakturorna står för. Hematologen[7], som är den specialitet med mest riks- och regionvård inom medicinenheten, har i dagsläget bara en fast läkare och enhetschefen menar att det vore orimligt att prioritera att läkaren ska granska fakturor istället för att ta hand om patienter.

Stickprovskontroller upphört av oklara anledningar

De intervjuade områdes- och enhetscheferna uppger att de tidigare hade bättre kontroll av riks- och regionvårdskostnaderna. Anledningen var att klinikerna kunde rekvirera täckning för kostnader över 1 mkr per patient och att det därmed fanns ett ekonomiskt intresse av att ha kontroll på kostnaderna. Enligt planeringschefen slopades principen om ett solidariskt finansieringssystem 2015 av den tidigare ekonomidirektören.

Enligt områdescheferna för HIM och HNR har kliniker noterat att de fakturerats för vård de inte remitterat, vilket ledde till att dåvarande centrumchef för medicinska specialiteter 2015 beslutade om att stickprovskontroller av riks- och regionvårdsfakturor skulle göras[8]. Centrumchefen, som idag är hälso- och sjukvårdsdirektör, känner inte till om stickprovskontroller genomförs idag utan hänvisar till områdescheferna. Enligt dem har kontrollerna upphört av oklara anledningar t.ex. att nya enhetschefer inte fått information om att det ska göras och att planeringschefen sagt att vi (Region Jämtland Härjedalen och NUS) borde lita på varandra och därmed inte behöver utföra kontrollerna.

Den senaste gången stickprov genomfördes inom områdena var 2015.

Attestantförteckning är inte uppdaterad

Vi har noterat att beslutad attestantförteckning[9] inte är uppdaterad. Enligt riktlinjen[10] är ekonomiassistentens attesträtt avseende akut öppenvård begränsad till 10 tkr, men i attestantförteckningen finns ingen begränsning. Planeringschefen, som attesterar all övrig akut vård och de blandade samlingsfakturorna, har enligt förteckningen inte attesträtt för kostnadsstället akut vård. Det förekommer även flera personer i förteckningen som slutat sina anställningar. Enligt den ekonom som registrerar behörigheter pågår ett arbete med att uppdatera förteckningen och tydliggöra processen för att godkänna attestanter.

Inom regionen har attest- och utbetalningsreglementet beslutats av regionstyrelsen[11]. Orsaken uppges av regionens jurist vara att styrelsen ansvarar för ekonomifunktionerna och andra nämnder ska följa styrelsens beslut i dessa frågor[12].

Enligt attest- och utbetalningsreglementet är nämnden ansvarig för att hålla en förteckning över attestanter aktuell. Enligt handbok för attesthantering är det områdeschefens ansvar att det finns aktuella förteckningar. Handboken finns i

---

[7] Hematologi är en specialitet inom den medicinska vetenskapen med inriktning på blodets och de blodbildande organens morfologi, fysiologi och patologi.

[8] Manual för stickprovskontroll av riks- och regionvårdsfakturor Centuri nr 24803-1

[9] Beslut om attestanter RS/1468/2017. Regionstyrelsens beslut 2017-10-04 § 220

[10] Riktlinje för hantering av kostnader på centralt kostnadsställe för Riks- och regionsjukvård. Centuri nr 13899-1

[11] Dnr: RS/2167/2016

[12] Enligt kommunallagen 6:32 skall fullmäktige utfärda reglementen med närmare föreskrifter om nämndernas verksamhet och arbetsformer.

dokumenthanteringssystemet men det framgår inte om den godkänts av ekonomidirektören[13].

Bedömning

Enligt intervjuerna genomförs kontroller i varierad omfattning. En gemensam bild är att det finns en osäkerhet avseende regionvårdsfakturornas korrekthet och att det är tidskrävande att kontrollera detta. Mot bakgrund av att kirurgens kontroller inneburit att felaktiga kostnader bestridits finns anledning att överväga att utveckla kontrollerna hos övriga verksamheter.

Ansvaret för kontroller av epikriser för sluten akut vård har fallit mellan stolarna. Detta innebär att kostnader attesteras utan kontroll och kan även innebära patientsäkerhetsrisk om viktig information om en patient inte noteras i journalen.

Att ingen kan svara på varför beslutade stickprovskontroller har upphört visar på bristande styrning och ledning. Vi bedömer att denna typ av kontroll är ett alternativ som kan visa på brister som vid förekomst kan utredas vidare.

Det är en brist att beslutad attestförteckning inte är uppdaterad. Bristen är identifierad och en översyn av behörigheter pågår. Vi bedömer att ansvaret för att hålla attestförteckningarna aktuella behöver tydliggöras.

Vi rekommenderar att:

- Utifrån en risk- och konsekvensanalys fastställa vilka kontrollmoment som ska ingår i processen fakturakontroll.
- Tydliggör ansvar för att hålla attestantförteckning aktuell.

3.3 MOTSVARAR BOKFÖRINGSVERIFIKATEN (DE UTSTÄLLDA FAKTURORNA) AVSEENDE TJÄNSTEKÖP AV REGIONVÅRD LAGKRAVEN SAMT BESTÄMMELSERNA I REGIONVÅRDSAVTALET?

Totalt har 28 fakturerade vårdtillfällen kontrollerats fördelat på fakturor som inkommit från NUS under maj, juni och juli och har kostnadsbokförts vid de tre granskade klinikerna. I urvalet ingår tre blandade samlingsfakturor där en övergripande kontroll gjorts.

Uppgifter saknas i fakturaunderlag

Enligt regionavtalet ska NUS ställa fakturorna med en faktura per remitterande klinik. Trots detta inkommer varje månad samlingsfakturor med både akut och planerad vård. I de granskade fakturorna är samtliga vårdtillfällen klassificerade som akuta, flertalet av dessa är dock remitterad vård, uppger ekonomiassistenten. I de granskade samlingsfakturorna framgår inte uppgifter om remittent, remissdatum eller remitterande läkare. Enligt ekonomiassistenten förekommer även att den klinik som angetts ha utfört vården är fel.

För att avgöra var kostnaderna ska konteras kontrolleras om det finns en remiss. Saknas remiss men det finns anledning att tro att vården är remitterad eftersöks information i patientjournalen. Ett av stickproven visar att remiss saknas, det framgår dock av patientjournalen att patienten väntar på transport till Umeå. Utifrån informationen bedöms vården vara planerad.

Enligt kirurgens ekonomiassistent finns en överenskommelse om att skicka krediteringar separat. Två av de tre samlingsfakturorna innehåller krediterade vårdtillfällen.

---

[13] Attestanthantering Centuri nr: 39452-1

Som tidigare nämndes framkom vid stickprovskontrollen att vårdtillfällen på en samlingsfaktura konterats felaktigt som akut vård under ekonomiassistentens semester.

Av de fakturor som är ställda till klinikerna finns remiss och epikris i samtliga stickprov med undantag för ett vårdtillfälle. Där har remiss begärts i efterhand från NUS. I remissen saknas information i den omfattningen att det inte går att stämma mot epikris.

Den fakturerade DRG-koden stämmer överens med prislistan i regionavtalet med undantag för 10 av 15 vårdtillfällen där den fakturerade kostnaden är 200 kr högre än DRG-kodens pris. Enligt kirurgens ekonomiassistent avser detta en patientavgift på 200 kr för patienter med högkostnadskort.

Bedömning

Resultatet av stickprovskontrollen verifierar lämnade uppgifter om att fakturaunderlag inte innehåller tillräcklig information. Då granskningen visat att uppgifter saknas i journalsystemet finns anledning att undersöka om det finns brister i de interna rutinerna vid remittering.

Vi rekommenderar att:

- Säkerställ att remissrutiner vid riks- och regionvård fungerar på ett tillfredställande sätt för att ge förutsättningar till korrekt fakturering.
- Framföra noterade brister i fakturaunderlag till NUS och att ställa krav på att NUS förbättrar sina fakturaunderlag i enlighet med avtal för att effektivisera fakturakontrollen.

3.4 SKER FAKTURAKONTROLL PÅ ETT KORREKT SÄTT UTIFRÅN SEKRETESSYNPUNKT?

Hälso- och sjukvården omfattas av offentlighet- och sekretesslagen (OSL) avseende uppgifter om enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider men[14]. OSL reglerar den yttre sekretessen mellan olika vårdgivare.

Den inre sekretessen handlar om informationshantering inom en vårdgivares verksamhet och regleras av Patientdatalagen (PDL). Av patientdatalagen 4 kap. 1 § framgår att *"Den som arbetar hos en vårdgivare får ta del av dokumenterade uppgifter om en patient endast om han eller hon deltar i vården av patienten eller av annat skäl behöver uppgifterna för sitt arbete inom hälso- och sjukvården"*.

Enligt Region Jämtland Härjedalens jurist avgör den chef som ansvarar för att arbetet utförs om en ekonomiassistent, som inte har en tydlig vårdrelation med patienten, ska få tillgång till uppgiften eller inte.

Sekretessen är inte tillgodosedd

Som tidigare nämnts inkommer minst en gång per månad stora samlingsfakturor från NUS med akuta och planerade vårdtillfällen med olika klinkers patientuppgifter på en och samma faktura. Eftersom samlingsfakturorna saknar uppgifter om remittent och remisser inte alltid är tillgängliga behöver ekonomiassistenten läsa i patientjournalerna för att få tillräckliga uppgifter för att kunna kontera fakturan korrekt.

Sekretessuppgifter täcks inte över på de fakturor och underlag som skickas med internposten. Avseende de fakturor som skickas i fakturaportalen har alla med behörighet till någon av patienterna tillgång till samtliga patienters uppgifter. Fakturor som inte är

[14] Offentlighet och sekretesslagen 25 kap. 1§

konterade, skickas även till klinikernas områdesekonomer som då också får del av uppgifterna som rör andra klinikers patienter.

Enligt de intervjuade förväntas sekretessproblematiken lösas i och med införandet av ett digitaliserat system där sjukhusen ska kunna föra över bilagor till fakturorna med patient- och vårduppgifter på ett sätt där endast behöriga kan ta del av dem. Det är dock oklart när systemet kan vara i bruk då det förmodligen kommer bli förseningar, enligt ekonomisystemansvarig.

I minnesanteckningar från norrlandstingens regionala fakturagrupp uppger Västerbottens landstings representant att NUS i dagsläget inte har utrymme att utveckla fakturaunderlagen med hänvisning till det arbete som pågår med den digitala hanteringen.

Många ekonomiassistenter har åtkomst till journalsystemet

Enligt enhetschefen för ekonomi- och löneservice har tre ekonomiassistenter åtkomst till journalsystemet. Vid verifiering av denna uppgift framkom att det finns brister i kontrollrutiner avseende vilka som har behörighet till journalsystemet. Denna typ av behörighet visade sig omfatta ytterligare 21 personer, varav 15 ekonomiassistenter (varav en är pensionerad) inom ekonomi- och löneservice.

Det var för enhetschefen för ekonomi- och löneservice okänt att ekonomiassistenternas behörigheter omfattade tillgång till journaldata. Enhetschefen framhåller att ekonomiassistenterna inte skulle behöva söka information i patientjournaler om remisser var aktuella och synliga i journalsystemet.

Med anledning av detta planerar systemadministratören inom kort ett möte med enhetschefen för ekonomi- och löneservice för att se över dessa åtkomster och skapa förståelse för vilken information ekonomiassistenterna behöver för att utföra sina arbetsuppgifter.

Oklart om rutin för tilldelning av behörighet finns

Vi har i efterfrågat rutin för tilldelning av behörigheter till journalsystemet men ej fått klarhet om sådan finns.

Den nya Dataskyddsförordningen, som träder i kraft i maj 2018, innebär att en säkerhetsincident som leder till obehörig åtkomst till personuppgifter, kan leda höga sanktionsavgifter.

Bedömning

Fakturakontroll utförs inte korrekt utifrån sekretessynpunkt och de identifierade bristerna är allvarliga. De blandade samlingsfakturorna gör det mycket svårt att hantera patientuppgifter på ett tillfredställande sätt och vi bedömer att högre krav bör ställas på NUS att leverera ändamålsenliga fakturaunderlag.

Utformningen av hur fakturorna ska kontrolleras och vilka som behöver patientinformation för att genomföra detta behöver utredas med hänsyn till patientsekretessen och den nya dataskyddsförordning som träder i kraft i maj 2018. De brister avseende kontrollrutiner av behörigheter till journalsystemet behöver säkerställas.

Vi rekommenderar att:

- Säkerställa sekretessen vid hanteringen av patientuppgifter genom att se över interna rutiner för hantering av patientuppgifter vid fakturakontroll.
- Se över rutin för utlämning och kontroll av behörigheter till journalsystemet och säkerställ att de är ändamålsenliga.

4 SVAR PÅ REVISIONSFRÅGOR

Revisionsfråga	Svar	Kommentar
Finns en dokumenterad beskrivning av fakturahanteringsprocessen utifrån ett risk- och väsentlighetsperspektiv?	Nej	Det är en brist att processbeskrivning och dokumenterad risk- och konsekvensanalys saknas då dokumenterade rutiner och systematisk hantering av risker är en förutsättning för en tydlig och ändamålsenlig styrning. Det är också ett stöd för att processen inte ska vara personberoende och kan ge förståelse till varför saker görs på ett visst sätt.
Är rutin för kontroll av erhållna fakturor tillräcklig?	Delvis	Det kan finnas anledning att utöka och kvalitetssäkra kontrollerna. För kontroll av planerad vård uppges tid och kompetens saknas och avseende akut vård finns brister i kontrollrutinerna.
Motsvarar bokföringsverifikaten avseende tjänsteköp av regionvård lagkraven samt bestämmelserna i regionvårdsavtalet?	Delvis	Utifrån stickprovskontrollen innehåller fakturor ställda till klinikerna tillräcklig information. Avseende samlingsfakturorna finns stora brister då information saknas och NUS inte följer avtalet om att ställa faktura till remitterade klinik. Remissrutiner bör ses över för att säkerställa att förutsättningar finns för ändamålsenliga fakturaunderlag.
Sker fakturakontroll på ett korrekt sätt utifrån sekretessynpunkt?	Nej	Hantering och kontroll av vård som fakturerats på samlingsfaktura innebär sekretessbrister. Det råder oklarheter avseende begränsning av de behörigheter till journalsystem som krävs för att kontrollera fakturorna.

5 KVALITETSSÄKRING

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

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

6 ANSVARIGA FÖR GRANSKNINGENS GENOMFÖRANDE

Projektledare:

Therese Norrbelius
Kommunal yrkesrevisor

Kvalitetssäkring:

Leif Gabrielsson
Revisionsdirektör

7 BILAGA 1 - ALLMÄNT OM AVTAL OM REGIONVÅRD 2017

De fyra norrlandstingen/regionerna i Norrbotten, Västerbotten, Västernorrland samt Jämtland Härjedalen har träffat ett avtal om regionvård. Avtalet innebär ett gemensamt ansvar för regionsjukvården i norra sjukvårdsregionen. I avtalet finns en överenskommelse om att i första hand remittera patienter för utomlänsvård inom den egna regionen. Avtalet uppdateras varje år med nya prislistor samt eventuellt nya ställningstaganden till region- och rikssjukvård och regional samverkan i övrigt.

Remittering - sammandrag
För remittering av patienter till högspecialiserad hälso- och sjukvård enligt överenskommelse gäller följande:

- Respektive region/landsting fastställer vilka befattningar inom den egna organisationen som är förenade med rätt att utfärda remiss för högspecialiserad hälso- och sjukvård. Mottagande regional enhet skall kunna utgå från att remiss utfärdats av behörig befattningshavare. Remissen utgör betalningsförbindelse för den som utfärdat remissen.
- Universitetssjukhuset utser patientansvarig läkare för vårdtillfället och den utsedde läkaren svarar för kontakterna med remitterande läkare.
- Remiss för högspecialiserad hälso- och sjukvård gäller såväl öppen som sluten vård. Vid behov av vidareremittering utom regionen från den enhet till vilken remissen är ställd skall kontakt tas med inremitterande enhet i hemlandstinget som också erhåller kopia på vidareremissen.
- Den mottagande regionala enheten ska så snart som möjligt efter att remissen inkommit skicka en skriftlig bekräftelse på mottagen remiss till remittenten.

Remiss gäller ett år från den dag då den utfärdades om inte annat anges.

Patient remitteras för viss åtgärd. Om remissmottagaren anser att annan åtgärd/behandling bör göras som väsentligt avviker från vad som rimligen förväntas eller uttrycks i remissen ska inremitterande läkare/klinik kontaktas innan åtgärd/behandling startas. Motsvarande gäller vid komplikationer som medför ökat behov av vård eller ökad kostnad mot förväntat.

För patient som remitteras till regionsjukvård som ingår i NUS kompetensområde och inte kan beredas vård inom angiven vårdgarantitid har NUS ansvar att vidareremittera till annan vårdgivare. Om vidareremittering sker ska detta kommuniceras med remittenten och kontakten ska ömsesidigt dokumenteras så att notering kan ske i patientens journal i hemlandstinget och på NUS. I de fall vidareremittering sker tar VLL i första hand kostnadsansvar för remissen. VLL fakturerar sedan patientens hemlandsting enligt principer i den regionala ersättningsmodellen.

Ersättningsmodell - sammandrag
Ersättningsmodellen ska bestå av en fast och en rörlig ersättningsdel. Den fasta och den rörliga delen är vid överenskommelsens början 2015 vardera 50 procent av debiteringen för den DRG – prissatta vården. Den fasta ersättningsdelen säkrar en långsiktig ekonomisk finansiering för fasta infrastrukturella kostnader och för att upprätthålla erforderlig kompetens som regionalt kompetenscentrum på NUS.

Den rörliga ersättningsdelen ska dels ge rimlig kostnadskompensation på kort sikt vid ökande/minskande volymer dels inte hindra en naturlig utveckling av den sjukvårdande

verksamheten där tidigare definierad "regionsjukvård" etableras vid andra sjukhus i regionen.

Debitering/fakturering
Enligt ersättningsmodellen ska en del av kostnaden utgöras av en fast andel och erläggs av respektive landsting månadsvis i efterskott.

Den rörliga delen av ersättningen för utförd vård betalar regionlandstingen månadsvis i efterskott mot erhållen faktura. Fakturorna skall vara utställda på respektive sjukhus/förvaltning motsvarande med en faktura per remitterande klinik/motsvarande enligt överenskommelser med berörda landsting. Fakturorna skall även redovisa om vårdtillfället är akut eller planerad vård. NUS åtar sig att leverera epikris eller annat adekvat utskrivningsmeddelande före faktura. Vård skall normalt faktureras senast 6 månader efter den avslutats.

Följande uppgifter ska redovisas i anslutning till fakturan:

- Avtal och avtalspunkt enligt vilken vården lämnas.
- Patientens namn, personnummer och postadress.
- Vårdenhet där vården lämnats.
- Tidpunkt när vården ägt rum.
- Antal vårddagar och uppgifter om öppen- respektive slutenvård, besök, transport eller dylikt samt pris per tjänst och summa ersättning.

Vid vidareremiss på grund av att patienten behöver vård som går utöver NUS kompetensområde, och som sker efter överenskommelse mellan klinik vid NUS och remitterande hemortsklinik, svarar hemlandstinget direkt för ersättning till vårdgivande sjukhus.

16

Anmälan av delegationsbeslut till regionstyrelsen 2018

RS/2/2018

Tjänsteskrivelse
Regionstyrelsen

2018-03-12

Sekretariatet
Jessica Hådell
Tfn: 063-14 76 76
E-post: jessica.hadell@regionjh.se

RS/2/2018

Anmälan av delegationsbeslut till regionstyrelsen 2018

Ärendebeskrivning

1. **Beslut fattade av regiondirektör/ bitr. regiondirektör**
   Beslut om användning av det ofördelade utrymmet i investeringsbudget, övriga investeringar 2018 (RS/430/2018).

2. **Beslut fattade av chefer**
   Anställningsbeslut för perioden 2018-02-15 – 2018-03-07

Regiondirektörens förslag

Information om delegationsbeslut enligt upprättad förteckning noteras till protokollet.

17

Anmälan av inkomna handlingar till regionstyrelsen 2018

RS/3/2018

Tjänsteskrivelse
Regionstyrelsen

2018-03-13

Sekretariatet
Jessica Hådell
Tfn: 063-14 76 76
E-post: jessica.hadell@regionjh.se

RS/3/2018

Anmälan av inkomna handlingar till RS 2018-03-21

Ärendebeskrivning

1. Protokoll: Vårdvalsnämnden 2018-02-22.
2. Protokoll: Utskottet för ekonomi 2018-01-11.
3. Protokoll: Utskottet för ekonomi 2018-02-07.
4. Protokoll: Utskottet för personal 2018-02-15.
5. Protokoll: Utskottet för hälso- och sjukvård 2018-03-02.

Protokoll och handlingar finns att läsa på http://meetingsplus.regionjh.se

Regiondirektörens förslag

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

19

Årsredovisning 2017

RS/781/2017

2018-03-13

Ekonomi- och personalavdelningen
Jennie Eriksson
Tfn: 063-147225
E-post: jennie.a.eriksson@regionjh.se

RS/781/2017

Årsredovisning 2017

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 2017 var -236,1 miljoner kronor. Fullmäktiges resultatkrav för året enligt budget var noll kronor. Den 3 juni 2017, § 113, godkände dock fullmäktige en prognos för 2017 på -110 miljoner kronor. Bruttokostnaderna har ökat med 3,6 procent jämfört med föregående år. Personalkostnaderna har ökat med 5,6 procent (116,5 miljoner kronor). Kostnaderna för bemanningsföretag har ökat med 8,8 procent (15,4 miljoner kronor) jämfört med 2016. Läkemedelskostnader har ökat med 1,8 procent (7,5 miljoner kronor). Kostnaden för riks- och regionvård har ökat med 1,1 procent (3,8 miljoner kronor). Verksamhetens intäkter har minskat med 2,3 procent jämfört med föregående år (16,9 miljoner kronor).

Balanskravet innebär att ett negativt resultat för ett räkenskapsår ska regleras under de närmast följande tre åren. Efter år 2017 uppgick det totala balanserade underskottet till 1006,8 miljoner kronor att återställa varav 235,8 miljoner kronor under år 2017, efter justering för omställningskostnader för omorganisation med 0,3 miljoner kronor.

Ett långsiktigt arbete pågår för att uppnå en ekonomi i balans via långsiktiga utvecklingsplaner. Ett flertal åtgärder har vidtagits för att försöka bromsa kostnadsutvecklingen, bland annat arbetet med bemanningsprojektet. Det räckte dock inte för att uppnå en ekonomi i balans.

Årsbokslutets fördjupande beskrivning om verksamhetsåret visar att det också pågår många andra arbeten för att utveckla organisationen och nå övergripande mål.

Region Jämtland Härjedalen fortsätter att arbeta för att utveckla och hålla ihop arbetet med det regionala utvecklingsuppdraget. Under året har arbete pågått med att utveckla system för innovationsutveckling. Regionen är också aktiva i arbetet för Fossilfritt 2030 och har också tagit fram en ny Länstransportplan 2018–2029 i samverkan med andra aktörer. För det regionala utvecklingsarbetet är kultur och integration också viktiga delar och där visar regionen en hög måluppfyllelse inom båda områdena, bland annat har kulturutbudet utanför Östersunds kommun ökat. Under verksamhetsåret 2017 har beslut om 1:1 medel

beviljats till totalt 168 miljoner kronor. En förutsättning för den ökade beslutsvolymen är det ramprogram Region Jämtland Härjedalen driver med finansiering från EU:s regionala fond.

Inom hälso- och sjukvården är det en ständig pågående process att arbeta med åtgärder för att nå en patientsäker jämställd och jämlik vård, av god kvalitet och efter behov. Måluppfyllelsen visar flera goda resultat. Exempelvis har arbetet med nya arbetsformer för vård på distans och mobila lösningar nått framgångar. Läkemedelsberättelse till patient lämnas i högre utsträckning, antibiotikaförskrivningen är fortsatt låg och patientsäkerhetsarbetet är aktivt. Även inom perspektivet medarbetare bedrivs aktiviteter i rätt riktning mot såväl chefer som övriga medarbetare. Under året har exempelvis en modell för karriärvägar utarbetats. Det har också genomförts arbeten för att bättre inkludera personer med olika bakgrund. En medarbetareutbildning om värdegrund har även utförts.

Sammantaget visar måluppfyllelsen för regionfullmäktiges 21 strategiska mål att totalt 66 procent av framgångsfaktorerna är uppnådda under året, 32 procent är pågående aktiviteter i rätt riktning. Resterande 2 procent har inte uppfyllts under året och det är de strategiska målen god ekonomisk hushållning samt långsiktigt hållbar verksamhet, även om delar av framgångsfaktorerna är uppfyllda. Under året har även löpande uppföljning skett av regionstyrelsens åtta aktiva mål, två för varje perspektiv. Tre av målen har uppnåtts under året. Sjukpenningdagarna i Jämtlands län sjunker snabbast i landet och både vårdskador och sjukfrånvaron har minskat under året. Målen för att minska nettokostnadsutvecklingen och kostnaden för bemanningsföretag har inte nåtts under året, inte heller minskning av återinskrivningar. Andel barn och unga som fått ett första besök inom 30 dagar uppgick till 92 procent, vilket är betydligt bättre än föregående år. Vårdgarantin har inte uppfyllts under året men 12 hälsocentraler har nått 90 procent eller högre vilket är i positiv riktning.

Regiondirektörens förslag

1. Årsredovisning 2017 överlämnas till regionens revisorer för granskning.

2. Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

   Årsredovisning för 2017 godkänns.

I tjänsten

Hans Svensson
Regiondirektör

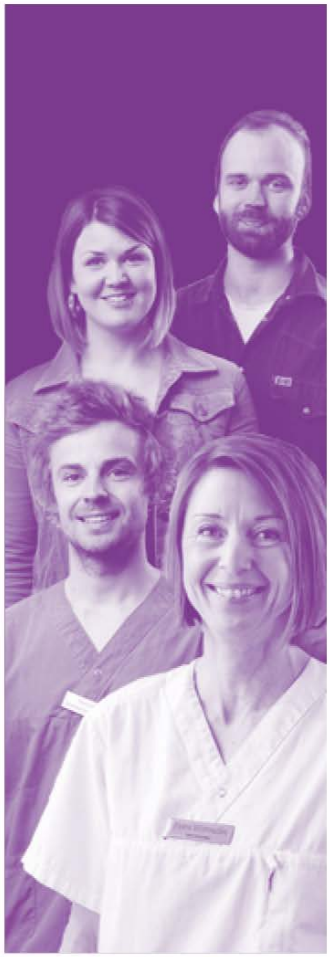
Ingela Jönsson
Tf Ekonomidirektör

Utdrag till

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

2017

Årsredovisning



REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

ÅRET I KORTHET – UNDER 2017…

... föddes **1 518** barn.
... gjordes **377 842** vårdbesök.
… behandlades **73 %** av länets alla barn och ungdomar av regionens folktandvård.
… blev det rekordsiffror i beviljade näringslivsstöd: **86** miljoner kronor till företagsstöd och **82** miljoner kronor till projektstöd.
… utfördes **504** scenkonstföreställningar.
… deltog **450** besökare i konferens kring suicidprevention.
… deltog **3 500** i aktiviteter inom Filmområdet.
… gjordes **2 461 000** resor med kollektivtrafiken *(ej tätortstrafiken)*.
… genomfördes **8 533** operationer.
… öppnade **3** virtuella jour-rum i Härjedalen.
… har länets befolkning ökat med **1 133** invånare.
… utfördes **681** uppdrag av ambulanshelikopter.
… har **1 945** patienter åkt med AMBUS sträckan Östersund – Umeå.
… har vägambulanserna haft **16 256** uppdrag.
… startade Brunflo Hälsocentral **vård på nätet**.
… invigdes en **ny operationssal** för nationella bendonationer.
… investerades i en **operationsrobot**.
… har över **70** artiklar publicerats i vetenskapliga tidskrifter.
… har **2** medarbetare utnämnts till professorer och **3** har disputerat.

ÅRSREDOVISNING 2017
DNR RS/781/2017/
ORGANISATIONSNUMMER 232100-0214
FOTO JONAS KULLMAN OCH MOSTPHOTOS

Innehåll

Året i korthet – under 2017....2
Nya sätt att arbeta utvecklar organisationen....4
Länets befolkning....5
Fem år i sammandrag....6
Politisk organisation och vision....7

MÅL....9
Styrdokument och måluppfyllnad....10
Måluppfyllelse av finansiella och strategiska mål....11
Samhällsperspektivet....14
Patientperspektivet....16
Medarbetarperspektivet....18
Perspektivet för verksamhetsresultat....20

VERKSAMHET....23
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen....24
Regionala utvecklingsförvaltningen....43
Regionstaben....45

MEDARBETARE....47
Utförd tid....48
Bemanningsföretag....50
Sjukfrånvaro - Hälsofrämjande arbete....51
Kompetenskartläggning....53

EKONOMI....57
Ekonomiskt resultat....58
God ekonomisk hushållning....60
Analys av förändring av intäkter och kostnader....67
Investeringar....77
Engagemang i bolag och stiftelser....80
Resultaträkning....89
Balansräkning....90
Kassaflödesanalys....91
Driftredovisning....92
Noter till räkenskaperna....94
Allmänna redovisningsprinciper....103
Särredovisning av tandvård 2017....106
Begreppsförklaringar och ordlista....107

BILAGOR
Bilaga 1 Uppföljning av framgångsfaktorer 2017
Bilaga 2 Avstämning av övergripande handlingsplaner helår 2017

Nya sätt att arbeta utvecklar organisationen

Nya arbetssätt och digitalisering har präglat stora delar av Region Jämtland Härjedalen under 2017. Patienters möjligheter att träffa vårdpersonal via nätet har utvecklats inom flera verksamheter och på flera sätt - en utveckling som låtit tala om sig såväl nationellt som internationellt. Bland annat har Vårdbesök via nätet utvecklats på Brunflo hälsocentral och akutrum inom primärvården i Härjedalen. I samma anda verkar också E-hälsocentrum som invigdes under hösten där offentlig verksamhet och privat företagsamhet arbetar under samma tak för att utveckla just e-hälsa. Centrumet, där Region Jämtland Härjedalen är drivande tillsammans med Östersunds kommun och Sigma, är unikt i sitt slag.

Även forskningsverksamheten fortsätter att röna framgångar. Under beteckningen VälTel testar och utvecklas välfärdsteknologiska lösningar i stor skala och forskningen kring inkontinens med appen tät.nu har både fått stor uppmärksamhet och användning. Regionstyrelsen hade även glädjen att uppmärksamma tre medarbetare som utnämnts till professorer.

Vårdsamverkan

En vårdsamverkan mellan Funäsdalens Hälsocentral och Röros och Tynsets sjukhus är ett tydligt exempel på utvecklingen av nya arbetssätt. Samarbetet har utformats under året och kommer att innebära snabbare och smidigare tillgång till vård för delar av befolkningen i Härjedalen. Ett annat och nytt arbetssätt prövades under sommaren då en särskild avdelning på Östersunds sjukhus inrättades för utskrivningsklara patienter. Avdelningen underlättade på flera sätt för övrig vårdverksamhet och detta sätt att strukturera vården finns med som en del i en ny struktur för vårdplatser som regionstyrelsen beslutade om senare under året. För att påskynda nya arbetssätt och för att använda rätt kompetens på rätt plats har ett större arbete även påbörjats med kompetensutveckling av framförallt undersköterskor.

En ny operationssal för nationella bendonationer invigdes under våren på Östersunds sjukhus. Bygget kostade närmare 19 miljoner kronor och finansierades av Vävnadsrådet som valde Östersund som ort bland annat för att en liten organisation ofta är effektiv och har korta beslutsvägar. Region Jämtland Härjedalen har även varit framgångsrikt med uppdraget att minska sjukskrivningar såväl i länet och i den egna organisationen. Sjuktalen har minskat betydligt och närmat sig genomsnittet för riket.
Regionala utvecklingsnämnden beviljade i slutet av året 8 miljoner kronor i medfinansiering för projektet ”VM-effekt för kompetensförsörjning, inflyttning och företagens försäljning utanför länet”. Projektets målsättning är att maximera möjligheterna att nå potentiella inflyttare och att skapa affärsmöjligheter för länets företag, detta i samband med att Åre och Östersund står som arrangör för varsina VM 2019.
Statens kulturråd fattade även beslut om att utöka statliga medel till den regionala kulturverksamheten. Beslutet innebär bland annat en ökning av anslaget till Region Jämtland Härjedalen med en miljon kronor för konstsatsningen Nationalmuseum Jamtli.

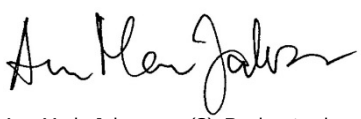
Under vårvintern inträffade en mycket tragisk bussolycka utanför Sveg där tre ungdomar omkom. Det omhändertagande, den vård och den omsorg skadade och chockade människor fick av såväl primärvård som specialiserad vård är värd att nämna liksom det krisarbete som genomfördes av organisationen i ett mycket svårt läge.

Ekonomi och rekrytering

Region Jämtland Härjedalens ekonomi är mycket bekymmersam. Resultatet för 2017 försämrades jämfört med prognos och budget och det är kostnader för hälso- och sjukvården som ökar. Sveriges kommuner och landsting (SKL) har varit ett stöd i analysen av den ekonomiska situationen och ett efterföljande eget arbete har gjorts med den analysen som grund. Beslut är taget om ny vårdstruktur på Östersund sjukhus liksom en vård närmare patientens hem. Under slutet av året vidtogs även akuta åtgärder för att dämpa det ekonomiska underskottet.

Som ett led i att minska beroendet av bemanningsföretag har det nationella bemanningsprojektet fortsatt sitt uppdrag och en extra lönesatsning för vissa medarbetare har gjorts inom gruppen sjuksköterskor, barnmorskor, biomedicinska analytiker och röntgensjuksköterskor.

För att komma tillrätta med den ekonomiska obalansen krävs en kombination av flera åtgärder - en medveten inbromsning av tillväxten inom hälso- och sjukvården, strukturåtgärder och en översyn av finansieringen.



Ann-Marie Johansson (S), Regionstyrelsens ordförande

Hans Svensson, Regiondirektör

Länets befolkning

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

Den 31 december 2017 hade länet 129 806 invånare, en ökning med 1 133 personer jämfört med 2016. Det är det femte året med ökning av invånare efter flera år med sjunkande invånartal.

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

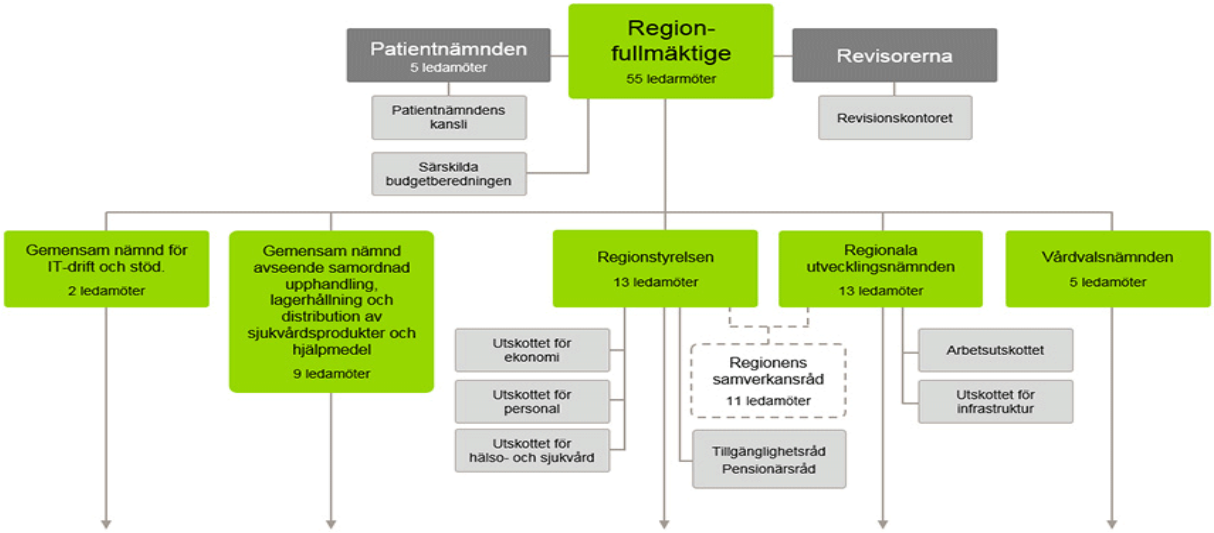
I åldersgruppen 25-69 år sker en stor minskning med 8 000 invånare till 2032. Denna minskning kan hållas tillbaka vid framgångsrik integration och matchning mot arbetsmarknaden. Gruppen 70-79 år förväntas öka med 2 500 invånare fram till år 2022 och ligger därefter på ungefär samma nivå fram till 2032. Gruppen 80 år och äldre ligger relativt stilla fram till 2022, men ökar därefter kraftigt med 3 000 invånare, eller 33 procent.

Fem år i sammandrag

	Enhet	2013	2014	2015	2016	2017
Utdebitering landstingsskatt Jämtland	Kr	10,85	10,85	11,20	11,20	11,20
Genomsnittlig landstingsskatt i Sverige	Kr	11,11	11,20	11,29	11,35	11,36
RESULTATRÄKNING						
Verksamhetens nettokostnader (intäkter-kostnader-avskrivningar)	Mkr	-3 320,9	-3 525,9	-3 824,1	-3 964,8	-4 150,6
Förändring av verksamhetens nettokostnader	%	3,4	6,2	8,5	3,7	4,7
Kostnadsutveckling	%	3,0	5,0	10,7	5,0	3,6
Skatteintäkter, generella statsbidrag och utjämning	Mkr	3 276,1	3 360,1	3 588,2	3 763,6	3 933,1
Förändring skatteintäkter, generella statsbidrag och utjämning	%	4,3	2,6	6,8	4,9	4,5
Förändring finansnetto	Mkr	-104,6	130,2	0,5	0,8	23,0
Årets resultat	Mkr	-170,9	-161,8	-232,3	-196,8	-236,1
Årets resultat enligt balanskravet	Mkr	-47,7	-159,9	-227,7	-196,1	-235,8
Verksamhetens nettokostnader i förhållande till skatter och generella statsbidrag	%	101,4	104,9	106,6	105,3	105,5
Avskrivningar -"-	%	3,1	3,1	3,2	3,2	3,1
Finansnetto -"-	%	-3,8	-0,1	0,0	0,1	0,5
Under 100% = ett positivt resultat	%	100,7	107,9	109,8	108,6	109,1
RESULTATRÄKNING PER INVÅNARE						
Verksamhetens nettokostnader	Kr	26 260	27 814	30 022	30 813	31 975
Skatteintäkter, generella statsbidrag och utjämning	Kr	25 906	26 507	28 170	29 249	30 300
BALANSRÄKNINGEN						
Balansomslutning	Mkr	2 157,4	2 123,5	1 933,0	1 838,0	1 840,3
Eget kapital, exklusive ansvarsförbindelsen	Mkr	515,2	353,5	121,2	-75,7	-311,8
BALANSRÄKNING PER INVÅNARE						
Tillgångar	Kr	17 060	16 751	15 176	14 284	14 178
Eget kapital, exklusive ansvarsförbindelsen	Kr	4 074	2 788	952	-588	-2 402
Skulder och avsättningar	Kr	5 204	5 693	5 392	5 655	6 830
Ansvarsförbindelse pensioner	Kr	20 776	19 871	19 029	18 137	17 448
NYCKELTAL						
Soliditet enligt blandmodellen	%	23,9	16,6	6,3	-4,1	-16,9
Soliditet inklusive ansvarsförbindelse	%	-97,9	-102,0	-119,1	-131,1	-140,0
PERSONAL						
Personalkostnader exkl utbetalada pensioner	Mkr	1 918	2 000	2 211	2 249	2 371
Antal anställda inklusive visstid*	Antal	3 741	3 819	3 992	4 032	4 174
INVÅNARE I JÄMTLAND 31 DEC						
Invånare i Jämtland	Antal	126 461	126 765	127 376	128 673	129 806
Andel jämtar 65 år och äldre	%	22,5	22,8	23,1	23,0	23,1
Medelålder	År	43,3	43,3	43,3	43,2	43,1
Andel kvinnor	%	49,8	49,8	49,6	49,5	49,3
Andel män	%	50,2	50,2	50,4	50,5	50,7

* 2015-01-01 övergick 171 medarbetare från Regionförbundet, länsstyrelsen och kommunen till Jämtland läns landsting och Region Jämtland Härjedalen bildades

Politisk organisation och vision



Regionfullmäktige fastställer regionens vision, strategiskt övergripande mål, ekonomiska ramar och 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 ska 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 vårdvalnämndens 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 bland annat kultur, folkhälsa, klimat, energi och miljö.

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.

Gemensam nämnd för upphandling avseende samordnad upphandling, lagerhållning och distribution av sjukvårdsprodukter är en gemensam nämnd mellan länets kommuner och regionen. Nämndens ska svara för samordnad upphandling, lagerhållning och distribution av sjukvårdsprodukter samt erbjuda hjälpmedel för funktionshindrade.

Gemensam nämnd för IT-drift och stöd är en gemensam nämnd mellan regionen och Åre kommun. Nämndens ska leverera definierad ändamålsenlig IT-infrastruktur för att samutnyttja och samfinansiera nödvändiga investeringar i IT-verksamheten och att leverera nödvändiga driftstjänster.

Revisorerna är fullmäktiges och ytterst medborgarnas demokratiska instrument för granskning och kontroll av verksamheten. *Patientnämnden* ska främja kontakterna mellan patienterna, 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.

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

Regionfullmäktige har i regionplanen för 2017-2019 beslutat om 21 strategiska mål inom perspektiven Samhälle, Patient, Medarbetare och Verksamhetsresultat. De visar viljeinriktningen och vad som ska genomföras de kommande tre åren. I följande sammanställningar har måluppfyllelsen värderats med hjälp av de framgångsfaktorer som är kopplade till respektive mål, kombinerat med en kvalitativ bedömning.

Styrdokument och måluppfyllnad

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.

Region Jämtland Härjedalens målområden indelas i Samhälle, Patient, Medarbetare, och Verksamhetsresultat.

Planering

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
- Långsiktiga utvecklingsplaner
- Regionplan
- Finansplan
- Verksamhetsplaner med budget och uppföljningsplan för regionstyrelsen och för nämnderna
- Regiondirektörens direktiv för verksamhetsplanering
- Verksamhetsplaner för förvaltningarna och regionstaben
- Verksamhetsplaner för områdena och regionstabens avdelningar
- Verksamhetsplaner för områdena och enheterna inom regionstyrelsens förvaltning Övergripande handlingsplaner

Uppföljning

Uppföljningen av Region Jämtland Härjedalens mål, verksamhet, resultat och ekonomi sker i huvudsak genom olika rapporter samt redovisning utifrån fastställda uppföljningsplaner. På samma sätt som med planeringen görs uppföljning på samtliga verksamhetsnivåer. Resultatet av uppföljningen analyseras på varje nivå. På övergripande nivå görs i årsredovisningen en samlad bedömning och analys av måluppfyllelsen för samtliga framgångsfaktorer i regionstyrelsens, vårdvalsnämndens och regionala utvecklingsnämndens verksamhetsplaner. Det summerar måluppfyllelsen för regionfullmäktiges strategiska mål.

Regionstyrelsens verksamhetsplan har förutom i tertialrapport och delårsbokslut följts upp i ett särskilt ärende den 31 maj, § 116. Det resulterade i en revidering utifrån att uppföljningen visat att det fanns områden som behövde insatser för att driva på arbetet och därmed förbättra måluppfyllelsen till årets slut. Det fanns också anledning att göra anpassningar efter rådande förutsättningar. Det gällde framförallt de framgångsfaktorer som bedömdes svåra att uppfylla. Flera mål var också otydliga och behövde konkretiseras. I augusti gjordes ytterligare korrigeringar efter att de finansiella målen i finansplanen 2017–2019 ändrats av regionfullmäktige.

Måluppfyllelse av finansiella och strategiska mål

De finansiella målen i Finansplan 2017-2019

Efter fullmäktige i juni reviderades finansplanen för 2017-2019 enligt följande:

Målet om Ekonomiskt resultat efter finansnetto som procentandel av verksamhetens budgeterade nettokostnader ändrades från noll procent till minus 2,7 procent.

Målet om en nettokostnadsminskning med 2 procent i finansplan 2017-2019 ändrades till att verksamheternas nettokostnader får öka med högst 1,4 procent 2017 jämfört med utfallet 2016. Se även Bilaga 1 avseende det strategiska målet god ekonomisk hushållning i perspektivet verksamhetsresultat.

Mål Finansplan 2017-2019 och eventuellt utgångsvärde	Målvärde 2017	Utfall 2017-12-31		Kommentarer till utfallet
Långsiktig hållbar ekonomi. Ekonomiskt resultat efter finansnetto som procentandel av verksamhetens budgeterade nettokostnader. Mål på längre sikt 2 %	-2,7%	-5,7 %	↓	Målet nås inte.
Kostnadskontroll. Nettokostnadsutveckling jämfört med föregående år.	Öka med högst 1,4 %	4,7 %	↓	Målet nås inte. Främst på grund av att bruttokostnaderna ökat med 3,6 % medan intäkterna har minskat med 2,3 % jämfört med föregående år.
Avtalstrohet	90 %	91 %	↑	Avtalsmodellen har justerats med en ny kategoriindelning och utökats med en ny avgränsning för att fånga upp en större volym och fler leverantörer som verksamheterna köper varor och tjänster utav. Mål uppnås.
Investeringstak per år i mkr	96 mkr	62,2 mkr	↑	Total investering för året var 62,2 mkr. Men även investeringar som framflyttats från tidigare år har skett under året. Sammantaget landade årets totala investeringar inkl. hjälpmedel på 96,4 mkr.
Självfinansieringsgrad investeringar - 69 % för 2016	Succesivt öka	-115%	↓	Målet nås inte.

Under året har följande beslut om resultatförbättrande åtgärder vidtagits:

- Översyn jour och beredskapsorganisation inom specialistvården, innebar minskning med en jourlinje
- Uppräkning av egenvårdavgift för speciallivsmedel
- Ökad samverkan med kommunerna inom administration och teknisk service, bland annat har en plan för omlokalisering av administration beslutats och beslutsprocessen för en gemensam nämnd för IT, administration och service pågår
- Översyn konkurrensneutralitet regiondriven primärvård
- Opus 2020 pågår utifrån effektiviseringsförslagen från extern genomlysning 2016
- Uppstart av prehospitalt projekt
- Ökning av internstafetter istället för hyrläkare – lågt utfall, annat angreppssätt istället
- Optimera nyttjandet av hyrläkare i primärvården – verkställt hösten 2017
- Uppföljning strukturbeslut om primärvården
- Extern genomlysning av psykiatrin – resultat presenteras för styrelsen februari 2018
- Paket 2 LUP det vill säga Sjukresor utredning om egenregilösning – beslut att ej överta i egenregi, upphandling inför 2020
- Restriktioner kring resor, inköp, anställningar, hyrpersonal, utbildningar med mera
- Förstärkt internkontroll och egenkontroll beslutad, men genomförs 2018

Följande beslut är fattade, men där verkställandet inte hunnit ge effekt på grund av brister i genomförande-kapacitet, eller lågt intresse hos motpart:

- Samverkan inom laboratoriemedicin med övriga norrlandting – försök har gjorts men lågt intresse från motpart
- Pilotstudie angående produktionsuppdrag inom 2–3 områden – kommer kopplas samman med OPUS 2020 och fördjupade KPP-analyser
- Samverkan med annan gällande sterilcentralen – utredning klar, upphandlingssamverkan identifierad, verkställs under 2018
- Utvärdering av internhandel inom regionen – ej kunnat prioritera utredningsresurs 2017
- Undersöka möjlighet att driva verksamhet gemensamt med annat landsting. – försök har gjorts men lågt intresse från motpart
- Revidering av LUP ekonomi – framflyttat till februari 2019 i anslutning till regionplan
- Göra en övergripande plan för köpt vård – ej kunnat prioritera utredningsresurs 2017.

De strategiska målen i regionplan 2017-2019

Regionfullmäktige har i regionplanen för 2017-2019 beslutat om 21 strategiska mål inom perspektiven Samhälle, Patient, Medarbetare och Verksamhetsresultat. De visar viljeinriktningen och vad som ska genomföras de kommande tre åren. Utifrån de strategiska målen fastställer regionstyrelsen, regionala utvecklingsnämnden och vårdvalsnämnden framgångsfaktorer i form av utvecklingsområden. De markerar vad respektive styrelse eller nämnd ska prioritera det närmaste året för att verkställa uppdraget och de strategiska mål fullmäktige har beslutat om. Utifrån dem har verksamheten beslutat om mål, mått och aktiviteter.

I kommande avsnitt redovisas en samlad bedömning av samtliga framgångsfaktorer som summerar måluppfyllelsen för regionfullmäktiges strategiska mål för varje perspektiv. En summering av regionfullmäktiges 21 strategiska mål visar att totalt 66 procent av framgångsfaktorerna är uppnådda under året, 32 procent är pågående aktiviteter i rätt riktning. Resterande 2 procent har inte uppfyllts under året och det är de strategiska målen god ekonomisk hushållning samt långsiktigt hållbar verksamhet, även om delar av framgångsfaktorerna är uppfyllda.

Framgångsfaktorerna värderas utifrån nedan bedömning med grön, gul eller röd färg. Se bilaga 1 för utförlig uppföljning av samtliga framgångsfaktorer. Cirkeldiagrammen visar den samlade bilden av hur stor andel av framgångsfaktorerna som uppnått målet helt eller delvis, eller inte alls för respektive perspektiv.

Under året har även löpande samt fördjupad uppföljning skett månadsvis av regionstyrelsens åtta aktiva mål, två för varje perspektiv. Tre av målen har uppnåtts under året. Sjukpenningdagarna i Jämtlands län sjunker snabbast i landet och både vårdskador och sjukfrånvaron har minskat under året.

Andelen återinskrivningar har inte förändrats sedan föregående år, men bland annat mobila närvårdsteamet arbetar för en minskning.

Andel barn och unga som fått ett första besök inom 30 dagar uppgick till 92 procent. Målet på 100 procent uppnåddes inte men har förbättrats betydligt jämfört med föregående år.

Vårdgarantin har inte uppfyllts under året, men det är inte rimligt att nå 100 procent. Över 90 procent räknas som god tillgänglighet. 12 hälsocentraler har nått 90 procent eller högre.

Målen för att minska nettokostnadsutvecklingen och kostnaden för bemanningsföretag har inte nåtts under året.

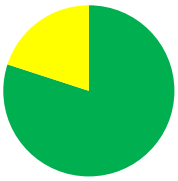
Pilarna för de aktiva målen kan genom riktningen indikera om målet ändå går åt rätt håll fast det ännu inte uppnåtts.

	Rätt åtgärder är utförda. Inga ytterligare åtgärder behöver göras under 2017. Framgångsfaktorn är uppfylld.
	Rätt åtgärder är planerade och/eller påbörjade.
	Fel åtgärder eller inga åtgärder är planerade eller påbörjade.

I bilaga 2 finns uppföljning av mål och aktiviteter i övergripande handlingsplaner för 2017. Sammantaget visar den uppföljningen att för de flesta handlingsplaner pågår arbete enligt plan. Övergripande handlingsplan upprättas för sakområden som särskilt behöver fokuseras på och där gemensamt, planerat och systematiskt arbete krävs för att driva arbetet med sakområdet framåt. I dem finns en vägledning om vilka aktiviteter som varje verksamhet ska bidra med för att nå övergripande mål. I regiondirektörens direktiv för verksamhetsplaner finns det angivet vilka övergripande handlingsplaner som finns. För 2017 har det totalt funnits 16 övergripande handlingsplaner. Handlingsplanerna har olika löptider, från ett till flera år.

Samhällsperspektivet

De strategiska målen inom samhällsperspektivet är viktiga delar i Region Jämtland Härjedalens roll som ansvarig för det regionala utvecklingsarbetet. Inom de sju strategiska målen för samhällsperspektivet finns totalt 60 framgångsfaktorer kopplade till målen, varav 48 är uppfyllda och resterande 12 är påbörjade aktiviteter i rätt riktning. Fördelningen av framgångsfaktorerna inom respektive mål visas i tabellen nedan. Cirkeldiagrammen visar den samlade bilden av de strategiska målen.



Strategiska mål samhälle	Framgångsfaktorer		
1. Stimulera så att innovativa och framtidsinriktade idéer blir färdiga produkter och tjänster genom bra stöd, god beredskap och snabb hantering.	8	3	0
2. Effektiv infrastruktur kring vägar, järnvägar, flyg, bredband och digital teknik.	5	2	0
3. Kulturen har en viktig roll för regional utveckling, hälsa, delaktighet, inflytande och personlig utveckling.	6	1	0
4. Integration genomsyrar hela det regionala utvecklingsarbetet.	8	0	0
5. Jämtland Härjedalen har en ökad inflyttning med fler i arbete och ökat företagande.	3	1	0
6. Förbättrad psykisk hälsa.	6	1	0
7. Hälsofrämjande och trygga levnadsvillkor och samordnad hälso- och sjukvård för minskade sjukskrivningstal.	12	4	0
Totalt antal framgångsfaktorer	**48**	**12**	**0**

Grön kolumn innebär att rätt åtgärder är utförda. Inga ytterligare åtgärder behöver göras under 2017.
Gul kolumn innebär rätt åtgärder är planerade och/eller påbörjade.
Röd kolumn innebär fel åtgärder eller inga åtgärder är planerade eller påbörjade.
I bilaga 1 återfinns samtliga framgångsfaktorer inom varje mål.

Den goda måluppfyllelsen inom perspektivet samhälle visar att regionen håller ihop arbetet med det regionala utvecklingsansvaret på ett bra sätt. Region Jämtland Härjedalen har under året genomfört flera planerade aktiviteter för att utveckla system för innovationsutveckling. Exempelvis har ett E-hälsocentrum öppnats. Aktiviteter i det Regionala Innovationsprogrammet har också pågått utifrån Region Jämtland Härjedalens roll att leda det Regionala tillväxtarbetet. Inom sjukvård och omsorg finns innovationer som väckt intresse nationellt och internationellt, till exempel ett projekt om giftfritt alternativ till blodpåsar.

För att utveckla en effektiv infrastruktur medverkar regionen i arbetet för Fossilfritt 2030 genom övergång till eldriven trafik och utbyte av fossil diesel till HVO. En ny Länstransportplan för perioden 2018 - 2029 har tagits fram. Vad gäller kollektivt resande har antal resor med tåg ökat, medan resor med buss minskat. Målet om att 90 procent av hushåll och företag ska ha tillgång till bredband uppnåddes inte.

Ett rikt kulturutbud och integration är viktiga strategiska mål för hela det regionala utvecklingsarbetet. Måluppfyllelsen är hög för båda områdena. Exempelvis har målet om att minst 50 procent av kulturutbudet ska vara utanför Östersunds kommun uppnåtts.

För att främja positiv hälsoutveckling för asylsökande och nyanlända har en plan för mottagande av asylsökande och nyanlända flyktingar tagits fram. I arbetet att utveckla ett bra företagsklimat och ökad inflyttning har regionen kunnat ge stöd till företag och projekt genom en kombination av statliga medel och EU-medel. Ett arbete med en långsiktig plan för befolkningsutveckling har inletts.

För det strategiska målet om förbättrad psykisk hälsa har bara fyra av sju framgångsfaktorer uppnåtts. Men många satsningar pågår. Exempelvis har flera modeller för samverkan byggts upp, till exempel om samers hälsa. Samverkan kan fortsatt förbättras för att göra stöd och vård till barn och ungdomar effektivare. I det suicid-preventiva arbetet har arbetet med en handlingsplan inletts. Ett målområde som Region Jämtland Härjedalen har uppfyllt med råge är målet om att minska sjukskrivningarna i länets befolkning. Sjukpenningdagarna i Jämtlands län sjunker också snabbast i landet.

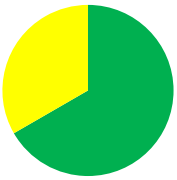
Regionstyrelsens aktiva mål

Utöver de strategiska målen inom samhällsperspektivet finns ytterligare två mål, regionstyrelsens aktiva mål.

Aktiva mål samhälle	Målvärde	Utfall 2017-12-31		Utfall december 2017 och kommentar
Andel barn och unga som får ett första besök inom område barn, unga vuxna, inom 30 dagar.	100 % inom 30 dagar	december 92 % ackumulerat för helåret 84 %		Klar förbättring jämfört med 2016 då utfallet ackumulerat var 73 %. Målet är att förbättra tillgängligheten långsiktigt och utan undanträngningseffekter på återbesök samt neuropsykiatriska utredningar.
Minskning av sjukpenningtal hos länets medborgare. Utgångsvärde 2014:12,4 dagar	2017: minska med 0,8 dagar	2017:10,3 dagar, sjukpenningdagarna har minskat med 2,1 dag		Arbete sker i linje med den långsiktiga utvecklingsplanen. Sjukpenningdagarna i Jämtlands län sjunker snabbast i landet och målet för året har med råge uppnåtts.

Patientperspektivet

Patientperspektivet handlar om att erbjuda länets invånare en god vård efter behov och på patientens villkor. Inom de fem strategiska målen för patientperspektivet finns totalt 45 framgångsfaktorer kopplade till målen, varav 30 är uppfyllda och resterande 15 bedöms ha pågående aktiviteter i rätt riktning. Fördelningen av framgångsfaktorerna inom respektive mål visas i tabellen nedan. Cirkeldiagrammen visar den samlade bilden av de strategiska målen.



Strategiska mål patient	Framgångsfaktorer		
1. Patientsäker jämlik och jämställd vård av god kvalitet efter behov.	15	7	0
2. Region Jämtland Härjedalens vård ska så långt möjligt i hemmet eller så nära hemmet som möjligt.	5	2	0
3. Fördjupat samarbete med kommunerna avseende barn, unga, äldre och utsatta grupper.	4	1	0
4. Bättre bemötande och anpassad kommunikation på patientens villkor.	4	2	0
5. Ökat patientinflytande.	2	3	0
Totalt antal framgångsfaktorer	**30**	**15**	**0**

Grön kolumn innebär rätt åtgärder är utförda. Inga ytterligare åtgärder behöver göras under 2017.
Gul kolumn innebär rätt åtgärder är planerade och/eller påbörjade.
Röd kolumn innebär fel åtgärder eller inga åtgärder är planerade eller påbörjade.
I bilaga 1 återfinns samtliga framgångsfaktorer inom varje mål.

Region Jämtland Härjedalen har under året fortsatt att arbeta med åtgärder för att hälso- och sjukvården och folktandvården inom regionen ska vara ett attraktivt val för länets befolkning. Det är en ständigt pågående process att nå en patientsäker jämställd och jämlik vård, av god kvalitet och efter behov. Måluppfyllelsen visar flera goda resultat. Läkemedelsberättelse till patient lämnas i högre utsträckning, antibiotika-förskrivningen är fortsatt låg, patientsäker-hetsarbetet är aktivt samt frågan om våld ställs i högre grad enligt rutin. Arbetet att införa samordnad individuell plan kommer att fortsätta under 2018 likaså arbetet med att identifiera vårdbehov hos personer som ofta söker akut vård. Hälsovalets uppföljningar av primärvården med fokus kontinuitet, jämlikhet och jämställdhet är genomförd.

Flera utvecklingsområden som syftar till att erbjuda patienter vård i hemmet eller så nära hemmet som möjligt har uppnåtts. Framförallt har arbetet med nya arbetsformer för vård på distans och mobila lösningar nått framgångar. Det mobila närvårdsteamets arbete har resulterat i att de patienter som är knutna till teamet i lägre utsträckning behöver vård på sjukhus. Primärvård och specialiserad vård bidrar till ändrade arbetssätt för att bättre kunna möta framför allt äldres behov av vård nära det egna boendet. Exempel på sådana åtgärder är införande av triage, öppen mottagning, ordna möjlighet till vård på distans med mobila lösningar. Alla mottagningar arbetar aktivt för att vårdsökande ska använda 1177 och dess e-tjänster.

Det beslutade förslaget om kostnadsfritt hälsosamtal för invandrare kommer att implementeras under 2018 tillsammans med kommunerna, SFI och AF med flera. I ökande omfattning identifieras våldsutsatta personer för att kunna ges ett bra omhändertagande. Gravida tillfrågas om våld i nära relation enligt rutin på MVC. En uppföljning görs också om hur hälsovalsaktörerna arbetar med barn, äldre och andra utsatta grupper årligen.

Inom de strategiska områdena om bättre bemötande och ökat patientinflytande finns utvecklingsområden som behöver arbetas vidare med. Väsentliga delar inom strategiska målet kommunikation är tillämpandet av rutin för samtal med barn som anhöriga, samt att tillgodose behov av språk - respektive teckenspråkstolk då tolk är förutsättningen för att vårdmötet ska bli bra. Användande av patientenkäters resultat är fortsatt viktigt på enhets- och verksamhetsområdesnivå.

Det blir vanligare att representanter för olika patient-grupper söks för deltagande i regionens förbättrings-arbete. Det görs också en uppföljning om hur hälso-valsaktörerna arbetar med att tillvarata kunskaper och synpunkter. Flera goda exempel finns också i arbetet för en mer personcentrerad vård, till exempel Min vårdplan inom cancervården.

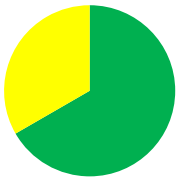
Regionstyrelsens aktiva mål

Utöver de strategiska målen inom samhällsperspektivet finns ytterligare två mål, regionstyrelsens aktiva mål.

Aktiva mål patient	Målvärde	Utfall 2017-12-31		Utfall december 2017 och kommentar
Andel vårdskador ska minska. Minska till 13 % eller lägre	Minska jämfört med resultat oktober 2016.	8 %		Mål uppnått Ett flertal insatser är utförda. Ex att förbygga blåsöverfyllnad och trycksår. Förbättra nutrition och tidigt upptäcka försämring i tillstånd (NEWS)
Minska återinskrivningar. < 15 %	Lägre andel än 2014	Varierar mellan 14-18 % Män har något högre återinläggnings frekvens		Antalet återinskrivna är ca 100 per månad. Jämfört med 2016 är resultatet i stort sett lika. Arbete med LOSUS har pågått under året och driftsattes som planerat 1/1 2018 då lagen trädde i kraft. Mobila närvårdsteamet har varit i drift sen februari och, de i teamet, inskrivna patienter, har tydligt minskat återinskrivningar på individnivå.

Medarbetarperspektivet

Medarbetarperspektivet beskriver vad det innebär för Region Jämtland Härjedalen att vara en attraktiv och hälsofrämjande arbetsgivare. Inom de fem strategiska målen för medarbetarperspektivet finns totalt 21 framgångsfaktorer kopplade till målen, varav 14 är uppfyllda och resterande 7 bedöms ha pågående aktiviteter i rätt riktning. Fördelningen av framgångsfaktorerna inom respektive mål visas i tabellen nedan. Cirkeldiagrammen visar den samlade bilden av de strategiska målen.



Strategiska mål medarbetare	Framgångsfaktorer		
1. Attraktiv arbetsgivare.	4	4	0
2. En god arbetsmiljö.	2	1	0
3. Kompetensutveckling och karriärvägar.	2	2	0
4. En kompetensförsörjning som understödjer omställning till framtidens behov.	4	0	0
5. Minskade sjuktal för Region Jämtland Härjedalens medarbetare.	2	0	0
Totalt antal framgångsfaktorer	**14**	**7**	**0**

Grön kolumn innebär rätt åtgärder är utförda. Inga ytterligare åtgärder behöver göras under 2017.
Gul kolumn innebär rätt åtgärder är planerade och/eller påbörjade.
Röd kolumn innebär fel åtgärder eller inga åtgärder är planerade eller påbörjade.
I bilaga 1 återfinns samtliga framgångsfaktorer inom varje mål.

För att motivera och attrahera nya medarbetare har Region Jämtland Härjedalen under 2017 fortsatt arbeta med aktiviteter för att utveckla ett gott ledarskap och aktivt medarbetarskap. Summeringen av måluppfyllelsen visar att aktiviteter bedrivs i rätt riktning och har riktats till såväl chefer som medarbetare. En vägledande faktor har varit att varje medarbetares kompetens ska användas fullt ut och att Regionens värdegrund ska finnas med i det vardagliga arbetet.

Under året har en modell för karriärvägar utarbetats för att skapa tydliga karriärvägar och kompetensutveckling för samtliga yrkeskategorier inom hälso- och sjukvård. Det har också gjorts en medarbetarutbildning om värdegrund som 3 240 medarbetare genomfört. Det genomförs också arbeten för att bättre inkludera personer med olika bakgrund. Andra utvecklingsområden för att utveckla en god arbetsmiljö har handlat om att arbeta på ett annat sätt med hjälp av ny teknik. Men det påverkar också behov av introduktion. Arbetsmiljöenkätens senaste tillgängliga resultat från oktober 2017 visade på ett något högre värde 4,62 jämfört med 4,61 i februari.

Under året har också flera aktiviteter genomförts i syfte att ge alla chefer i organisationen goda förutsättningar att genomföra ett gott chefs- och ledarskap. Bland annat sker återkommande samlingar, så kallade Lean-frukostar och ledardialoger. Under våren 2018 påbörjar projektledare för chefsutveckling sin anställning. Arbete med ledningsdeklaration och chefsutvecklingsprogram pågår. Det finns ett stort intresse för chefsaspirantutbildningarna. Kartläggning av chefers förutsättningar att fullgöra sina uppdrag är genomförd. En modell för karriärvägar har också utvecklats och målsättningen är att alla medarbetare ska ha en individuell kompetensutvecklingsplan. Ännu behöver systemstödet för det utvecklas ytterligare.

En strategisk kompetensförsörjning som understödjer omställning till framtidens behov är ett viktigt strategiskt mål. Måluppfyllelsen är mycket god och alla planerade utvecklingsområden har uppfyllts. Bland annat är resultatet från kompetenskartläggningen sammanställd vilket ger underlag för en handlingsplan både på regionnivå och områdesnivå. Det bedrivs också ett arbete med att väcka intresse hos elever och studenter på grundskole- och gymnasienivå för arbete inom Region Jämtland Härjedalen. Även för målet om att minska sjukfrånvaron har samtliga aktiviteter genomförts. Under året har stort fokus legat på de långa sjukskrivningsfallen, chefsutveckling och stöd till chefer.

Regionstyrelsens aktiva mål

Utöver de strategiska målen inom samhällsperspektivet finns ytterligare två mål, regionstyrelsens aktiva mål.

Aktiva mål medarbetare	Målvärde	Utfall 2017-12-31		Utfall december 2017 och kommentar
Sjukfrånvaron för medarbetare inom Region Jämtland Härjedalen ska minska.	6 % helår	5,5%)		Målet har uppnåtts och landade på 5,5 procent. Det innebär en minskning motsvararande 40,5 årsarbetare. Sjuktalen för kvinnor uppgick till 6,1% och för män 3,3%Motsvarande period föregående år uppgick kvinnors sjukfrånvaro till 7,5 % och mäns till 3,7 %.
Beroendet av bemanningsföretag ska minska. Utfall 2015: 125,6 mkr	2015 års nivå = 125,6 mkr	190 mkr		Mål ej uppfyllt. Svårigheter att rekrytera. Stort fokus på att skapa oberoende av hyrpersonal. Bemanningsprojektet med många aktiviteter och arbete med att införa digital vård och nya beredskapslinjer pågår. Åtgärdspaketen är påbörjade i slutet av året.

Perspektivet för verksamhetsresultat

Verksamhetsresultat ska visa strategiska områden för organisationens arbete och innefatta såväl finansiella som icke finansiella resultat. Inom de fyra strategiska målen för perspektivet för verksamhetsresultat finns totalt 34 framgångsfaktorer kopplade till målen, varav 13 är uppfyllda, 17 bedöms ha pågående aktiviteter i rätt riktning och 4 uppnås inte under året. Fördelningen av framgångsfaktorerna inom respektive mål visas i tabellen nedan. Cirkeldiagrammen visar den samlade bilden av de strategiska målen.

Strategiska mål verksamhetsresultat	Framgångsfaktorer		
1. God ekonomisk hushållning.	4	2	1
2. Långsiktigt hållbar verksamhet.	0	5	3
3. Effektiva processer.	7	9	0
4. Fördjupat arbete för att minska kostnader och öka intäkter.	2	1	0
Totalt antal framgångsfaktorer	**13**	**17**	**4**

Grön kolumn innebär rätt åtgärder är utförda. Inga ytterligare åtgärder behöver göras under 2017.
Gul kolumn innebär rätt åtgärder är planerade och/eller påbörjade.
Röd kolumn innebär fel åtgärder eller inga åtgärder är planerade eller påbörjade.
I bilaga 1 återfinns samtliga framgångsfaktorer inom varje mål.

Regionens svåra ekonomiska situation har fortsatt även under 2017. Regionstyrelsen har under året fattat en rad beslut om resultatförbättrande åtgärder, dock har de inte hunnit ge resultat. En sammanvägning av måluppfyllelsen för regionens finansiella mål och verksamhetsmål resulterar i bedömningen att Region Jämtland Härjedalen inte har uppfyllt kravet på god ekonomisk hushållning under år 2017.

Däremot har flera av framgångsfaktorerna i strävan att nå god ekonomisk hushållning uppnåtts. Bland annat genomfördes en granskning under våren av privata vårdgivare som arbetar enligt nationella taxan ur ett patientsäkerhets- och ekonomiskt perspektiv.

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 samt en översyn inför 2019 pågår.

Framställan om hjälp med analyser gjordes under våren till Statens Kommuner och Landsting, SKL. SKL levererade en övergripande analys till fullmäktige i juni. Fördjupade analyser har skett under hösten. I december beslutade Regionstyrelsen utifrån dessa om ytterligare utredningar. Sex åtgärdspaket är beslutade under slutet av året. Åtgärderna handlar om nära vård i samverkan, förändringar och minskningar av vårdplatser och andra åtgärder som leder till minskning av hyrpersonal.

Rutiner kring inprioriteringar och särskilda beslut i regionstyrelsen har efterlevts under året.

Det strategiska målet långsiktig hållbar verksamhet innebär ett överskott på 2 procent. Under innevarande planperiod bedöms inte målet vara rimligt fram till 2019 även om flera aktiviteter är påbörjade.

Genom implementering av nya regler för resor, nyttjande av distansoberoende teknik och genomförande av de åtgärder som följer CERO-arbetet ska klimatpåverkan från tjänsteresor och interna transporter minskar. De flesta åtgärder i handlingsplan resor implementeras först hösten 2017 samt under 2018..

Andelen ekologiska och socialt etiskt märkta livsmedel når nästan uppsatt mål, dock är utbudet begränsat.

Arbetet med effektiva processer sker kontinuerligt. De flesta verksamheter inom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen arbetar systematiskt med produktions – och kapacitetsplanering. Dock har detta arbete ännu inte fått utfall på tillgängligheten i någon större utsträckning. En orsak till detta är att arbetet innebär förändrade arbetssätt vilket tar tid att genomföra.

I samband med upphandling ställs relevanta krav i enlighet med upphandlingspolicyn, organisationens regler för hållbar upphandling samt Upphandlingsmyndighetens kriteriedokument gällande miljö. I samtliga dokument tas hänsyn till både socialt ansvar, miljö och hälsa. Exempel på sociala hänsyn är kollektivavtalsenliga villkor, antidiskrimineringsklausuler samt krav med särskilt fokus på hållbar utveckling i främjande av ekologiska och rättvist producerade produkter.

I varje enskild upphandling övervägs vilka krav som ska ställas bland annat utifrån ovanstående. Arbete pågår även nationellt med en uppförandekod för leverantörer där krav ställs på band annat FN:s

allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna (1948) -ILO:s åtta kärnkonventioner.

Under året har en extern genomlysning av inköpsprocessen gjorts för att se vilka förbättringar som kan göras för att effektivisera inköpen och minska kostnaderna. Resultatet har presenterats för Regionstyrelsen hösten 2017 och effekter kommer att mätas under 2018.

Arbetet med ett fördjupat samarbete för att minska kostnader och öka intäkter pågår ute i verksamheten och visar god måluppfyllelse. En genomlysning av område Kirurgi Ögon Öron har verkställts och pågår i form av OPUS 2020. Ytterligare beskrivning av resultatförbättrande åtgärder återfinns under avsnittet Ekonomi.

Regionstyrelsens aktiva mål

Utöver de strategiska målen inom samhällsperspektivet finns ytterligare två mål, regionstyrelsens aktiva mål.

Aktiva mål verksamhetsresultat	Målvärde	Utfall 2017-12-31		Utfall december 2017 och kommentar
Nettokostnadsförändringen ska minska.	Högst får öka med 1,4 %	4,7 %		Målet nås inte. Under året har verksamhetens nettokostnader ökat jämfört med föregående år.
Vårdgarantin ska vara uppfylld 100% 0-7-90-90 Utgångsvärden 2016: **0:an** 86 % **7:an Totalt 88 %** Kv 87 % M 88 % **90 nybesök** Totalt 63 % Kvinna 64 % Man 61 % **90 behandling** Totalt 64 % Kvinna 63 % Man 66 %	100 %	 88 % 84 % Totalt: 60 % Kvinnor: 61 % Män:58 % Total: 65 % Kvinnor: 65 % Män:66 %		Inte rimligt att nå 100 %. Över 90 % räknas som god tillgänglighet. 12 hälsocentraler har 90 % eller högre. Trenden är att de hälsocentraler som har ökat sin tillgänglighet med öppen mottagning har också förbättrad telefontillgänglighet. Ex är Sveg och Funäsdalen Tillgängligheten inom sjukhuset ligger ganska konstant. Arbete med produktions- och kapacitetsplaneringen har intensifierats. Utbildningsinsatser har genomförts med hjälp av Gävleborg. Flera projekt drivs i syfte att bla öka tillgängligheten. Ex OPUS 2020, åtgärdspaket 3, RAK

VERKSAMHET

Region Jämtland Härjedalen bedriver verksamhet inom två huvudsakliga områden – hälso- och sjukvård och regional utveckling. För att dessa verksamheter ska fungera så bra och effektivt som möjlighet bidrar flera regiongemensamma stödfunktioner inom regionstaben.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen ska arbeta förebyggande och tillgodose en bra hälso- och sjukvård samt tandvård för Region Jämtland Härjedalens medborgare. Några av de viktigaste händelserna under året inom hälso- och sjukvården sammanfattas nedan.

Bemanningsprojektet

Ett övergripande projekt som har sin grund i det nationella projektet ”Oberoende av inhyrd personal”. En handlingsplan med många aktiviteter har arbetats fram, det handlar om att ställa om arbetssätt och rätt använd kompetens (RAK) för att minska inhyrd personal. Det handlar också om att tydliggöra ansvar och roller och synkronisera ett antal omfattande projekt för att effektivisera verksamheten och komma fortare framåt med kostnadsminskningar.

Digitalisering

I syfte att föra vården närmare patienten har flera förbättringsarbeten med IT-innovationer utförts. Några exempel är:

- Tre nya akutrum i Härjedalen invigdes i juni. Akutrummens utrustning ger möjlighet att koppla upp sig mot en läkare på distans. Det innebär en mycket större möjlighet att kunna få hjälp på den ort man befinner sig i stället för att man ska behöva åka till närmaste läkare eller till sjukhus.
- Regionen är ansluten till den nationella plattformen ”Stöd och behandling” via 1177 Vårdguiden. Nätbaserade behandlingar som utförs är ex oroshjälpen, stresshjälpen.
- Test med läkare på nätet pågår på Brunflo hälsocentral.
- Distansinskrivning för patienter (med kärlförträngning i hjärtat) som ska undersökas/behandlas på PCI-lab på sjukhuset.

LOSUS

Projekt LOSUS (lagen om samverkan vid utskrivnings från sluten hälso- och sjukvård) är igång sen januari. Den nya lagen träder i kraft 1 januari 2018. Målet är att i samverkan med länets kommuner nå en effektivare utskrivningsprocess där patienterna ska få en god övergång till annan vårdnivå och inte vara kvar på sjukhus om det inte behövs.

OPUS 2020

Efter vårens arbete med totalt 10 stycken genomförda workshops finns nu en mer konkret och detaljerad plan för vidare arbete. I maj flyttade operations-koordinatorerna till Kirurgmottagningen vilket är positivt då det underlättar samarbetet både för patienter och personal. Under hösten har arbetet fokuserats på att konkretisera några av vårens idéer för att sedan sjösättas vid årsskiftet. Andra identifierade förbättringsområden har påbörjats under hösten, såsom gemensam operationsplanering, funktionsschema för läkare och ökad poliklinisering.

Bussolyckan

I april 2017 inträffade en tragisk bussolycka på E45 mellan Sveg och Fågelsjö. 59 personer fanns i bussen. I olyckan omkom tre barn, sex personer var svårt skadade och ett flertal var lindrigt skadade. Tankar går till familj, anhöriga och vänner till de drabbade**.** Den här typen av olyckor ställer oerhört höga krav på organisationen. Krav som regionen verkar ha kunnat leva upp till på ett mycket bra sätt. Alla inblandade har samverkat på ett utmärkt sätt och bidragit med kompetens för att på bästa sätt hantera situationen och göra det så bra som möjligt för de drabbade.

Folkhälsa och hälsofrämjande arbete

För det länsgemensamma folkhälsoarbetet i Jämtlands län finns ett politiskt styrande dokument, *"Vår Hälsa - länets möjlighet"*, Folkhälsopolicy för Jämtlands län 2016-2019. Folkhälsopolicyn utgår 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.

Kunskapsspridning

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.

Insatser för kunskapsspridning inom levnadsvanor, sexuell hälsa riktad till personal och andra aktörer har genomförts. I samverkan med länets kommuner har hälsoformuläret 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.

Skolelevers hälsa och levnadsvanor, Länsrapport för läsår 2015- 2016 för Hälsosamtalet i skolan publicerades i maj 2017.

Därefter har ett antal prioriteringar föreslagits;

- Arbetet med hälsa och välbefinnande bland flickor behöver prioriteras
- Den fysiska aktiviteten är en levnadsvana som behöver stärkas
- Fortsatt arbete för att begränsa utvecklingen av övervikt och fetma
- Övergripande utmaningar som finns är att hälsoläget skiljer sig mellan de lägre och högre årskurserna och att skillnaden i hälsa mellan könen ökar med ålder.

Föräldraskapsstöd

Samordning av nätverket kring länets föräldraskapsstöd 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

Kunskaps-stöd till Bergs kommun i deras process att ta fram en folkhälsopolicy har genomförts.

Arbetet med *Tobaksfri duo* fortsätter för att förhindra tidig tobaksdebut bland barn och unga. Framtagande av en aktivitetsplan för arbetet med Tobacco Endgame Rökfritt Sverige 2025 har tagits fram.

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 och kommunerna. Arbetet samordnas av Region Jämtland Härjedalen. Målet är att behålla toppositionen i Sverige som ett tryggt och attraktivt län – med landets lägsta brottslighet och störst upplevda trygghet.

Verksamhetsåret 2017 inleddes med ”spridningskonferens” för verksamma personer från kommunerna, regionen, frivilliga och idéburna organisationerna. Webbaserad utbildning om alkohol och trafik till ungdomsledare och föräldrar som skjutsar barn och ungdomar till olika tävlingar i länet med mera.

SRHR (Sexuell och Reproduktiv Hälsa och Rättigheter)

Klamydiatest på nätet infördes under hösten 2016 som pilot. Syftet var att få fler att testa sig framförallt killar, att öka tillgänglighet för glesbygden till klamydiatest, att ur ett jämlikhetsperspektiv, bland annat ge alternativa provtagningsmöjligheter och att utjämna skillnader mellan grupper. Projektet permanentades i Hälso- och sjukvårdsförvaltning oktober 2017.

Insatser för kunskapsspridning inom området SRHR har genomförts för olika personalgrupper.

Levnadsvanor

Insatser för kunskapsspridning inom området levnadsvanor har genomförts. Exempelvis har en rapport skrivits och presenterats av projektet ”Samtal om hälsosamma matvanor”. För tredje året i rad genomfördes en inspirationsdag för länets 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 tobaksbruket hos befolkningen.

Våld i nära relationer

Tack vare en nationell satsning har Region Jämtland Härjedalen haft möjlighet att erhålla stimulansmedel för att utveckla arbetet när det gäller våld i nära relationer och våld mot kvinnor och barn. Medlen får användas till insatser för att kvalitetsutveckla arbetet och att underlätta efterlevnaden av bland annat Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014).

Region Jämtland Härjedalens arbete inom detta har under 2017 fokuserat på fortbildning av yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården samt implementering av rutinen att fråga om våldsutsatthet, att veta vad man ska göra med svaret, att göra orosanmälan om en våldsutsatt person har minderåriga barn samt att dokumentera våldsutsatthet på ett patientsäkert sätt. Cirka 60 arbetsplatser har besökts under 2017 inom ramen för detta arbete. Två utbildningstillfällen för chefer har dessutom genomförts och fyra utbildningstillfällen för övriga medarbetare. Även en webbutbildning har tagits fram under 2017.

Antalet patienter som fått frågan om våldsutsatthet och där det har dokumenterats på rätt sätt i Cosmic har nästan dubblerats sedan arbetet startade i september 2016 tack vara denna satsning. År 2016 dokumenterades att 511 personer fått frågan om våld och under perioden januari till november 2017 dokumenterades att 1 008 personer har fått frågan. Antalet orosanmälningar gällande barn som kan fara illa har också ökat. Under 2016 gjordes 81 orosanmälningar barn och under 2017 januari till november gjordes 269 orosanmälningar.

Nationella minoriteter

Tillsammans med Region Norrbotten, Västerbottens läns landsting, Sametinget och samiska organisationer har Region Jämtland Härjedalen beviljats medel från Socialdepartementet för projektet Kunskapsnätverk för samisk hälsa. Projektets mål är att höja kunskapen om samisk hälsa, tillvarata och utveckla kompetens inom området, samt arbeta med medborgardialog och tjänsteutveckling inom området. Projektet kom igång under hösten 2017 och i september anställdes en länskoordinator till projektet.

I november utbildades tre samiska instruktörer i Mental Health First Aid (MHFA), vilket är en första hjälpen-utbildning med fokus på psykisk ohälsa och suicidprevention. De tre samiska instruktörerna har i uppdrag att utbilda länets samiska befolkning i MHFA.

Regionens externa webb har under 2017 utvecklats med sidor särskilt riktade till de nationella minoriteterna. Detta är ett sätt att efterleva lagens krav på att synliggöra och informera de nationella minoriteterna om deras rättigheter.

Barnkonventionen

Regionen har för närvarande drygt 20 barnombud från områdena Psykiatri, Barn och Ungdomsmedicin, Hjärta Neuro Rehab, Kirurgi Ögon Öron, Hud Infektion Medicin, Diagnostik Teknik Service, Akutområdet och Regionala utvecklingsförvaltningen. Under 2017 hölls ett första regionövergripande möte för barnombud. Ett gemensamt uppdrag för barnombud håller på att tas fram.

Under hösten 2017 hölls en utbildning i BRA-samtal, som är en samtalsmodell för anhöriga barn som faller under HSL 2g§. Det är den tredje utbildningen som hållits i BRA-samtal och regionen har nu cirka 55 medarbetare som utbildats i BRA-samtal, en majoritet av dessa finns 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

Tillgänglighet till primärvård är en viktig parameter för hela hälso- och sjukvården. På nationell nivå sker förändring i riktning mot en professionsneutral utökad tillgänglighet. I region Jämtland Härjedalen är ambitionen att erbjuda en medicinsk bedömning samma dag med sjuksköterska som första vårdnivå. Införande av lättakutverksamhet på flertalet hälsocentraler är ett arbete i den riktningen.

Utbildningar, processkartläggning och övriga förberedelser för införande har pågått under 2017, några hälsocentraler har startat och fler startar i början av 2018. Konceptet bygger på tillgång till alla vårdkompetenser på hälsocentralen för att kunna triagera patienterna direkt till rätt vårdnivå, distriktssköterska, fysioterapeut, psykosocialt team eller distriktsläkare. Distansoberoende teknik i olika varianter har testats under året. Exempelvis Läkarbesök på nätet på Brunflo Hälsocentral.

Tillgänglighetsgarantin, 0:an

0:an innebär att den som söker primärvård ska få kontakt samma dag med en hälsocentral. Resultatet för 2017 års telefontillgängliget har förbättrats till totalt 90 procent för hela primärvården dvs både den regiondrivna och de privata. Medelvärdet för telefontillgängligheten varierar mellan 75-100 procent.

Tillgänglighet Vård i rimlig tid

	2017 7:an	2016 7:an	2017 0:an	2016 0:an
	Medel	Medel	Medel	Medel
Myrvikens hc	85	82	93	85
Svenstavik hc	87	91	90	87
Bräcke hc	83	73	76	76
Kälarne hc	80	77	95	86
Funäsdalens hc	96	94	96	90
Sveg hc	96	88	92	70
Föllinge hc	84	81	94	89
Krokoms hc	79	81	88	89
H-strands hc	74	75	93	77
Backe hc	98	97	94	91
S-sunds hc	88	91	76	77
Hallens hc	77	81	96	85
Järpens hc	96	92	90	90
Åre hc	98	98	96	95
Brunflo hc	85	80	83	83
Frösö hc	78	75	78	82
Lits hc	87	85	94	92
Lugnviks hc	88	82	84	76
O-sala hc	91	91	77	76
Torvalla			89	
Z-gränds hc	83	82	81	75
Hc Ripan	90			
Fjällhälsan	82	87	100	100
Offerdals hc	74	73	90	88
Nya Närvården	89	86	93	87
Närvård Frostviken	92	92	100	100
Länet	86	85	90	85

Källa: Diveport

Besöksgarantin 7:an

7:an innebär att om primärvården bedömer att hen behöver besöka en läkare ska detta ske inom sju dagar. Resultatet för 2017 års besöksgaranti är totalt 86 procent för hela primärvården. Vilket är en förbättring jämfört med 2016. Medelvärdet för besöksgarantin varierar under året mellan 74–98 procent.

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 sökts 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 tillgänglighetmålet 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 65 procent av patienterna fick sin behandling inom 90 dagar.

Sammanfattningsvis får medborgarna delvis inte sin vård inom vårdgarantins lagkrav i Region Jämtland Härjedalen.

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. Målet är att minst 90 procent av patienterna ska få komma inom 30 dagar till en första bedömning. Resultatet är 84 procent, vilket är en förbättring jämfört med 2016 (73 procent).

Målet att få komma till ett första besök inom 30 dagar har inte uppfyllts, men förbättrats. Flera aktiviteter har pågått under året, exempelvis KBT på nätet och IKB-team (samverkan med kommunen angående familjebehandling). Mobila och flexibla arbetssätt.

Väntetider inom specialistsjukvårdens akutmottagning

Målet är att 80 procent av akutmottagningens patienter ska handläggas inom 4 timmar.
Under året har 59 procent (kvinnor 58 procent, män 60 procent) av patienterna fått vård på akutmottagningen inom 4 timmar. Det är en försämring jämfört med 2016 (62 procent). Som orsak till detta anges ett ökat antal patienter med samma bemanning.

Tillgänglighet - folktandvården

Inom folktandvården arbetar man kontinuerligt med att erbjuda ökad tillgänglighet. Under 2017 har dock antal erbjudna patienttider minskat. Detta har medfört att barn- och akuttandvård har prioriterats, 99 procent av alla barn har kallats till Folktandvården enligt planerad tid. Den hårdare prioriteringen gör också att vuxna patienter som går till Folktandvården och som inte har särskilda behov får lägre tillgänglighet.

Produktions- och kapacitetsplanering

Arbetet med systematisk produktions- och kapacitetsplanering enligt 5-stegsmodellen pågår där verksamheterna har kommit olika långt i processen. Förbättringsarbeten har i slutet av året intensifierats genom särskilt arbete med bland annat värdeflöden och rätt använd kompetens (RAK).

Patientsäkerhet och vårdkvalitet

Patientsäkerhet

Att stärka och förbättra patientsäkerheten är ett ständigt pågående arbete inom Hälso- och sjukvården i Region Jämtland Härjedalen. Målet, att andel vårdskador ska minska, finns inom alla nivåer. Det ingår i Regionstyrelsen aktiva mål såväl som att det är en målsättning i Övergripande handlingsplan för Patientsäkerhet som gäller för all vårdverksamhet. Markörbaserad journalgranskning visar ett positivt resultat för 2017, andelen vårdskador har minskat med en procent, från 9 procent 2016 till 8 procent 2017, mät period/år januari – november. Måluppfyllelse i övergripande handlingsplan för patientsäkerhet har under året följts upp i samband med delårsbokslut. Punktprevalensmätning av vårdrelaterade infektioner (VRI) har utförts 11 gånger vid sjukhusets avdelningar. Förekomst av VRI varierar, högsta notering var 10,8 procent och lägsta var 3,4 procent. 2017 års nationella mätningarna omfattade alla personer inskrivna i slutenvård. Andelen patienter med VRI var 9 procent. Resultatet för Region Jämtland Härjedalen var 7,5 procent.

Influensavaccinationstäckningen i Regionen för åldersgruppen 65 år och äldre ligger fortsatt på låg nivå, 36,7 procent. Även i år anordnades en influensavaccinationsmottagning i sjukhusets entré där såväl personal som patienter hade möjlighet att vaccinera sig.

Vårens nationella mätning av trycksår visade att andel patienter med trycksår var 15,1 procent för Region Jämtland Härjedalen (riket 13,5 procent). Mätningen visade förbättringsbehov främst beträffande förebyggande åtgärder. På uppdrag av Hälso- och sjukvårdsdirektören har en Gap-analys genomförts över totalvården av trycksår. En verksamhets-övergripande trycksårsgrupp har tillsatts och påbörjat förbättringsarbete.

Projekt med klinisk farmaci pågår inom ramen för Professionsmiljarden. *Klinisk farmaci* är de aktiviteter och den service som farmaceuten i vårdteamet bidrar med för att utveckla och främja rationell och ändamålsenlig användning av läkemedel.

Patientdialoger har genomförts med samtliga verksamhetsområden inom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen.

Vårdhygieniska konsultronder är ett viktigt instrument för att följa upp god hygienisk standard. Under 2017 genomfördes ronder vid 27 enheter. Nytt i rondmodellen är att uppföljning sker tillsammans med EC för att se om eventuella problemområden åtgärdats.

Utbildad och kunnig personal är en viktig komponent för god och säker vård. De tre kunskapsområden inom område Patientsäkerhet har tillsammans genomfört drygt 125 utbildningsinsatser.

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:

I slutet av januari 2017 utkom rapporten *Resultatöversikt för landsting på 16 hälso- och sjukvårdsområden* från Sveriges Kommuner och Landsting. De bästa resultaten i denna rapport hade Region Jämtland Härjedalen inom läkemedel, stroke och palliativ vård. Det svagaste resultatet var tillgänglighet. Gruppen övergripande indikatorer avsåg breda vårdsystemaspekter, såsom sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet. Det svagaste resultatet bland dessa var responstid för ambulans, där Region Jämtland Härjedalen har längst responstid i hela landet. Exempel på bra resultat är återkommande slutenvård i livets slutskede.

Region Jämtland Härjedalen erhöll 2,6 miljoner kronor i stimulansmedel genom att den inlämnade handlingsplanen för cancervård blev godkänd.

Nätverket för sjuksköterskor och kontakt-sjuksköterskor har genomfört en kartläggning hur de arbetar där det framgår att det råder ojämlikhet och ojämställdhet i det stöd som patienter med cancersjukdom och deras anhöriga och närstående erhåller.

Standardiserade vårdförlopp (SVF) syftar till att tiden från välgrundad misstanke (VGM), till avslut (första behandling eller avslut innan första behandling), det vill säga att 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. Primärvården ligger långt fram i arbetet med SVF och har nu påbörjat en planering för intern utbildning. Utbildningen är en nationell satsning.

Läkemedel

Kostnaden för läkemedel i Jämtland Härjedalen var 412 miljoner kronor 2017 exklusive rabatter, apotekstjänster, speciallivsmedel samt handelsvaror. Det är en ökning med 4,7 procent jämfört med samma period föregående år. Den största ökningen finns inom gruppen blodförtunnande där nya direktverkande läkemedel till del ersatt det klassiska warfarin. Gruppen har ökat med cirka 6 miljoner kronor (32 procent). Regionen skiljer sig mot den nationella utvecklingen där det framför allt är cancerläkemedel som ökat mest. I Regionen har nämnda grupp istället minskat i kostnad jämfört med året innan (- 1,7 miljoner kronor, -3 procent). Slumpen med enstaka patienter som får dyra läkemedel kan ge osäkrare prognos om vissa läkemedel ska stiga eller sjunka i kostnad i en mindre region som Jämtland Härjedalen.

Den dyraste läkemedelsgruppen, både nationellt och i Regionen är immunsuppressiva läkemedel (totalt 60 miljoner kronor), och antineoplastiska medel (totalt 54 miljoner kronor). Inom immunsuppressiva medel är det framför allt TNF-hämmare som driver kostnaderna. Under det senaste året har intensiva förhandlingar mellan Tandvårds- och Läkemedelsförmånsverket (TLV), läkemedelsindustrin och SKL inneburit att kostnaderna för TNF-hämmare sjunkit betydligt. Staten kommer dock att kräva tillbaka 30 procent av den rabatt landstingen och regionerna fått efter förhandlingarna. Under 2018 är det 40 procent som staten vill ta del av. *(Se begreppsförklaring på sid 102)*

Under året har cirka 20 nya läkemedel eller indikationer introducerats via nationellt ordnat införande och/eller norra sjukvårdsregionens samarbete. För flera av dessa läkemedel så har sidoöverenskommelser avtalats. Det innebär en större administration, men med avtalade priser kan många fler patienter få tillgång till behandlingen.

För Regionen var målet att kostnadsutvecklingen för rekvisitionsläkemedel respektive förmånsläkemedel (läkemedel på recept) skulle vara lägre än den nationella utvecklingen. Kostnadsutvecklingen för läkemedel på rekvisition (+0,1 procent) blev lägre än det nationella snittet (+5,9 procent). Däremot har regionen fortsatt en högre kostnadsutveckling för läkemedel på recept (+7,1 procent) än genomsnittet för Riket (+5,4 procent).

En stor anledning till att Regionens kostnader för läkemedel på recept ökar mer procentuellt sett än för genomsnittet för riket är bland annat det nationella samarbetet för införandet av nya dyra läkemedel, patientlagen som säger att ”vårdlandstingets regler gäller men hemlandstinget betalar”, samt de alltfler nationella riktlinjerna för läkemedelsbehandling.

Vid jämförelse av totalkostnad för läkemedel per invånare har Regionen en låg kostnad per patient och år. Riket har en genomsnittlig kostnad på 4 260 kronor per invånare. Motsvarande kostnad för Jämtland Härjedalen är 4 143 kronor per invånare. Med den kostnaden har Region Jämtland Härjedalen lägst kostnad per invånare i norra sjukvårdsregionen. (se bild nedan). Det kan bero på att regionen dels har decentraliserat kostnadsansvar, det vill säga den verksamhet som har störst förskrivning av ett visst läkemedel är också kostnadsansvariga för läkemedlet och att regionen har många läkemedelsintresserade förskrivare som utvärderar ordinationen kontinuerligt. Det kan också bero på att våra medborgare söker vård mera sällan eller att tillgängligheten för vård i länet är lägre än i övriga norrlandstingen.

Kvalitetsgranskning

Utifrån fler inkomna avvikelserapporter så har det extra fokus på narkotikahantering som inleddes under 2016, fortsatt under året. Rutinerna för narkotikahantering har förtydligats, framför allt gällande verksamhetschefens roll i händelse av svinn.

Klinisk farmaci

Ett tvåårigt projekt med klinisk farmaci (Apotekare i vården) på Medicinenheten har påbörjats, fokus är läkemedelsgenomgångar. Vid uppgraderingen av Cosmics läkemedelsmodul stannade projektet av under våren och omtag fick göras under hösten. Arbetet fortskrider men har begränsats till vårdlaget Mage/Tarm tills vidare. Utifrån önskemål om klinisk farmaci från Infektionsavdelningen inkluderas även de patienterna i projektet sedan slutet av året. Totalt har det utförts cirka 170 stycken läkemedelsgenomgångar. Under kommande år kommer även primärvården inkluderas i projektet.

Uppgradering läkemedelsjournalen

Uppgraderingen av journalsystemet Cosmic innefattade att en helt ny läkemedelsmodul skapats. Stora insatser har krävts för att anpassa modulen till regionens behov, utforma nya rutiner och utbilda förskrivare och sjuksköterskor med flera. Detta har varit påfrestande inte minst med tanke på att det inte var länge sen Cosmic infördes.

Efter uppgraderingen måste alla läkemedel manuellt överföras till den aktuella läkemedelslistan i nya modulen. Det finns en patientsäkerhetsrisk att förskrivarna inte hunnit med att överföra alla läkemedel vid mottagningsbesöket, och att då inte alla läkemedel patienten ordinerats finns på aktuell läkemedelslista hos patienten eller i vården.

Dosdispenserade läkemedel

I februari övertog Svensk Dos tjänsten att dosdispensera läkemedel till norra sjukvårdsregionen. Övergången gick friktionsfritt.

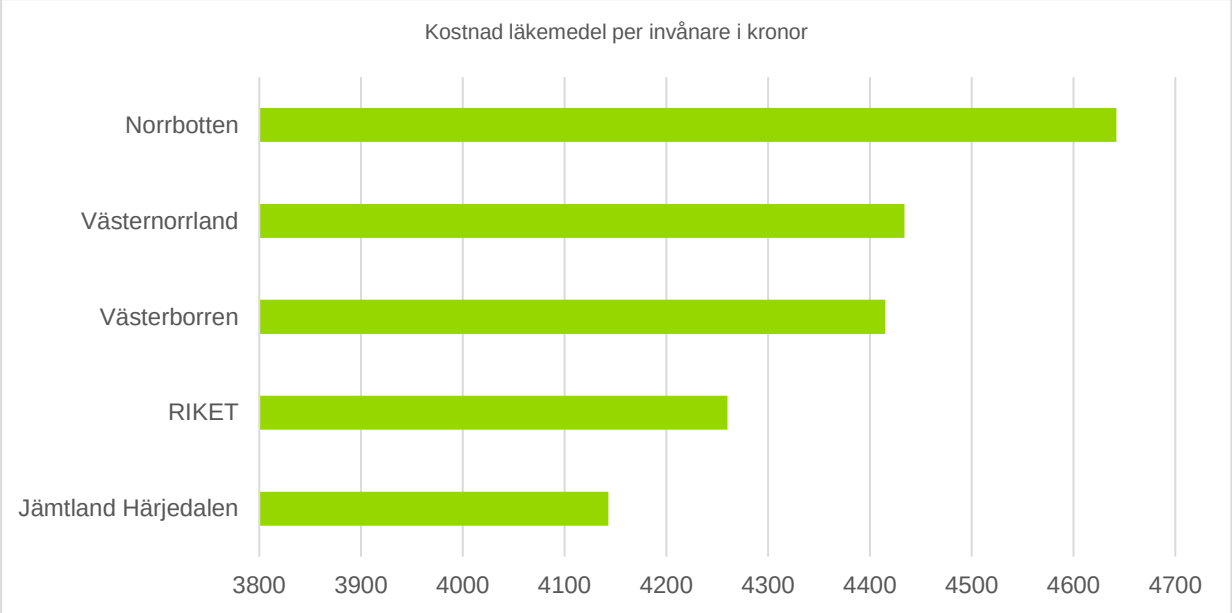
Under hösten påbörjades ett arbete med en gemensam kontinuitetsplan dos som ska beskriva hur norra sjukvårdsregionen inklusive alla kommuner, ska säkerställa att patientsäkerheten upprätthålls vid uteblivna leveranser av dosdispenserade läkemedel. Arbete beräknas vara klart under första kvartalet 2018.

Antibiotika

Förskrivningen av antibiotika har minskat med 5 procent jämfört med föregående år, från 265 recept per 1000 invånare 2016 till 260 recept per 1000 invånare i år. Nationella strama har målbilden max 250 recept per tusen invånare. Vid nationella jämförelser har regionen en låg förskrivning. Endast Västerbotten har lägre förskrivning, och de har under senaste året lyckats komma under nationella målet.
Nationellt arbetar många sjukhus med ”antibiotic stewardship”. Målet är att garantera effektiv behandling till patienter med infektion samt att minska skadan av antibiotikaanvändning med syfte att motverka antibiotikaresistens. Under hösten genomförde infektionsavdelningen ett projekt med antibiotikaronder på medicinavdelningarna.

Infektionsläkarna granskar antibiotikaordinationerna för att ge råd och stöd, för att minska antibiotikaanvändningen och att patienterna ska få en så effektiv behandling som möjligt.

Förskrivningen an antibiotika skiljer sig åt mellan kommunerna vid jämförelse av antal recept per tusen invånare och år. Kommuner med en äldre befolkning och/eller hälsocentraler med hög bemanning av stafettläkare, har generellt sett en högre antibiotikaförskrivning. På grund av uppgraderingen av läkemedelsmodulen i Cosmic kunde inte Läkemedelskommittén och strama besöka alla hälsocentraler för ett mer riktat arbete med antibiotikaförskrivningen som varit önskvärt.



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 Forsknings- och utbildningsenheten (FoU), del av FoUU-avdelningen, pågår ett kontinuerligt arbete för att ständigt förbättra och utveckla den akademiska miljön samt för att stimulera till forskning och vidareutbildning för regionens anställda.

Forskning

FoU-enheten ansvarar för fördelningen av de pengar som Region Jämtland Härjedalen årligen satsar på forskning och utveckling i form av FoU-medel. Syftet är att stimulera och underhålla den akademiska miljön. Trots en minskning av FoU-medlen för 2017 var den vetenskapliga produktionen inom Region Jämtland Härjedalen hög, med över 70 artiklar som publicerats i vetenskapliga tidskrifter. Dessutom har två medarbetare blivit utnämnda till Professorer samt tre medarbetare disputerat under 2017.

Utbildning

FoU-enheten har det regionövergripande ansvaret för Umeå universitets läkarutbildning med studieort Östersund med nytt avtal på plats 2017. Till FoUU-avdelningen är också studierektors-funktionerna för PTP-psykologer, ST- och AT-läkare knutna samt AT-chef och stora delar av AT-administration knuten.

FoU-enheten 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.

Under 2017 har FoU-enheten även påbörjat implementeringen av projektet ”Sjuksköterskans 1:a år”. Utbildningsprogrammet starta i februari 2018 och hela projektet syftar till att underlätta nyexaminerade sjuksköterskors introduktion i yrkeslivet.

Biobanksansvar

Region Jämtland Härjedalens biobanksansvar ligger sedan januari 2015 vid FoUU-staben. Detta koordineras av en biobankssamordnare med FoUU-direktör som biobanksansvarig. Regionen har även inlett ett projekt för integrerad biobankning finansierad av Swelife, vilket innebär att hantering av biobanksprov följer en nationell standard.

Medicinska biblioteket

FoU-enheten har ansvar för driften av medicinska biblioteket med flera nya avtal på plats för 2018.

Projektkontoret

FoUU-avdelningen har under året utvecklat ett projektkontor med uppgift att koordinera ansökningar och ha en controllerfunktion för befintliga externa projekt. Som del av detta har FoUU nyetablerat ett E-hälsocentrum, vilket invigdes i 20 november.

Kliniskt forskningscentrum (KFC-Z)

Kliniskt forskningscentrum (KFC-Z) är placerad inom FoU-enheten. 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.

Kliniskt träningscentrum (KTC)

Det under 2017 etablerade kliniska träningscentrumet, KTC, är en del av FoU-enheten. Syftet med KTC är att skapa en nod för internutbildning i bland annat färdighetsträning och teamutbildning. Målet är att minska vårdrelaterade skador, öka patientsäkerheten samt vara en del av Region Jämtland Härjedalens övergripande mål att vara en attraktiv arbetsgivare.

Utomlänsvård

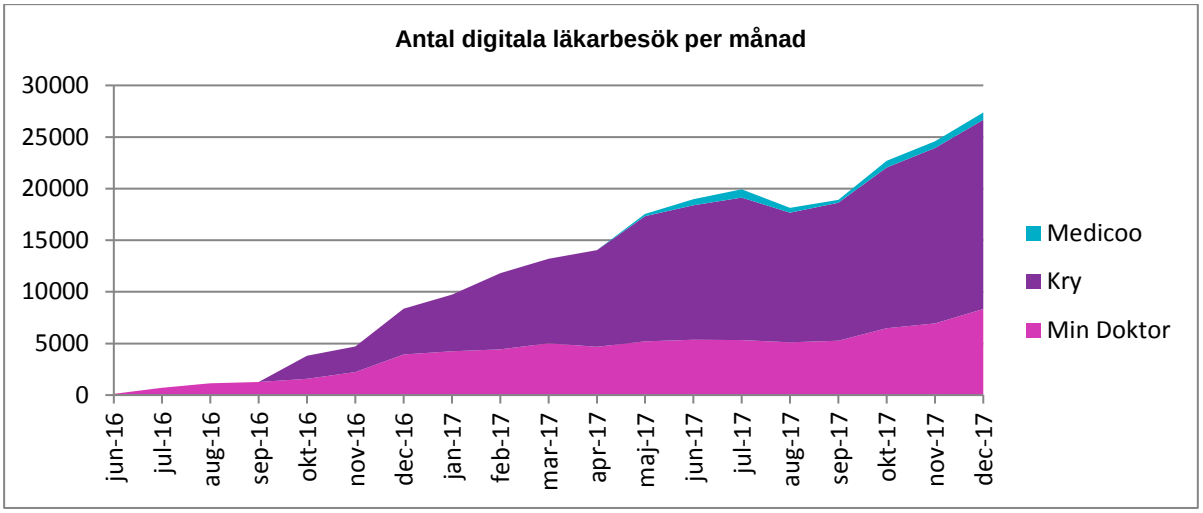
Kostnader förutom-läns- och utomlands-vård 2017 i miljoner kronor	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Ökning/ minskning 2016-2017	Förändring i %
Länssjukvård övriga Sverige	25,9	28,0	29,5	35,9	36,0	39,2	3,2	9 %
Länssjukvård Västernorrland	23,1	20,8	22,8	24,1	22,1	19,8	-2,3	-10 %
Universitetssjukvård	227,4	248,5	278,6	246,4	255,8	265,0	9,2	4 %
Behandlingshem	4,3	3,7	4,0	4,7	5,1	3,4	-1,7	-33 %
Rättspsykiatri	12,8	9,9	12,5	16,0	22,5	18,4	-4,2	-18 %
Utomlandsvård	0	0	0,3	1,0	1,6	1,9	0,2	14 %
Totalt	**300,6**	**317,7**	**354,8**	**336,6**	**352,0**	**356,2**	**4,2**	**1 %**

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. Totalt har dessa kostnader ökat med 4 miljoner kronor (+1 procent) under 2017.

Primärvårdskostnader utanför Jämtland Härjedalen har legat runt 7 miljoner i flera år, men ökade under 2015 och 2016 med cirka 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. Under 2017 ses en liten minskning som främst beror på prissänkning på tjänsterna hos de företag som ger vård via mobilappar. till exempel Kry och Min Doktor. Regionernas och landstingens kostnader för dessa vårdbesök sänktes från cirka 1 800 kronor till 650 kronor genom ett SKL:s rekommendation 20170512.

Medborgarnas intresse för vård på distans och med mobilapparna visar på denna utveckling totalt i hela landet under perioden juni 2016 till december 2017.



Det är mycket stora variationer i landet kring hur dessa mobila tjänster nyttjas. Här visas de fem kommuner som har flest respektive lägst antal besök per 1000 invånare samt Jämtland Härjedalens kommuner.

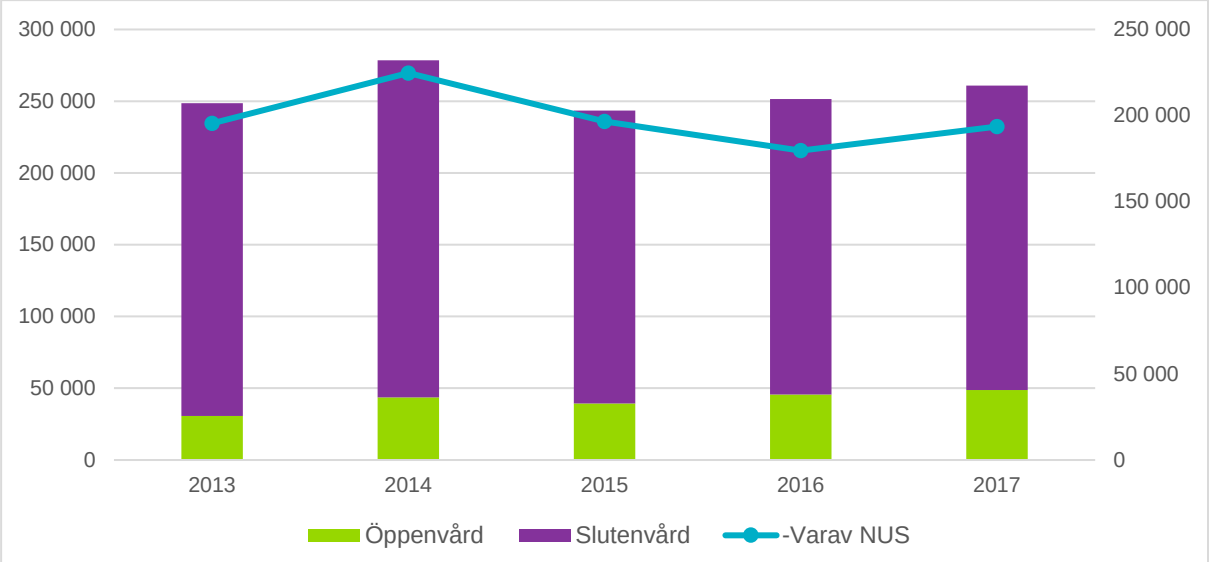
Kommun	Antal besök 2017 jan-dec	Besök/1000 invånare
Tyresö	2 609	55,4
Vaxholm	637	54,8
Lidingö	2 399	51,2
Sundbyberg	2 346	49,1
Nacka	4 756	47,9
Östersund	902	14,6
Bräcke	76	11,7
Ragunda	62	11,4
Härjedalen	115	11,3
Åre	123	11,1
Krokom	135	9,1
Berg	59	8,3
Strömsund	58	4,9
Dorotea	10	3,7
Emmaboda	31	3,3
Övertorneå	15	3,3
Sorsele	8	3,2
Åsele	8	2,8

Länssjukhusvård i övriga landet har ökat efter 2015 och den nya patientlagens införande. Vården i vårt närmaste grannlandsting Västernorrland har sjunkit med 2 miljoner kronor vartdera åren 2016 och 2017 – det är den akuta länssjukvården som minskat från cirka 11 miljoner kronor 2015, till 9,8 miljoner kronor 2016 och nu 2017 till 7,3 miljoner kronor.

Kostnaderna för område Kirurgi Ögon Öron, har nu legat på cirka 10,5 miljoner kronor under de senaste tre åren. Det rör sig främst om strålning av cancerpatienter.

Utomlänskostnader för ortopedi ökade med 3,7 miljoner kronor till 11 miljoner kronor 2016 men ligger 2017 kvar på samma nivå. En förklaring är den nya patientlagen och långa väntetider i regionens egen verksamhet. Likt tidigare år så skickas många ortopedpatienter på vårdgaranti, framför allt höft- och knäproteser. Tyvärr är det en ökning gentemot tidigare år. Sammanlagt 149 stycken 2017, jämfört med 121 år 2016. Detta på grund av att regionens redan långa väntetider till operation ytterligare ökat under 2017.

Nedan återges kostnader för vård vid universitetssjukhusen. I siffrorna finns vanlig akutsjukvård på länssjukhusnivå med 20 miljoner kronor, men den dominerande kostnaden är riks- och regionsjukvård.



Köp av vård från Norrlands universitetssjukhus (NUS) ökade mellan 2016 och 2017, men är inte uppe på de nivåer som var innan hemtagning av hjärtsjukvård till Östersunds sjukhus (våren 2015) som en följd av inrättande av ett PCI-lab. Kostnaderna för vård vid Akademiska är höga 2016-2017 på grund av några brännskadefall och förändring av remisser för Öron Näsa Hals-tumörer från NUS till Akademiska.

Kostnadsutvecklingen totalt för köpt vård har varit låg 2017. Efter att ha gått ned under 2015, som en följd av att Östersunds sjukhus började utföra PCI i det nybyggda PCI-labbet, steg kostnaderna för köpt vård under 2016 med 17 miljoner kronor, men har under 2017 bara ökat med 1,4 miljoner kronor.

Intäkter för vård av medborgare från andra län

Utomlänsintäkt per område Tkr	2013	2014	2015	2016	2017	2016-2017 i %	2016-2017 i Tkr
Akuten	6 679	6 738	8 139	8 751	9 905	13%	1154
Barn och ungdomsmedicin	8 299	7 486	7 979	6 855	9327	36%	2 472
Kvinna			2 850	2 296	3367	47%	1 071
Barn och unga vuxna			266	868	464	-47%	-404
Kirurgi	6 734	7 063	11 254	10 512	12 933	23%	2 421
Ögon Öron			744	955	1 316	38%	361
Hjärta Neuro Rehab	8 306	8 663	5 919	7 508	8251	10%	743
Hud Infektion Medicin			4 460	4 413	5126	16%	713
Psykiatri	2 104	2 835	1 622	3 033	235	-92%	-2 798
Ortopedi	8 272	7 858	9 566	10 803	13495	25%	2 692
Primärvård Åre	11 847	13 776	20 565	22 887	26338	15%	3 451
Primärvård Härjedalen	7 220	9 246	13 431	15515	19174	24%	3 659
Primärvård övriga länet	7 930	6 439	7 875	9 481	11259	19%	1 778
Retts center	2 303	2 857	1 977	2 188	607	-72%	-1 581
Klinisk kemi		245	51	0	0	0	0
Summa	**69 694**	**73 206**	**96 698**	**106 065**	**121 797**	**15%**	**15 732**

Intäkterna för vård till medborgare från andra län, som befunnit sig i Jämtland Härjedalen ökade med 15,7 miljoner kronor 2017, vilket var en ökning med 15 procent.

Det innebar att intäkterna från övriga landsting och regioner ökade med 11,5 miljoner kronor mer än kostnaderna för köp av vård från samma landsting och regioner. 2016 var intäktsökningen störst för primärvården, men 2017 är ökningen större för slutenvården.

Procentuellt stod område Kvinna 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 vård till invånare i Västernorrlands län, vilket medförde en ökning av utomlänsintäkterna med en halv miljon kronor.

Vårdproduktion

Öppenvård (från Cosmic)	2016 antal	2017 antal	Förändring i antal	Förändring i %
Läkarbesök	**347 155**	**356 406**	**9 251**	**2,7 %**
-män	154 428	159 380	4 952	3,2 %
-kvinna	192 727	197 026	4 299	2,2 %
Sjukvårdande behandling	**468 717**	**476 765**	**8 048**	**1,7 %**
-män	199 598	202 735	3 029	1,6 %
-kvinna	272 065	277 166	5 101	1,9 %
Totalt antal besök	**815 872**	**833 171**	**17 299**	**2,1 %**

Öppenvården

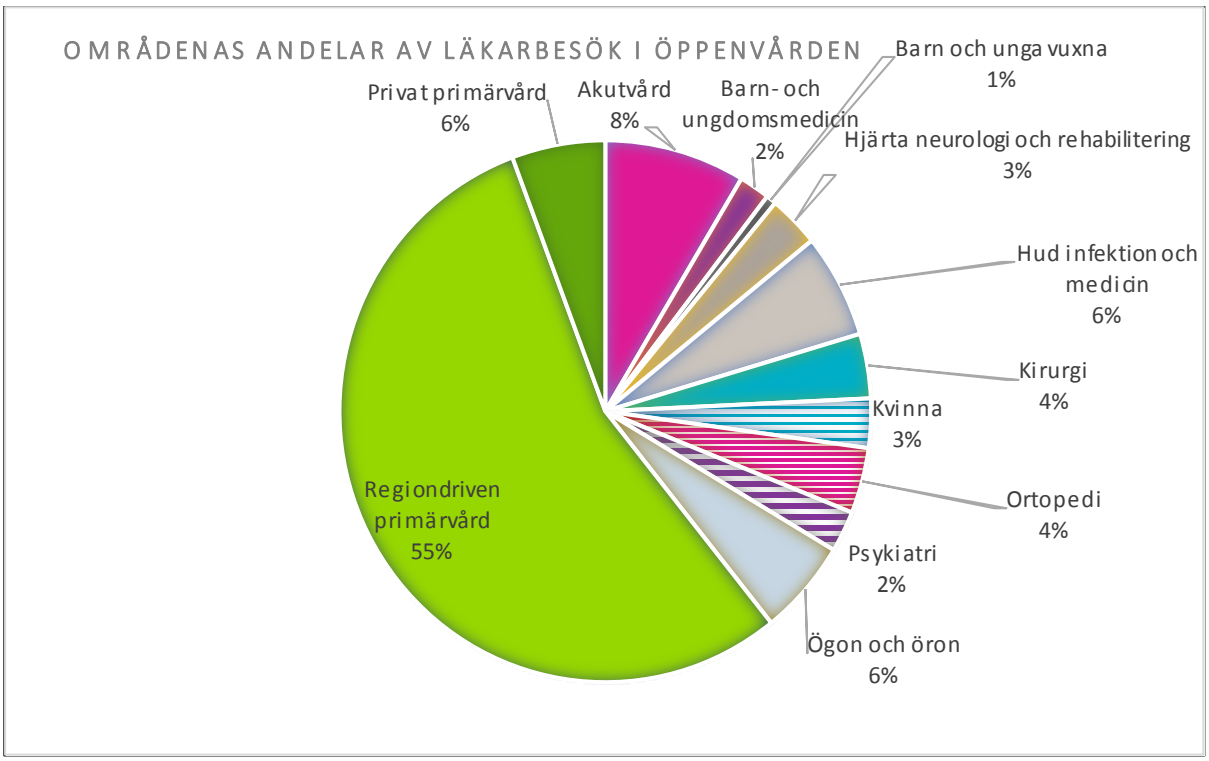
Den ökning av antalet besök i öppenvården, som pågått år från år under en lång tid, fortsatte även mellan 2016 och 2017. Antalet läkarbesök ökade med 2,7 procent. I ökningen ingår 1 871 besök som beror på att regionen tog över verksamhet på Campus, som tidigare drevs privat. Innan dess köpte regionen denna vård, varför övertagandet inte medför någon egentlig ökning. Om Campus exkluderas ökade läkarbesöken med 2,1 procent.

Den trend som pågått under lång tid – att *antalet besök per patient* blir allt större för varje år – fortsatte även mellan 2016 och 2017. Ökningen av antalet patienter var betydligt mindre än ökningen av antalet besök. Alla patienter - till både läkare och övriga personalkategorier - blev 583 fler år 2017, vilket motsvarade en ökning på 0,5 procent.

En av flera möjliga förklaringar till att patienterna blev fler, är att länets befolkning 2017 ökade med 1 435 invånare (+1,6 procent), varav män 903 och kvinnor 533. I antal var det patienter från Jämtlands län som ökade mest, medan utomlänspatienterna hade den största procentuella ökningen med 4,8 procent. Gruppen utlandsturister och asylsökande minskade med ungefär lika mycket som länsinvånarnas antal av patienterna ökade.
Det är sannolikt en följd av att en del av de asylsökande fått uppehållstillstånd och bosatt sig i länet, då gruppen med annat medborgarskap än svenskt står för den största delen av ökningen i gruppen *Invånare i Jämtlands län*. I och med att de blir folkbokförda i länet hamnar de i denna grupp.

Antal patienter regionen	2016	2017	Förändring	I %
Länsinvånare	92 996	94 129	1 133	1,2
Utomläns-patienter	13 148	13 781	633	4,8
Utlands-turister + asyl-sökande	5 370	4 187	-1 183	-22
Totalt	111 514	112 097	583	0,5

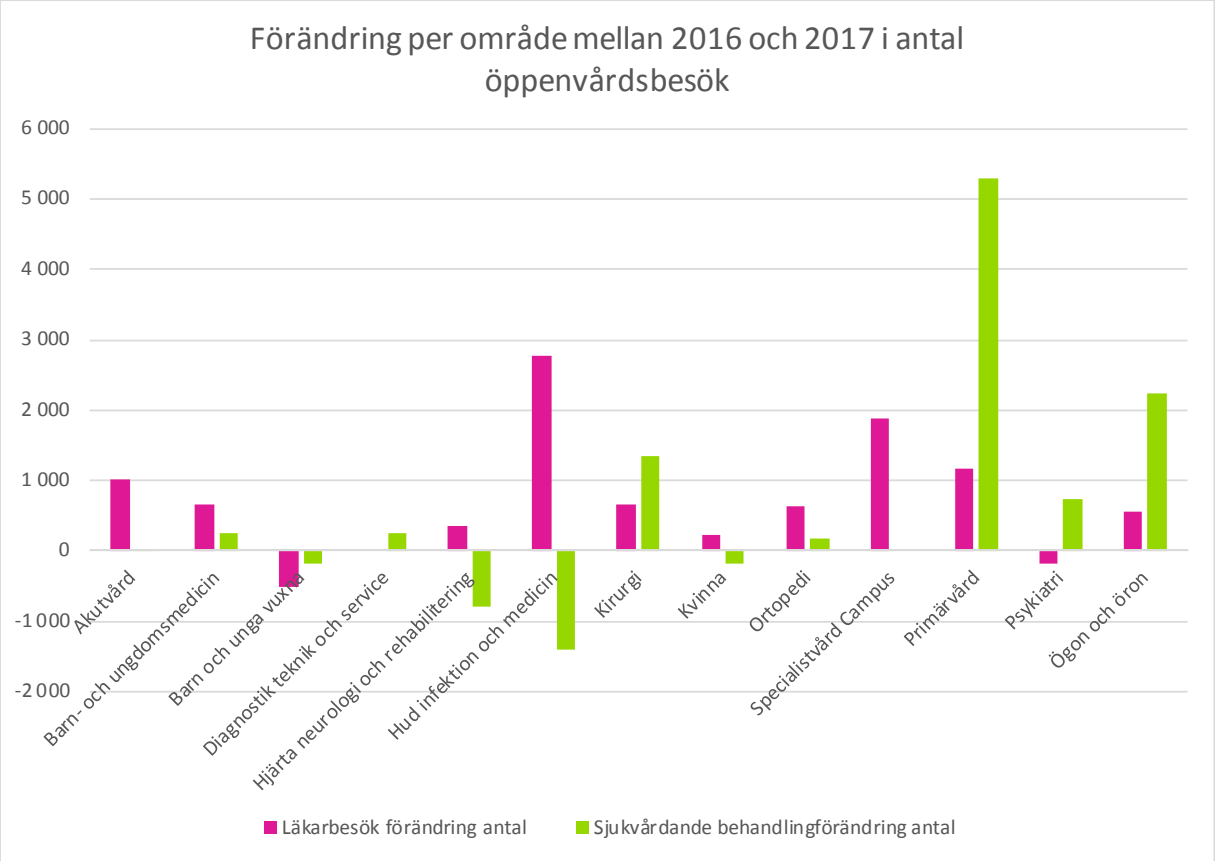
Öppenvårdsbesöken kan också delas upp utifrån vilken vårdnivå de sker på – primärvården, respektive specialistvården på Östersunds sjukhus. När det gäller läkarbesök tog den regiondrivna primärvården 2017 hand om cirka 55 procent av öppenvårdsbesöken och den privata primärvården 6 procent. Det innebär att primärvården tog hand om 61 procent av öppenvården och specialistvården 39 procent. Om även sjukvårdande behandlingar räknas in, ökar primärvårdens andel till 64 procent.



Mellan 2016 och 2017 utökade specialistvården sin andel av läkarbesöken med 1,4 procentandelar. En del i förklaringen till detta är sannolikt att primärvården, istället för att kraftigt öka antalet läkarbesök, klarat av fler patienter och besök genom fler sjukvårdande behandlingar cirka 5000 stycken (+1,8 procent). Läkarbesöken i den regiondrivna primärvården ökade endast med cirka 1000 stycken (+0,6 procent). I specialistvården däremot har ett större patientinflöde snarare hanterats genom fler läkarbesök. I primärvården är detta en av effekterna av det arbete som pågått under senare år, med att överföra mer av vården till andra yrkesgrupper till exempel psykosociala team och fysioterapeuter.

En kompletterande förklaring för Östersundsområdet kan vara, att fler patienter i Östersunds kommun sökte sig till akutmottagningen istället för primärvården. Orsaker till detta kan vara nya sökmönster eller att tillgängligheten till primärvården har uppfattats som låg. Av de 1 152 fler läkarbesök på akuten som gjordes 2017 av invånare i Jämtlands län, stod invånare från Östersunds kommun för 909 stycken (andel 78 procent och en ökning mellan 2016 och 2017 på 5,6 procent).

Östersunds kommun utgör 48 procent av länets befolkning, men patienter från Östersunds kommun på akutmottagningen utgör 59 procent av alla patienter från Jämtlands län. Samtidigt ökade besöken av invånare från Östersunds kommun till primärvården i Östersunds kommun med 553 läkarbesök (+0,6 procent och 2 833 sjukvårdande behandlingar (+2,5 procent).



När siffrorna delas upp på de olika områdena inom specialistvården blir det tydligt att förändringen av antalet läkarbesök och sjukvårdande behandlingar varierar stort. Inom område Hud Infektion Medicin har läkarbesöken ökat kraftigt (+ 13,4 procent) i antal, samtidigt som antalet sjukvårdande behandlingar minskat genom att tjänster vakanshållits. I en strävan att förbättra tillgängligheten gjordes 2017 en satsning på hudmottagningen, som stod för den allra största delen av område Hud Infektion Medicins ökning av läkarbesök. Där gjordes 2017 nästan 2000 fler besök (+ 50 procent) jämfört med föregående år, då besökstalen hade sjunkit på grund av läkarbrist. En del av ökningen klarades genom ett 70 procent högre nyttjande av inhyrda läkare. Förutom till hud- blev även både läkarbesök och sjukvårdande behandlingar på dialysmottagningen 9-10 procent fler 2017.

Även Barn- och ungdomsmedicin hade en stor ökning av läkarbesök 2017 med 10,2 procent (654 stycken). Förklaringen är större barngrupper till följd av allt högre födelsetal och ett flertal barn med mycket svåra sjukdomstillstånd.

I samband med att enheten för neuropsykiatri på område Barn och unga vuxna lades ner 1 januari 2017, överfördes verksamheten till andra kliniker, vilket medförde en minskning av läkarbesök och sjukvårdande behandlingar. Barn- och ungdomspsykiatrin (BUP), som är nationellt ledande inom internetbaserad KBT, genererade dock 750 distansbesök 2017 som saknas i statistiken.

Förutom cirka 1000 fler läkarbesök på akut-mottagningen hade område Akutvård färre ambulans- och ambulanshelikopteruppdrag 2017.

På område Ortopedi gjordes 643 fler läkarbesök 2017 (+5,2 procent), även om de nya läkarbesöken på specialistvård Campus räknas bort från statistiken. En orsak var mindre tillgång till operationskapacitet och därmed mer tid för mottagningsverksamhet.

Område Kirurgi har gjort satsningar för större tillgänglighet, vilket lett till 662 fler läkarbesök (+4,8 procent) och 1 344 fler sjukvårdande behandlingar (+15,1 procent). Man har arbetat med rätt använd kompetens (RAK) för att flytta arbetsuppgifter och frigöra tid hos t ex läkare och sjuksköterskor. Dessutom har området klarat produktionsökningen genom fler arbetade timmar. Samtidigt har dock nyttjandet av inhyrda läkare minskat. Den fleråriga trenden med allt fler patienter och behandlingar på onkologimottagningen planade ut under 2017.

Ökningen av läkarbesök med 3,0 procent på område Hjärta Neuro Rehab går nästan helt att koppla till hjärtenheten som hade en ökning av läkarbesöken med 16 procent, men även smärtenheten hade en ökning. Till övriga verksamheter inom område Hjärta Neuro Rehab minskade besöken.

Område Ögon öron hade den största procentuella ökningen av sjukvårdande behandlingar inom specialistvården med 2247 stycken (+10,5 procent). Den bestod huvudsakligen av fler utprovade hörapparater och ögonbottenfotograferingar, samt fler

behandlingar av glaucom (grön starr) efter genomförande av ett s k *HögIntensivt FörbättringsArbete* (HIFA). Försenade besök för glaucom-patienter medför stora risker för patientsäkerheten.

Område Psykiatri hade en minskning av antalet läkarbesök med 169 stycken (-1,8 procent) och en ökning av sjukvårdande behandlingar med 740 stycken (+3,5 procent). Man hänvisar till att sjukfrånvaro och vakanser påverkat tillgängligheten negativt.

På område Kvinna förlöstes totalt 1518 barn 2017, vilket var 72 fler (+ 5 procent) än året innan. Läkarbesöken ökade med 237 stycken (+2,2 procent). Sjukvårdande behandlingar minskade med 174 stycken (-2,1 procent), men med variation mellan olika enheter inom området, där besöken på grund av uppföljning efter graviditet och nyfödda barn blev fler.

Område Diagnostik, teknik och services produktion speglar förändringar i övriga områdens verksamhet. Nya nationella riktlinjer föreskriver ofta mer uppföljning, vilket i många fall innebär mer provtagning. En tillbakablick på ett antal typanalyser visar på ett tydligt hopp uppåt 2015 och därefter fortsatt successiv ökning. Klin kem labs analyser ökade med 3,7 procent, varav en större ökning skedde i början av året i samband med svårare influensa mm. När det gäller Fysiologen ökade särskilt antalet hjärtundersökningar 2017 och produktion steg med 7,6 procent, vilket medförde kortare väntetider. Röntgen gör allt fler poängtunga undersökningar som CT, MR och ultraljud och produktionen blev 0,6 procent högre 2017. För övrigt gjordes under året bland annat fler patienttransporter och vaktmästeritjänster, medan antalet lagade portioner minskade.

Folktandvården, slutligen, bedriver både konkurrensutsatt och anslagsfinansierad verksamhet. Under 2017 minskade den utförda tiden motsvarande tio årstjänster för samtliga yrkeskategorier. Folktandvården följer upp produktionen i form av *erbjuden patienttid*. Svårighet att få tag på personal ledde till att 4 354 färre patienttimmar kunnat erbjudas vuxna patienter, eftersom barn- och akut tandvård prioriteras. Inom specialisttandvården ökade däremot erbjuden vårdtid till patient. Även inom tandvården arbetar man med effektivisering, och ett delegerat, team-inriktat arbetssätt har resulterat i att andelen tandläkartid inom barntandvården minskat i förhållande till övriga yrkesgruppers tid.

Sammanfattningsvis har områdena åstadkommit fler läkarbesök och sjukvårdande behandlingar 2017 huvudsakligen genom fler arbetade timmar av anställd personal. Nyttjandet av inhyrda läkare har totalt sett minskat. Ökningen av inhyrda sjuksköterskor kan kopplas till behovet av att kunna bemanna vårdavdelningar på sjukhuset.

Operationsverksamheten

Året har präglats av bristen på specialist-sjuksköterskor, vilket ledde till att färre operationssalar kunde bemannas från september och året ut. Dessutom drogs verksamheten ned under en period på våren för att klara utbildningsinsatsen inför övergången till Cosmic R 8.1. Trots detta kunde fler elektiva operationer genomföras på grund av att de akuta operationerna blev färre.

Totalt ökade operationerna med 289. Om de 408 operationer som utfördes 2017 på Campus räknas bort, minskade dock operationerna med 119 stycken – främst på grund av färre akuta operationer, varav en del kan kopplas till en minskning under sommarmånaderna på område ortopedi.

Operationer	2016	2017	Förändring	I %
Kvinna	**4 569**	**4 542**	**-27**	**-0,6**
Varav akut	*1 510*	*1 319*	*-191*	*-12,6*
Varav elektiv	*3 059*	*3 223*	*164*	*5,4*
Man	**3 675**	**3 991**	**316**	**8,6**
Varav akut	*1 211*	*1 204*	*-7*	*-0,6*
Varav elektiv	*2 464*	*2 787*	*323*	*13,1*
Totalt	**8 244**	**8 533**	**289**	**3,5**
Totalt ekl Campus	**8 244**	**8 125**	**-119**	**-1,5**

En strävan för att kunna minska antalet vårdplatser har varit att utföra fler av de elektiva operationerna som dagkirurgi, det vill säga med hemgång samma dag, och färre som slutenvård. Av de elektiva operationerna ökade 2017 både dagkirurgin och slutenvårdsoperationerna.

Operationer	2016	2017	Förändring	I %
Dagkirurgi	3 745	4 214	469	13
Slutenvård	4 499	4 319	-180	- 4
Varav akut	*2 132*	*1 909*	*-223*	*-10*
Varav elektiv	*2 367*	*2 410*	*43*	*2*
Totalt	**8 244**	**8 533**	**289**	**4**
Dagkirurgi exkl Campus	*4 499*	*3 806*	*61*	*1,6*

Slutenvården

Antalet vårdtillfällen och vårddagar har under en längre tid trendmässigt sjunkit. Denna utveckling fortsatte under 2017. Orsaker till minskningen som uppges av områdena är färre öppna slutenvårdsplatser, mindre elektiv vård på grund av uppdatering av vårdsystemet Cosmic, kortare medelvårdtid på de flesta avdelningar med mera. En första uppföljning av effekterna av det nya mobila närvårdsteamet (MiNT) som stöttar vården av sköra multisjuka patienter i hemmiljön, indikerar färre inläggningar på vårdavdelning för denna grupp. Det bidrar också till färre vårddagar i slutenvård - ett av syftena med denna vårdform.

I procent uppgick minskningen av vårddagar till 1,5 procent. Men siffran totalt innehåller en ökning av vårddagar för männen med 2,5 procent och en minskning av vårddagarna för kvinnor med 5 procent. Denna förändring kan till största delen kopplas till en större minskning för kvinnor av vårddagar inom psykiatrin, samt rehabilitering och reumatologi, och en ökning för männen på samma platser. Dit kan även förändringen i medelvårdtid kopplas, som ökat både totalt och för män. Både inom psykiatrin och rehabilitering och reumatologi är vårdtiden ett resultat av relativt sett färre patienter med långa vårdtider. Medelvårdtiden på psykiatrin var till exempel 18,6 dagar 2017, att jämföra med område Kirurgi som hade 4,6 dagar. Det innebär att fler patienter inom psykiatrin ett enskilt år, samt längre vårdtider, kan få väldigt stort genomslag i statistiken. Medelvårdtiden på flertalet övriga enheter har fortsatt att minska.

Jämfört med 2016 minskade DRG-vikten något, vilket beror på en minskning av DRG-vikten för kvinnor medan DRG-vikten för män steg, vilket innebär att skillnaden i vårdkomplexitet mellan kvinnor och män minskade 2017.

Slutenvård	2015	2016	2017	Förändring	I %
Vårdtillfällen	22 589	22 049	21 436	-613	-2,8
-män	10 358	10 136	9 897	-240	-2,4
-kvinnor	12 093	11 984	11 539	-446	-3,7
Vårddagar	**120 144**	**117 295**	**115 539**	**-1 756**	**-1,5**
-män	57 161	54 736	56 114	1 378	2,5
-kvinnor	62 982	62 559	59 425	-3 134	-5,0
Medelvårdtid	**5,3**	**5,3**	**5,4**	**0,1**	**1,3**
-män	5,5	5,4	5,7	0,3	5,0
-kvinnor	5,2	5,2	5,2	-0,1	-1,3
DRG-vikt	**15 604**	**15 853**	**15 848**	**-5**	**-0,03**
-män	7 472	7 585	7 614	29	0,4
-kvinnor	8 131	8 260	8 226	-34	-0,4

Vårdval och privata vårdgivare

Hälsoval

Under våren 2017 genomfördes uppföljning av 2016 års verksamhet i form av besök från hälsovalskansliet hos respektive verksamhetschef. Brunflo utsågs till 2016-års hälsocentral. Priset delades ut vid Regionfullmäktiges möte i oktober. Inom hälsovalet verkar 19 regiondrivna enheter med 13 filialer samt 5 vårdenheter med 6 filialer i annan driftform. Torvalla hälsomottagning ansökte i januari om att få starta egen vårdenhet vilket beviljades från 1 april 2017.

I juli inkom en ansökan från Medinordab AB om att få starta vårdenhet i Östersund den 1 december 2017, vilket godkändes. Fjällhälsan i Hede har startat filialer i Ramundberget, Björnrike samt Tänndalen och Svegs hälsocentral i Lofsdalen. Anpassningar för detta har genomförts, framförallt gällande IT stöd.

Fyra leverantörsträffar har ägt rum under året med fokus på innehåll i förfrågningsunderlag, hemsjukvård och nya lagen om utskrivningsklara, Asylhälsans uppdrag, Folkhälsan, statliga satsningar som påverkar primärvården samt utredning om ”primärvård i förändring”.

En omfattande översyn av hälsoval Region Jämtland Härjedalen inför 2019 har genomförts på uppdrag och i samverkan med politiken.

Under 2017 har 153 personer från andra län valt att lista sig i Jämtlands län varav 66 procent från Västernorrlands län. 347 länsbor har under året valt en hälsocentral/vårdcentral i andra län varav drygt hälften valt Stockholms län.

Medicinsk fotvård

Totalt ingår 25 leverantörer i vårdvalet för medicinsk fotvård, samtliga kvinnor.

Under 2017 har fyra fotvårdare sagt upp sitt avtal och två vårdgivare har ansökt om att få delta i vårdvalet.

Barn och ungdomstandvård

Beställarenheten har avtal med regionens folktandvård samt 26 privata kliniker avseende barn och ungdomstandvård. Åldern för kostnadsfri tandvård för barn och unga höjdes 2017 från 3- 19 år till 3-21år. Från 2018 höjs åldern till 22 år. Med anledning av ändrade åldrar beslutade vårdvalsnämnden i november att byta namn på vårdvalet till “Vårdval allmäntandvård för barn och unga vuxna”.
Länet hade i december 2017 26 931 barn i åldrarna 3-21år, varav 18 procent valt privat vårdgivare.

Reformerat tandvårdsstöd

Inom beställartandvården fortsätter arbetet med utveckling av IT-stöd, samverkan med kommunerna och att göra tandvårdsstödet mer känt.

Övriga privata vårdgivare

Två sjukgymnaster/fysioterapeuter i Östersund har lagt ut sin etablering till försäljning varav en avbröts och den andra pågår fortfarande.

I slutet av 2016 och början har 2017 har fem fysioterapeuter inom nationella taxan och fem inom hälsovalet deltagit i en fördjupad uppföljning. Uppföljningen resulterade i att en vårdgivare verksam enligt LOF och en vårdgivare inom hälsovalet anmäldes till IVO för bristande journalföring.

Avtalet med Idrottsmedicinska mottagning förlängdes till och med 2018 medan naprapaternas avtal avlutades vid årsskiftet.

Köpt vård privata vårdgivare	Utfall 2015	Utfall 2016	Utfall 2017	Procentuell förändring 2016 jmf 2017
Läkarbesök	2 880	2 085	433	-79%
Sjukgymnastbesök	43 820	40 927	38 500	- 6%
Naprapatbesök	2 492	2 477	2 456	
Patienter som fått nödvändig tandvård	1 817	1 743	1 804	3%
Patienter som fått tandvård som led i sjukdomsbehandling	379	448	429	- 4%
Antal som fått uppsökande tandvård				
Antal barn som valt privattandläkare	1 438	1 415	1 298	- 8%
Tandvård för personer med stora behov pga	3 807	4 483	4 930	10%
långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning	122	134	145	8%

Miljö

Hösten 2017 genomförde externa miljörevisorer en certifieringsrevision av Region Jämtland Härjedalen med prövning utifrån den uppdaterade miljöledningsstandarden. Med 9 mindre avvikelser är regionen fortsatt miljöcertifierade enligt ISO 14001 och EMAS-registrerade. En miljöcertifiering innebär bland annat ett åtagande att sätta upp mål utifrån våra mest betydande miljöaspekter och arbeta med ständiga förbättringar inom miljöområdet.

En ny modell för förteckningar av miljöaspekter har tagits fram och implementerats under 2017 vilket utgör ett bättre underlag för förvaltningarna och områdena att prioritera de viktigaste miljöfrågorna för sin verksamhet.

Miljömål för 2017

För 2017 fanns 8 prioriterade övergripande miljömål som handlar om minskad klimatpåverkan från tjänsteresor och transporter, ingen ökning av avfallsmängder, hög nivå på materialåtervinning av avfall, hållbara inköp, minskad energianvändning, översyn av skadliga kemiska produkter samt inköp av ekologiska och socialt-etiskt märkta livsmedel.

Tjänsteresor och transporter

Målet om att minska koldioxidutsläppen från tjänsteresor och transporter är satt utifrån nationella mål. De senaste åren har resandet ökat räknat i antal mil och flygresandet har ökat och koldioxidutsläppen har ökat. Efter en så kallad CERO-analys i början av 2017 togs en handlingsplan fram för åtgärder inom reseområdet och en arbetsgrupp bildades. Arbetsgruppen har fortlöpande under året arbetat med aktiviteter inom ramen för handlingsplanen. Nya regler för resor inklusive ett internt klimatväxlings-system antogs av Regionfullmäktige i april 2017. För 2017 är inte resestatistiken klar ännu, men de åtgärder som förväntas få störst effekt kommer sannolikt att få genomslag fullt ut först under 2018.

Avfall och cirkulär ekonomi

Om jordens resurser ska räcka till, så måste samhället ställa om till en mer cirkulär ekonomi. Cirkulär ekonomi bidrar till att resurser används effektivt och mängden restprodukter som inte kan återanvändas blir minimal. Därför är arbetet med minskade avfallsmängder och en bra källsortering, där så mycket som möjligt kan gå till återvinning, viktigt. All avfallsdata är inte klara än, men preliminärt ser det ut som målet om att inte öka avfallsmängden uppnåddes till stor del tack vare kraftig minskning av komposterbart avfall. Vi når dock inte 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 de insatser inom ventliationsområdet som pågår. 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 2017 var 208,6 kWh/m^2. Årsförbrukningen blev 200,88 kWh/m^2.

Kemikalier

Under 2017 har konsulter genomfört riskbedömningar av de kemilalier med högst risk utifrån regionens kemikaliehanteringssystem. En utmaning framöver är att få igång ett strukturerat eget arbete kring riskbedömingar av kemikalier och utfasning av de mest skadliga produkterna. För formaldehyd (cancerframkallande) har en övergripande utredning gjorts där det konstaterats att ersättning inte finns i dagsläget, så skyddsåtgärder måste vidtas och slutna system för hantering ska ske så långt möjligt.

Livsmedel

Målet för 2017 var att bibehålla och helst öka andelen ekologiska livsmedel och uppnå 6 procent socialt-etiskt märkta livsmedel (räknat som andel av det totala utfallet i kronor). För 2017 uppnåddes 28,2 procent ekologiska vilket är en ökning med 1 procent och för socialt-etiska uppnåddes 9,3 procent 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.

Regionala utvecklingsförvaltningen

Regionala utvecklingsförvaltningen är den del av Region Jämtland Härjedalen som arbetar med att ta tillvara möjligheter och främja utvecklingen inom områdena; Näringsliv och företagande, Välfärd, klimat och kompetens, Infrastruktur och Kommunikationer och Kultur.

Europeiska sammanhållningspolitiken

Under året har EU-kommissionen påbörjat arbetet med formandet av den europeiska långtidsbudgeten efter år 2020. För Region Jämtland Härjedalen har påverkansarbetet gentemot EU-nivå och den svenska regeringen kopplat till den framtida långtidsbudgeten varit centralt. Region Jämtland Härjedalen har arbetat på många plan för att påverka bevarandet av sammanhållningspolitiken och för att den även i framtiden ska ta hänsyn till vår regions unika förutsättningar.

Smart industri

Tillväxtverket beviljade Region Jämtland Härjedalen stöd för projektet ”Smart Industri i Regionen Jämtland Härjedalen” med 2,5 miljoner kronor. Projektet skall hjälpa tillverkande företag att arbeta systematiskt med förnyelse och omställning med målet att öka sin konkurrenskraft.

Tillgång till bredband

Utbyggnaden av fiber går nu så snabbt i länet att målet att minst 90 procent av alla hushåll och företag ska tillgång till bredband om minst 100 Mbit/s vid utgången av år 2020 bedöms som möjligt. Region Jämtland Härjedalen har under 2017 beslutat ta fram en ny regional bredbandsstrategi utifrån den nya nationella strategin, vilken höjer målet till 95 procent.

Verksamheten

Förvaltningen har följt upp det kommunala uppdraget som kommunerna gett Region Jämtland Härjedalen, enligt avtal. Avtalet, som omfattar många olika delar av det gemensamma intresset att utveckla länet, löper ut 20181231 och arbetet med avtalsförlängning pågår.

Under verksamhetsåret 2017 har beslut om 1:1 medel beviljats till en total summa om 168 miljoner kronor, vilket är en ökning med 38 procent jämfört med år 2016. Besluten har fördelats sig med 86 miljoner kronor på företagsstöd och 82 miljoner kronor på projektstöd. En förutsättning för den ökade beslutsvolymen är det ramprogram Region Jämtland Härjedalen driver med finansiering från EU:s regionala fond.

Europeiska Investeringsbankens (EIB) sverigechef genomförde under april en informationsinsats i regionen. Två föreläsningar hölls, en för offentlig sektor och en med fokus på privata näringslivets kapitalförsörjning. I samband med de offentliga presentationerna genomfördes nio dialoger mellan behovsägare i regionen och EIB. Totalt kunde nära 200 personer ta del av presentationer och dialoger, vilket bedöms vara tillräckligt för att regionen skall kunna etablera tillräcklig mottagarkapacitet för att kunna tillgodogöra sig resurser från EIB.

Arbetet med att få företag att etablera verksamhet i regionen fortlöper positivt inom projektet ”Etableringsfrämjande samverkan i region Jämtland Härjedalen”. Samtliga kommuner i regionen är med i arbetet och tillsammans har det hittills skapats 17 etableringar med 86 sysselsättningar från projektstart.

Ny nationell plan för transportsystem

Under 2017 har Trafikverket presenterat sitt förslag till ny nationell plan för transportsystemet för perioden 2018 – 2029. I denna finns flera av länets högst prioriterade åtgärder med, även om Region Jämtland Härjedalen ser betydligt större behov av åtgärder. En ny Länstransportplan 2018-2029 har också tagits fram efter dialog med företrädare för olika delar av länets näringsliv, kommuner med flera.

Kollektivtrafiken

Under året har Länstrafiken i Jämtlands län AB genomfört en upphandling av allmän kollektivtrafik i sex av länets åtta kommuner. Upphandlingen resulterade i anbud från fem olika trafikutövare och en marginell ökning av kostnaden.

Bussgods inom länstrafiken ska, efter fullmäktigebeslut, avvecklas 2018. Bussgods Sverigefrakt AB äger varumärket och ansvarar för godshanteringen efter länstrafikens avslut.

Nämnden och förvaltningen har tillsammans med flera parter arbetat intensivt med frågan om nattågstrafiken och regeringen har nu uppdragit åt Trafikverket att upprätthålla den till och från Jämtland under helår. Verkställigheten kommer under 2018.

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.

De regionala kulturverksamheterna har i Kulturplan 2015-2018 uppdraget att komplettera kommunernas utbud av kultur och stimulera kultursatsningar som driver utveckling framåt. Övergripande mål är att alla ska ha möjlighet att delta i kulturlivet. Ett stort utbud av kvalitativa kulturarrangemang och föreställningar

når befolkningen i hela regionen. Samtidigt pågår ett stort utvecklingsarbete inom ramen för Samverkansmodellen där en ny Kulturplan 2019-2022 tas fram i bred samverkan med kommuner, civilsamhälle och professionella kulturskapare.

Projekt och övriga aktiviteter

I november anordnades ”Projektdagen 2017” som samlade politiker, berörda tjänstemän och representanter för projekt med finansiering från anslag 1:1, regionala tillväxtåtgärder. Dagen syftade till att dela information om projektens syfte, nuläge och dittills uppnådda resultat.

En förstudie om laddinfrastruktur för elbilar i Jämtlands län är genomförd, vilket har bidragit till att snabbladdstationer har byggts på sex orter i länet och stöd har beviljats till ytterligare fyra.

Projekt Integration Jämtland Härjedalen har genomfört arbetet med att ta fram ett studiematerial för attitydförändring. Under hösten användes det färdiga materialet för att utbilda ett stort antal personer från kommunerna och regionen.

Läget i länet - Statistikenheten har fortsatt arbetat med att ta fram ett ramverk för uppföljning, utvärdering och lärande av tillväxtarbetet. Arbetet ska vara klart sommaren 2018.

En jämställdhetsstrateg har anställts, som driver arbetet med handlingsplanen för jämställd regional tillväxt. Förvaltningens anställda har vid personalmöten, planeringsdagar samt i workshops ökat sin kunskap om jämställdhet. Även regionala utvecklingsnämnden och flera av de bolag som Region Jämtland Härjedalen äger har under året fått en basutbildning i jämställdhet.

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.

Bäckedals kurs Hållbar kunskap har fortsatt utvecklas i Sotdalen under 2017. Kolningstunnor från England köptes in och installerades med målet att kolning av eget träkol ska vara ett komplement och ett hållbart alternativ till bränsle i skolans smedja.
I samarbete med Jamtli och Stora Enso genomförde Bäckedal planering, rekonstruktion, byggnation och dokumentation av en liggmila från 1500-talet i Sotdalen.

Birka har, efter en förfrågan från Östersunds kommun, ordnat en undervisningslokal inne i Östersund. Där startar både Studiemotiverande folkhögskolekurs och Etableringskurs i början av 2018. Förhoppningen är att några elever därefter ska kunna fortsätta sina studier på Birkas allmänna linje och skaffa sig en gymnasiekompetens.

Birka har också, i samarbete med Arbetsförmedlingen i Ragunda kommun, startat två etableringskurser för nyanlända under året. Birka vill vara en aktör i hela regionen och då är det viktigt att även genomföra utbildningar utanför Östersunds närområde.

Regionstaben

Regionstaben ska stödja hälso- och sjukvårdsförvaltningen och regionala utvecklingsförvaltningen, samt chefer, regiondirektören och de politiska organen.

Förbättring och utveckling är ständigt viktiga delar och där har utvecklingsarbete skett, både internt och gentemot de staben är satta att stödja. En form som funnits effektiv är HIFA (högintensivt förbättringsarbete) där man på kort tid genomfört förbättringsarbetet och där alla aktörer är med. Område Kirurgi Ögon Öron har varit föremål för detta under året med goda resultat.

Stöd till hälso- och sjukvården med bemanningsprojektet för att minska beroendet av hyrpersonal har haft stort fokus under året. Inrättandet av E-hälsocentrum under hösten med många aktörer förutom Region Jämtland Härjedalen borgar för en intressant utveckling av den digitala tekniken som också påverkar metoder och arbetssätt. Generellt har det också skett mycket arbete för att kunna hantera innovationer inom IT-området.

Det är stort fokus på chefers förutsättningar i regionen och ett chefsutvecklingsprogram är under uppförande. Detta är en satsning som är möjlig tack vare professionsmiljarden.

Antalet nya asylsökande har minskat något under 2017. Andelen direkt kommunplacerade kvot- och anknytningsinvandrade har däremot ökat.
Det förekommer dock ganska omfattande omflyttningar till länet från andra regioner i landet samt omfördelningsflyktingar från Grekland och Italien.

Den minskade inströmningen har gett möjlighet till fördjupning i aktuella frågor där flera lyfts till beslut. Detta gäller såväl ekonomiska och administrativa frågor samt nödvändiga förtydliganden av asylflyktingvården inom hälso-, sjuk- och tandvård.

Utöver detta ska även internkontroll och uppsiktsplikt utföras i verksamheten enligt Kommunallagen.

Intern kontroll

Den interna kontrollen ska vara tillräcklig enligt Kommunallagen (KL) kap. 6, 7 §. Med tillräcklig menas att processen för den interna kontrollen ska vara ändamålsenligt utformad efter verksamheternas förutsättningar, art och omfattning. Arbetet med den interna kontrollen utgår från reglementet för intern kontroll för Region Jämtland Härjedalen. Under 2017 har regionstyrelsen och nämnderna antagit och följt upp sina respektive internkontrollplaner. Några av dessa uppföljningar har resulterat i förbättringsåtgärder. Regionens revisorer har granskat styrelsens och regionala utvecklingsförvaltningens internkontrollarbete och konstaterat att internkontrollen inte är helt tillfredsställande. Utifrån revisorernas granskning och en intern utvärdering konstateras att den interna kontrollen inte är helt ändamålsenligt utformad och det finns brister i tillämpningen. Bedömningen är att den interna kontrollen inte har varit tillräcklig för verksamheten inom Region Jämtland Härjedalen.

Uppsiktsplikt

Enligt kommunallagen ska styrelsen leda och samordna förvaltningen av regionens angelägenheter och ha uppsikt över nämnders och eventuella gemensamma nämnders verksamhet. Styrelsen ska också ha uppsikt över kommunal verksamhet som bedrivs i sådana juridiska personer som avses i 3 kap. 16a – 18b §§ och sådana kommunförbund som kommunen eller regionen är medlem i. Under 2017 har regionstyrelsen särskilt granskat Stiftelsen Jamtli. AB Transitio, Länstrafiken AB, Norrtåg AB, Samordningsförbundet i Jämtlands län, Vårdvalsnämnden och Regionala utvecklingsnämnden och i förekomna fall riktat uppmaning till berörd verksamhet. Bedömningen är att regionstyrelsens har uppföljt sin uppsiktsplikt.

MEDARBETARE

I avsnittet medarbetare redovisas väsentliga personalförhållanden, såsom utförd tid, bemanningsföretag, sjukfrånvaro och hälsofrämjande arbete samt kompetenskartläggning.

Utförd tid

Region Jämtland Härjedalen har ökat den utförda tiden med motsvarande 118 årsarbetare 2017 jämfört med 2016. 2017 har en vardag mindre vilket motsvarar cirka 11 årsarbetare. Med hänsyn till den är ökningen närmare 130 årsarbetare.

Utförd tid omräknat till årsarbetare per förvaltning

Utförd tid totalt/ förvaltning	2015	2016	2017	Differens 2016-2017 i årsarbetare
Hälso-och sjukvårdsförvaltningen	2958	2963	3070	+ 107
Regionala utvecklingsförvaltningen	143	128	135	+ 7
Regionstaben	187	200	202	+2
Patientnämnd	7	7	8	+1
Region Jämtland Härjedalen	**3 296**	**3 298**	**3 416**	**+ 118***

*Differens utifrån avrundning

När det gäller differensen mellan åren i antal årsarbetare avseende regionstab och hälso- och sjukvårdsförvaltningen är uppgifterna inte justerade utifrån övergång av

- patientsäkerhetsenheten (18 medarbetare) till hälso- och sjukvårdsförvaltningen mellan åren 2015 och 2016
- övergång av folkhälsoenheten till område primärvård (7 årsarbetare) under 2017
- verksamhetsutvecklare till hälso- och sjukvårdsförvaltningen (ca 9 årsarbetare) under 2017

Utförd tid omräknat till årsarbetare hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Utförd tid – Hälso- och sjukvårdsförvaltningen	2015	2016	2017	Differens 2016-2017 i årsarbetare
Akutområdet	370	371	371	0
Barn och ungdomsmedicin	98	97	100	+3
Barn och unga vuxna	107	107	118	+11
Diagnostik, teknik och service	403	409	425	+16
Hjärta, neurologi och rehabilitering	226	220	222	+2
Hud, infektion och medicin	258	258	266	+8
Folktandvården	170	159	151	-8
Kirurgi	215	216	224	+8
Kvinna	88	88	92	+4
Ortopedi	159	158	166	+8
Patientsäkerhet	14	15	14	-1
Primärvård	501	519	565	+46
Psykiatri	258	251	258	+7
Ögon och Öron	84	88	93	+5
Totalt hälso- och sjukvårdsförvaltningen	**2 958**	**2 963**	**3 070**	**+ 107***

*Differens utifrån avrundning

Inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen har den utförda tiden ökat med 107 årsarbetare. Den utförda tiden har ökat förutom inom områdena folktandvård och akutvård.

Orsaker till ökning av utförd tid är utökad verksamhet såsom införande av

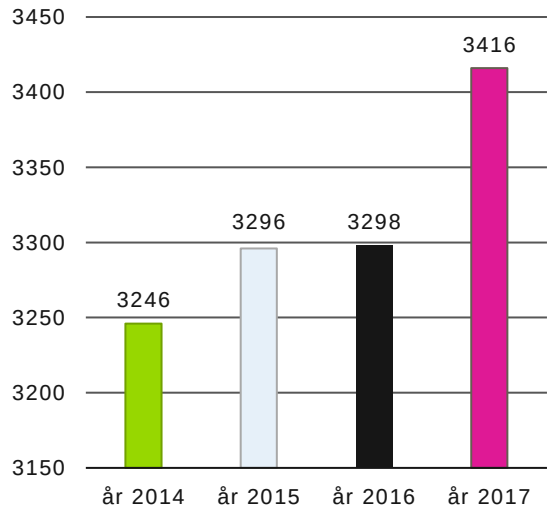
- mobilt närvårdsteam, avdelning för utskrivningsklara patienter och diagnostiskt centrum, område Hud Infektion Medicin
- slutenvård och IKB-team, område Barn Unga Vuxna (cirka 14 årsarbetare)
- specialistvård Campus, område Ortopedi (närmare 5 årsarbetare)
- ökade förlossningstal, område Kvinna (cirka 4 årsarbetare)
- utökning av ST-läkare för att minska hyrläkarberoendet område Primärvård (cirka 10 årsarbetare)
- folkhälsoenheten överfördes från regionstaben till primärvården (cirka 7 årsarbetare)
- verksamhetsutvecklare som överfördes från regionstaben till de olika områdena inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen (cirka 9 årsarbetare)

Ytterligare en orsak till ökningen är den utbildningsinsats som riktades till under-sköterskor. Insatsen var en del i det pågående arbete kring kompetensväxlingen. Cirka 200 undersköterskor påbörjade utbildning i sjukvårdstekniska moment varav 160 examinerades under 2017. Övriga examineras under 2018.

Område Psykiatri är det enda område som anger att de beräknar att komma ner i 2013 års nivå vad gäller utförd tid. De områden som uttalar att de inte ser det som möjligt anger bland annat utökade uppdrag som skäl men säger att man ständigt ser över hur man ska kunna minska den utförda tiden.

Inom regionala utvecklingsförvaltningen har antalet årsarbetare ökat med 7 jämfört med föregående år. Den ökade utförda tiden beror främst på projektanställningar inom område Näringsliv och område Välfärd klimat och kompetens. Vid projektanställningar finns det beslut och ekonomiskt tillskott med externa medel.

Utförd tid i antal årsarbetare år 2014 - 2017



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

Regionstaben har ökat med två årsarbetare trots att folkhälsoenheten och vårdutvecklarna, som motsvarar cirka 23 årsarbetare, övergick i april till hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Sett till detta borde den utförda tiden ha minskat i samma omfattning.

Förklaringar till ökningarna är flera. Dels inrättandet av enhetschef för Forskning- och Utbildningsenheten och nyinrättade tjänster som flyktingsamordnare, etableringskoordinator och informations-säkerhetssamordnare som tillkommit under senaste året på grund av förändrade omvärldskrav. Andra exempel är införandet av SABA Cloud, ett webbaserat system för kompetenshantering, där tjänsteutrymmet för införandet inneburit en ökning av utförd tid och finansierats via medel från motsedda och professionsmiljarden.

En markant ökning överlag av statliga bidrag till flera projektanställningar har också medfört att antalet anställda och den utförda tiden har ökat. Projektanställningarna gäller till exempel införandet av ett nytt chefsutvecklingsprogram, nya lagen om utskrivningsklara, standardiserade vårdförlopp cancer samt sjukskrivning- och rehabprocessen. Även uppbemanning av personal som finansieras av andra förvaltningar internt förekommer.

Inom Regionstaben har det under året också tillkommit två extratjänster med finansiering genom arbetsförmedlingen.

Bemanningsföretag

Orsaker till inhyrd personal

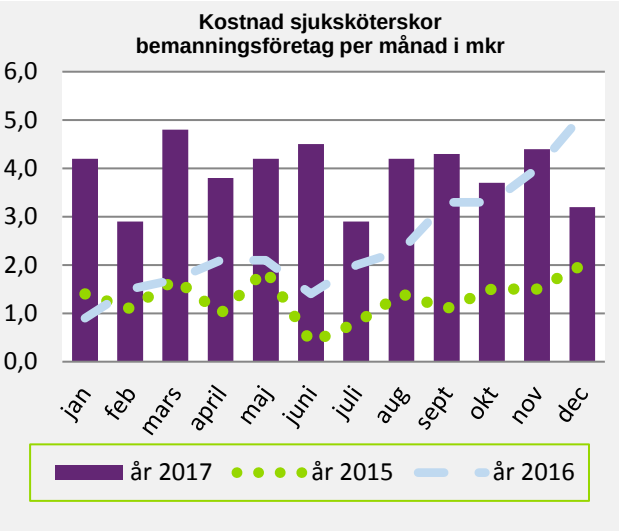
Kostnad bemanningsföretag (miljoner kronor)	Jan-dec 2016	Jan-dec 2017	Förändring i mnkr
Läkare	139,2	138,5	-0,7
Sjuksköterskor	28,8	47,3	+18,5
Övrig personal	6,6	4,2	-2,4
Totalt	**174,6**	**190,0**	**15,4**

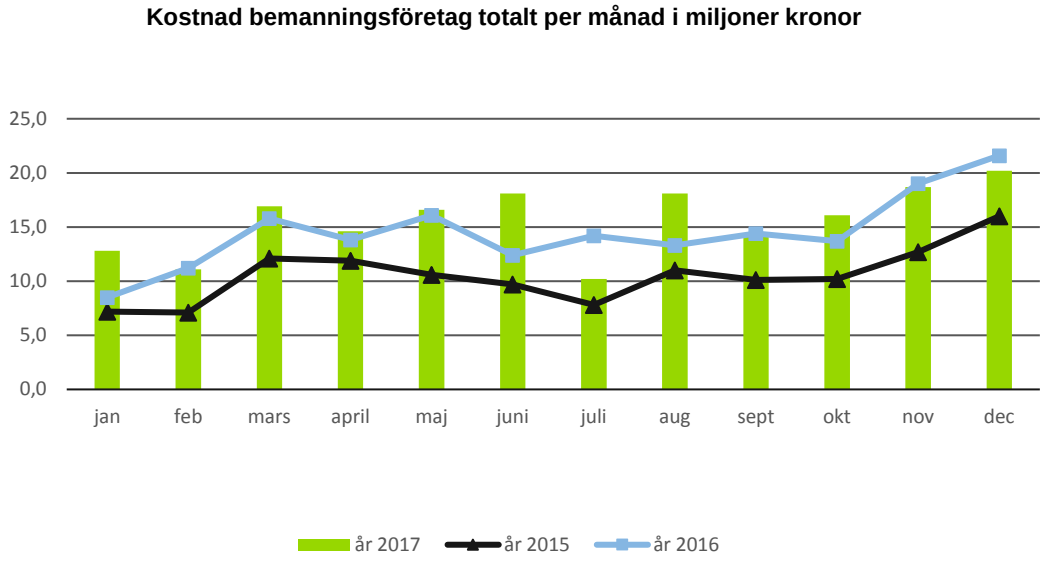
Skälen till köpt bemanning är svårigheter att rekrytera till vakanser vad gäller framförallt sjuksköterskor och läkare. Område Kvinna anger behov av bakjours-kompetenta överläkare som orsak. Område Barn Unga Vuxna anger ett ökat behov av köp av psykologtjänster för att minska köerna till utredningar. Inom Område Ortopedi anlitas hyrläkare för att klara sub-specialiteterna inom fot- och barnortopedi. Område Kirurgi har anlitat hyrläkare bland annat för att kunna operera patienter som istället hade inneburit kostnader för riks- och regionvård.

Vidtagna åtgärder

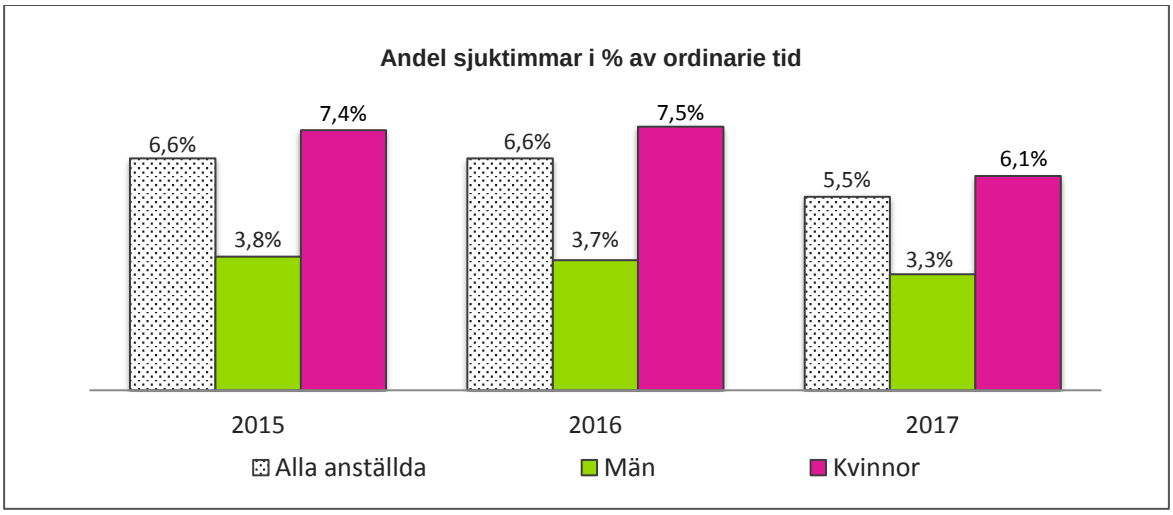
Rekryteringsinsatser, anställning av ST-läkare, kompetensutveckla egen personal, fortsatt arbete med produktions- och kapacitetsplanering för bättre styrning, kompetensförskjutning på slutenvårdsavdelningar och deltagande i regionövergripande arbete kring minskat behov av bemanningsföretag.

Område Primärvård har fattat beslut om att från 2017-06-01 ska området inte köpa bemannings-sjuksköterskor. De har också infört ett pristak och produktionskrav vad gäller antal besök för hyrläkare. Området har minskat kostnaderna för hyrläkare med 8,7 miljoner kronor jämfört med föregående år. Område psykiatri har infört stopp för inhyrning av sjuksköterskor.





Sjukfrånvaro - Hälsofrämjande arbete



Under 2017 var målet att sjukfrånvaro skulle minska till 6 procent, vilket har uppnåtts och landade på 5,5 procent. Det innebär en minskning motsvararande 40,5 årsarbetare. Minskningen syns tydligt i att antal sjukfall minskar i alla intervaller. Framförallt sjukfallen längre än 180 dagar som har minskat från 116 i december 2016 till 51 i december 2017. En stor del av dessa medarbetare är åter i ordinarie arbete, i arbete med anpassning eller i annat arbete.

Det har genomförts ett stort arbete med att ta tillvara kompetens och pröva andra arbetsplatser framgångsrikt inom Region Jämtland Härjedalen. Områdena Hjärta Neuro Rehab och Psykiatri ska lyftas fram som goda exempel på chefer som samarbetar och hjälps åt för att hitta bra lösningar i andra arbeten inom området och mellan områdena.

I de intervall antal sjukfall minskar så minskar inte sjuktimmarna i samma utsträckning och det innebär att det under året varit färre antal sjukskrivna, men att de varit sjuka i högre omfattning än året innan, det vill säga heltidssjukskrivna. Det finns också en ökning av korttidsfrånvaron 1-14 dagar motsvarande 4,6 årsarbetare. Det är Hälso-och sjukvårdsförvaltningen som ökar sin korttidsfrånvaro dag 1-14 medan Regionstaben Regionala utvecklingsförvaltningen minskar.

Sjukfrånvaron minskar för både kvinnor och män men främst bland kvinnor och i frånvaro som är längre än 60 dagar. Där har andelen har minskat med 10 procent under 2017. Denna minskning går mot ett riksgenomsnitt i andel längre sjukfrånvaro där 58 procent och högre sedan tidigare stuckit ut som en hög siffra i jämförelse med andra Landsting, Regioner och kommuner.

Sjukfrånvaroandel i % i relation till utförd arbetstid i	2015	2016	2017
Kvinnors sjukfrånvaroandel	7,4	7,5	6,1
Mäns sjukfrånvaroandel	3,8	3,7	3,3
Total sjukfrånvaroandel	**6,6**	**6,6**	**5,5**
29 år eller yngre	6,2	6,6	5,5
30-49 år	5,7	5,9	4,9
50-65 år	7,7	7,4	6.1
Andel långtidssjukfrånvaro ≥ 60 dagar	61	58	49
Totala antal sjuktimmar	**474 447**	**479 093**	**407 853**

Ett större fokus på tidig rehabilitering, rörlighet inom organisationen och prövning av arbetsförmågan samt tidiga insatser vid ohälsa är delar av orsakerna till denna sänkning. Dialog och kunskapsutbyte förbättrar möjligheten att arbeta med rehabilitering och förebyggande arbete inom organisationen.

Ett mer lösningsfokuserat arbete inom Region Jämtland Härjedalen och framförallt inom Hälso-och sjukvårdsförvaltningen, som står för den större delen av sjukfrånvaron, har skett samtidigt som Försäkringskassan skärpt sin tolkning av rätten till sjukpenning vid dag 180 och 365 i Rehabiliteringskedjan.

Detta har bidragit till en större påverkan på sjukfrånvarosiffran och har inneburit att insatserna och rehabiliteringen från arbetsgivaren nu behöver vara tidig och ha en tydlig rehabiliteringsplan.

Företagshälsovård

Ergonomiutbildningar, Reducerad arbetstid och schemaläggning med återhämtning lyfts som förebyggande åtgärder som genomförts.

Även uppmuntran till friskvård exempelvis via Anders Hansens föreläsning om den fysiska aktivitetens påverkan på hälsan och Friskvårdsombud som jobbar aktivt med frågan. Hjärnergonomiskt tänkande (kognitiv ergonomi) för att titta på stressreducerande strategier och arbetsupplägg lyfts som bra förebyggande åtgärder att jobba med även vid tecken på ohälsa.

Utbildning i hur schemat kan påverka hälsan och återhämtning har genomförts. Även grupphandledning lyfts som förebyggande åtgärder som används i Hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Flera områden lyfter också prioriteringen av att lyfta ohälsa tidigt och jobba ihop chef och personalkonsult i Hälsofrämjande teamet med rehabilitering och tidiga insatser för att hitta lösningar.

Arbetsmiljö

Alla medarbetare är en del av sin egen och varandras arbetsmiljö. Tillsammans skapar chefer och medarbetare en bra arbetsmiljö. Ambitionen är att ständigt förbättra den fysiska och psykosociala arbetsmiljön genom ett systematiskt arbetsmiljöarbete.

Arbetsmiljön är i fokus vid schemaläggning. En webutbildning gällande hälsosam schemaläggning har lagts in i Saba Cloud under hösten 2017 och utbildningen ska genomföras av alla som arbetar i arbetstidsmodeller.

Arbetsmiljöutbildning för chefer och skyddsombud har genomförts vid två tillfällen under året vilket har varit uppskattat.

Ett stort arbete för att leva upp till arbetsmiljölagens krav gällande riskbedömning av kemikalier har genomförts under 2017. Konsulter från Intersolia har tillsammans med verksamheterna gjort riskbedömningar av kemikalier med högst riskvärdering enligt systemet IChemistry.

Flera områden tar upp att de är trångbodda och behov av förändrade lokaler kvarstår. Några enheter har arbetat med ett förändrat arbetssätt vilket har inneburet att arbetsmiljön upplevs förbättrad. Det nya arbetssättet har gett en tydlighet i fördelning av arbetsuppgifter och vem som gör vad och har även inneburit en möjlighet till fördelning av arbetsuppgifter under vissa perioder som underlättar återgång i arbete. En utökning av sjuksköterskor på natten har påverkat arbetsmiljön positivt på en enhet. För att möta hög arbetsbelastning och svårigheten att bemanna behovet av specialistsjuksköterskor har omfördelning av bemanningsmål gjorts på fler enheter. Inom några enheter har det genomförts chefsförändringar genom tillsättningar och omfördelning av antal medarbetare. Detta för att förbättra arbetsmiljön för både chefer och medarbetare, bland annat genom ökad tillgänglighet.

Kompetenskartläggning

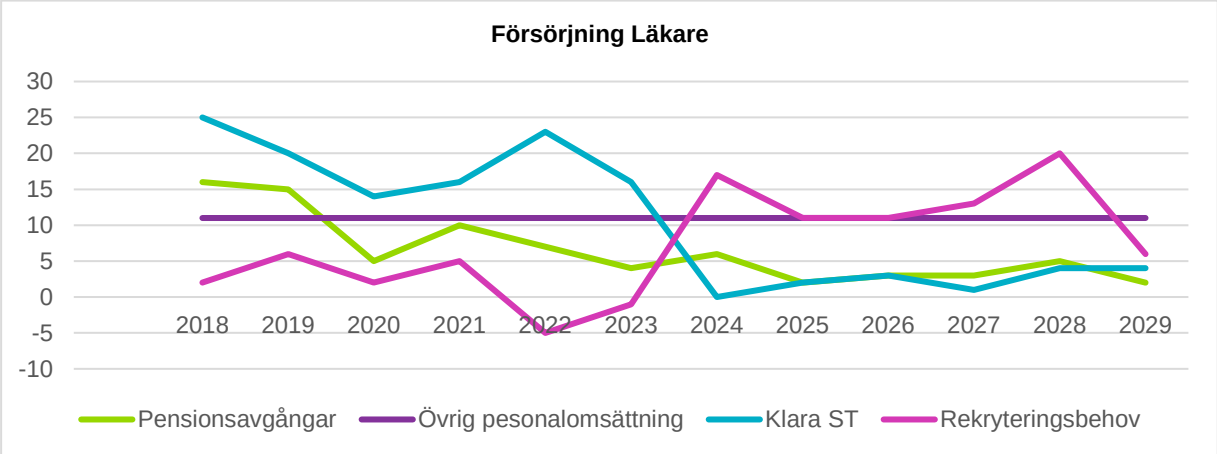
En kompenskartläggning för perioden 2018 – 2023 (för läkare 2018-2029) genomfördes under 2017. I den efterfrågas vakanser som inte kunnat tillsättas, pensionsavgångar, övrig personalomsättning samt förändringar i verksamhet som kan påverka antal och fördelning av yrkesgrupper/kompetens.
Detta sammantaget ska visa på regionens och verksamheternas rekryteringsbehov under samma period. Kartläggningen ska åtföljas av områdesvisa och regionövergripande handlingsplaner. Det ska vara klara till 1 mars 2018.

Nedan följer sammanställning vad gäller de tre största yrkesgrupperna inom hälso- och sjukvård. Under 2018 kommer en rapport att sammanställas vad avser samtliga grupper.

Läkare

Det är mycket svårt att rekrytera färdiga specialistläkare, överläkare och distriktsläkare.
För att klara försörjningen av dessa grupper satsar regionen på att anställa och utbilda AT-, och ST-läkare.

Diagrammet nedan visar pensionsavgångar, övrig personalomsättning och rekryteringsbehov baserat på 269 tillsvidareanställda specialistläkare, överläkare och distriktsläkare. För att få fram rekryteringsbehovet har antalet klara ST-läkare ställts i relation till de specialistläkare, överläkare och distriktsläkare som går i pension eller slutar i regionen av andra orsaker.



Förutom ovanstående visar kompetenskartläggningen på vakanser som inte kunnat tillsättas inom olika specialiteter. Den visar också på att det finns specialiteter som är välbemannade
både vad gäller specialistläkare/överläkare och ST-läkare. Det ställer frågor om styrning av ST-läkare utifrån en helhetssyn på regionens läkarförsörjning.

Diagrammet ovan visar att från och med 2024 ökar rekryteringsbehovet av specialistläkare, överläkare och distriktsläkare markant. Det beror på att ST-läkare som ska ersätta dessa grupper från och med 2024 och framåt ännu inte är anställda. Det ger dock regionen en uppfattning om behovet av att anställa ST-läkare i tid som kan ersätta behovet av specialistläkare, överläkare och distriktsläkare 2024.

Specialiseringstjänstgöringstiden (tid som ST-läkare) ska omfatta minst fem år. Bedömningen är att specialiseringen i genomsnitt tar upp till sju år främst på grund av föräldraledigheter.

Sjuksköterskor

Försörjningen av allmänsjuksköterskor sker genom rekrytering och där är Mittuniversitet en viktig rekryteringsbas. Försörjningen av specialist-sjuksköterskor och barnmorskor sker till stor del genom att regionen bland annat beviljar studiemedel till redan anställda allmänsjuksköterskor som specialistutbildar sig. Det innebär att när regionen ska prognosticera behovet av allmänsjuksköterskor så måste behovet av specialistsjuksköterskor och barnmorskor tas med i underlaget. Regionen klarar inte att rekrytera sjuksköterskor i tillräcklig omfattning utifrån verksamheternas ökade behov av sjuksköterskor. Det har inneburit att bemannings-företag har anlitats i ökande omfattning.

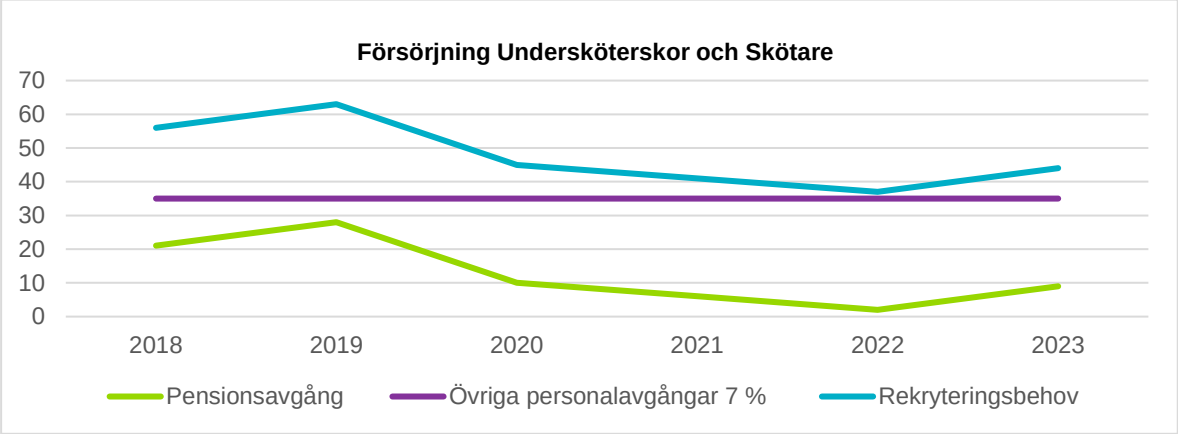
Diagrammet nedan visar pensionsavgångar och övrig personalomsättning. Det sammantaget visar rekryteringsbehovet på sjuksköterskor inklusive specialistsjuksköterskor och barnmorskor. Allmänsjuksköterskor utgör cirka 47 procent av totala antalet, 1121 tillsvidareanställda, sjuksköterskor inklusive specialistsjuksköterskor och barnmorskor.

Förutom ovanstående visar kompetenskartläggningen på vakanser som inte kunnat tillsättas. Diagrammet visar att från och med 2019 minskar pensionsavgångarna för att sen öka i mindre omfattning till 2022 för att sen minska igen 2023. Ökningen fram till 2023 kommer inte upp till 2018 års nivå d v s det är färre som uppnår pensionsålder fram till och med 2023.

Undersköterskor och skötare

Försörjningen av undersköterskor och skötare sker genom rekrytering. När det gäller nyutbildade sker det både från ungdomsgymnasiet och vuxenutbildningen. Idag har regionen inte specialistutbildade undersköterskor eller skötare med några få undantag. I arbetet med karriärvägar har det visat sig att verksamheten har och kommer att få behov av specialistutbildade undersköterskor och skötare.

Diagrammet nedan visar pensionsavgångar, övrig personalomsättning. Det sammantaget visar rekryteringsbehovet på undersköterskor och skötare. Skötare utgör cirka 7 procent av totala antalet, 545 tillsvidareanställda, undersköterskor/skötare. Kartläggningen visar att det inte finns vakanser som inte kunnat tillsättas inom dessa yrkesgrupper. Diagrammet visar att pensionsavgångarna under perioden 2018-2023 når sin topp under 2019 för att sen minska fram till och med 2022. Pensionsavgångarna ökar något 2023.



Kompetensförsörjning inom hälso- och sjukvård

Hälso- och sjukvård är regionens största verksamhet. Det är i den sektorn utmaningarna finns vad gäller kompetensförsörjning. Enbart rekrytering löser inte och kommer inte att lösa framtida kompetens-försörjning. Regionens personalomsättning framförallt när det gäller allmänsjuksköterskor visar på att det måste till åtgärder för att behålla personal.

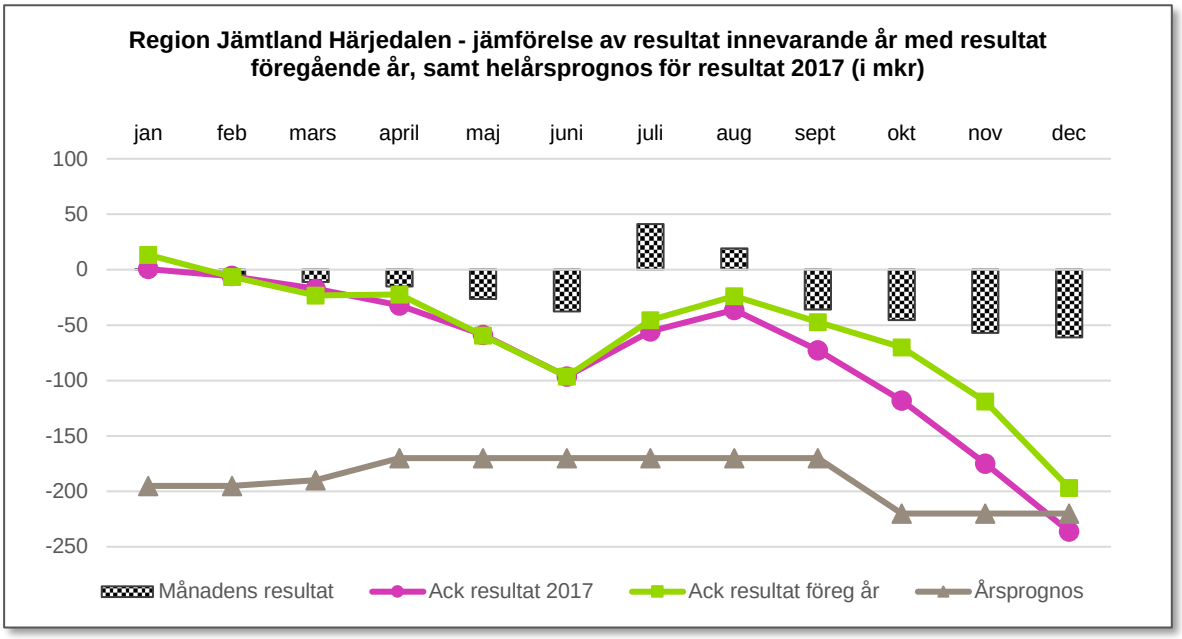
Handlingsplan för Attraktiv arbetsgivare är en del i det men arbetet med att behålla medarbetare handlar om allas engagemang. Som student och elev ska man känna att man får en bra utbildning i regionen via praktik och verksamhetsförlagd utbildning och att man blir väl mottagen. I nästa steg, det vill säga som medarbetare ska man uppfatta att regionen strävar efter att alla delar i medarbetarskapet är ett stöd i arbetet och att kompetensutveckling sker utifrån både medarbetares och verksamhetens behov. Som medarbetare har man ett eget ansvar i att verka för att alla delarna i processen strävar mot samma mål, ytterst patientens.

Konkreta åtgärder som pågår för att klara kompetensförsörjning och i förlängningen att minska beroendet av bemanningsföretag är RAK, rätt använd kompetens, som syftar till att medarbetare ska kunna nyttja sin kompetens optimalt. Delar i detta är att utbilda undersköterskor i framförallt sjukvårdstekniska arbetsmoment, det som benämns som kompetenskort. Det innehåller olika nivåer och där krav på kompetens ökar stegvis i de olika nivåerna. I det arbetet är det nyöppnade KTC, kliniskt träningscenter, en viktig förutsättning. Programmet ”Sjuksköterskans första år”, som ska stärka den nylegitimerade sjuksköterskan i sin nya roll, är en del i att kunna behålla och utveckla allmänsjuksköterskan. Det webbaserade kompetenshanteringssystemet SABA Cloud underlättar, stödjer, systematiserar kompetenshantering och -utveckling för alla medarbetare. Systemet ger regionen stora möjligheter att tillhandahålla kompetensutveckling på ett modernt och flexibelt sätt. Studiemedel på drygt 5 miljoner kronor är betydelsefullt för försörjning av specialistsjuksköterskor och barnmorskor.

Den årliga kompetenskartläggningen ger möjligheter för både regionen och verksamheterna att bättre förutse kommande kompetensbehov. Svårigheten för verksamheterna är att kunna förutse kommande behov av kompetensutveckling/-sammansättning utifrån förändrad verksamhet. SABA Cloud och struktur enligt RAK ger förutsättningar att lättare kunna styra mot till exempel kompetensutvecklingsinsatser utifrån verksamheternas förändrade behov av kompetens.

EKONOMI

I detta avsnitt redovisas Region Jämtland Härjedalen räkenskaper och åtgärder för att nå god ekonomisk hushållning.



Ekonomiskt resultat

Region Jämtland Härjedalens resultat för år 2017 var –236,1 miljoner kronor, vilket var 39,3 miljoner kronor sämre än föregående år.

Regionens ekonomi är fortfarande mycket ansträngd och nettokostnadsutvecklingen har varit 4,7 procent vilket är en försämring jämfört med föregående år.

En ingående ekonomisk obalans samt kraftigt ökade personalkostnader, fortsatt ökade kostnader avseende inhyrda läkare och sjuksköterskors samt ökade läkemedelskostnader är de huvudsakliga orsakerna till underskottet.

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 2017 har svensk konjunktur förstärkts markant under 2017 och fortsätter stärkas in i 2018, då högkonjunkturen når sin kulmen. Svensk BNP har dock inte vuxit så snabbt under 2017 som tidigare prognostiserats. Däremot har antalet arbetade timmar och lönesumman haft en starkare utveckling än förväntat, vilket innebär en fortsatt ökning av det reala skatteunderlaget 2017 och 2018.

Framförallt var det nettoexporten som drog ned tillväxttakten under 2017. Den höga investeringstakten har dämpats något, vilket drog ned den totala tillväxttakten jämfört med förväntningarna. Ändå är det just investeringarna som är den komponent i försörjningsbalansen som växer snabbast under åren 2016 till 2018. Även hushållens och offentliga sektorns konsumtion bidrar till att hålla uppe tillväxten.

BNP beräknas öka med 2,6 procent 2017 och 2018, vilket är något långsammare än under 2016. Normaliseringen av konjunkturläget under 2019 och 2020 innebär att BNP, sysselsättning och skatteunderlag utvecklas svagare än normalt. Oavsett hur snabbt det går så står kommuner och landsting inför en mycket besvärlig obalans mellan snabbt växande demografiskt betingade behov och ett långsamtväxande skatteunderlag.

Statens finansiella sparande fortsätter att förbättras och det förväntas bli ett lika stort överskott i den offentliga sektorns sparande i år som föregående år, det vill säga 1,2 procent av BNP. Nästa år förutses emellertid att överskottet blir lägre, på grund av de förslag som lades i Budgetpropositionen för 2018 som försvagar sparandet med 40 miljarder kronor.

Arbetslösheten pressas tillbaka och når under 2018 ner mot 6,2 procent. Det kommer att vara svårt att nå lägre utan att arbetslösheten bland utrikes födda och personer som saknar utbildning minskar markant. Arbetslösheten för födda i Sverige eller våra grannländer är redan så låg att det är svårt att nå lägre.

Utöver detta finns även andra faktorer som påverkar kostnadsutvecklingen såsom nya läkemedel och behandlingsmetoder, nyinvesteringar i kollektivtrafik samt ökade pensionskostnader.

Befolkningsförändringar är en viktig faktor för skatteintäkternas storlek i länet. Befolkningen i Jämtlands län ökade 2017 med 1 133 invånare (+0,9 procent).

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 2017 uppgick det totala balanserade underskottet till 1006,8 miljoner kronor att återställa varav 235,8 miljoner kronor under år 2017, efter justering för omställningskostnader för omorganisation med 0,3 miljoner kronor.

Det försämrade ekonomiska läget 2017 innebär att Region Jämtland Härjedalen måste arbeta fokuserat för att minska kostnaderna och återställa det balanserade underskottet. Det ska ske genom tydligare krav på besparingsåtgärder och effektiviseringar.

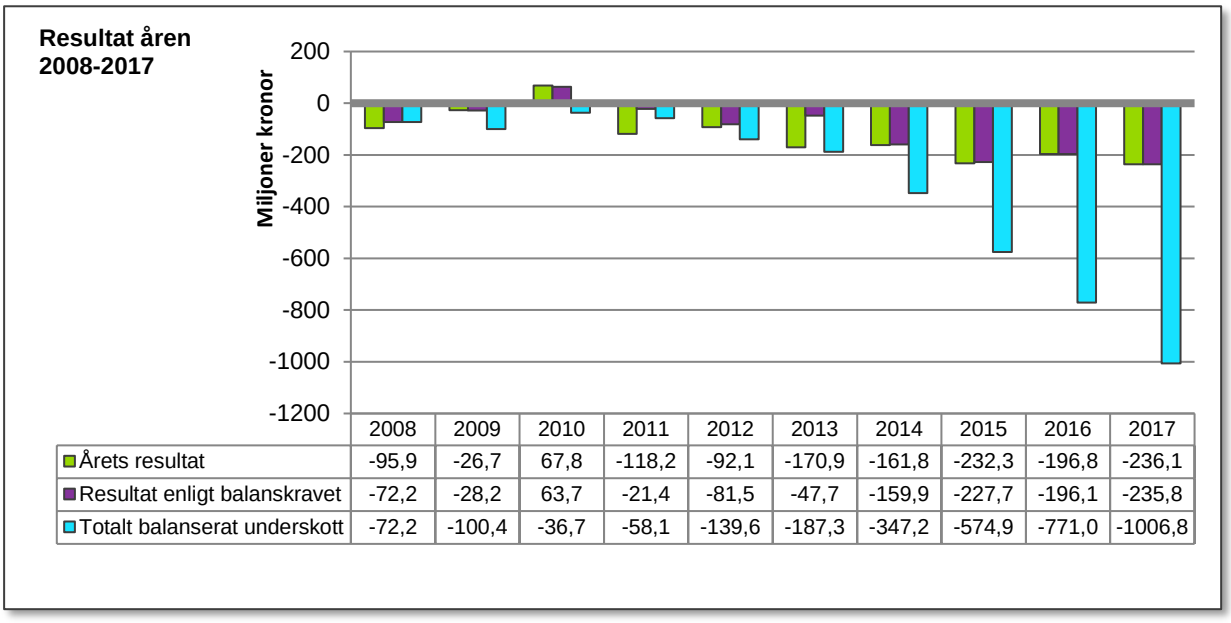
Varje ny verksamhet, aktivitet eller liknande ska noga övervägas. Om den bedöms nödvändig måste den finansieras antingen via ökade externa intäkter eller genom att fördela om inom befintlig verksamhet, krona för krona.

Region Jämtland Härjedalen ska utveckla arbetet med att öka intäkterna. Inom de regionala utvecklings-verksamheterna betyder det att fördjupa ansträngningarna att får 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. Det kan också betyda att få extern finansiering i andra former till exempel projektfinansiering.

Det behövs en kombination av åtgärder för att komma tillrätta med den ekonomiska obalansen - en medveten bromsning av volymtillväxten, strukturåtgärder och översyn av finansieringen. Enbart strukturåtgärder är otillräckligt om volymen samtidigt växer snabbt. Underskottet är alltför stort för att täckas bara genom att bromsa nettokostnadsökningen.

Ett långsiktigt arbete pågår för att uppnå en ekonomi i balans via långsiktiga utvecklingsplaner, detta är närmare beskrivet under rubriken Långsiktig utvecklingsplan för god ekonomisk hushållning och andra åtgärder på sidan 57.

Vid Regionfullmäktige i februari 2018 antogs en uppdatering av finansplanen för 2018-2020 där vissa nya statsbidrag har inarbetats. Där görs också en bedömning av vilka resultatförbättrande åtgärder som beslutats och pågår. Den beslutade revideringen av den långsiktiga utvecklingsplanen för god ekonomisk hushållning ska utarbetas under 2018 och läggas fram för Regionfullmäktige i februari 2019 i anslutning till att Regionplanen behandlas. Den kommer att innehålla plan för att återställa det ackumulerade underskottet och en god ekonomisk hushållning.



	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Årets resultat	-95,9	-26,7	67,8	-118,2	-92,1	-170,9	-161,8	-232,3	-196,8	-236,1
Resultat enligt balanskravet	-72,2	-28,2	63,7	-21,4	-81,5	-47,7	-159,9	-227,7	-196,1	-235,8
Totalt balanserat underskott	-72,2	-100,4	-36,7	-58,1	-139,6	-187,3	-347,2	-574,9	-771,0	-1006,8

God ekonomisk hushållning

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

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 cirka 80 miljoner kronor motsvarar de 2 procent av verksamhetens nettokostnader som brukar användas som tumregel för god ekonomisk hushållning. Senast målet uppnåddes var 2010 efter finanskrisen, men det berodde till största delen på en extra utbetalning i form av särskilt konjunkturstöd från staten.

Region Jämtland Härjedalens resultat 2017 blev minus 236,1 miljoner kronor. För att nå ett resultat som är i nivå med god ekonomisk hushållning skulle regionen behövt förbättrat resultatet med cirka 320 miljoner kronor.

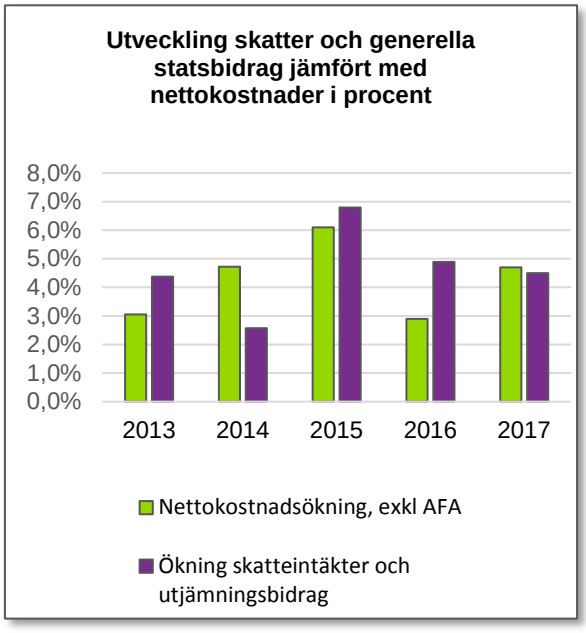
Ett grundvillkor för god ekonomisk hushållning är att intäkterna överstiger kostnaderna. Intäktsutvecklingen blir därmed avgörande för hur snabbt kostnaderna kan växa. Nettokostnaderna ökat snabbare än intäkterna. Regionen har därför fått allt svårare att klara en god ekonomisk hushållning.

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. Senast en skattehöjning skedde i Region Jämtland Härjedalen var 2015. Genomsnittliga landstingsskatten i Sverige 2017 uppgick till 11,36 kronor 2017.

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 utjämningssystemet.

Detta system ska utjämna för skillnader i inkomster och kostnader mellan olika delar av landet i syfte att skapa likvärdiga förutsättningar oavsett strukturella förhållanden. Landstingen/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.



Långsiktig utvecklingsplan för god ekonomisk hushållning och andra 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. Planen påverkar också innehållet i den regionplan för kommande tre år som fullmäktige årligen fattar beslut om. I maj beslutade Regionstyrelsen att LUP ekonomi ska revideras eftersom planen börjar nå sitt slut. Syftet med revideringen är att uppdatera och förlänga den med åtgärder för perioden 2018-2023.

Syftet med LUP ekonomi var att identifiera ett antal områden där strukturåtgärder skulle kunna genomföras för att förbättra regionens ekonomiska resultat. Planen innehåller totalt 15 åtgärdspaket och 7 satsningsområden. I tabellen på nästa sida visas planerad och verklig resultatförbättring, samt avvikelsen däremellan.

Den ackumulerade effekten av genomförda åtgärder i LUP ekonomi, blev efter 3 år en förbättring med 87 miljoner kronor. Det är 11 miljoner kronor högre än enligt planen. Under 2017 har LUP ekonomi gett 15 miljoner i resultatförbättring. Tillsammans med åtgärderna i områdenas egna handlingsplaner samt oförändrade internpriser 2016 på diagnostik, teknik och service, uppgick den totala förstärkningen av det ekonomiska resultatet till 184 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 cirka 16 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. Omräknat till helårseffekt motsvarar ökningen cirka 24 miljoner kronor. Delar av denna ökning har dock reducerats av införandet av e-frikort och nationellt beslut om avgiftsfritt för 85 år och äldre.

Resultatförbättringar avseende administration och regionövergripande kostnader blev cirka 16 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 2016 och den sista posten har minskat med 0,3 miljoner kronor ytterligare 2017.

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. Per den sista juni var ökningstakten 7 procent. Fram på hösten 2016 började ökningen bromsa in, och beräknat på hela 2016 ökade kostnaderna för sjukresor med taxi med 3,5 procent. Under 2017 har utredning om sjukreseverksamheten skulle övertas i egenregi. I september beslutade Regionstyrelsen att inte överta i egenregi utan göra upphandling i extern regi med start från 2020-06-14.

Strukturpaket i LUP ekonomi Resultatförbättringar i miljoner kronor	Plan 2014 - 2015	Utfall 2014-2015	Plan 2016	Utfall 2016	Plan 2017	Utfall 2017	Ackum plan 2014-2017	Ackum. effekt 2014-2017	Plan 2018
1 Akutflöde (PCI)			5	8,2	Prehospitalt projekt startat		5	8	
2 Sjuktransporter			5	-1,3	5	5	10	5	**5**
4 Lokal/resurs-utnyttjande			Utredning om Remonthagen ej ekonomiberäknad - ingår i Fastighetsutvecklingsplan				0	0	**2**
6 Primärvårdsstruktur	2	2	2	1,4	8	8	12	12	**3**
7 Folktandvårdsstruktur		0	7	7,2	Försämrat resultat 2017 beror på annat		7	7	
8 Administration och övergripande kostnader	1	4	10	12,1			11	16	
9 Externa intäkter	7	20	5	15,8	?	ytterligare ökning uteblev bl a pga e-frikort och avgiftsfritt 85+	12	36	
10 Färdigbehandlade på vårdavd					10	LOSUS startar 20180101 inte 20170101 som planen var	10	0	
11 Psykisk ohälsa					2	Extern genomlysning genomförd	2	0	**2**
12 Läkemedels-hantering				1,6		2	0	3	**5**
13 Hemtagning riks- och regionvård									
14 Samverkan med kommunerna					Gemensam nämnd IT adm teknik och service skapad		0	0	
15 Samverkan med Västernorrland					Svagt intresse i Västernorrland				**10**
16 Samarbete lab-verksamhet			2	0	3		5	0	
17 Minskad sjukskrivning					2		2	0	**2**
A Summa åtgärder LUP ekonomi	**10**	**26**	**36**	**45**	**30**	**15**	**76**	**87**	**29**

B Områdenas handlingsplaner		14		21		25			53 +24 +4
C Oförändrade internpriser diagnostik, teknik och service				25		0			25
D Stoppbeslut 16 november						13			
E Summa resultatförbättringar per år (A+B+C+D)		41		91		53			106
Ackumulerade resultat-förbättringar (E)		41		132		184			

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 paketen. Satsningarna omfattar:

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

Som exempel på en av de satsningar som pågår kan nämnas:

- I arbetet med attraktiv arbetsgivare enligt särskild handlingsplan ingår kompetensförsörjningsaktiviteter.

- Inom området förebyggande hälso- och sjukvård kan nämnas arbetet inom folkhälsonätverket med aktiviteter utifrån folkhälsopolicyn som regionfullmäktige antog i oktober 2016, flytt av folkhälsoenheten från regionstaben till primärvården för att komma närmare första linjens vårdverksamhet.

- Inom lean-arbetet kan nämnas införandet av en ny mycket uppskattad metod som kallas HIFA dvs högintensivt förbättringsarbete.

- Ny distansoberoende teknik fortsätter utveckla arbetssätten inom vården. 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. Brunflo hälsocentral har under våren 2017 startat vård på nätet dvs läkaren kan möta sina patienter via videofunktioner. Inom Barn unga vuxna har behandlingar via internetbaserade tjänster påbörjats.

- Fastighethetsutvecklingsplanen var i mars föremål för en dialogdag mellan regionstyrelsen och sjukhusets områdeschefer. Ekonomiutskottet beslutade då att en formell fastighets-utvecklingsplan ska utarbetas för beslut i fullmäktige våren 2018. När Europeiska Investeringsbanken var i Östersund diskuterades denna utveckling med dess företrädare.

- Under 2017 kännetecknas samverkan för effektiva flöden främst av diskussionerna med kommunerna kring hemsjukvårdsavtalet och framtagande av överenskommelse kring arbetssätt med anledning av Lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvård.

- Under året har också det ny mobila närvårdsteamet startat som ska organisera vården för de äldre multisjuka på ett nytt sätt, och ta hand om de mest sjuka patienterna, de som åker mycket ut och in på sjukhus eller som är instabila på något sätt.

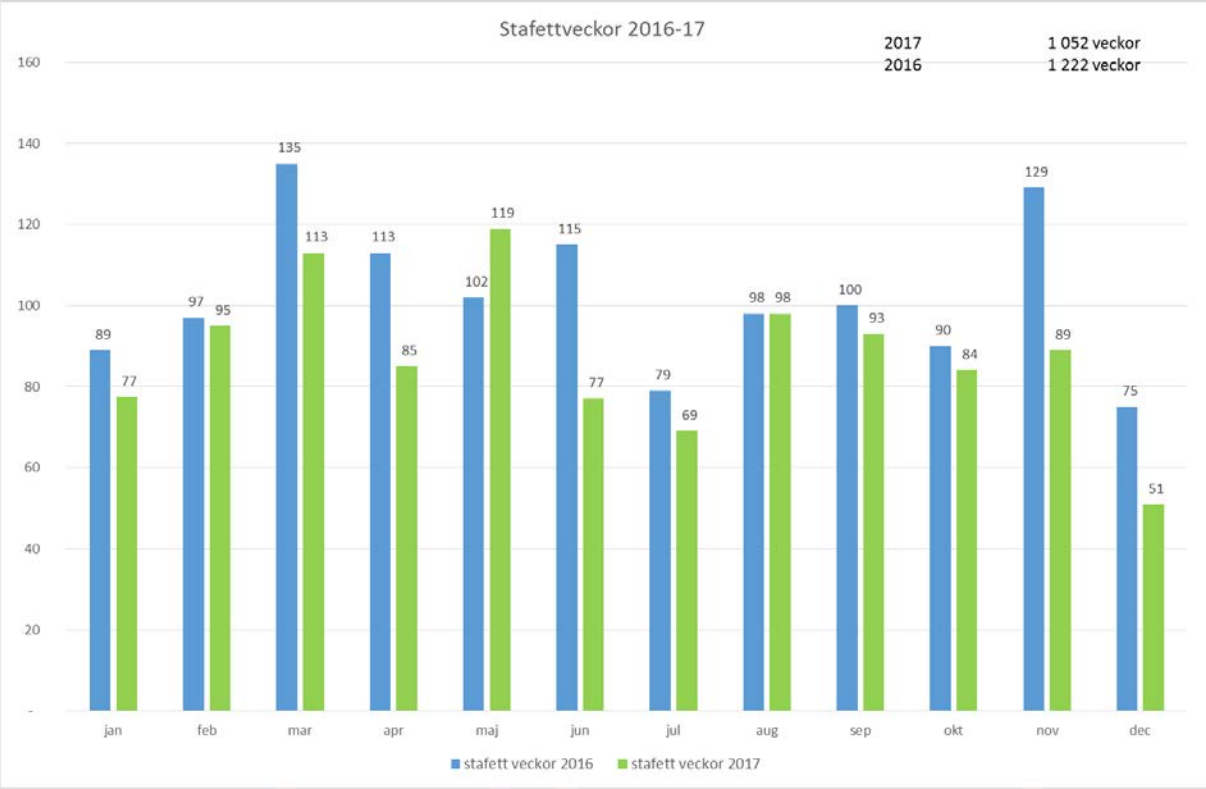
Ovan beskrivna resultatförbättringar och arbetet med bemanningsprojektet har bidragit till att dämpa nettokostnadsutvecklingen. Det räckte dock inte för att uppnå en ekonomi i balans, eftersom ökningen av personalkostnaderna var höga. Andra kostnadsslag med hög kostnadsökningstakt var läkemedel och köp från bemanningsföretag.

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. Regionstyrelsen genomförde en dialogdag tillsammans med hälso- och sjukvårdens områdeschefer kring bemanningsprojektet. Utifrån det beslutade regionstyrelsen därefter om en handlingsplan och mål för bemanningsprojektet.

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.

Utveckling av stafettveckor inom primärvården



Under året har också pristak införts. Vid årets slut kan konstateras att kostnaderna för inhyrda distriktsläkare i primärvården har minskat med 8,5 miljoner kronor. Även för hyrsköterskor på sjukhuset börjar det synas en minskning under årets sista månader.

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 och 2017 var kostnaden 190 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. Under 2017 har personalkostnaderna ökat kraftigt. Det beror på att rekryteringar har gjorts för att kunna minska hyrpersonalen, men det tar ett tag innan den effekten syns på grund av introduktion, utbildning med mera. Baserat på kostnaderna 2017 uppskattas potentialen för att förbättra regionens ekonomiska resultat till cirka 70 miljoner kronor under 2018.

SKL-analysen och utredningen om kostnadsutjämningssystemet

Regionstyrelsens ordförande kontaktade Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, för samtal om hur en liten region med svag skattekraft ska klara att finansiera sin egen välfärd. Regiondirektör, ekonomidirektör och regionstyrelsens ordförande träffade 2017-03-13 SKL:s ledning för diskussion kring hur ett analysstöd skulle kunna genomföras av SKL, och analysen presenterades för Regionfullmäktige i juni.

SKL konstaterar i sin analys att sjukdomsbördan inte är större i Jämtland Härjedalen jämfört med andra län, inte heller vårdkonsumtionen skiljer sig, och vårdkvaliteten är inte sämre, snarare bättre på flera områden. Så inget av detta är förklaringar till regionens svåra ekonomiska situation.

Vidare konstaterar SKL-analysen att primärvårdens kostnader är höga i jämförelse med andra län, men det är ingen annorlunda ökningstakt vilket tyder på medveten ekonomisk prioritering av primärvård. Slutligen konstaterade SKL att ökningstakten för kostnader vid Östersunds sjukhus varit mycket kraftig 2012-2016 i jämförelse med andra sjukhus.

Mot denna bakgrund beslutad Regionstyrelsen att fördjupade analyser skulle göra av Östersunds sjukhus.

Under hösten har fördjupade analyser skett som lett till presentationer för breda politiska grupper i november och december. Hälso- och sjukvårdsförvaltningens områdeschefer har gjort analyser i eget område och haft gemensam workshop kring analyserna i slutet av november. Det har lett fram till beslut i Regionstyrelsen i december och januari 2018. Besluten består av sex åtgärdspaket enligt tabell nedan samt:

1. Ytterfallsanalys ska göras och återrapporteras till regionstyrelsen våren 2018.
2. Fördjupad analys av ortopedens kostnader ska göras med hjälp av kostnad per patientdata och jämförelse med annat landsting.
3. Analys av fallolyckor i Jämtlands län som pågår på uppdrag av SVOM ska redovisas till styrelsen efter hantering i SVOM.

Total beskrivs åtgärder för minskade kostnader med cirka 50 miljoner kronor 2018 och helårseffekt med cirka 70 miljoner kronor.

Under våren 2017 uppvaktades också Regeringens utredare av kostnadsutjämningssystemet för att beskriva region Jämtland Härjedalens egna analys av bl a regionens kostnader som inte beaktas i kostnadsutjämningssystemet.

Andra arbeten som gjorts

- En extern genomlysning av inköpsprocessen har gjorts under hösten
- Möjligheterna kring samverkan kring sterilcentralen med annan har utretts
- Nyttjandet av stafettläkare inom primärvården har optimerats genom ändrade arbetssätt.
- Försök att öka internstafetter har gjorts.

Åtgärdspaket:

1	Nära vård i samverkan innebär ett utökat samarbete mellan primärvård, ambulanssjukvård med fler för att bland annat undvika inläggning på sjukhuset.
2	Tillsammans med åtgärden ny struktur för vårdplatser bedöms effekten bli färre vårdplatser och minskat behov av inhyrda sjuksköterskor till en kostnad av 35 miljoner kronor per år.
3	För att bryta utvecklingen med fler besök per patient, ändra kompetensmixen och uppnå ett mer resurseffektivt nyttjande av mottagningstid ska en genomgång göras av mottagningsverksamhet läkarstrukturen på Östersunds sjukhus.
4	I denna åtgärd som beräknas sänka kostnaderna för inhyrda läkare med 20 miljoner kronor per år, ingår även att se över utbudsbegränsningar och planeringen av ST-läkare.
5	Åtgärder som rör inhyrda läkare i primärvården är bland annat minskat antal hyrda läkarveckor, pristak och stopp för att hyra in ej färdiga specialister.
6	Till sist föreslås åtgärder inom vårdadministration, t ex rörande registrering för korrekt debitering av utomläns- och utlandsvård, samt införande av ett egenkontrollprogram och proaktiv uppföljning.

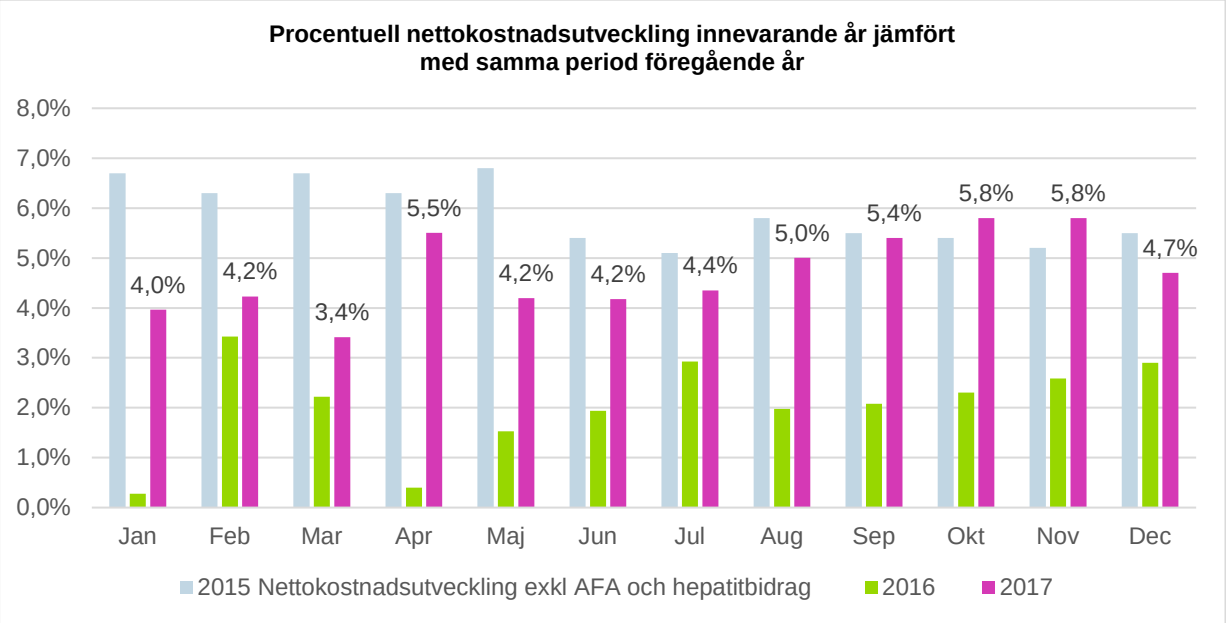
Områdenas handlingsplaner för 2017 har lett till följande resultatförbättrande åtgärder:

	Miljoner kronor	
Kirurgi ögon öron	2,0	Patienter opererade i Ösd istället för annan ort, tack vare kompetensförhöjning med hjälp av hyrläkare
	1,5	Granskning riks- och regionvårdsfakturor
Hud Infektion Medicin	0,4	1,35 usk-tjänst borttagen
	0,9	Jourlinje borttagen
	1	Vakanshållning 1,5 enhetschef
Ortopeden	1,0	Minskning kostnad arvodesläkare
Hjärta Neuro Rehab	0,8	Hemtagning av operationer från NUS. Inplanerat 16 operationer under 2017 på hemmaplan
	0,2	Vakanshållning sjukgymnast del av året
	0,9	v 23-35 minskning från 11 till 6 stafettsköterskor (uppnått 37veckors besparing)
	2,4	Minsking av bilogogiska läkemedel hos Reumatologen, byte till billigare biosimilar.
Barn och ungdomsmedicin	0,5	Minskad kostnad sjukvårdsmtrl, översyn avtal
Psykiatri	2,0	Egen vård
	0,6	Minskad sjukfrånvaro
Kvinna	0,5	Intäkter för assisterad befruktning, egenavgift KUB och sterilisering
	0,4	Intäkter övernattande parterner på BB i mån av plats
Barn Unga Vuxna	1,0	Digitala besök
Akutvård	0,8	Intäktsökning patientavgifter
	4,3	Minskad övertid ambulans
	2,0	Minskad arbetade timmar c-op sjuksköterskor
	1,2	Minskad arbetade timmar c-op undersköterskor
	0,3	Minskad arbetade timmar akuten
SUMMA	**24,7**	

Beslutet i november om olika restriktioner gav följande resultat:

Restriktion	**Summa besparing**
Resestopp	1-2 miljoner kronor
Hyrkostnader läkare	ingen effekt
Hyrkostnader sköterskor	1 miljoner kronor
Hyrkostnader övrig	2,5 miljoner kronor
Utbildnings och övr perskostn	1 miljoner kronor
Inköpsstopp	6 miljoner kronor
Timanställningar	0,7 miljoner kronor
TOTALT	**Cirka 13 miljoner kronor**

Analys av förändring av intäkter och kostnader



Förändring av intäkter

Nettokostnaderna har under året visat på en betydligt högre takt 2017 jämfört med 2016 och var för året 4,7 procent jämfört med 2,9 procent föregående år.

Verksamhetens intäkter minskade med 2,3 procent, motsvarande 16,9 miljoner kronor jämfört föregående år, vilket till stor del förklaras med bidraget från Migrationsverket som kom i april förra året. I oktober 2016 gjordes ytterligare en extra stor utbetalning från Migrationsverket för hälsoundersökningar av asylsökande. Beloppet avsåg hälsoundersökningar ända från januari till oktober 2016. Under 2017 har istället bidragen minskat med 3,5 miljoner kronor.

Patientavgifterna exklusive tandvård var 3 miljoner kronor lägre än föregående år. Beslut om höjda avgifter började gälla från april förra året, vilket då fick en stor positiv effekt men följer nu föregående år. E-frikort infördes under december 2016 vilket kan vara en orsak till att intäkterna har minskat. Patienter över 85 år fick gratis sjukvård från januari 2017 som också har påverkat patientintäkterna. Från 2017 ändrades fri tandvård för barn från 19 år till och med det år man fyller 21. Intäkter för ambulanstransporter ökade mycket i fjol men har minskat under 2017.

Försäljning av hälso- och sjukvård ökade marginellt jämfört med föregående år.

En annan orsak till de minskade intäkterna är att område Tandvård har fortsatt brist på personalresurser som lett till hårdare prioriteringar. Det innebär att vuxna betalande patienter är den grupp som prioriteras lägst enligt tandvårdslagen.

Även försäljning av hjälpmedel och förråd har minskat under året.

Jämförelse perioden januari-december	2016	2017	Förändring	i %
Verksamhetens Intäkter totalt i miljoner kronor	**736,3**	**719,3**	**-16,9**	**-2,3%**
Varav patientavgifter exkl tandvård	71,9	68,9	-3,0	-4,1%
Varav statsbidrag och övriga bidrag	263,7	260,2	-3,5	-1,3%
Varav försäljning hälso- och sjukvård	180,4	180,7	0,3	0,2%
Tandvård	52,4	47,1	-5,3	-10,1%
Övrig försäljning, hjälpmedel och förråd	167,9	162,5	-5,4	-3,2%

Förändring av kostnader

Bruttokostnaderna har totalt ökat med 3,6 procent under 2017 jämfört med 2016, vilket motsvarar 168,3 miljoner kronor. Kostnadsutvecklingen har ändå minskat något jämfört med utfallet efter delårsbokslut i augusti, då ökningen var 3,9 procent.

Ökningen beror främst på att personalkostnaderna exklusive pensionskostnader ökade med 5,6 procent under året, motsvarande 116,5 miljoner kronor. Ökningen av personalkostnader för samma period mellan 2015 och 2016 uppgick till 42,9 miljoner kronor (2,1 procent). Ökningen beror delvis på åtgärder för att minska kostnader för bemanningsföretag men även minskade långtidssjukskrivningar och utökad verksamhet.

Kostnaden för bemanningsföretag har fortsatt att öka jämfört med föregående år, 8,8 procent motsvarande 15,4 miljoner kronor. Det är kostnader för inhyrda sjuksköterskor som ökat medan kostnader för inhyrda läkare har minskat marginellt. Även om målet att minska till 2015 års nivå inte är uppnått syns ändå en minskning i ökningstakten sedan delårsbokslutet i augusti, som då var 13,7 procent.

Kostnader för läkemedel har under året ökat med 7,5 miljoner kronor. Riks- och regionvårdskostnaderna har ökat med 3,8 miljoner kronor jämfört med samma period 2016.

Lokalkostnader och övriga fastighetskostnader har ökat med 4 miljoner kronor. För område Diagnostik teknik och service har en ökning skett med en miljon kronor för utökade lokaler, som avser ökade ytor för ekonomi- och löneservice, nytt produktionskök samt ökade lokalkostnader inom Primärvården (Funäsdalen och Sveg). En indexprishöjning var 0,5 miljoner kronor. Ökning för långtidsunderhåll var 2,5 miljoner kronor högre än 2016, men inom budget 2017.

Kostnader för el, värme och vatten har ökat med 1,2 miljoner kronor sedan föregående år.

Reparation och underhåll ökade med 5 miljoner kronor jämfört med 2016. Ökningen har främst skett avseende reparation och underhåll av medicinteknisk apparatur samt tvätt och underhåll av arbetskläder.

Ett fokusområde inom Region Jämtland Härjedalen har under 2017 varit digitalisering, främst inom område Primärvård, vilket också inneburit merkostnader vad gäller inköp av dataprogram, datorutrustningar och tillhörande kringutrustningar.

Kostnaden för sjukresor med taxi har ökat med 1,3 miljoner kronor jämfört med föregående år. Det är främst resor med dialyspatienter som står för ökningen medan övriga sjukresor med taxi har minskat.

Lämnade bidrag ökade med 7,4 miljoner kronor jämfört med föregående år, varav 6,5 miljoner kronor var inom regionala utvecklingsförvaltningen.

Jämförelse perioden januari-december	2016	2017	Förändring	i %
Bruttokostnader totalt i miljoner kronor	**4 701,5**	**4 869,8**	**168,3**	**3,6%**
Varav personalkostn exkl pensioner	2 070,2	2 186,7	116,5	5,6%
Varav pensionskostnader	307,2	300,5	-6,7	-2,2%
Varav riks- och regionvård	346,7	350,5	3,8	1,1%
Varav läkemedel	409,3	416,8	7,5	1,8%
Varav sjukresor taxi	37,2	38,5	1,3	3,5%
Varav bemanningsföretag	174,6	190,0	15,4	8,8%
Varav lokaler och övriga fastighetskostnader	92,9	96,9	4,0	4,3%
Varav reparation och underhåll	37,9	42,9	5,0	13,2%
Varav lämnade bidrag	267,5	274,9	7,4	2,8%

Ekonomiskt resultat från verksamheten 2017

Verksamhet i miljoner kronor per förvaltning/område	Resultat 2017	Budget 2017	Avvikelse utfall mot budget 2017
Akutvård	-344,0	-311,9	-32,1
Barn- och ungdomsmedicin	-131,4	-122,5	-8,9
Kirurgi, ögon och öron	-481,7	-389,2	-92,6
Hud, infektion och medicin	-496,1	-430,9	-65,2
Psykiatri	-251,4	-233,6	-17,8
Hjärta, neurologi och rehab	-387,4	-325,4	-62,0
Kvinna	-99,9	-102,8	2,9
Barn och unga vuxna	-95,9	-91,7	-4,2
Ortopedi	-205,8	-190,6	-15,2
Hälso- och sjukvårdsdirektör	-74,4	-52,2	-22,2
Patientsäkerhet	-14,6	-16,6	2,1
Folktandvård	-49,6	-43,4	-6,2
Primärvård	-120,5	-38,3	-82,1
Diagnostik, teknik och service	-24,5	-24,5	0,0
Summa hälso- och sjukvårdsförvaltningen	-2777,2	-2373,6	-403,6
Regionala utvecklingsförvaltningen	-310,4	-311,6	1,3
Regionstaben	-243,8	-242,0	-1,9
Patientnämnden	-2,6	-2,8	0,2
Förtroendevalda politiker	-23,9	-25,1	1,1
Revisorerna	-5,4	-5,4	0,0
Vårdvalsnämnden	-659,4	-660,4	0,9
Motsedda utgifter	-133,7	-240,1	106,3
Summa Verksamheten	-4156,4	-3860,9	-295,6
Område finansförvaltning	3 920,35	3 860,9	59,5
TOTAL	**-236,1**	**0,0**	**-236,1**

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Hälso- och sjukvårdsförvaltningens resultat var 403,6 miljoner kronor sämre än budgeterat under 2017. De största underskotten mot budget uppvisar område Kirurgi Ögon Öron. Även områdena Primärvård, Hud Infektion Medicin och Hjärta Neuro Rehab visar på stora obalanser mot budget. Endast område Kvinna visade ett något bättre resultat än budgeterat.

Avvikelserna beror främst på ökade personalkostnader, kostnader för inhyrd personal samt läkemedel. Kostnader för medicinteknisk utrustning har också ökat under året. Men även minskade intäkter har påverkat till viss del, vilket kan härledas till införandet av e-frikort samt fri vård för personer över 85 år. Kostnader för riks- och regionvård har under året varit lägre jämfört med föregående år, men ökade under sista månaden och slutade på samma nivå som ifjol.

Trots målet att minska kostnader för inhyrd personal till 2015 års nivå så fortsätter kostnaderna att öka för de flesta områden, men område Primärvård och område Kirurgi Ögon Öron har lyckats minska kostnaderna för inhyrd personal under 2017.

Den största kostnadsökningen för läkemedel finns inom gruppen blodförtunnande där nya direktverkande läkemedel till del ersatt det klassiska warfarin. Kostnaden för läkemedel mot lungcancer och blodcancer har däremot minskat, vilket beror på variationer i flödet av nyinsjuknade.

Den kostnadsökning som har pågått inom reumatologin under lång tid har nu stannat upp. Aktiva åtgärder kring läkemedelsförskrivningen såsom switch, utglesning och bra nationella val är en förklaring, trots detta har fler patienter (2,2 procent) fått tillgång till dessa läkemedel. Under hösten har riktade insatser gjorts för att gå igenom patienter som använder biologiska läkemedel i syfte att ytterligare finna underlag för utglesning, avslut eller switch.

Regionala utvecklingsförvaltningen

Regionala utvecklingsförvaltningen hade efter årets slut ett budgetöverskott på 1,3 miljoner kronor. Avvikelsen innehåller såväl ökade kostnader som ökade intäkter. En mycket stor del av kostnadsökningen avser den av Länstrafiken utlösta kapitaltäckningsgarantin, vilken uppgår till 8 miljoner kronor. Förklaringen till intäktsökningen kan till stor del tillskrivas det ökade förtroendet från finansiärer i en ökande projektvolym med 13,5 miljoner kronor. Ökningen medför också personal- och andra kostnadsökningar för att klara uppdragen, men nettoeffekten blir att en större del av de fasta kostnaderna får extern finansiering. Trots den utlösta kapitaltäckningsgarantin kan därmed nettokostnadsökningen hållas på 2,6 procent under 2017, vilket är lika med budget.

Regionstaben

Regionstabens utfall per december år 2017 slutade på ett underskott på -1,9 miljoner kronor jämfört med budget. Underskottet beror främst på kostnader för införande och drift av nya system, men även på flyttkostnader och beslut om att fördela återstående medel för flyktinghälsovården till berörda verksamheter.

Patientnämnden

För Patientnämnden var resultatet 232 000 kronor bättre än budget. För nämnden och kansliet ses ett överskott medan stödpersoner har ett underskott. Kansliets överskott beror på partiella tjänstledigheter samt lägre kostnader för sociala avgifter. Kostnaderna för kurs och konferens är något lägre jämfört med föregående år.

Vårdvalsnämnden

Vårdvalsnämndens resultat för 2017 landar på ett överskott motsvarande 0,9 miljoner kronor främst beroende på ej nyttjade medel inom beställartandvården.

Finansförvaltningen - Motsedda

I Finansförvaltningen redovisas regionens skatteintäkter, generella statsbidrag från utjämningssystemet, läkemedelsbidrag samt finansiella intäkter och kostnader. Här budgeteras och bokförs även regionens pensionskostnader samt eventuella så kallade motsedda utgifter som avser medel som är avsatta för kommande kostnader och som i samband med att kostnaderna uppstår fördelas ut i verksamheten.

I Finansförvaltningen budgeteras även den årliga premien till Landstingens ömsesidiga försäkringar (LÖF). Utöver detta redovisas även intäkter och kostnader för den pensionsplacering regionen gjort i vindkraft.

Skatteintäkterna blev 9,6 miljoner kronor lägre än budgeterat medan de kommunala utjämningsbidragen blev 20,3 miljoner kronor högre än budgeterat. Läkemedelsbidraget blev 45,5 miljoner kronor högre än budgeterat. Kostnaderna för pensioner blev 30,9 miljoner kronor lägre än budgeterat, vilket beror på både lägre avsättningar samt lägre utbetalningar av pensioner.

I finansförvaltningen finns en budget för riks- och regionvårdskostnader, vilket 2017 genererade ett överskott genom minskning av beräknad skuld till Norrlands Universitetssjukhus för 2014-2016, men förhandlingarna är ännu inte avslutade.

Pensioner

Det senaste decenniet har de flesta av de 40-talister som varit medarbetare i Regionen gått i pension. Under 2017 ökade pensionskostnaden exklusive löneskatt och finansiella kostnader med 4 procent. Enligt den senaste prognosen från regionens pensionsadministratör Skandia, kommer pensionsutbetalningarna det närmaste två åren inte öka nämnvärt, men att 2020 komma att börja växa kraftigt. Pensionsavsättningarna börjar växa kraftigt redan 2019 enligt prognosen.

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 regioner och landsting 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 regionen 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 de efterföljande åren. Den närmaste treårsperioden beräknas åtagandet åter öka, som följd av att pensionsskulden i balansräkningen växer.

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Pensionsskuld i balansräkningen	1125	1186	1265	1401	1523	1674
Ansvarsförbindelse	2384	2300	2264,5	2017	1962	1907
Total pensionsskuld	**3509**	**3486**	**3530**	**3418**	**3485**	**3581**
Avgår värdepapper för pensioner	-411	-425	-416			
Återlån	3098	3061	3113,5			
Avgår rörelsekapital	145	303	324			
Återlån inkl rörelsekapital	3243	3364	3437,5			
Årlig förändring av återlån	119	121	73,5			

Låga eller negativa resultat under många år har inneburit att regionen har använt en del av de likvida medel som blivit en följd av pensionsskuldsökningen i balansräkningen, till investeringar i byggnader, maskiner och inventarier. Detta förfarande kallas för återlån. De senaste tre åren har regionens återlån ökat med cirka 300 miljoner kronor. Ökningen av återlånen beror framför allt på de stora negativa resultaten i verksamheten och investeringsutgifter. Att regionens återlån inte har ökat mer mellan 2016 och 2017 trots stora underskott beror på att regionen tagit upp lån från Kommuninvest.

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 ovan ses pensionsåtagandet inklusive löneskatt 2015–2017 samt prognos 2018-2020 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.

Vid utgången av december 2017 bestod värdepappersportföljen 70,3 procent räntebärande tillgångar, 19,5 procent aktier, 1,2 procent alternativa tillgångar och 8,9 procent likvida medel.

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 lånens 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 bedömningsskala 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 10 miljoner kronor i kupongräntor under återstående löptid till förfall i mars 2019. Obligationen planeras enligt Regionstyrelsebeslut att behållas i pensionsportföljen till förfall.

Avkastningen på hela portföljen var ca 4,0 procent under året, vilket var 1,9 procent bättre än ett sammansatt jämförelseindex. Sett över en 5-årsperiod så har portföljen haft en real avkastning om 2,3 procent per år, vilket är bättre än det långsiktiga avkastningsmålet om 2 procent realt per år under en rullande 5-årsperiod. Portföljen har gett utdelningar/kuponger på totalt ca 12 miljoner kronor.

Pensionsportföljens utveckling 2017, mkr	Totalt
Marknadsvärde 31/12 2017	438
Orealiserad värdeförändring	4,0 %
Bokfört värde 31/12 2017	376
Likvida medel i depå för placering	39

Regionfullmäktige har beslutat om placeringsreglementet som anger vilka värdepapper Region Jämtland Härjedalen får placera i. Ett av syftena med placerings reglementena är att begränsa kreditrisk, ränterisk och valutarisk.

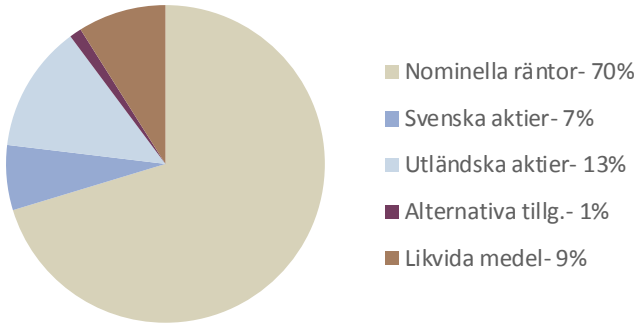
Kreditrisk – att Region Jämtland Härjedalen inte får tillbaka placerade pengar när ett värdepapper förfaller, begränsas genom att placeringarna måste spridas på flera låntagare Endast låntagarna med ett högt kreditbetyg från kreditinstitut eller bank tillåts.

Ränterisk – att värdepapperets marknadsvärde faller vid rörelser på räntemarknaden regleras genom att det finns maxgränser för portföljens återstående löptid och för varje enskilt värdepappers löptid. Ju längre återstående löptid ett värdepapper har, desto större är ränterisken. Undantaget är så kallade FRN-lån, som utbetalar rörliga kupongräntor.

Valutarisk- ingen direkt valutarisk finns, då endast placeringar i svenska kronor tillåts.

Aktiekursrisk- finns inom pensionsportföljen, där aktieinnehav är tillåtet enlig 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 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 40,0 procent, aktuell aktieexponering uppgår till 19,5 procent och understiger därmed maximal andel enligt vår riskmodell med 20,5 procent.



Skuldförvaltning

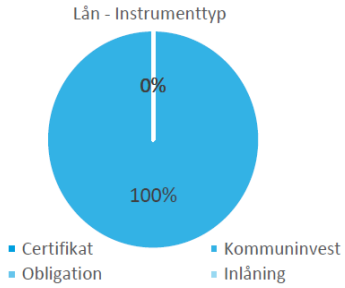
Regionens upplåning uppfyller samtliga regler och limiter i reglementet avseende finansiering och skuldförvaltning med undantag för ränte- och kapitalbindning. Ränte- och kapitalbindning låg den sista december på 1,36 år, vilket är utanför riskmandaten på 1,5 år till 4 år. Detta är dock acceptabelt inom reglementets avsnitt 5:4 då skuldportföljen är under uppbyggnad. Genomsnittsräntan var 0,03 procent den sista december.

Ränte och kapitalbindning	Mål	Riskmandat	Utfall	Uppfyllt
Kapitalbindning	2 år	1,5 år - 4 år	1,4 år	Nej
Räntebindning	2 år	1,5 år - 4 år	1,4 år	Nej

Förfallostruktur	Intervall	Riskmandat	Utfall	Uppfyllt
Kapitalförfall	< 1 år	0% - 35%	0%	Ja
Ränteförfall	< 1 år	0% - 35%	0%	Ja

Skuldportfölj

Instrumenttyp	Aktuell skuld	Andel av total skuld
Certifikat	0	0%
Kommuninvest	100 000 000	100%
Obligation	0	0%
Inlåning	0	0%
Summa	**100 000 000**	**100%**



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.
Efter en lång upphandlingsprocess tecknade Region Jämtland Härjedalen ett kontrakt 2013 med GreenExtreme om leverans av ett vindkraftverk med en produktionsgaranti utifrån aktuella vindförutsättningar.

Kopplat till leveransen så tecknades även ett fullserviceavtal med Green Extreme för drift av verket de första fem åren. Under 2016 så levererade verket inte utlovad energimängd vilket innebar att regionen höll inne betalning för driftavtalet motsvarande utebliven produktion.

Efter en längre tids diskussion mellan parterna så valde Greenextrem under våren 2017 att ensidigt säga upp driftavtalet. Regionens försäkring avseende verket löpte ut sommaren 2017 och regionen valde då att stoppa verket eftersom det inte är möjligt att försäkra ett verk utan att ha ett giltigt driftavtal.

Under hösten 2017 har regionen förhandlat med GreenExtreme samt sökt andra möjligheter att teckna ett driftavtal så att regionen åter kan komma igång med driften av verket. Detta har visat sig vara svårt på grund av stora motsättningar mellan verkets tillverkare, det kinesiska bolaget Sinnovel, och ägarna till Greenextreme och ett systerbolag, med samma ägare, som heter Aligera som äger de övriga sex Sinovelverken i parkerna.

För att långsiktigt kunna drifta dessa Sinovel-verk så är det nödvändigt att ha en god relation med tillverkaren för att ha tillgång till reservdelar och teknisk kompetens. Detta är inte möjligt mellan Siovel och (tidigare) ägarna av Aligera och GreenExtreme beroende på tvist om mycket stora pengar med mera.

Regionens konsult som representerar Region Jämtland Härjedalen, Region Gävleborg, ett privat fastighetsbolag och Telge Energi som äger verk i parkerna söker nu aktivt efter lösningar så att verken åter kan driftas långsiktigt.

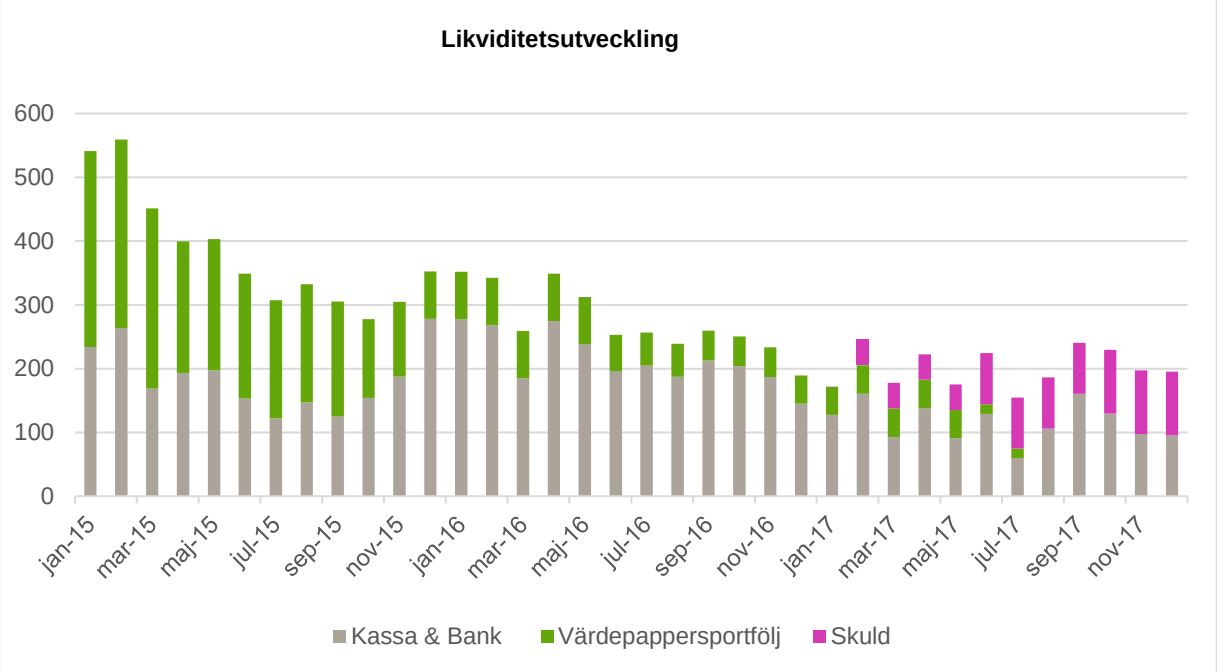
Likviditet

Likviditeten består av medel i kassa och bank samt eventuella kortfristigt placerade värdepapper. Likviditeten förbättrades med 5,8 miljoner kronor under 2017 till 195 miljoner kronor.

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 regionens betalningsberedskap per den 31 december 2017 i miljoner kronor. Under 2017 har regionen fått en utökad checkkredit från 50 miljoner kronor till 145 miljoner kronor samt tagit upp lån från Kommuninvest på 100 miljoner kronor. Ytterligare belåning kommer att ske under de närmsta tre åren enligt finansplan 2018-2020.

Tillgångar 2017-12-31 (mkr)	Utfall	Mål
Kassa och bank	195	
Kortfristiga placeringar	0	
Checkräkningskredit	145	
Medel som kan betalas ut inom tre dagar	340	250

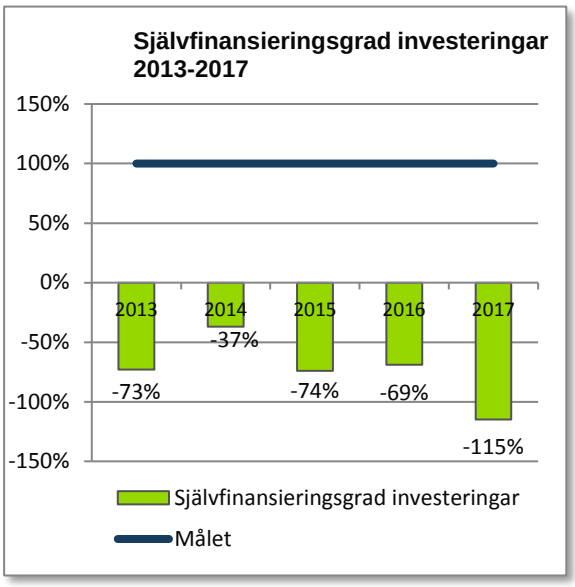


Likviditet i diagrammet motsvaras av tillgångarna i kassa och bank vilka kan bestå av lånade pengar , kortfristiga placeringar, egna intäkter och bidrag. I balansräkningen ingår även 39 miljoner kronor som avser likvida medel i pensionsportföljsdepån och ingår därför inte i likvida medel ovan.

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 regionen 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 2017 var självfinansieringsgraden negativ med -115 procent (år 2016 – 69 procent). Förklaringen till att självfinansieringsgraden är negativ under alla dessa år är de stora negativa resultaten i verksamheten.

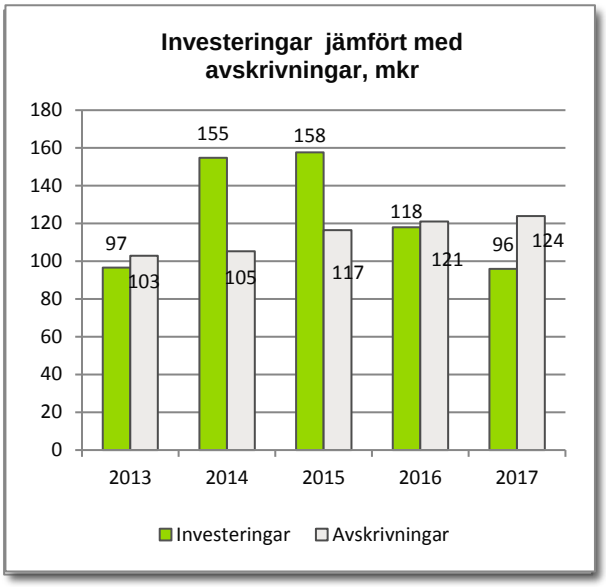


Nivå på investeringar och avskrivningar

Regionfullmäktige har beslutat om ett investeringstak för 2017 om 96 miljoner kronor. 31,8 miljoner avser fastighetsinvesteringar och 64,2 miljoner övriga investeringar.

Utfallet avseende enbart årets investeringsplan (beslutade investeringar och investeringstak) har blivit 62,2 miljoner kronor. Under året budgeterade men ej inköpta/effektuerade investeringar över 250 000 kronor (merparten kommer att effektueras år 2018) uppgår till ett budgeterat värde om 25,6 miljoner kronor. Om alla dessa ej effektuerade investeringar kommer att effektueras år 2018 eller senare till budgeterade värden har regionen ett överskott mot investeringstaket om 8,2 miljoner kronor.

Den totala utgiften för alla investeringar som genomförts under året uppgår till 96,4 miljoner kronor. Avvikelsen mot ovan utfall om 62,2 miljoner kronor avseende årets investeringsplan beror på att i den totala utgiften för årets investeringar, 96,4 miljoner, ingår även investeringar för 7,3 miljoner



kronor beslutade år 2016 och tidigare, men som effektuerades 2017, investeringar om 11,9 miljoner kronor som finansieras på annat sätt än budgetanslaget för 2017, samt utfall för hjälpmedel om 15 miljoner kronor (hjälpmedel hanteras enligt särskilda rutiner och ligger utanför investeringstaket)

Förklaringen till det stora överskottet mellan budget och utfall i årets investeringsplan anges vara en del försenande upphandlingar men framförallt allmän restriktivitet på grund av regionens likviditetsför-sämring samt en mer styrd och kontrollerad investeringsprocess, i enlighet med nu gällande regelverk för investeringar.

Investeringar i maskiner och inventarier inom investeringstaket.

Av totalt 22 beslutade investeringar över 250 000 kronor, har 17 effektuerats under året. För dessa investeringar har avsatts 17,8 miljoner kronor i budget medan utfallet blev 14,6 miljoner kronor. Ett överskott mot budgeten om 3,2 miljoner kronor

Resterande 5 investeringar med ett budgeterat värde om 18,6 miljoner kronor (varav en MR-kamera om 13,5 miljoner) kommer att effektueras under år 2018. Huvudanledning till att dessa inte inhandlats under året sägs vara försenande upphandlingar och leveranstider samt förskjutningar på grund av regionens likviditetsförsämring.

För investeringar under 250 000 kronor redovisas ett överskott om 2,3 miljoner kronor.

Avsatta medel i den centrala akuta potten för haverier, 5 miljoner kronor och den centrala potten för oförutsedda händelser, 12,1 miljoner kronor har utnyttjats till fullo och genom dessa potter kommer bland annat en operationsrobot om 13 miljoner kronor att finansieras.

Under året har sju investeringar beslutade år 2016 eller tidigare effektuerats med ett utfall om 7,3 miljoner kronor. Budgeten för dessa investeringar har varit

6,8 miljoner kronor vilket innebär ett underskott mot budgeten om 0,5 miljoner. Dessa anskaffningar har påverkat årets likviditet men ej årets investeringsbudget/investeringstak.

Investeringar i fastigheter

Av beslutad budget i årets investeringsplan för fastighetsinvesteringar om 31,8 miljoner kronor, har 27,7 miljoner kronor (varav 4,5 miljoner avser en MR-kamera som bland annat finansieras genom beslutade medel ur potten ”Investeringar över 250 tkr”) upparbetats till beslutade investeringsprojekt. Anledningen till att utgiften för fastighetsinvesteringar är något lägre än budget beror bland annat på att flera byggprojekt löper över flera år och utgiften varierar mellan åren.

Den totala utgiften för fastighetsinvesteringar uppgår till 39,6 miljoner kronor (11,9 miljoner kronor utöver beslutad budget).

I den totala utgiften ingår bland annat ytterligare kostnader för MR-kameran med 4,3 miljoner kronor som finansieras från 2016 års budget), etablering av ett nytt produktionskök med 5,5 miljoner kronor som finansieras genom beslutad budget år 2018 och kostnader för färdigställande av donationsoperationssalen med 1,6 miljoner kronor som inte kunnat täckas av erhållet externt investeringsbidrag utan måste finansieras ur den befintliga budgeten.

Investeringarna följer plan på ett bra sätt och alla beslutade delprojekt har startat. Många projekt är kopplade till den planerade ombyggnaden av mottagningarna på kirurgen och ortopeden på plan 6. Under året har läkarexpeditionerna på plan 5 byggts, inflyttning under mars 2017. På plan 8 pågår en ombyggnation för att skapa effektivare lokaler för vården samt möjliggöra hemtagning av patienter från Umeå.

Inom primärvården har det påbörjats en utredning kring lokaler i Funäsdalen samt i Sveg. Större projekt som pågår och successivt färdigställs är ombyggnaden av plan 6 med tillhörande delprojekt.

I diagrammen nedan syns nivåer på investeringar och avskrivningar per år och i tabellen framgår hur investeringarna fördelar sig mellan de olika tilldelade potterna.

Tabell över fördelning av investeringarna 2017

Beslutad investeringsplan 2017 (miljoner kronor/helår)	**Utfall**	**Budget**
Under året budgeterade och effektuerade investeringar över 250 tkr	14, 6	17 ,8
Under året budgeterade men ej effektuerade investeringar över 250 tkr (Effektueras 2018)	0	18, 7
Under året budgeterade och effektuerade investeringar under 250 tkr	9,3	10,6
Under året utnyttjade medel från "Akut haveri pott". Totalt har 4,9 miljoner kronor beviljats varav 2,5 kommer att effektueras år 2018.	2,4	5,0
Under året utnyttjade medel från "Potten för oförutsedda investeringar". Totalt har 12 miljoner kronor beviljats varav 3,7 kommer att effektueras år 2018.	8,2	12 ,1
Fastighetsinvesteringar 2017.	27,7	31,8
Beslutad investeringsplan 2017 har ej överskridits	**62,2**	**96,0**

Ytterligare investeringar som finansieras på annat sätt än genom årets investeringsplan.

Under året effektuerade investeringar över 250 tkr från tidigare års investeringsplaner	7 ,3	6,8
Hjälpmedelscentralen (ligger utanför investeringstaket)	15,0	15,0
I den totala utgiften för fastighetsinvesteringar om 39,6 miljoner kronor ingår 11,9 miljoner kronor som finansieras på annat sätt än genom årets investeringsplan.	11,9	
Summa årets investeringar	**96,4**	

Leasing

Antalet registrerade leasingbilar vid utgången av 2017 var 77 (leasingbilar hos Fastighet och Estrad Norr ej medräknat). För 2016 var siffran 76.

Ambitionen är att transport succesivt ska ta över alla Regionens leasingbilar så att det blir lättare att få en helhetsbild av kostnaden och ett effektivare utnyttjande.
Totala kostnaden (leasing, skatt, försäkring) 2017 uppgick till 3,8 miljoner kronor vilket var exakt samma kostnad som år 2016.
År 2017 beställdes 21 bilar varav 20 var ersättningsbilar för bilar med utgående leasingavtal (Noterbart är att 5 stycken 100 procent elbil beställdes). Nya beställningar har tillkommit där man startar upp mobilverksamhet som kräver bilar vilket kommer att öka det totala antalet bilar. Samordning alternativt bilpool ligger som förslag hos servicecenter att genomföra men oklart när det kan vara infört.
Insamling av mätarställningar har gjorts både 2016 och 2017 vilket ger en liten bild av utnyttjandet, men bättre underlag behövs för att kunna bedöma utnyttjandegraden och styra behovet bättre. I samband med den nya upphandlingen av leasingbilar, som förväntas vara genomförd under februari 2017, är även automatisk körjournal inkluderad. Detta förväntas ge en mycket bättre bild av utnyttjandegrad och användarmönster så att det framöver blir lättare att matcha enheternas behov med rätt fordon samt hänvisa till bilpool/hyrbil i stället för egen leasingbil.

Från och med 2017 kommer endast leasingbilar med miljöprofil (ren elbil alternativt laddhybrid) att erbjudas enheterna som ett steg i riktningen mot en fossilfri bilpark inom Region Jämtland Härjedalen 2022.

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.

Region Jämtland Härjedalens verksamhet kan bedrivas i annan form än inom förvaltningsorganisationen om effekten blir större för Regionens vision och att medborgarnyttan 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.

Region Jämtland Härjedalen

Landstingsbostäder i Jämtland AB

- Samordningsförbundet i Jämtlands län
- Norrlands nätverk för musikteater och dans
- Stiftelsen Zenit
- Naboer AB
- Peak Region AB
- Bostadsrättsföreningen Lugnviks Centrum
- Mittnordenkommittén
- ALMI Företagspartner Mitt AB

Länstrafiken i Jämtland AB

- Gemensam nämnd för upphandling, lagerhållning och distribution av sjukvårdsprodukter
- Gemensam nämnd, närvård Frostviken
- Torsta AB
- AB Transitio
- Coompanion
- Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag (LÖF)
- Stiftelsen Jamtli
- Norrlandstingens regionförbund
- Bostadsrättsföreningen Åkerärtan
- Inera AB
- Norrtåg AB
- Vattenbrukscentrum Norr AB
- Jämtland Härjedalen Turism
- Bostadsrättsföreningen Torvalla Centrum
- Svenskt ambulansflyg

Koncernfakta	Enhet	2016	2017
Landstingsbostäder i Jämtland AB			
Omsättning	mkr	28,4	29,0
Landstingets andel	%	100	100,0
Resultat	mkr	3,0	5,1
Rörelseresultat	mkr	4,6	6,6
Eget kapital	mkr	24,0	29,1
Balansomslutning	mkr	82,6	82,6
Soliditet	%	31,1	33,6
Antal anställda, medeltal	st	3,0	3,0
Länstrafiken i Jämtland AB			
Omsättning	mkr	484,9	487,7
Landstingets andel	%	100	100,0
Resultat	mkr	0,0	-2,3
Rörelseresultat	mkr	8,2	-2,2
Eget kapital	mkr	8,0	8,0
Balansomslutning	mkr	49,4	40,2
Soliditet	%	16,0	15,0
Antal anställda, medeltal	st	25,0	25,0

Landstingsbostäder i Jämtland AB

För 2017 redovisas ett plusresultat på 5 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 på Frösön med 118 lägenheter samt Birkavägen i 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 18 procent under 2017. 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 rekryteringsfrämjande syfte och vid uthyrning ska fastställd prioriteringsordning (4 prioriteringsgrupper) gälla. Under året har 282 (284) ansökningar registrerats. I stort sett alla 110 i prioriteringsgrupp 1 (nyanställd inflyttad svårrekryterad personal) som sökt lägenhet har fått erbjudande om lägenhet.

Under året förmedlades 87 lägenheter, en kraftig minskning jämfört med tidigare år, som beror på betydligt färre uppsägningar under sensommaren och hösten.

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.

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.

Vid förhandlingar med Hyresgästföreningen Region Norr i början av 2017 beslutades om hyreshöjning med 0,7 procent för bostäder från och med 1 april 2017. Den här hyresnivån gäller fram till 1 april 2018, nya hyresförhandlingar påbörjas under februari 2018. 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.

Efterfrågan på hyresrätter i Östersund är fortsatt hög och efterfrågan på bolagets lägenheter har fortsatt att öka under året. Bolaget inhämtar information från Östersunds kommuns mark- och exploateringskontor

om vilka markområden i Östersund som kan vara lämpliga för bostadsbyggande i framtiden och där det pågår planändringar. Under 2017 har inga områden varit aktuella för vidare kalkylering för eventuell produktion av hyresrätter. Vidar har bolaget bevakat utbud av flerbostadshus som har varit till salu via mäklare i Östersund/Frösön.

Länstrafiken i Jämtlands län AB

För 2017 redovisas ett minusresultat på 2,2 miljoner kronor som balanseras i ny räkning.
Bolaget har fått ett kapitaltillskott på 8 miljoner kronor för underskott som bland annat beror på Bussgods verksamhet samt den avsättning som gjorts för kostnader för avveckling av Bussgods. Den 7 november beslutade ägarna att ge bolaget i uppdrag att avveckla Bussgodsverksamheten vilket påbörjades omgående. Huvuddelen av Bussgods verksamhet kommer att vara avvecklad under 2018.

Länstrafiken bedriver allmän kollektivtrafik med buss och bil samt tåg inom Jämtlands län samt interregional trafik i norrlandslänen. Länstrafiken har under 2017 skött uppdraget avseende den särskilda kollektivtrafiken för sex av länets åtta kommuner samt för Region Jämtland Härjedalen. Verksamheten omfattar också godstrafik med terminaler i Östersund, Sveg och Strömsund samt 53 godsombud runt om i länet under namnet Bussgods.

- Under året har arbetet med upphandlingen av Buss 2018 pågått, upphandlingen omfattar regiontrafik i sex av länets kommuner med trafikstart december 2018. Upphandlingen har överprövats av två bolag.
- Inlandstrafiken 2019. Upphandling av Inlandstrafiken har påbörjats. Den sker i samverkan med Norr- och Västerbotten. Planerad trafikstart är december 2019.
- Samhällsbetalda transporter. Även här har upphandling påbörjats gällande samhällsbetalda transporter för sjukresor, färdtjänst, skolskjuts, anropsstyrdtrafik, närtrafik, linjetrafik och smågods. Planerad trafikstart är halvårsskiftet 2020.
- Skolskjutsplanering. Ett nytt planeringsprogram har upphandlats för att bättre hantera skolskjutsplaneringen tillsammans med berörda kommuner. Ett införandeprojekt har startats och programmet skall vara i skarp drift till höstterminen 2019.
- Elbussprojekt i Östersund samt linjenätsutredning. Projektet med att trafikera en linje i staden med sex elbussar har under året varit intensivt. På grund av problem med leveranser och funktionalitet av bussarna kunde inte tidplanen hållas. Tre elbussar kommer att tas i trafik under kvartal 1 2018 istället för december 2017. De återstående tre bussarna ska tas i trafik 2019 enligt plan.

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	Ja	Länstrafiken mål 9%, utfall 12%, Tätortstrafiken mål 16%, utfall 29%
Minskade nettoutsläpp av CO2	Jaj	Mål 0,65, utfall 0,32
Antal resor ska öka med 1% per år 2017-2020	Nej/Ja	Länstrafiken 0% och Tätortstrafiken +2,14%
Länstrafiken erbjuder resealternativ som passar mina behov, andelen ska öka.	Ja	Länstrafiken mål 22% utfall 35%. Tätortstrafikens mål 46% utfall 57%
Tillgänglighet i den allmänna kollektivtrafiken ska öka	Ja i Tågtrafik Norrtåg, Interregional trafik och Tätortstrafik	Andelen fordon med låggolv eller hiss i tågtrafik, interregionaltrafik och tätortstrafik ska öka. I stomlinjetrafiken finns för närvarande 25 fordon med låggolv/hiss. Beräknas vara i trafik t o m slutet av 2018, då ny avtalsperiod börjar.
Nöjdhet med färdtjänstresa	Ja	Ska uppgå till minst 94%, utfall 97%
Länstrafikens självfinansieringsgrad ska öka, mål 2017 47 %	Nej	Utfall 37%

Övriga organisationer

Norrtåg AB,

ägarandel 25 procent

Bolaget uppvisar ett 0-resultat. Omsättningen uppgick till 284,7 miljoner kronor. Balansomslutning 143,9 miljoner kronor.
Bolagets totala kostnadsmassa är 21,3 lägre jämfört med budget.

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.
Trafikverket har lämnat en extra medfinansiering för 2017 med 20 miljoner kronor. Detta tillsammans med en lägre trafikkostnad för 2017 medför att bolagets skuld till ägarna ökar med motsvarande belopp, från 24,6 till 44,6 miljoner kronor.
Resenärsutvecklingen har varit positiv och ligger totalt sett på cirka 7 procent ackumulerat 2017-12-31. Under året har bolaget gjort en NKI undersökning vilket visar ett positivt helhetsintryck på 89 procent. Trafiken har varit stabil och bolaget uppvisar kvalitetssiffror avseende punktlighet och regularitet som är bättre än riksgenomsnittet.

AB Transitio,

ägarandel 5 procent

Inget bokslut har inkommit till Region Jämtland Härjedalen 2017.

Region Jämtland Härjedalen äger tillsammans med andra svenska trafikhuvudmän AB Transitio som är ett samverkansorgan.

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. AB Transitios uppgift är att anskaffa spårfordon för främst regional järnvägstrafik åt svenska trafikhuvudmän. Syftet är att genom den samordnande anskaffningen minimera kostnaderna för fordonsförsörjningen. AB Transitio har även en mäklarroll när det gäller omfördelningen av fordon mellan användare för att nå ett effektivt fordonsutnyttjande.

Stiftelsen Jamtli

ägarandel 33 procent

För 2017 redovisas ett plusresultat på 2,2 miljoner kronor. Omsättningen har varit 77,5 miljoner kronor och balansomslutningen 73,6 miljoner kronor. Soliditet 22,0 procent.

Stiftelsen Jamtli 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 har två stora byggprojekt, Jamtli stugby och nationalmuseum fortsatt. Jamtli stugby är vid utgången av 2017 färdigställd och tre av stugorna har haft hyresintäkter från och med juli månad. Byggnationerna har blivit kostsammare än ursprungsplanen och har därmed ansträngt stiftelsens likviditet hårt trots upptagande av banklån för investeringarna.
I jämförelse med ett normalår har besöksantalet varit cirka fem procent lägre, vilket kan bero på de stora byggprojekten som har genomförts på stiftelsens område.

Under föregående år hade stiftelsen fri entré under lågsäsongen men har valt att under innevarande år återgått till tidigare entrépolicy, med lågt pris under lågsäsong och högre pris under sommarsäsongen.

Jamtlis uppföljning av målen i huvudmannadirektiven:

Antal besökare på Jamtli ligger i intervallet 180-210 000 under året	Målet är uppfyllt. Utfall 189 016 besökare under 2017.
Stiftelsen ska sträva efter att uppnå 2/3 egenfinansiering.	Ja. Stiftelsen strävar mot målet, som inte är helt uppfyllt och de kommersiella delarna av besöksmålets verksamhet har tyvärr inte ökat sina intäkter under 2017
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,

ägarandel 40 procent

Det preliminära resultatet för 2017 visar på en vinst på 0,9 miljoner kronor före bokslutsdispositioner. Omsättningen har varit 43,0 miljoner kronor och balansomslutningen 12,9 miljoner kronor.

Ägarnas målbeskrivning för bolaget enligt ägardirektivet och resultat för 2017

Högst rikspriser på Gymnasieutbildningarna	Nej 220 020 kr i snitt (213 884)
Resultat 3-5% och soliditet på 5-15%	Resultat 2% och soliditet 20,6%
Attraktiv utbildningsanordnare	Ja,
Kompetens inom jord, skog och vattenbruk	Ja
Vara en inspirationskälla för landsbygdsutveckling	Ja
Ta till vara möjligheter som finns i EU fondprogram	Ja
Nära samverkan med näringslivet	Ja

Just nu går 99 gymnasieelever på naturbruksgymnasiet och 9 elever på gymnasiesärskolan naturbruk. Det har under 2017 varit fler sökande till naturbruksgymnasiet på många år, 8 stycken.

Första januari anställdes en kommunikatör på halvtid för att jobba med att mer effektivt attrahera nya elever.

Under året har fler än 450 personer deltagit i olika kurser och seminarier. Torsta har fått ett nytt uppdrag inom skog, försäljning av konsulttjänter inom revision av ISO14001 till SE Certifiering AB, en paraplyorganisation för Skogsentreprenörerna.

Peak Region Science Park AB,

ägarandel 15 procent

Företaget visar ett minusresultat på 5 tusen kronor men har ett resultat efter finansiella poster på plus 9 tusen kronor för 2017. Nettoomsättning 15,4 miljoner kronor. Soliditeten är 16,6 procent.

Peak Region AB är en strategisk satsning för att utveckla en arena för att samordna gemensamma resurser för innovation och näringslivsutveckling. Bolaget ägs av Samling Näringsliv Jämtlands län Ekonomisk förening 55 procent, Region Jämtland Härjedalen 15 procent, Östersunds kommun 15 procent, Krokoms kommun 7,5 procent samt Åre kommun 7,5 procent.

Ägarna till Peak Region AB har under året fört samtal om ett eventuellt överlåtande av aktiemajoriteten till MIUN Holding AB.

Bolaget består av tre verksamhetsområden

Peak Region Science Park

Erbjuder en innovationsverksamhet oh projektplattform för företag, forskare, studenter och entreprenörer som vill utveckla en idé, en mötesplats med möjlighet att nyttja kontorsplats, kontorsrum och möteslokaler, stöd och hitta utvecklingsfinansiering samt ett antal initiativ/projekt som syftar till att skapa utveckling och position för Jämtlands län.

Inkubator

Har under 2017 drivit grundverksamheten med en finansiering från Region Jämtland Härjedalen på 1,5 miljoner kronor. Det är 9 potentiella bolag som coachats och matchats mot kunder och kapital.

Peak Innovation

Har ett nationellt uppdrag att leda en framtidssatsning för tillväxt inom turism, sport och friluftsliv. Detta genom att stimulera forskning, innovation och affärsutveckling inom och mellan dessa branscher.

Vattenbrukcentrum Norr AB,

ägarandel 20 procent

Företaget redovisar ett plusresultat på 1,5 miljoner kronor för 2017. Nettoomsättningen har varit 7,9 miljoner. Balansomslutning 8,5 miljoner kronor

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.

Bolaget ser ett fortsatt stort intresse, både nationellt och internationellt för den röding som är resultatet av avelsprogrammet. Den senaste förfrågan om att få köpa rom kom från ett ryskt fiskodlingsföretag. Det finns utifrån efterfrågan goda förutsättningar för en ökad produktion av röding. Ökade produktionsvolymer och fler aktörer kommer att ge positiva effekter för Vattenbrukscentrum Norr AB och dess verksamhet i Kälarne.

Under 2017 genomfördes smärre förändringar i anläggningen vilket medförde möjlighet att hålla en större mängd avelsfiskar. Det är en temporär lösning och på sikt måste en mer permanent lösning utformas. Det kan ske genom om- eller tillbyggnad eller i samarbete med extern part. Finansieringen av avelsprogrammet för röding var oförändrat under verksamhetsåret och i regleringsbrevet för 2018 har det avsatts samma summa till SLU.

ALMI Företagspartner Norr AB,
ägarandel 24,5 procent

Almi redovisar ett underskott för 2017 på 0,8 miljoner kronor. Företaget har haft en omsättning på 28,7 miljoner kronor, en balansomslutning på 20,1 miljoner kronor och soliditeten är 84,6 procent.
Bolaget ägs till 51 procent av moderbolaget i Almikoncernen Almi Företagspartner AB och 24,5 procent av vardera Västernorrlands Läns Landsting och Region Jämtland Härjedalen.

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 företagsbehov 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 enligt ägaranvisning har inte kommit in till Region Jämtland Härjedalen 2017.

Naboer AB,
ägarandel 11,8 procent

Omsättningen i bolaget 2017 är 1,5 miljoner kronor och resultatet blev ett överskott på 9 miljoner kronor. Likviditeten i bolaget har under året varit god och även soliditeten som slutade på 84,0 procent. Balansomslutningen var 2,8 miljoner kronor.

En betydande del av Naboer ABs gränsöverskridande verksamhet bygger på operativa samarbete inom nätverk av offentliga instanser, föreningar och företag inom Jämtlands län och de båda fylkena i Tröndelag. Detta ska i sin tur skapa interregionala mervärden.

Jämtland Härjedalen Turism,
ekonomisk förening

Resultatet uppgår till 0,2 miljonerkronor. Soliditeten uppgår till 49 procent. Balansomslutning var 5,7 miljoner kronor och omsättningen 2,5 miljoner kronor.

Jämtland Härjedalen Turism ekonomisk förening (JHT) bildades 1995 och är den professionella och affärsmässiga branschorganisationen och 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.

Uppdraget är att utifrån strategin för besöksnäringen i Jämtland Härjedalen och JHTs affärsidé bedriva en verksamhet som efter den under 2017 avslutade utvecklingsprocessen, är indelad i tre delar.

- Strategi och process, initiera och påverka i strategiska frågor
- Kompetens och lärande, Inspirera, samordna och genomföra
- PR och lobbying, Kommunicera, påverka och bygga relationer

Coompanion,
ekonomisk förening

Bolagets har haft en nettoomsättning på 2,7 miljoner kronor, ett positivt resultat på 184 tusen kronor och balansomslutningen var 1,4 miljoner kronor.

Coompanion Jämtlands läns grunduppdrag om nyföretagande och medlemstjänster bedrivs genom följande affärsområden på regional (och nationell) nivå:

- Företagssamverkan
- Vård- och omsorg
- Arbetsintegrerande socialt företagande
- Landsbygdsutveckling
- Sociala innovationer
- Samhällsentreprenörskap

Kommunalförbund

Norrlandstingens regionförbund,
andel 25 procent

Inget bokslut har inkommit till Region Jämtland Härjedalen 2017.

Region Norrbotten, Landstinget Västernorrland, Region Jämtland Härjedalen och Västerbottens läns landsting (fortsättningsvis kallade Norrlandstingen), har sedan 2005 ett gemensamt kommunalförbund, Norrlandstingens 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 nivåstrukturering 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.

Kommunalförbundet Norrlands nätverk för musikteater och dans (NMD),
andel 25 procent

Årets resultat visar 65,5 tusen kronor, omsättningen har varit 11,7 miljoner kronor. Balansomslutning 0,9 miljoner kronor.

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 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.

Samverkansförbund, nämnder med flera

Samordningsförbundet i Jämtlands län,
andel 25 procent

För 2017 redovisas ett plusresultat på 0,8 miljoner kronor, vilket föreslås balanseras i ny räkning och det egna kapitalet då uppgår till 3,6 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. Möjligheter ska skapas 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.

Årets tilldelning från förbundsmedlemmarna uppgår till 8,6 miljoner kronor. Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen bidrar med hälften av medlen, Region Jämtland Härjedalen med en fjärdedel och kommunerna med resterande fjärdedel.

Måluppföljning mot styrelsebeslut

Aktiva rätt sammansatta LOKSAM-grupper i alla kommuner.	Målet uppfyllt
70 procent avslutade projekt skall vara implementerade	Målet delvis uppfyllts. 4 projekt avslutade
Erfarenheter av arbetssätt och metoder skall spridas i länet	Målet uppfyllt
Länsövergripande event skall genomföras	Målet uppfyllt..

Gemensam nämnd för närvård i Frostviken,
gemensam nämnd Strömsunds kommun

För 2017 redovisas ett minusresultat på 0,9 miljoner kronor.

Samarbetsavtalet mellan Strömsunds kommun och Region Jämtland Härjedalen har pågått sedan 1 januari 2005. 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.

Nämndens verksamhetsområden är: Särskilt boende, trygghetsboende, hemtänst, hälsocentral/ambulans, hemsjukvård, LSS-verksamhet och fotvård.

Flytten av HC har gett engångskostnader och rekrytering av ny närvårdschef belastar resultatet negativt. Det är fortsatt svårt att rekrytera ambulanssjuksköterska och distriktssköterska vilket har medfört ökade kostnader för inköp av verksamhet, fler timvikarier och övertid för ordinarie personal i samband med långtidssjukskrivning och vakans. Bemanning under ordinarie läkares frånvaro har varit nödvändigt att lösa via bemanningsföretag.

Vårdtyngden i verksamheten har varit fortsatt hög under större delen av året och HC har även tagit emot flera på korttidsplatser med högt vårdbehov vilket har gjort att HC har varit tvungna att bemanna upp och ersätta personal vid sjukfrånvaro för att klara våra åtaganden.

Gemensam nämnd för samordnad upphandling, lagerhållning och distribution av sjukvårdsprodukter

Nämnd inom Region Jämtland Härjedalen i samarbete med Jämtlands sju kommuner.
Ekonomiskt utfall 2017 var plus 40 000 kronor. Budgeten var också 40 000 kronor. Överskottet beror på att nämnden inte haft någon kostnad under året för sekreterare vid nämndens sammanträden, vilket den haft tidigare år. 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 de två styrdokumenten och har också genomfört sitt arbete utifrån uppsatta mål i nämndens egen verksamhetsplan och sammanträdesplanering. Under året har nämnden haft fyra sammanträden.

Redovisningen av nämndens måluppfyllelse viar att måluppfyllelsen är god. Fyra av nämndens sex mål har uppfyllts. Två mål har nästan uppfyllts, varav ett har nämnden haft en annan inriktning på än vad som stod i verksamhetsplanen.

Bostadsrättsföreningen Åkerärtan,

ägarandel 64 procent

Ekonomiskt utfall 2017 var 0,8 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 11,5 miljoner kronor och soliditeten uppgår till 66,9 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 har en 30 årig underhållsplan som årligen uppdateras. Planen ligger till grund för styrelsens beslut om fondering eller nyttjande av fondmedel. Under 2017 har styrelsen valt en försiktighetsprincip gällande underhållsplanen. Detta medför att avsättningen till underhållsfonden till vissa delar beräknas på åtgärder som enligt K3 regelverket kan aktiveras. Styrelsen beslutade om 257 000 kr till föreningens underhållsfond och följer fastställd underhållsplan.

Avgifter och hyror höjdes från och med 2017-01-01 med 1,5 procent. I budget 2018 ingår 257 000 kr för framtida underhåll. Styrelsen beslutade att höja månadsavgifterna med 1,5 procent för 2018.
Årsavgiften är i genomsnitt 735 kr/m2.

Brf Lugnviks centrum,

ägarandel 10 procent

Inget bokslut har inkommit till Region Jämtland Härjedalenn 2017.

Föreningens fastighet utgörs av Lugnviks Centrum 2 och innehåller bland annat Lugnviks hälsocentral. Byggnadsår 1976-82.

Brf Torvalla centrum,

ägarandel 16 procent

För 2017 redovisas ett plusresultat på 3 tusen kronor. Nettoomsättningen har varit 4,5 miljoner kronor. Balansomslutning 89,5 miljoner kronor. Soliditet 65,6 procent.

Föreningen äger fastigheterna Bakbordet1, Degspaden 1 och Spritsen 1, byggd år 1986 i vilken man upplåter lägenheter och lokaler. Bostadsrättsföreningen är ett privatbostadsföretag enligt inkomstskattelagen (199:1229).

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 170101 med 2,11 procent. Styrelsen beslutade att höja månadsavgifterna med 7 procent för 2018.
Årsavgiften är i genomsnitt 459 kr/m2 för lokaler och 214 kr/m2 för lägenheter 2018. Motivering till avgiftshöjningen är underhållsbehov och ökade taxekostnader för VA, sopor och värme.

Mittnordenkommittén

För 2017 redovisas ett minusresultat på 40 tusen kronor. Region Jämtland Härjedalens bidrag för 2017 var 0,14 miljoner kronor. Balansomslutningen var 3,5 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.

Inera AB

Ingen årsredovisning har inkommit till Region Jämtland Härjedalen.
Inera AB ägs från och med 2017 av SKL med landsting, regioner och kommuner som delägare. Region Jämtland Härjedalen och andra landsting äger 5 aktier var, tidigare 150 stycken. Inera AB är en av flera utförare som samverkar kring genomförandet av Nationell eHälsa- strategin för tillgänglig och säker information inom vård och omsorg. Målet är att stödja och effektivisera vården, stärka patientens ställning samt skapa god tillgänglighet till vården. Bolaget arbetar med hela kedjan från gemensam teknisk infrastruktur till IT-stöd för vårdens personal och publika informationstjänster till hela Sveriges befolkning.

Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag (LÖF)

Ingen årsredovisning har inkommit till Region Jämtland Härjedalen.

Ägare är alla landsting och regioner.
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 cirka 8 miljarder kronor med cirka 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.

Svenskt ambulansflyg, Landsting och regioner i samverkan.

Region Jämtland Härjedalens medlemsbidrag var 2017 0,7 miljoner kronor och andelskapitalet vid bildandet var 1,3% det vill säga 0,1 miljoner kronor.

Från 2020 ska Svenskt Ambulansflyg sköta all ambulansflygverksamhet med flygplan i Sverige på uppdrag av samtliga landsting och regioner.
Tanken med upprättandet av Svenskt ambulansflyg är att det ska ge samordningsvinster och borga för hög kvalitet över lång tid. För patienterna ska det innebära att de får ökade möjligheter för vård på lika villkor oavsett var i landet man bor – ett snabbt och säkert sätt att förflytta patienter som behöver specialistvård.

Svenskt Ambulansflyg är ett kommunalförbund. Verksamheten är under uppbyggnad och förväntad driftstart är år 2020. En erfaren operatör ska sköta operativ och teknisk drift av de 6 stycken specialanpassade flygplan som förväntas genomföra cirka 6000 transporter per år. Svenskt Ambulansflyg ska bemanna flygplanen med medicinsk personal och portabel medicinsk utrustning och ska sköta koordinering och övervakning av verksamheten genom en egen flygkoordineringscentral.

Resultaträkning

Resultaträkning i miljoner kronor		Region Jämtland Härjedalen 2016	Region Jämtland Härjedalen 2017	Sammanställd redovisning 2017
Verksamhetens intäkter	Not 1	736,3	719,3	1039,5
Verksamhetens kostnader	Not 2	-4580,4	-4746,2	-5068,2
Avskrivningar	Not 3	-120,6	-123,7	-125,5
Verksamhetens nettokostnader		**-3964,8**	**-4150,6**	**-4154,2**
Skatteintäkter	Not 5	2726,2	2832,8	2832,8
Generella statsbidrag och utjämning	Not 6	1037,3	1100,3	1100,3
Finansiella intäkter	Not 7	11,7	15,7	15,7
Finansiella kostnader*	Not 8	-7,2	-34,3	-27,0
Aktuell skatt		0,0	0,0	-1,4
Resultat före extraordinära poster		**-196,8**	**-236,1**	**-233,7**
Årets resultat		**-196,8**	**-236,1**	**-233,7**

*I finansnettot ingår nedskrivning av Länstrafikens kapitaltillskott med 8 mkr

Budget och utfall 2017 i miljoner kronor	Budget 2017	Utfall 2017	Avvikelse 2017
Verksamhetens intäkter	680,0	719,3	39,3
Verksamhetens kostnader	-4 431,9	-4746,2	-314,3
Avskrivningar	-109,0	-123,7	-14,7
Verksamhetens nettokostnader	**-3 860,9**	**-4150,6**	**-289,7**
Skatteintäkter	2 841,2	2832,8	-8,4
Generella statsbidrag	1 036,1	1100,3	64,2
Finansiella intäkter	9,0	15,7	6,7
Finansiella kostnader	-25,4	-34,3	-8,9
Resultat före extraordinära poster	**0,0**	**-236,1**	**-236,1**

Balansräkning

Balansräkning i miljoner kronor		Region Jämtland Härjedalen 2016	Region Jämtland Härjedalen 2017	Sammanställd redovisning 2017
TILLGÅNGAR				
Anläggningstillgångar				
Immateriella anläggningstillgångar				
Immateriella tillgångar	Not 9	13,7	9,5	9,5
Materiella anläggningstillgångar				
Mark och byggnader och tekniska anläggningar	Not 10	665,0	655,5	738,9
Maskiner och inventarier	Not 11	254,8	240,7	241,5
Finansiella anläggningstillgångar				
Finansiella anläggningstillgångar	Not 12	64,8	64,5	51,5
Långfristig fordran				0,0
Summa anläggningstillgångar		**998,3**	**970,3**	**1 041,4**
Omsättningstillgångar				
Förråd	Not 13	14,5	13,4	13,4
Kortfristiga fordringar	Not 14	211,8	245,8	273,7
Skattefordran		0,0	0,0	0,0
Kortfristiga placeringar	Not 15	468,3	376,4	376,4
Kassa och bank	Not 16	145,0	234,4	241,4
Summa omsättningstillgångar		839,7	870,0	904,9
SUMMA TILLGÅNGAR		**1 838,0**	**1 840,3**	**1 946,3**
EGET KAPITAL, AVSÄTTNINGAR OCH SKULDER				
Eget kapital	Not 17			
Eget kapital		121,2	-75,7	-57,2
Årets resultat		-196,8	-236,1	-233,7
Summa eget kapital	Not 18	**-75,7**	**-311,8**	**-290,9**
Avsättningar				
Pensioner		954,5	1 018,4	1 018,4
Särskild löneskatt övriga avsättningar		231,6	247,1	247,1
Avsättning skatter		0,0	0,0	0,5
Övriga avsättningar		0,0	0,0	5,6
Summa avsättningar	Not 19	**1 186,0**	**1 265,5**	**1 271,5**
Skulder				
Långfristiga skulder	Not 20	9,5	107,1	156,8
Kortfristiga skulder	Not 21	718,1	779,5	808,9
Summa skulder		**727,6**	**886,6**	**965,7**
SUMMA EGET KAPITAL, AVSÄTTNINGAR OCH SKULDER		**1 838,0**	**1 840,3**	**1 946,3**

Kassaflödesanalys

Den löpande verksamheten i miljoner kronor	Region Jämtland Härjedalen 2016	Region Jämtland Härjedalen 2017	Sammanställd redovisning 2017
Verksamhetens intäkter	736,3	719,3	1236,3
Justering för reavinster	-0,2	0,0	0,0
Verksamhetens kostnader	-4701,1	-4869,9	-5384,8
Justering för reaförluster	0,6	0,1	0,1
Justering för gjorda avskrivningar	120,6	123,7	125,5
Justering för gjorda nedskrivningar*	0,0	8,0	8,0
Avsättningar	61,1	79,4	85,1
Verksamhetens nettokostnader justerade för ej likviditetspåverkande poster	**-3 782,8**	**-3 939,4**	**-3 929,8**
Skatteintäkter och generella statsbidrag	3763,5	3933,1	3933,1
Finansiella intäkter	11,7	15,7	15,7
Finansiella kostnader	-7,2	-34,3	-35,0
Skattekostnader	0,0	0,0	-1,4
Medel från verksamheten före förändring av rörelsekapital	**-14,8**	**-24,9**	**-17,4**
Justering för rörelsekapitalets förändring			
Ökn(-)/minskn(+) förråd och varulager	-1,1	1,2	1,2
Ökn(-)/minskn(+) kortfristiga fordringar	-47,1	-34,0	-28,0
Ökn(-)/minskn(+) korta placeringar	16,3	91,9	91,9
Ökn(+)/minskn(-) kortfristiga skulder	43,1	61,4	56,6
Kassaflöde från den löpande verksamheten	**11,1**	**120,4**	**121,7**
INVESTERINGSVERKSAMHETEN			
Investering i immateriella anläggningstillgångar	0,0	0,0	0,0
Försäljning av immateriella anläggningstillgångar	0,0	0,0	0,0
Investering i materiella anläggningstillgångar	-110,9	-96,4	-101,3
Försäljning av materiella anläggningstillgångar	0,3	0,4	0,3
Investering i finansiella anläggningstillgångar *	-17,2	-8,0	-8,0
Försäljning av finansiella anläggningstillgångar	0,0	0,2	0,1
Kassaflöde från den löpande investeringsverksamheten	**-127,8**	**-103,9**	**-108,9**
FINANSIERINGSVERKSAMHETEN			
Minskning av långfristiga fordringar	0,4	0,1	0,1
Ökning långa skulder	0,0	97,6	98,4
Minskning långa skulder	-2,3	0,0	0,0
Kassaflöde från finansieringsverksamheten	**-1,9**	**97,7**	**98,5**
Årets kassaflöde	**-133,4**	**89,4**	**93,8**
Likvida medel vid årets början	**278,4**	**145,0**	**147,6**
Likvida medel vid periodens slut	**145,0**	**234,4**	**241,4**
Förändring av likvida medel	**-133,4**	**89,4**	**93,8**

*Länstrafiken i Jämtland AB, helägt dotterbolag, har fått ett aktieägartillskott på 8 mkr på grund av underskott i verksamheten. Motsvarande aktier har sedan skrivits ned. De har upprättat kontrollbalansräkning

Driftredovisning

Driftredovisning är ett sätt att visa hur verksamhetens kostnader och intäkter är fördelade på landstingets kärnverksamheter, hälso- och sjukvård och regional utveckling. Kostnader och intäkter som inte under året bokförs direkt på någon av kärnverksamheterna fördelas ut efter schablon. Exempel på en kostnad som fördelas ut är pensionsskuldsökningen.

Driftredovisningen är uppställd enligt den verksamhetsindelning som är framtagen av Sveriges kommuner och landsting. Driftredovisningen visar inom vilka verksamhetsområden resurserna använts under året. Nettoavvikelsen visar huruvida det använts mer än vad som budgeterats (-) eller mindre (+).

Verksamhetsområden	Budget			Utfall			Netto-
miljoner kronor	Kostnader	Intäkter	Netto	Kostnader	Intäkter	Netto	avvikelse
Primärvård	1 620	853	768	1 921	1 097	824	-56
Specialiserad somatisk vård	2 626	611	2 015	2 904	712	2 193	-178
Specialiserad psykiatrisk vård	399	81	318	436	92	345	-27
Tandvård	301	206	95	295	190	105	-10
Övrig hälso- och sjukvård	443	144	299	495	158	337	-38
Politisk verksamhet avseende hälso- och sjukvård	29	0	29	28	1	28	1
Utbildning	87	58	28	92	66	26	2
Kultur	100	40	60	109	52	57	3
Trafik och infrastruktur	221	1	219	224	13	211	8
Allmän regional utveckling	58	19	38	81	44	37	1
Politisk verksamhet avseende regional utveckling	4	0	4	5	1	4	0
Summa	**5 887**	**2 014**	**3 874**	**6 590**	**2 425**	**4 165**	**-292**

Driftredovisningen visar på en differens på -292 miljoner kronor mellan budgeterad verksamhetens nettokostnad och utfall. I Region Jämtland Härjedalens resultaträkning visas en differens på -290 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 13 miljoner kronor i internräntekostnader och i kostnadsutfallet 15 miljoner kronor.

Noter till räkenskaperna

NOTER TILL RESULTATRÄKNINGEN

Not 1 Verksamhetens intäkter (miljoner kronor)	**Bokslut 2015**	**Bokslut 2016**	**Bokslut 2017**
Verksamhetens intäkter enligt driftsredovisning	2041,5	2368,0	2424,9
Avgår interna intäkter	-1388,9	-1631,9	-1705,6
Summa	**652,6**	**736,1**	**719,3**
Patientintäkter och andra avgifter	116,5	127,2	118,2
Försäljning av hälso- och sjukvård, exkl. tandvård	171,9	183,9	180,6
Försäljning av tandvård	22,5	21,2	19,6
Försäljning inom regional utveckling	3,8	4,4	3,2
Försäljning av medicinska tjänster	9,4	16,6	17,1
Försäljning av tekniska tjänster	52,7	55,9	54,6
Försäljning av material och varor	31,1	32,3	34,0
Erhållna bidrag	190,3	265,3	258,5
Övriga intäkter	54,3	29,4	33,5
SUMMA	**652,6**	**736,3**	**719,3**

Not 2 Verksamhetens kostnader (miljoner kronor)	**Bokslut 2015**	**Bokslut 2016**	**Bokslut 2017**
Verksamhetens kostnader enligt driftsredovisning *	5865,6	6332,9	6575,5
Avgår interna kostnader	-1388,9	-1631,9	-1705,6
Avgår avskrivningar	-116,5	-120,6	-123,7
Summa	**4 360,2**	**4 580,4**	**4 746,2**
Kostnader för personal och förtroendevalda	2315,1	2377,4	2487,2
varav utbetalda pensioner uppgår till	*104,4*	*128,4*	*116,1*
Köp av verksamhet	468,1	482,0	479,4
Verksamhetsanknutna tjänster	252,1	317,9	332,1
Läkemedel	471,1	511,6	524,1
varav läkemedel inom läkemedelsreformen, inklusive rabatter	275,3	298,1	416,8
Material och varor	134,1	137,5	136,7
Lämnade bidrag	250,3	267,5	274,9
Reaförlust, maskiner och inventarier	12,5	0,6	0,1
Övriga verksamhetskostnader	457,0	486,1	511,8
varav lokal- och fastighetskostnader **	88,2	92,9	96,9
varav sjukresor	77,3	76,8	81,5
varav försäkringsavgifter och övriga rikskostnader	25,0	22,6	25,4
därav kundförluster	3,9	5,3	5,8
SUMMA	**4 360,2**	**4 580,4**	**4 746,2**

* I driftredovisningen ingår även internränta på avskrivningar 14,7 mkr i verksamhetens kostnader, 6575,5 +14,7 = 6 590,2

**Upplysning om leasing, bland annat hyra av lokaler, lämnas i not 23

Not 3 Avskrivningar (miljoner kronor)	**Bokslut 2015**	**Bokslut 2016**	**Bokslut 2017**
Avskrivningar immateriella tillgångar	5,1	4,3	4,3
Avskrivningar byggnader och anläggningar	47,4	49,8	51,3
Avskrivningar maskiner och inventarier	11,0	13,1	14,8
Avskrivningar medicinteknisk utrustning	33,5	33,5	33,2
Avskrivningar övriga maskiner och inventarier	6,7	6,6	6,5
Avskrivningar hjälpmedel	12,7	13,4	13,7
SUMMA	**116,5**	**120,6**	**123,7**

Not 4 Jämförelsestörande poster (miljoner kronor)	**Bokslut 2015**	**Bokslut 2016**	**Bokslut 2017**
Verksamhetens intäkter			
Reavinst	1,1	0,2	0,0
Återbetalning från AFA	22,0	0,0	0,0
Skatteväxling 35 öre pga att Länstrafikens verksamhet ingår till 100%	105,0	0,0	0,0
SUMMA	**128,1**	**0,2**	**0,0**
Verksamhetens kostnader			
Skatteväxling 35 öre pga att Länstrafikens verksamhet ingår till 100% i Region Jämtland Härjedale, tidigare 50% och kommunerna	105,0	0,0	0,0
Utrangering av konsultkostnader i Cosmicprojektet (immateriell tillgång), redovisat som reaförlust	11,2	0,0	0,0
SUMMA	**116,2**	**0,0**	**0,0**

Not 5 Skatteintäkter (miljoner kronor)	**Bokslut 2015**	**Bokslut 2016**	**Bokslut 2017**
Preliminär skatteinbetalning	2612,5	2734,4	2841,8
Preliminär slutavräkning innevarande år	5,7	-12,6	-13,4
Slutavräkningsdifferens föregående år	-3,5	4,3	4,4
Övriga skatter	0,0	0,1	0,0
SUMMA	**2 614,7**	**2 726,2**	**2 832,8**

Not 6 Generella statsbidrag (miljoner kronor)	**Bokslut 2015**	**Bokslut 2016**	**Bokslut 2017**
Särskild ersättning rehabilitering och behandlingsinsatser	0,8	0,8	0,8
Läkemedelsbidrag	308,7	318,2	337,5
Utjämningsbidrag			
Inkomstutjämning	563,8	597,9	636,9
Kostnadsutjämning	49,7	41,4	43,2
Generellt statsbidrag	101,1	99,7	104,8
Nivåjustering	0,0	0,0	0,0
Regleringsavgift	-54,6	-55,7	-51,0
Kostnadsutjämningsavgift	0,0	-5,1	0,0
Kompensation för höjd soc. avg. för unga	1,7	0,0	0,0
	0,0	13,0	0,0
Tillfälligt bidrag för flyktingsituationen, 29,3 mkr			
periodiserat i 13 delar, dec 2015- dec 2016, enligt RKR	2,3	27,1	28,2
SUMMA	**973,5**	**1 037,4**	**1 100,3**

Not 7 Finansiella intäkter (miljoner kronor)	**Bokslut 2015**	**Bokslut 2016**	**Bokslut 2017**
Utdelningar	2,3	2,4	2,5
Bankränta	0,2	0,0	0,1
Ränta utelämnade lån	0,1	0,1	0,0
Ränta på kortfristiga placeringar	3,0	1,2	0,0
Ränta på finansiella anläggningstillgångar	7,9	7,7	9,6
Försäljningspris vid vinst försäljning finansiell anläggningstillgång	0,0	0,0	1,1
Realisationsvinst vid försäljning av finansiella omsättningstillgångar	8,7	0,0	1,5
Övriga finansiella intäkter	0,0	0,0	0,6
Ränta på kundfordringar	0,3	0,3	0,3
SUMMA	**22,6**	**11,7**	**15,7**

Not 8 Finansiella kostnader (miljoner kronor)	**Bokslut 2015**	**Bokslut 2016**	**Bokslut 2017**
Ränta på leverantörsskulder	0,1	0,1	0,1
Nedskrivning av finansiella anläggningstillgångar, Länstrafikens kaptialtillskott	0,0	0,0	8,0
Räntedel årets pensionskostnader	14,8	5,6	20,7
Bankkostnader	0,3	0,2	0,4
Räntekostnad revers hos Landstingens ömsesidiga försäkringsbola	0,2	0,0	0,0
Räntedel årets löneskattekostnad	3,6	1,4	5,0
SUMMA	**19,0**	**7,2**	**34,3**

NOTER TILL BALANSRÄKNINGEN

Not 9 Immateriella tillgångar (miljoner kronor)	**Bokslut 2015**	**Bokslut 2016**	**Bokslut 2017**
Redovisat värde vid årets början	**0,0**	**18,1**	**13,7**
Nyanskaffning	34,4	0,0	0,0
Avskrivningar	-5,1	-4,3	-4,3
Avyttringar/Utrangering, egentligen minskning av årets investering pga att konsultkostnader först aktiverades och sedan utrangerades	-11,2	-0,1	0,0
Förändring av bokfört värde	**18,1**	**-4,4**	**-4,3**
Redovisat värde vid årets slut	**18,1**	**13,7**	**9,5**

Not 10 Mark och byggnader (miljoner kronor)	**Bokslut 2015**	**Bokslut 2016**	**Bokslut 2017**
Redovisat värde vid årets början	**645,8**	**667,5**	**664,9**
Nyanskaffning	68,0	47,1	39,6
Avskrivningar	-45,8	-49,8	-49,1
Avyttringar	-0,3	-0,9	0,0
Justering	-0,1	1,1	0,0
Förändring av bokfört värde	**21,7**	**-2,6**	**-9,5**
Redovisat värde vid årets slut	**667,5**	**664,9**	**655,5**

Pågående investeringar avskrivs ej

Not 11 Maskiner och inventarier (miljoner kronor)	**Bokslut 2015**	**Bokslut 2016**	**Bokslut 2017**
Redovisat värde vid årets början	**270,0**	**258,2**	**254,8**
Nyanskaffning	47,4	71,3	57,2
Pågående investering	7,7	-7,4	-0,4
Investering aktiverad olika år i EK och AR	0,6	0,0	0,0
Avskrivningar	-65,6	-66,6	-70,6
Försäljning	-1,7	-0,7	-0,1
Utrangering	-0,3	0,0	-0,2
Justeringar	0,1	0,0	0,0
Förändring av bokfört värde	**-11,8**	**-3,4**	**-14,1**
Redovisat värde vid årets slut	**258,2**	**254,8**	**240,7**

Linjär avskrivning tillämpas för samtliga tillgångar

Not 12 Finansiella anläggningstillgångar (miljoner kronor)	**Bokslut 2015**	**Bokslut 2016**	**Bokslut 2017**
Aktier o andelar			
Länstrafiken i Jämtlands län AB	8,0	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	17,2	17,2
Almi företagspartner Mitt AB	0,5	0,5	0,5
Torsta AB	0,2	0,2	0,2
Mid Sweden Science Park AB	0,1	0,1	0,1
Vattenbrukscentrum Norr AB	0,1	0,1	0,1
Norrtåg AB	0,5	0,5	0,5
AB Transitio	1,0	1,0	1,0
Kommunalförbundet för svenskt ambulansflyg	0,1	0,1	0,1
Inera AB och övrigt diverse små andelar	0,4	0,4	0,3
Delsumma	***45,8***	***63,0***	***62,9***
Långfristiga fordringar har en löptid på ett år eller mer från balansdagen. Långfristiga fordringar består av utlämnade lån till:			
Stiftelsen Jamtli	2,2	1,8	1,7
Delsumma	***2,2***	***1,8***	***1,7***
SUMMA	**48,0**	**64,8**	**64,5**

Not 13 Lager o förråd (miljoner kronor)	**Bokslut 2015**	**Bokslut 2016**	**Bokslut 2017**
Centralförråd	4,7	5,2	5,5
Övriga förråd	8,7	9,3	7,9
SUMMA	**13,4**	**14,5**	**13,4**

Not 14 Kortfristiga fordringar (miljoner kronor)	**Bokslut 2015**	**Bokslut 2016**	**Bokslut 2017**
Kundfordringar, inkl värdereglering	52,3	51,9	57,6
Förutbetalda kostnader och upplupna intäkter	44,1	59,6	62,8
Periodisering leverantörsfakturor	25,0	59,2	69,2
Mervärdesskatt	20,8	22,2	34,9
Övriga kortfristiga fordringar	9,3	0,2	0,3
Upplupna skatteintäkter	5,7	10,0	0,0
Projektredovisning, bland annt mot EU	7,5	8,8	21,0
SUMMA	**164,8**	**211,8**	**245,8**

Not 15 Kortfristiga placeringar (miljoner kronor)	**Bokslut 2015**	**Bokslut 2016**	**Bokslut 2017**
1. Likviditetsportfölj			
Räntebärande värdepapper utgivna av:			
Svenska kommuner och landsting	10,0	10,0	0,0
Banker och bostadsinstitut med rating om lägst A-/A3	41,5	5,0	0,0
Värdepapper med lång rating om lägst A-/A3	0,0	20,1	0,0
Värdepapper svenska statsägda företag utan rating	10,0	8,0	0,0
Sammansatta kapitalgaranterade instrument med rating om lägst A/A2	11,7	0,0	0,0
Delsumma	**73,2**	**43,2**	**0,0**
2. Värdepappersportfölj för framtida pensioner			
Svenska staten	15,0	15,0	0,0
Värdepapper med rating om lägst AAA/Aaa	62,9	58,5	20,0
Värdepapper med rating om lägst Aa3/AA-	33,7	50,0	26,8
Värdepapper med rating om lägst A1/A	0,0	0,0	10,0
Värdepapper med rating om lägst WR/AAA	0,0	12,1	18,0
Värdepapper med rating om lägst Aa2/A+	0,0	0,0	20,0
Värdepapper med rating om lägst Baa3/BBB+	200,6	200,6	200,6
Fonder	99,2	88,9	81,0
Delsumma	**411,4**	**425,1**	**376,4**
SUMMA	**484,6**	**468,3**	**376,4**

Not 16 Kassa, bank (miljoner kronor)	**Bokslut 2015**	**Bokslut 2016**	**Bokslut 2017**
Kassa	0,2	0,1	0,1
Bank	278,2	144,8	234,2
SUMMA	**278,4**	**145,0**	**234,4**

Not 17 Eget kapital (miljoner kronor)	**Bokslut 2015**	**Bokslut 2016**	**Bokslut 2017**
Ingående eget kapital	353,5	121,2	-75,7
Årets resultat	-232,3	-196,8	-236,1
UTGÅENDE EGET KAPITAL	**121,2**	**-75,7**	**-311,8**

Not 18 Årets resultat enligt balanskravet (miljoner kronor)	**Bokslut 2015**	**Bokslut 2016**	**Bokslut 2017**
Årets resultat enligt resultaträkning	-232,3	-196,8	-236,1
Reducering av samtliga realisationsvinster	-1,1	-0,2	0,0
Årets resultat efter balanskravsjusteringar	**-233,4**	**-197,0**	**-236,1**
Särskilda skäl			
Omställningskostnader, omorganisation	5,7	0,9	0,3
Balanskravsresultat	**-227,7**	**-196,1**	**-235,8**
Balanskravsresultat från tidigare år	-347,2	-574,9	-771,0
Summa att återställa	**-574,9**	**-771,0**	**-1 006,8**

Not 19 Avsättningar (miljoner kronor)	**Bokslut 2015**	**Bokslut 2016**	**Bokslut 2017**
Avsättningar till pensioner	905,4	954,5	1018,4
Avsättning särskild löneskatt	219,6	231,6	247,1
Övriga avsättningar	0,0	0,0	0,0
SUMMA	**1 125,0**	**1 186,0**	**1 265,5**
Årets förändring av ansvarsförbindelsen inkl löneskatt*	**-95,1**	**-90,2**	**-68,9**
Årets avsättning för pensioner inklusive löneskatt	76,6	61,0	79,5
förändring av finansiella placeringar	40,4	13,7	-48,7
varav placerat i aktierelaterade placeringar	*14,0*	*0,2*	*10,5*
varav placerat i räntefonder och obligationer	*26,4*	*13,5*	*-98,3*
varav likvida medel i pensionsportföljen	*0,0*	*0,0*	*39,1*
Ökning/minskning av återlån (+/-), medel använda i verksamheten	**-58,9**	**-42,9**	**59,3**

*Ligger utanför balansräkningen

Not 20 Långfristiga skulder (miljoner kronor)	**Bokslut 2015**	**Bokslut 2016**	**Bokslut 2017**
Skuld Kommuninvest	0,0	0,0	100,0
Resultat likvidation Regionförbundet. Region Jämtland Härjedalen förvaltar. Regional utvecklingsnämnd beslutar om användningen av pengarna	11,8	9,5	7,1
SUMMA	**11,8**	**9,5**	**107,1**

Not 21 Kortfristiga skulder (miljoner kronor)	**Bokslut 2015**	**Bokslut 2016**	**Bokslut 2017**
Leverantörsskulder	222,4	224,0	246,1
Upplupna kostnader och förutbetalda intäkter	84,2	79,6	75,2
Preliminärskatt innevarande år	37,2	38,9	41,9
Semesterlöneskuld	94,7	95,7	100,6
Innestående jourkompensation	19,6	19,8	20,8
Innestående övertid	8,1	8,4	9,3
Upplupna löner	5,8	6,7	7,0
Upplupna sociala avgifter	94,6	103,5	104,6
Pension individuell del	69,5	75,1	78,4
Momsskulder	1,7	2,3	2,2
Skulder staten	0,0	6,2	9,8
Förutbetalda skatteintäkter	0,8	12,6	21,5
Skatteskulder, preliminärskatt pensioner	0,4	0,4	2,3
Övriga skulder.	5,7	10,7	20,0
Fria projektmedel KFC (regional utvecklingsförvaltning)	2,2	1,3	1,3
Projektskulder (regional utvecklingsförvaltning)	6,9	8,3	10,6
Avräkningskonton	-1,7	-2,4	1,0
**Avräkning forskningsanslag (projektbankbok konto 2898)	22,8	26,9	26,9
- varav villkorad återbetalning	*11,6*	*8,8*	*2,9*
SUMMA	**675,0**	**718,1**	**779,5**

*Saldot 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 förutbetald intäkt. Ungefär hälften är villkorade för återbetalning om vi inte skulle förbruka projektmedlen. Återbetalning av medlen bedöms dock inte bli aktuellt då avsikten är att alla projektmedel ska förbrukas utifrån beslutade projektplaner.

NOT TILL ANSVARSFÖRBINDELSER

Not 22 panter och ansvarsförbindelser (miljoner kronor)	**Bokslut 2015**	**Bokslut 2016**	**Bokslut 2017**
Ansvarsförbindelser			
Ansvarsförbindelse pensioner	1 950,7	1 878,0	1 822,6
Ansvarsförbindelse särskild löneskatt	473,2	455,6	442,2
Borgensåtaganden och fastighetsinteckningar			
Fastighetsinteckningar Landstingsbostäder	49,0	54,5	54,5
Region Jämtland Härjedalen har utfäst att gå i solidariskt borgen om 8 000 mkr för AB Transitio. (tågfordon Länstrafiken i Jämtland AB) Region Jämtland Härjedalen har tecknat solidarisk borgen om 4 357,5 mkr Region Jämtland Härjedalens del av detta per 31/12-17 är (regressavtalat)	261,7	313,7	292,6
Vid en uppskattning av den finansiella effekten av Region Jämtland Härjedalens ansvar för borgensförbindelse mot Kommunivest uppgick Kommuninvest i Sverige AB:s totala förpliktelse till 342 483,9 mkr och totala tillgångar till 349 243,7 mkr. Region Jämtland Härjedalens andel av de totala förpliktelserna uppgick till 200,3 mkr (0,058%) och andelen av de totala tillgångarna uppgick till 199,2 mkr (0,057%)	0,0	0,0	200,3
	0,0	0,0	199,2
Landstinget ansvarar som delägare i Patientförsäkringen LÖF för bolagets förbindelser till ett belopp motsvarande 10 gånger den premie landstinget har att erlägga för vart år som förlust har uppkommit i patientförsäkringen.	18,0	16,5	18,0
Förvaltade fonder och stiftelsers tillgång	19,0	19,0	19,4
Summa	**2771,6**	**2737,3**	**3 048,8**

Not 23 Leasing (miljoner kronor)	**Bokslut 2015**	**Bokslut 2016**	**Bokslut 2017**
Under året har landstingets leasing/hyresavgifter uppgått till*	8,1	8,2	7,5
Framtida leasingavgifter förfaller till betalning enligt följande			
Inom 1 år	8,3	8,0	7,9
Inom 2 till 5 år	8,2	8,1	7,9
Senare än 5 år	4,1	4,1	3,2
Summa övriga leasing/hyresavgifter	28,8	28,4	26,5
Under året har landstingets hyresutgifter för fastigheter uppgått till	48,6	48,7	51,8
Framtida hyror för fastigheter förfaller till betalning enligt följande			
Inom ett år	48,6	50,3	52,8
Inom 2 till 5 år	194,4	205,2	215,0
Senare än 5 år	Saknas	Saknas	Saknas
Summa hyresutgifter fastigheter	**291,6**	**304,2**	**319,6**
Summa	**320,4**	**332,6**	**346,1**

Not 24 Personal	Sammanställd redovisning	Region Jämtland Härjedalen	Landstings bostäder i Jämtland AB	Länstrafiken i Jämtland AB
Antal anställda	**4 203**	**4 174**	**4**	**25**
varav anställda kvinnor	**933**	922	1	10
varav anställda män	**3 270**	3 252	3	15
Lön VD/Styrelse, miljoner kronor	**19,8**	16,5	1,3	2,1
Lön övriga, miljoner kronor	**2 485,9**	2474,6	1,1	10,2

Not 25 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	350,8	311,3	1,9	37,7
Mark, byggnader och tekn anl tillg.	816,7	704,6	101,9	10,2
Övrigt	13,7	13,7	0,0	0,0
	1181,3	1029,6	103,8	47,9

Not 27 Ackumulerade avskrivningar	Sammanställd redovisning	Region Jämtland Härjedalen	Landstings bostäder i Jämtland AB	Länstrafiken i Jämtland AB
Maskiner och inventarier	-106,7	-70,6	-1,1	-35,0
Mark, byggnader och tekn anl tillg.	-80,6	-49,0	-22,7	-8,8
Övrigt	-4,3	-4,3	0,0	0,0
	-191,5	-123,9	-23,8	-43,8
Utgående planenligt restvärde	989,8	905,7	80,0	4,1
Checkräkningslimit	170,0	145,0	0,0	25,0

De nya ägardirektiven för Länstrafiken som togs i slutet av 2016 innebär att årsresultatet inte längre ska bokas upp om skuld eller fordran mot ägaren från och med 2017.
En kapitaltäckningsgaranti finns istället.

Då Länstrafiken i Jämtland AB visar ett underskott per 31 december 2017 på 10,2 mkr inklusive avsättning för kostnader för nedläggning av bussgods 5,6 mkr, har de fått ett kapitaltillskott från Region Jämtland Härjedalen. Kapitaltäckningsgarantin begränsar bidraget till 8 mkr, lika mycket som Länstrafikens hela aktiekapital.
Region Jämtland Härjedalen har skrivit ner aktieägarkapitalet vilket är resultatpåverkande
Länstrafiken har upprättat kontrollbalansräkning.

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 utjämningssystemen i posten generella statsbidrag och utjämning. De redovisas normalt enligt kontantmetoden vilket innebär att de redovisas vid utbetalning.

KOSTNADER

Hyres- och leasingavtal

Operationell leasing:
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 avskrivningstider 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 skrivas 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 redovisnings rekommendation nr 20 ska finansiella tillgångar klassificeras som anläggningstillgångar då syftet med innehavet är att tillgången ska innehas eller brukas stadigvarande. Medel som kontinuerligt är föremål för köp och försäljning och som är tillgängliga för att möta löpande utbetalningar, ska klassificeras som omsättningstillgångar.
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 2017 och gällande arbetsgivaravgifter för 2018.

Pensionsskuld/avsättning

Förpliktelser för pensionsåtaganden för anställda i kommunen är beräknade enligt RIPS07.

En förpliktelse att betala ut pensionsförmåner som intjänats före 1998 ska inte tas upp som skuld eller avsättning. Dessa pensioner redovisas som kostnader i resultaträkningen vid utbetalning.

Pensionsåtagande för förtroendevalda

Förtroendevalda med en uppskattad sysselsättningsgrad på minst 40 procent omfattas av ett särskilt avtal om pensionsförmåner. Pensionen beräknas till 65 procent av genomsnittet på de årsarvoden som utbetalats två år före avgång. För full pension krävs minst 12 års uppdrag och minst en mandatperiod. Visstidspension utbetalas för tid före 65 års ålder. Från 65 eller 67 års ålder omräknas pensionen till ålderspension. För tid före 65 års ålder samordnas visstidspensionen med eventuella förvärvsinkomster.

För avtal med samordningsklausul utgår beräkningen från de förhållanden som är kända vid bokslutstillfället. Om inget annat är känt görs beräkningen utifrån att ingen samordning kommer att ske.

Särredovisning av tandvård 2017

20170125 fattade styrelsen för Region Jämtland Härjedalen beslut om ”Regler för ekonomisk redovisning av tandvårdsverksamhet. Beslutet innebär att Region Jämtland Härjedalen ska följa den nationellt överenskomna modellen för särredovisning av tandvård. Beslutet beskriver även hur de olika kraven i modellen uppfylls.

2017 års transparensbokslut visar ett underskott i den konkurrensutsatta delen av verksamheten på -5,3 miljoner kronor och ett underskott på -0,9 miljoner kronor i den konkurrensskyddade delen. Analys av resultatet återfinns i Folktandvårdens bokslut. Enligt styrelsens beslut ska underskottet i den konkurrensutsatta delen överföras till nästkommande verksamhetsår.

Huvudorsaken till den avsevärt försämrade ekonomin är färre vårdgivare i tjänst och väsentligt mycket mindre vård har utförts (erbjuden tid). Mindre vårdtid innebär färre timmar att debitera och volymen räcker inte för att täcka de fasta kostnader som inte följer produktionen. Personal har i större utsträckning än tidigare fått resa till orter där bemanningen varit för låg att klara de prioriterade patientgrupperna. Detta har varit nödvändigt men är dåligt ur ett ekonomiskt perspektiv. Det är svårt att bibehålla bra arbetsflöden när kontinuiteten i bemanningen störs.

Inom allmäntandvården har den erbjudna tiden minskat med 4 354 timmar. Glädjande är dock att specialisttandvården ökat med 1 347 timmar. Kostnaden för varje producerad vårdtimme ökat med 67 kronor samtidigt som intäkten minskat med 46 kronor.

Verksamhetsgrenar	KUV/KSV*	Summa intäkter	Summa kostnader	Årets resultat
Barn- och ungdomstandvård				
Allmäntandvårdsersättning 3-19 år	KUV	30 858	-33 648	-2 790
Befolkningsansvar (allmäntandvård)	KSV	6 439	-6 548	-109
Specialisttandvård	KSV	13 525	-15 954	-2 429
Vuxentandvård				
Allmäntandvård vuxna	KUV	58 461	-62 406	-3 945
Befolkningsansvar	KSV	9 053	-9 940	-887
Specialisttandvård	KUV	10 632	-11 576	-944
Uppsökande tandvård, nödvändig tandvård till vissa äldre och funktionshindrade och tandvård som ett led i kortvarig sjukdomsbehandling	KUV	18 257	-15 862	2 395
Särskilda uppdrag				
Folkhälsoinsatser	KSV	290	-287	3
Kompetensförsörjning	KSV	3 200	-2 439	761
Tolkar, sjukresor	KSV	2 635	-2 076	559
Offentlighet och förvaltning	KSV	3 742	-4 671	-929
Ofördelat	KSV	2 028		2 082
Stab/Kansli				
Stab/Kansli	KUV	7 643	-7 643	0
SUMMA FOLKTANDVÅRD		**166 763**	**-173 050**	**-6 233**
RESULTAT KONKURRENSSKYDAD (KSV)		**40 912**	**-41 915**	**-949**
RESULTAT KONKURRENSUTSATT (KUV)		**125 851**	**-131 135**	**-5 284**
SUMMA FOLKTANDVÅRD		**166 763**	**-173 050**	**-6 233**

* KUV=Konkurrensutsatt verksamhet, KSV=Konkurrensskyddad verksamhet

.

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.

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.

Immunsuppressiva läkemedel verkar genom att hämma eller hindra immunförsvarets aktivitet. Denna typ av läkemedel används främst när det är nödvändigt med en sänkning av kroppens naturliga försvar mot något främmande- oftast efter en organtransplantation. Dessa läkemedel hindrar kroppen från att stöta bort det nya (främmande) organet, tex. ett nytt hjärta eller en ny lever. Livslång medicinering med immunhämmande medel är nödvändig efter en organtransplantation. Många immunhämmande medel kan hämma utvecklingen av allvarliga hudsjukdomar (tex. svår psoriasis) och kan lindra svår ledgångsreumatism.

Investering
Definieras som inköp av anläggningstillgångar såsom fastighet, utrustning eller maskiner med varaktighet över 3 år och ett inköpsvärde på minimum ett halvt basbelopp.

Likvida medel
Företagets penningtillgodohavanden i kontanter: kassa, postgiro, bank och bankgiro men även utländska sedlar, erhållna checkar, postanvisningar och postväxlar som ännu inte lösts in. Ordet likviditet är en definition av företagets betalningsförmåga på kort sikt.

Nettoinvestering
Årets investeringsutgifter efter avdrag för årets försäljning och utrangering.

Nettokostnad
Verksamhetens intäkter (avgifter och ersättningar) minus verksamhetens kostnader (personal, material, tjänster och avskrivningar). Nettokostnaden finansieras med skatter och generella statsbidrag.

Nyckeltal och nyckelindikatorer
Ett sätt att genom jämförelsetal beskriva verksamheten och göra den jämförbar över tid och med andra företag. Nyckeltal används i samband med uppföljning för att bland annat mäta effektivitet vid resursanvändning. Exempel på nyckeltal är soliditet och likviditet.

Periodisering
En fördelning av kostnader och intäkter på den redovisningsperiod till vilken de hör.

Realisationsvinst eller reavinst
Vinst som uppstår vid försäljning, till exempel vid fastighetsaffärer. Realisationsvinsten är försäljningsvärdet minus bokfört restvärde och eventuella försäljningsomkostnader.

Regionkoncernen
Regionen med dess förvaltning samt de aktiebolag, ekonomiska föreningar och stiftelser där Regionen har ett väsentligt inflytande.

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).

TNF-Hämmare (eller TNF-blockerare) har kommit att utgöra grundbehandlingen av de med en svårare, kroniskt inflammatorisk sjukdom som Crohn, RA (Reumatoid Artrit), Psoriasisartrit, Psoriasis och AS (Ankyloserande Spondylit).

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 interimsfordring.

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.

Bilaga 1 till Årsredovisning 2017:
Uppföljning av framgångsfaktorer

Hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen
Anna-Kerstin Lejonklou
Tfn:063 - 15 34 57070- 6001908
E-post: anna.k.lejonklou@regionjh.se

2018-02-27
RS/781/2017

Bilaga 1: Uppföljning av framgångsfaktorer 2017

I regionstyrelsens, vårdvalsnämndens och regionala utvecklingsnämndens verksamhetsplaner finns ett antal framgångsfaktorer (utvecklingsområden). De anger respektive nämnds eller styrelse prioritering för 2017 utifrån de strategiska mål som regionfullmäktige fastställt.
Framgångsfaktorerna följs upp genom beskrivningar och där det är möjligt i form av indikatorer. Uppföljningen ligger sedan till grund för den samlade bedömningen av måluppfyllelsen för de fyra perspektiven som redovisas i tertialrapporten, delårsbokslutet och årsredovisning genom en sammanfattande beskrivning och ett cirkeldiagram.

Måluppfyllelsen för framgångsfaktorerna bedöms efter följande skala:

	Rätt åtgärder är utförda. Inga ytterligare åtgärder behöver göras under 2017. Framgångsfaktorn är uppfylld.
	Rätt åtgärder är planerade och/eller påbörjade.
	Fel åtgärder eller inga åtgärder är planerade eller påbörjade.

Innehåll

Uppföljning alla framgångsfaktorer 1
Perspektivet Samhälle 2
Perspektivet Patient 16
Perspektivet medarbetare 23
Perspektivet Verksamhetsresultat 27

Perspektivet Samhälle

Framgångsfaktorerna inom perspektivet samhälle verkställs av regionstyrelsen, regionala utvecklingsnämnden och vårdvalsnämnden.

Regionala utvecklingsnämnden har förutom nedanstående framgångsfaktorer att upp ett antal ytterligare aktiviteter att arbete med utifrån nämndens reglemente. Resultatet av måluppfyllelsen för de målen återfinns i regionala utvecklingsnämndens delårsbokslut

Strategiskt mål samhälle	Framgångsfaktor* * Ny från 31/5	Resultat helår 2017	Kommentar.
Stimulera så att innovativa och framtidsinrik tade idéer blir färdiga produkter och tjänster genom bra stöd, god beredskap och snabb hantering.	**Regionstyrelsen**		
	Etablera eHälsocenter som nav för samverkan om e-hälsofrågor mellan det offentliga och näringslivet. *	↑	Arbetet pågår. I november öppnades eHälsocentrum som ytterligare förstärker innovationsmiljön i samverkan med kommuner och näringsliv. Fram till december månads utgång var det 17 av 35 arbetsplatser uthyrda. En framgångsfaktor för e-Hälsocentrum har visat sig vara de inspirationsföreläsningar som genomförs sista torsdagen varje månad. Dessa lockar stor publik, framförallt från näringslivet.
	Vårdvalsnämnden		
	Stimulera innovationsutveckling hos hälsovalsaktörerna.	→	Innovationsutveckling pågår. Dock har stimulanspeng för innovation inte prioriterats under 2017.
	Regionala utvecklingsnämnden		
	Samarbete med ALMI gällande Innovationsstöd till företag som har innovativa idéer i form av innovationscheck till företagen	↑	ALMI:s måluppfyllelse är mycket god
	Information om stödmöjligheter och ansökningsblanketter på hemsida ska vara genomfört.	↑	Genomfört.
	Kompletterande funktion för att stimulera den entreprenörsdrivna entreprenörsprocessen	→	Enligt OECD finns i länet många intressanta men i ett större sammanhang, alltför små företag. En del av denna utveckling kan förklaras via centralt styrda innovationsprocesser. Men samtidigt så finns i vårt glesa perifera område en entreprenörsdriven innovationsprocess, som kommer ifrån de enskilda företagen. En förstudie visar på behovet av en mer

Strategiskt mål samhälle	Framgångsfaktor* * Ny från 31/5	Resultat helår 2017	Kommentar.
			efterfrågestyrd process, som skall komplettera de centrala initiativen. För att lägga grunden för denna funktion är rekommendationen att genomföra en utvärdering som går igenom de 44 pågående projekten, deras inriktning och vad de ger för effekter, för att sedan utforma den kompletterande funktionen.
	Verka för genomförandet av innovationsstrategin i offentliga sektorn och näringslivet i regionen	⇧	Under 2017 arbetas primärt med följande fem aktiviteter i det Regionala Innovationsprogrammet (RIP) utifrån Region Jämtland Härjedalens roll att leda det Regionala tillväxtarbetet: • Aktivitet 1 - Regionalt verksamt.se • Aktivitet 9 och 75 - Stödjande projektkontor • Aktivitet 20 - Skapa Mötesplats Jämtland Härjedalen • Aktivitet 66 - Skapa gräns-överskridande mötesplats • Aktivitet 74 - Skapa stödjande mötesplats för cirkulär ekonomi • Aktiviteterna 20, 66, 74 och 75 kommer vi operativt arbeta med inom vårt projektkoncept "SMICE" ("Samskapande Mittnordisk Innovationsarena för Cirkulär Ekonomi") tillsammans med Sör- & Nord Tröndelags fylkeskommuner. • Aktivitet 9 förbereder vi flera aktiviteter inom tillsammans med innovationsstödsystemet bl.a. via en ansökan till Vinnova med projektnamn "Gräsrotskraft - flippat projektstöd för eldsjälar". Aktivitet 1 arbetar vi med underlag för att hitta en uthållig lösning i dialog med innovationsstöd-systemets parter. Dialog om hur de övriga 75 aktiviteterna ska genomföras förväntas bl.a. ske medborgardrivet inom de prioriterade mötesplatserna som Region Jämtland Härjedalen ansvarar för. I arbetet med företagsstöd så har RUN genom område näringsliv möjlighet att bevilja medfinansiering för investeringar i byggnader, maskiner, marknadsföring, produktutveckling och innovationsfinansiering. 64,3 mnkr har beslutats under årets åtta första månader. Projektmedel används också för att initiera utvecklingsinsatser, som till största del sker i någon form av samarbete med företag/ organisationer. Till och med augusti har beslut fattats för 58,2 mnkr. Exempel på sådana insatser är projekten AlmiInvest, Smart Industri, Strategisk Kompetensförsörjning, Konstupplevelser i världsklass och Samarbete skolan och industri, där samarbetsparten är just IUC Group AB. Ett annat exempel är finansiering av inkubatorn som har sin placering på campus i Östersund. Verksamheten har erhållit både projektmedel och grundfinansiering.

Strategiskt mål samhälle	Framgångsfaktor* * Ny från 31/5	Resultat helår 2017	Kommentar.
	Verka för att besöksnäringen fortsatt utvecklas i regionen		Enligt senast tillgängliga statistik uppgick antalet gästnätter totalt till 10,7 miljoner (+4 %), varav 3 miljoner i kommersiellt boende. Genom delägda bolag eller föreningar som regionen är medlem i, arbetar förvaltningen indirekt med rubrikens mål. Ett exempel är Jämtland Härjedalen turism, som arbetar med att utveckla turismutbudet. Det handlar om allt från företagens och destinationer aktivitetsutbud till företagens egen utveckling. Kompetensplattformen deltar i ett branschråd för besöksnäringen (Swetour) som jobbar med kompetensförsörjningsfrågor inom branschen. Under 2017 har ett Position Paper tagits fram där rådets prioriteringar och aktiviteter är definierade.
	I samarbete med övriga Region Jämtland Härjedalen stimulera innovationer inom sjukvård och omsorg		Under året hr flera möten med Fou angående deras kommande projektansökan 0.1–1.0 genomförts. Det omfattande projektet med att ta fram ett giftfritt alternativ till blodpåsar av PVC avslutades 30 juni med slutrapportering i september. Projektet har haft deltagande företag från flera länder och tester har utförts av såväl vår egen specialistvård som Karolinska universitetssjukhuset. Resultatet är mycket lyckat och kan ligga till grund för en kommersiell lansering. Interregprojektet VälTel arbete med att utveckla välfärdsteknologi inom både regionen och länets kommuner pågår.
	Delta på företagarföreningars möten med information kring stöd- och sökmöjligheter		• 26/1: Nyföretagarcentrum/Innanförs-akademin – informationsmöte för nyanlända. • 21/2: Informationsträff i Ragunda – deltagande företagare, Nyföretagarcentrum, Almi, Länsstyrelsen (Landsbygdsprogrammet), Leader3Sam och Peak Region Science Park. • 28/3: Bergs kommuns företagarvecka. • 29/3: Kontrollantutbildning av våra kontrollanter tillsammans med personal från Tillväxtverket. • 6/4: Intern kontrollant-utbildning av kommunernas Näringslivskontor. Information om stöd mm gavs. Berit & Gunilla • 18–19/4: Deltagit i informationsmöte från Europeiska Investeringsbanken – vi höll ingen info, men mingel. • 1/12 Deltagit på Samling Näringslivs företagareträff och informerat om EIB och stödsystemet.

Strategiskt mål samhälle	Framgångsfaktor* * Ny från 31/5	Resultat helår 2017	Kommentar.
	”Öppen dörr” för att ta emot företagsbesök	→	Medarbetare på näringslivsenheten har ett öppet och välkomnande arbetssätt. Men det upplevs inte öppet och välkomnande i lokalerna på Lagmannen där företagen har svårigheter att ta sig in. Sedan 1/12 har Näringsliv två skrivbordplatser på Campus i Hus U och kommer på sikt att kunna ha en mer öppen dörr.
	Bra samarbete med kommunernas näringslivsenheter	↑	Möten med näringslivschefer/ tillväxtchefer sker en gång i månaden, sammankallande är områdeschefen för näringsliv. Information om 1:1 medel till näringslivskontoren sker fortlöpande över året.
Effektiv infrastruktur kring vägar, järnvägar, flyg, bredband och digital teknik	**Regionala utvecklingsnämnden**		
	Medverka i arbetet för fossilfritt 2030	↑	Utsläppen ligger under uppsatta värde för kollektivtrafiken 2016 och kommer att fortsätta sjunka, tack vare övergång till eldriven trafik och utbyte av fossil diesel till HVO. Energikontoret jobbar aktivt i samverkan med regionala företag för utbyggnad av ladd infrastruktur. Via Klimatråd Jämtlands län sker samordning av insatser kopplat till fossilfria drivmedel, t ex en startad dialog med aktörer inom tunga transportsektorn.
	Arbeta fram, och under år 2018 fastställa, en ny Länstransportplan för perioden 2018 – 2029 utifrån regeringens direktiv och ramar. (redovisas som aktivitet 2017, men som mål 2018)	↑	Plan är framtagen och beslutsprocess pågår. Under 2018 är uppgiften att se till att planerade projekt påbörjas/genomförs enligt plan.
	Verka för ett ökat kollektivt resande	↑	2017 visar på ett ökat resande med Länstrafikens färdbevis i både tätortstrafiken och länstrafiken, ökningen är ca 1 %. Preliminärt gjordes i länstrafiken 2 621 000 resor och i tätortstrafiken 3 758 000 resor.
	Verka för att Regionens intressen tas till vara i Trafikverkets förslag till ny Nationell plan för transportsystemet för perioden 2018 – 2029.	→	Yttrande över Nationella planen lämnades i oktober 2017. Två högt prioriterade objekt finns med E14 förbifart Brunflo och E45 Rengsjön – Älvros. Utökas ramen kommer också åtgärder på Mittbanan att genomföras.

Bilaga 1 till Årsredovisning 2017:
Uppföljning av framgångsfaktorer

Strategiskt mål samhälle	Framgångsfaktor* * Ny från 31/5	Resultat helår 2017	Kommentar.
	Verka för att minst 90 % av alla hushåll och företag har tillgång till bredband om minst 100 Mbit/s vid utgången av 2020 (redovisas som aktivitet 2017–2019, men som mål 2020)	→	T o m 31 oktober 2016 har 51 % av länets hushålltillgång till bredband om minst 100 Mbt/s. Statistik för 2017 presenteras i mars 2018. Regionala utvecklingsnämnden har beslutat att den regionala bredbandsstrategin ska revideras. Arbete pågår via regionens bredbandskoordinator.
	Fler utexaminerade med IT-kompetens	↑	Under året har det genomförts föreläsningar om digitalisering för elever på Mittuniversitetets Turismprogram. Det har också genomförts träffar om kompetensförsörjning och kvinnor/flickor inom IT yrken med Barn- och utbildningsförvaltningen, näringslivskontoret, lärcentrum Östersunds kommun och MIUN. Dialog med projektet LärOm och studieyrkesvägledares roll. Arbete pågår med utveckling av statistik av utexaminerade, särskilt viktigt att den kan delas upp på flickor och pojkar.
	Verka för en digitalisering i samhället	↑	Det har initierats ett nätverk för ansvariga för nya dataskyddsförordningen i kommuner, förbund och regionen. Initierat utbildning i nya dataskyddsförordningen. KITe ett samverkansprojekt för kommuner, förbund och regionen inom kompetens, IT, eHälsa och eFörvaltning. Deltar i interregprojektet SMICE med fokus på digitalisering. Bäckedals Folkhögskola har arbetat fram nya distansutbildningar inom fotografering, textil och allmän kurs med planerad uppstart under 2018.
Kulturen har en viktig roll för regional utveckling, hälsa, delaktighet, inflytande och personlig utveckling	**Regionala utvecklingsnämnden**		
	God spridning av kulturaktiviteter med hög kvalitet i regionen Minst 50 % av utbudet utanför Östersunds kommun Minst 50 % av utbudet till barn och unga.	↑	53 % 61 %
	Genomföra Kultur i vården-program och särskilda programaktiviteter för seniorer	↑	Kultur i vården är främst scenkonstarrangemang för i vården alla förekommande former av boenden, men även öppna mötesplatser för äldre. ett 40-tal produktioner har getts till demensboenden, äldreboenden, servicehus, öppna mötesplatser.
	Utveckla arbetet med volontärsarbete	→	Jamtli redovisar utfallet i sitt bokslut i mars

Strategiskt mål samhälle	Framgångsfaktor* * Ny från 31/5	Resultat helår 2017	Kommentar.
	Fortsätta arrangörsutvecklingsarbetet med särskild inriktning på unga arrangörer och nyanlända	↑	För att stärka arrangörsutveckling för Estrad Norr förs dialog med kommunerna. Genom kommunikation och framförhållning ska utbudet vara relevant för mottagaren. Fortbildning för arrangörer ges genom Filmpool och Riksteatern.
	Öka möjligheten att arbeta med regionens konst inom hälso- och sjukvården	↑	Ett tiotal konstuppdrag har genomförts, 7 regionenheter har fått konsultation av konstnärer, varav Strömsunds hälsocentral med samisk profil. Konstdatabasen har uppgraderats. Ny utställning planeras i Primusrummet.
	Utveckla det pedagogiska arbetet med nyanlända och ensamkommande barn	↑	Ett tjugotal aktiviteter har genomförts, exempelvis Konstkollo där ensamkommande och nyanlända ungdomar deltagit. Kulturbussens aktiviteter har många nyanlända barn o unga nåtts i alla kommuner.
	Samverka för insatser i det regionala integrationsarbetet	↑	Särskilda stödinsatser till integration genom kultur om cirka 15–20 aktiviteter. Integrationsworkshops har genomförts inom film resp. bild och formområdet.
Integration genomsyrar hela det regionala utvecklingsarbetet	**Regionstyrelsen**		
	Utreda hur enhet för asyl-flyktinghälsa kan vara ett stöd till övriga verksamheter samt hur enheten kan främja positiv hälsoutveckling för asylsökande och nyanlända. *	↑	Det pågår ett arbete i samverkan med chef för Asyl-flyktinghälsa om att tydligare beskriva arbetssätt och prioriteringar i en flexibel organisation som är anpassningsbar utifrån de skiftande behov och förutsättningar verksamheten ställs inför. Psykosociala resurser är anställda för att möta påtalade behov. Samverkan genomförs utifrån barn och mödravård. Enhetschef ansvarar för utarbetande av flödesanalys som beskrivning av arbetssätt och ärendeflöde. Plan för mottagande av asylsökande och nyanlända flyktingar godkändes av regionledningen i maj 2017. Planen utformades för att ge stöd till verksamheternas dagliga arbete och främja att verksamheterna i Region Jämtland Härjedalen ska klara sitt befintliga uppdrag och kunna ge asylsökande den service och hälso- och sjukvård som de har rätt till. Mål är framtagna men inte fastslagna.
	Genomföra regionövergripande utbildningar inom område asyl- och flyktingsjukvård, där kulturkompetens ingår.	↑	Fyra utbildnings/föreläsningsdagar har genomförts under hösten 2017. ”Psykisk hälsa/ohälsa hos nyanlända flyktingar” den 19 oktober, ”Hederskultur/hedersvåld/ oskuldskontroller/könsstympning” den 14 november ”Vad flyr jag från- Vad kommer jag till” den 28 november. ”Tortyrskador, psykosomatik, sociokulturella, professionella, samhälleliga och etiska aspekter kring aktivitet, hälsa, vård, omsorg, rehabilitering för etiska minoriteter” den 6 december.

Strategiskt mål samhälle	Framgångsfaktor* * Ny från 31/5	Resultat helår 2017	Kommentar.
	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.		Modell för praktik för nyanlända akademiker inom hälso-och sjukvård publicerad av personalavdelningen den 21 juni 2017.
	Vårdvalsnämnden		
	Följa upp hur vårdgivarna inom hälsovalet tar tillvara på kompetens som synliggörs och bereder möjlighet till anställning.		Genomfört i uppföljningen för 2016
	Regionala utvecklingsnämnden		
	Utveckla samarbete med kommunerna och arbetsförmedlingen kring frågor om inflyttades möjlighet till anställning		Deltar i dialog med nationell och regional nivå angående ökade möjligheter för arbetsförmedling och kommuner att samverka i regionala/kommunala projekt. Socialfondsprojektetet Integration Jämtland Härjedalen avslutades vid årsskiftet och syftar till att underlätta för nyanlända att komma närmare arbetsmarknaden eller etablera sig i arbete eller studier. En Ledningsgrupp för de socialfondsprojekt som har en regional projektledning har skapats. Gruppen kallas för ”Vägen till arbete” och består av representanter från kommunerna, Arbetsförmedlingen och Region Jämtland Härjedalen. Fokus är att få till så bra samhandling som möjligt för att skapa bästa möjliga förutsättningar för inflyttade att få en sysselsättning i länet.
	Utveckla och förbättra metoder och processer i samverkan med övriga aktörer kring etableringen på arbetsmarknaden		Pågår i socialfondsprojekt UVAS - unga som varken arbetar eller studerar. Har fått förlängning fram till 20 juni 2018. Pågår i socialfondsprojekt Öppen Arena. Startade 2017 04 med analysfas i de fem kommuner som deltar i projektet. Övergick i genomförandefas från och med oktober. Plug In 2.0” har arbetat med att höja kvalitén inom skolan så att fler erhåller examen-utbildning vilket underlättar inträdet på arbetsmarknad. En förutsättning är ett nära samarbete med arbetsmarknad och tydliga strukturer. Pågår i projektintegration Jämtland Härjedalen (se ovan) Projekt Yrkesspråk jobbar med att hitta modeller och smidiga samverkansformer mellan aktörer kring utrikes

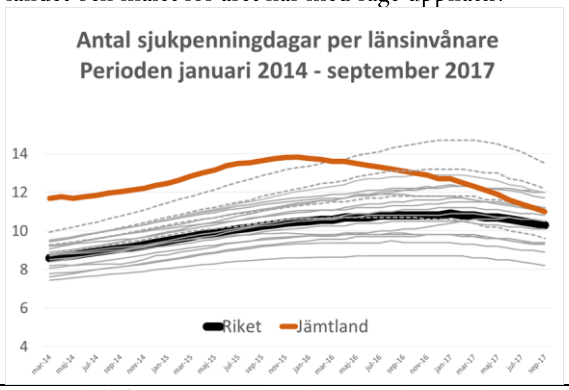
Strategiskt mål samhälle	Framgångsfaktor* * Ny från 31/5	Resultat helår 2017	Kommentar.
			födda. I förlängningen är målet att stärka utrikesföddas kompetens inom branscher med stor efterfrågan på arbetskraft. Socialfondsprojektet Yrk-In, som delvis är en förlängning av Plug-In, riktar sig bland annat till nyanlända ungdomar och unga vuxna. Projektet startade hösten 2017 och projektet är nu inne i analysfasen där man närmare tar reda på behoven av åtgärder kopplat till utbildningsinsatser. Genomförandefasen påbörjas i januari 2018. Bland annat tittar man på flexibla antagningar till vuxenutbildningen
	Utveckla modeller och strukturer för språkinlärningen	⇧	Ett av målen i Plug In2.0 är att arbeta med nyanländas lärande, en del kommuner ar fördjupat si mer inom det, (SprsIm). I projekt Yrkesspråk som arbetar med utveckling av SFI är analysfasen klar och man jobbar från och med september med genomförandet. Ett arbete för att mäta och analysera genomströmningen på gymnasiets individuella program för språk (IMSPR) har påbörjats. Ett av målen för projekt Yrkesspråk, som gått in i sin genomförandefas, är att effektivisera språkinlärningen för vuxna utrikes födda. Deltagande lärare och utbildningschefer har rekryterats till utbildning som startade i september.
	Samverka och stötta civilsamhällets insatser för integrationen av nyanlända och inflyttade i regionen	⇧	Ett exempel på utvecklingsarbete för att stödja företagsutveckling och arbetsskapande sysselsättning inom sociala företag är det projekt Arbetsintegrerande sociala företag, som Region Jämtland Härjedalen tilldelats av Tillväxtverket. Projektet genomförs i samarbete med Östersunds kommun, Samordningsförbundet och Coompanion Jämtlands län. Bäckedals Folkhögskola avslutade kursen ”Svenska från dag ett” under vårterminen 2017 för asylsökande med totalt 287 deltagarveckor tilldelade. I projekt Integration Jämtland Härjedalen har några kommuner en frivilligsamordnare som koordinerar arbetet i kommunen. Dialog med kommuner och Länsstyrelsen om hur arbetet ska fortsätta att utvecklas och goda exempel och erfarenheter ska spridas i länet.

Strategiskt mål samhälle	Framgångsfaktor* * Ny från 31/5	Resultat helår 2017	Kommentar.
Jämtland Härjedalen har en ökad inflyttning med fler i arbete och ökat företagande	**Vårdvalsnämnden**		
	Säkerställa att medborgarna får tillgång till likvärdig vård och känner trygghet. Viktigt vid planerande av vårdens utveckling och i samverkan med kommunerna.	↑	Följer hälso- och sjukvårdsförvaltningens arbete.
	Följa utvecklingen för vårdgivarna i gränstrakter och turistorter kring hur de arbetar för att bli attraktiva för utomlänspatienter	↑	Arbete pågår kontinuerligt med att bli attraktiva för alla patienter.
	Regionala utvecklingsnämnden		
	Faktabaserad kunskapsspridning om det demografiska läget och dess största påverkansfaktorer	→	Med bas i tidigare arbeten, OECD-rapporten och sammanställningen av Läget i länet har ett samlat program för befolkningsutvecklingen i Jämtlands län utformats. Det består av en helhet med sex olika insatsområden med en samordnande koordinatorfunktion upprätthållen av Region Jämtland Härjedalen. Utfallet baseras på möten med olika aktörer och personer, där en fördjupad dialog genomförts kring målsättning, prioriteringar och innehåll. Det slutliga resultatet har löpande redovisats i olika regionala instanser och sammanhang. Beslut är sedan taget att starta arbetet med Programmet för långsiktig befolkningsutveckling, där arbetet nu pågår med att utforma en handlingsplan, med budget för de kommande året. Målet är att kunna fastställa en långsiktig, helst 10-årig plan.
	Nära samverkan med kommuner och näringsliv gällande inflyttning och rekrytering	↑	Sex integrationschefsmöten och en workshop har genomförts under året. En handlingsplan för höstens gemensamma arbetsområden har tagits fram vilket bland annat är styrgrupp för projekt Integration Jämtland Härjedalen, genomströmning på gymnasiet, trafikkunskap el liknande, öka andelen nyanlända i arbete och studier.
Förbättrad psykisk hälsa	**Regionstyrelsen**		
	Utveckla behandlingsmetoder och förebyggande insatser för psykisk hälsa.	↑	Stöd och behandlingsplattformen är klar att använda inom Region Jämtland Härjedalen. Upphandling av moduler som ska användas av vuxenpsykiatrin och primärvården genomfördes under våren. Utbildning av tilltänkta behandlare genomfördes också under våren. Hälsocentralen påbörjade patientarbete strax före sommaren. Inom övriga primärvården och inom

Strategiskt mål samhälle	Framgångsfaktor* * Ny från 31/5	Resultat helår 2017	Kommentar.
			vuxenpsykiatrin har arbetet med patientbehandling inte kommit igång. Mycket tid har ägnats åt till att få igång tekniken och stötta andra verksamheter.
	Utveckla samverkan med Norge, Västerbottens läns landsting och Norrbottens läns landsting om stärkt psykisk hälsa bland samer.		Ett gemensamt projekt med syfte att etablera ett kunskapsnätverk för samisk hälsa har startats tillsammans med Västerbottens läns landsting och Region Norrbotten. Projektet finansieras av Socialdepartementet. En länskoordinator har rekryterats. Arbete med att ta fram en aktivitetsplan har påbörjats. Projektet pågår till december 2019. Arbete pågår för att skriva om och förnya det formaliserade samarbetet med SANKS (Samisk nasjonalt kompetenasesenter psykisk hlesevern og rus) i Nordnorge. Dessutom förs samtal om hur Härjedalen kan samverka med Röros i vården av samiska patienter med i första hand psykisk ohälsa.
	Genom uppdrag till samordnare påbörja ett regionövergripande arbete med att följa upp och utveckla det suicidpreventiva arbetet. *		Samordnare för att påbörja det regionövergripande förebyggande arbetet att minska självmord tillträdde i maj. Framtagande av regional handlingsplan för suicidpreventivt arbete påbörjades i juni, med deltagande från Region Jämtland Härjedalen och kommunerna i länet. Ansatsen är att handlingsplanen ska vara färdigställd i mitten av 2018. Det pågår även en satsning genom utbildning av instruktörer i MHFA (första hjälpen till psykisk hälsa). Under hösten har 35 personer att utbildats fördelade till kommunerna, Jämtlands Gymnasieförbund (elevhälsan), sameorganisationer, jägarförbundet samt primärvården. En deltagare från vuxenpsykiatrin har gått utbildningen.
	Högre grad av samverkan och samarbete med andra särskilt skolan.		Samverkan är i många delar god mellan BUP och elevhälsa samt socialtjänsten. Dock kan samverkan fortsatt förbättras för att göra stöd och vård till barn och ungdomar effektivare och bättre samordnad. Starten av samfinansierat team mellan BUP och socialtjänsten i Östersund (IKB) är ett positivt exempel. För bättre samverkan mellan BUP och Elevhälsa skulle en skriftlig överenskommelse mellan kommunerna och Regionen behöva upprättas.
	Vårdvalsnämnd		
	Följa utvecklingen av behandlingsmetoder och distansoberoende teknik för behandling och		Ingår i den statliga satsningen för psykisk hälsa

Strategiskt mål samhälle	Framgångsfaktor* * Ny från 31/5	Resultat helår 2017	Kommentar.
	förebyggande arbete inom psykisk hälsa		
	Följa upp handlingsplanen för den statliga satsningen om psykisk hälsa	⇧	Pågår
	Regionala utvecklingsnämnden		
	Särskilda prioriteringar i folkhälsoarbetet ska vara att främja den psykiska hälsan samt att förebygga psykisk ohälsa hos unga	⇧	Årligen sluts överenskommelser mellan regeringen och SKL inom område psykisk hälsa. Under 2016 gavs stimulansmedel till kommunerna och Region Jämtland Härjedalen för att göra en gemensam analys och handlingsplan. Två samordnare har utsetts från regional utveckling att leda det länsövergripande med ”Handlingsplan för kommunerna i Jämtlands län och Region Jämtland Härjedalen – område psykisk hälsa 2016–2020”. Processarbetet löper enligt plan. Under våren genomfördes en länsövergripande analys inom området barn och ungas psykiska hälsa (upp till 24 år). Bland annat genomfördes en enkätundersökning avseende den psykiska hälsan bland ungdomarna i länet med drygt 700 respondenter (i åldrarna 15–24 år). Resultatet av analysen har lagt grunden för de mål som tagits fram inom ramen för årets handlingsplan. Återredovisning kring 2017 års handlingsplan och stimulansmedel har skett från huvudmännen till SKL den 31 oktober. Inom ramen för handlingsplanen psykisk hälsa hölls i mars 2017 en regional konferens kring suicidprevention med 450 deltagare. En Regional samordnare för suicidprevention har anställts. Arbetet med en Regional handlingsplan för suicidprevention har påbörjats och förväntas vara färdig i mitten av 2018. En länsövergripande riktlinje; samverkan i form av Barnhälsoteam har tagits fram under våren och ska implementeras i kommunerna. Barnhälsoteam syftar till en tidig samverkan mellan förskola, BVC och socialtjänst. Det tas för närvarande fram en överenskommelse samt riktlinjer om samarbete mellan regionen och länets kommuner avseende samverkan kring barn placerade i familjehem eller HVB-hem. En väl fungerande samverkan mellan huvudmännen är avgörande för att placerade barn och unga ska tillgodogöra sig en god fysisk- och psykisk hälsa. Ett exempel på utvecklingsarbete för att stödja företagsutveckling och arbetsskapande sysselsättning inom sociala företag är det projekt Arbetsintegrerande sociala företag, som Region Jämtland Härjedalen tilldelats av Tillväxtverket. Projektet genomförs i

Strategiskt mål samhälle	Framgångsfaktor* * Ny från 31/5	Resultat helår 2017	Kommentar.
			samarbete med Östersunds kommun, Samordningsförbundet och Coompanion Jämtlands län. Bäckedals Folkhögskola har startat upp studiemotiverande folkhögskolekurs (SMF) under höstterminen för att ge ungdomar som saknar betyg från grund- och gymnasieskolan ett ökat självförtroende att studera och därmed få jobb. Vi har blivit tilldelade 32 platser och utav dessa har Arbetsförmedlingen anvisat 11 platser. Projekt Plug In2.0 arbetar med framgångsfaktorer (framtagna av projektet) för att utveckla metoder och modeller i arbetet med ungas/hälsa och ohälsa
Hälsofrämjande och trygga levnadsvillkor och samordnad hälso- och sjukvård för minskade sjukskrivningstal	**Regionstyrelsen**		
	Utveckla rutiner för upptäckt av barn och unga som utsätts eller riskerar att utsättas för psykiskt och fysiskt förtryck.	↑	Rutin framtagen för att ”fråga om våld i nära relationer”. Likaså finns rutin för dokumentationen i Cosmic samt dokumentation/ärendehantering av orosanmälan. Inrättat barnskyddsteam på Barnkliniken arbetar för att sprida kunskap och förbättra rutiner. Funktionsansvarig för våld i nära relationer utsedd på BUP.
	Etablera ett gemensamt chefsnätverk för BUP och elevhälsan där också ungdomsmottagningarna har möjlighet att delta. *	↑	Områdeschef BUV samt Enhetschef Ungdomsmottagningarna deltar i chefsnätverk med elevhälsochefer.
	Riskbruksverksamheten ska prioritera aktiviteter i syfte att minska tobaksbruket hos ungdomar inom handlingsplanen för en tobaksfri region 2025.	↑	Aktuella aktiviteter: • ”Stopp det är du värd”, • Motiverande samtal till personal som skall stödja ungdomar som vill minska tobaksanvändning. • Informationskampanj om goda levnadsvanor. • Tobaksfri duo.
	Tillsammans med kommunerna analysera resultat från hälsosamtal i skolan, med syfte förebygga övervikt och fetma hos barn och ungdomar.	↑	Rapport om hälsosamtal analyserad. De kommuner som velat ha hjälp har fått det.
	Barnombudens roll ska ses över och utvecklas. *	↑	Under hösten har ett första möte hållits med regionens samtliga barnombud. Drygt 20 personer närvarade. Möten kommer fortsättningsvis att ordnas en gång per termin på efterfrågade teman. I samverkan mellan utvecklingsstrateg och barnombud inom psykiatrin pågår arbete med att ta fram en uppdragsbeskrivning för rollen som barnombud.

Strategiskt mål samhälle	Framgångsfaktor* * Ny från 31/5	Resultat helår 2017	Kommentar.
	Region Jämtland Härjedalen ska ha ett hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetssätt (inom levnadsvanorna tobak, alkohol, motion, och goda matvanor).	↑	Många insatser i det dagliga arbetet så som tobaksavvänjning, viktiga mammor, START kampanj, motiverande samtal om matvanor, droger, motion.
	Arbeta efter långsiktig utvecklingsplan för att minska sjukskrivningar i länets befolkning.	↑	Arbete sker i linje med den långsiktiga utvecklingsplanen. Sjukpenningdagarna i Jämtlands län sjunker snabbast i landet och målet för året har med råge uppnåtts. 
	Region Jämtland Härjedalen ska vid utgång av 2018 ha stabila och fungerande rutiner för samordnad tidig rehabilitering och ha hög kompetens inom försäkringsmedicin.	↑	En modell för Samordnad tidig rehabilitering har utvecklats där vården, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och Socialtjänsten möts för samordnad rehabilitering av individer där gemensamma insatser bedöms nödvändigt. Mötesformen har hittills startats upp på ett tiotal hälsocentraler och det är rehabkoordinator som kallar till och leder mötet. För ett antal hälsocentraler i länet är mötesformen ännu inte möjlig att starta upp då Försäkringskassan inte kan bemanna. Färdigt utbildningskoncept i Försäkringsmedicin finns för AT-/ ST-läkare samt Rehabkoordinatorer. Utbildningen är en del i ordinarie utbildningsplan för dessa yrkesgrupper. För övriga läkare och berörd vårdpersonal erbjuds riktade utbildningsinsatser i form av web-utbildning och olika former av dialogtillfällen vid hälsocentralerna. Handläggare från Försäkringskassan förlägger en dag i veckan på hälsocentralerna i Brunflo, Järpen Krokom, Odensala och Z-gränd. Försäkringskassan blir därigenom mer tillgänglig för patienter, vården och arbetsgivare för frågor och synpunkter.

Strategiskt mål samhälle	Framgångsfaktor* * Ny från 31/5	Resultat helår 2017	Kommentar.
	Vårdvalsnämnden		
	Ge information om vårdvalen till medborgarna på olika sätt så att de blir mer kända.	→	Planeras i samband med lansering av möjligheten att lista sig via e-tjänst. Något som var planerat i september 2017 men som försenats
	Följa upp tillgängligheten	↑	Görs månadsvis
	Inför regionfullmäktiges sammanträde i juni anpassa ett förfrågningsunderlag för hälsoval, barn- och ungdomstandvård och medicinsk fotvård 2018 med utgångspunkt från strategiska mål i regionplanen.	↑	Görs årligen
	Arbeta för jämlik tandhälsa i länet och tillgodose särskilt utsattas behov av tandvård tex bedömningstandvård och nödvändig tandvård.	→	Utbildningsinsatser har genomförts till olika personalgrupper
	Öka kunskapen hos länets medborgare om det reformerade tandvårdsstödet.	→	Pågår arbete på nationell nivå.
	Följa utvecklingen av sjuktalen i länet.	↑	Görs månadsvis
	Medverka och bevaka frågor som rör arbetet med samverkan i norra regionen	↑	
	Regionala utvecklingsnämnden		
	Aktivt arbete utifrån folkhälsopolicyn och regionens arbete genom ”Mobilisering mot droger”	→	Myndighetssamverkan inom arbetet med våld i nära relationer. Pågående arbete med region, kommuner, polis, åklagare och länsstyrelsen

Perspektivet Patient

Framgångsfaktorerna inom perspektivet Patient verkställs av regionstyrelsen och vårdvalsnämnden.

Strategiskt mål patient	Framgångsfaktor* * Ny från 31/5	Resultat per december	Kommentar
Patientsäker jämlik och jämställd vård av god kvalitet efter behov	**Regionstyrelsen**		
	Påbörja arbete med en övergripande handlingsplan för jämställdhetsintegrering i syfte att fungera som en plattform för jämställdhetsarbete.*	→	Denna framgångsfaktor är ny efter genomgång av tertialrapporten för april. Jämställdhetsintegrering i den tänkta handlingsplanen omfattar hela regionens verksamhet. Utvecklingsstrateg tillträdde sin tjänst den 1 september. Framtagande av handlingsplan är under diskussion. En inriktning kan istället vara att följa upp hur de dokument och riktlinjer som redan finns framtagna har använts och implementerats
	Vården ska följas upp med könsuppdelad statistik där det är möjligt och resultaten analyseras för minst tre diagnoser. Där skillnader föreligger ska förslag på åtgärder lämnas.*	↑	Könsuppdelad statistik finns att ta fram för de flesta mätetal. Rutin hur man kan arbeta med könsuppdelad statistik finns. Verksamheterna beskriver att de tar fram statistik könsuppdelat och vidtar åtgärder då de ser skillnader. Tillsammans med regional utveckling görs på uppdrag av sociala vård och omsorgsgruppen en analys av fallskador. Resultat beräknas finnas tillgängligt till SVOM i februari.
	Fler patienter som besöker sjukvården ska få läkemedelsberättelse vid utskrivning från slutenvård.*	↑	Det genomsnittliga värdet i Regionen har ökat från 29,5% till 31,5%. Område Medicin har sedan flera år lämnat ut läkemedelsberättelse vid utskrivning till närmare 80–90% av patienterna. Årets ökning beror främst på att område Ortopedi lämnat ut läkemedelsberättelse i större utsträckning. Område Kirurgis mätresultat är missvisande. Felsökning pågår.
	Ytterligare minska och följa upp förskrivning av antibiotika.	↑	I november hade Regionen minskat antibiotikaförskrivningen med 5 % jämfört med föregående år (262 rec/TIN jämfört med 276/TIN). Det är fortsatt en stor spridning mellan hälsocentralerna, vilket gör att lokalt Strama-arbete riktar in sig på de hälsocentralerna med högst förskrivning.
	En översyn av screeningfrågorna om tandhälsa för BVC ska genomföras.* En journalgranskning av 3-åringar remitterade till pedodontist ska genomföras.*	→	Screening av barn 0 – 2 år i samarbete med sjuksköterskor på BVC sedan 2014. Andel screenade 2-åringar har ökat från 24 % till 32,5 % 2016. Även andelen med tandvårdsåtgärder har ökat från 4,5 % till 12 % 2016. Journalgranskning har skett av 3åringar remitterade till pedodontist vilket visar att mycket få remitteras och därför svårt att dra några slutsatser. Samarbete har påbörjats med under året nyanställd pedodontist inom Folktandvården.En översyn av screeningfrågorna om tandhälsa för BVC skulle genomföras under 2017, det har tyvärr inte varit möjligt.

Strategiskt mål patient	Framgångsfaktor* * Ny från 31/5	Resultat per december	Kommentar
	Fler enheter ska tillämpa rutiner för samordnad individuell plan (SIP) och egenvård.*	→	Planerade åtgärder finns, men är beroende av IT-stöd för SIP. IT-stödet är under utveckling och beräknas klart vid årsskiftet år. SIP (papper – registreras ej i Cosmic) utförs i vissa verksamheter ex psykiatri, mobila närvårdsteamet. Egenvårdsmall finns i COSMIC, utbildning planeras. LOSUS-arbetet fortskrider
	Fortsatt arbete inom Ledningskraft för att beakta de äldre och multisjukas behov av vård och kontinuitet i denna. Tillgång till specialistkompetens och teamresurser är viktigt för dessa grupper. Implementering av närvårdsteam ska följas.	↑	Mobilt närvårdsteam (MiNT) är i gång, fortfarande i projektform och med finansiering av professionsmiljarden. Som resultat ses bl.a. färre inskrivningar på sjukhus. Dialog förs om hur arbetet med Ledningskraft ska fortsätta. Arbete med ”Lagen om att samverka vid utskrivning från slutenvård” (LOSUS) pågår i projektform, i drift som ”testperiod” vid årsskiftet. Intensivt arbete med Hemsjukvårdsavtalet pågår, klart innan årsskiftet.
	Vårdkvalitet ska bibehållas eller förbättras i minst tre stora patientgrupper utifrån resultat i kvalitetsregister.*	↑	Strokevård – reperfusion vid stroke Hjärtsjukvård – Reperfusion i tid Cancervård– Tid från misstanke om bröstcancer till operation <28 d.
	Implementera nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder och därigenom synliggöra det förebyggande perspektivet i vårdprocesserna. Det hälsofrämjande arbetssättet ska främja goda matvanor, fysisk aktivitet, minskat tobaksbruk och alkoholbruk.	↑	De nationella riktlinjerna är implementerade vid att enklare råd angående tobak, alkohol, motion och kost ges av samtlig yrkesgrupper som träffar patient, rådgivande samtal ges av legitimerad personal, behandling med mer än ett besök ges i exempelvis gruppverksamhet vid rökavvänjning.
	Den reviderade rutinen "Att ställa frågan om våld och hantera svaret” ska tillämpas i högre utsträckning än 2016.	↑	Informationsinsatser har givits och stöd har erbjudits till verksamheterna. Användande av mallen ”våldsutsatthet och / eller oro för barn” i journalsystemet COSMIC har ökat, vilket tolkas som att rutinen används i ökad omfattning. 541 patienter tillfrågade om våld under 2017.
	Utveckla samarbete mellan primärvården, psykiatri och specialiserade somatiska vården för att tidigt identifiera riskpersoner för suicid.	↑	Samarbetsformer mellan vuxenpsykiatri och primärvårdens medicinska ledning finns genom handläggningsöverenskommelse och Zamsynsdokument som reglerar hur samarbetet ska ske. Arbetet med suicidprevention kommer att förstärkas sedan särskild samordnare rekryterats.

Strategiskt mål patient	Framgångsfaktor* * Ny från 31/5	Resultat per december	Kommentar
	Identifiera behov av vårdnivå hos personer som ofta söker akut vård.	→	Mångbesökarprojektet startade under våren. Bland annat träff med Östersund kommun, tittat på metod för att identifiera mångbesökare, träff med mobila närvårdsteamet, möte med chefläkare mm. Arbete under hösten: ta fram rutiner för omhändertagande, hur dokumentation i Cosmic ska gå till och hur läkarmedverkan ska ske. Inga patienter är ännu tillfrågade om deltagande.
	Bedriva ett aktivt patientsäkerhetsarbete i hela Region Jämtland Härjedalen och arbeta förebyggande för att minska vårdskador (t.ex. fall, trycksår, undernäring, blåsöverfyllnad). Arbetet ska i förekommande fall bedrivas tillsammans med kommunal vård.	↑	Ett brett och aktivt patientsäkerhetsarbete är ständigt pågående inom Region Jämtland Härjedalen. Nedan endast några exempel av allt som pågår. En verksamhetsövergripande grupp med uppdrag att arbeta trycksårsförebyggande har startat upp, samverkan sker med länets kommuner. Förbättrat fallpreventivt arbete med syfte färre vårdskador pågår. Patientsäkerhetsdialoger har genomförts med alla verksamhetsområden. Andel läkemedelsgenomgångar med apotekare har ökat. Arbetet med att förebygga vårdrelaterade infektioner fortgår även det enligt plan. 2017 års nationella mätning genomfördes under vecka 12–13 på 15 142 patienter. Mätningarna omfattade alla personer inskrivna i slutenvård. Andelen patienter med VRI var 9 procent. Resultatet för Region Jämtland Härjedalen var 7,5 %.
	Vårdvalsnämnden		
	Följa upp hälsovalet 2016 med fokus på kontinuitet och om primärvården är jämlik och jämställd i länet.	↑	Görs årligen i samband med årlig uppföljning
	Se över tilläggsuppdraget för folkhälsoinsatser inför 2018.	↑	Ingen förändring inför 2018, samma tilläggsuppdrag som för 2017?
	Utveckla vårdvalen så att de motsvarar befolkningens behov.	→	Mätning genomförd i slutet av 2017
	Följa utvecklingen gällande standardiserade vårdförlopp för cancer.	↑	Information har givits på Vårdvalsnämndens möte
	I syfte att kunna ge bättre och snabbare vård för personer med psykisk ohälsa, följa upp hur samverkan mellan specialiserad psykiatri, psykosociala enheter inom	→	Handlingsplan är på gång

Strategiskt mål patient	Framgångsfaktor* * Ny från 31/5	Resultat per december	Kommentar
	primärvård och andra samhällsaktörer utvecklas		
	Följa upp vårdvalet för barntandvård så att vårdvalet för barntandvården kan utformas så att den blir likvärdig i hela länet och har hög kvalitet.	⇧	Görs årligen
	I det förebyggande arbetet följa hur barn med risk för sämre tandhälsa fångas upp.	⇨	Utveckling av IT-stöd pågår
	Följa upp vårdvalet för medicinsk fotvård utifrån om den utmärks av kvalitet, lättillgänglighet, kontinuitet, professionellt bemötande och god service.	⇧	Görs i den årliga uppföljningen
	Tillsammans med regionstyrelsen genomföra strategiska upphandlingar av privata vårdgivare där de kan komplettera vården som bedrivs i egen regi	⇧	Inte varit aktuellt under 2017
Region Jämtland Härjedalens vård ska så långt möjligt ges i hemmet eller så nära hemmet som möjligt	**Regionstyrelsen**		
	Primärvården ska erbjuda de vårdsökande kontinuitet och vid behov ett multiprofessionellt omhändertagande.	⇧	Införande av arbetssätt med triage, införande av öppen mottagning/lättakut Identifiera mångbesökare/multisjuka
	Specialiserade vården ska tillsammans med primärvård och kommunal vård ändra arbetssätt för att delta i utveckling av vård i hemmet.	⇨	Ett närvårdsteam har startats för att kunna möta patienterna i deras hem. Teamet består av läkare och sjuksköterska. Primärvården, specialiserade vården och kommunerna arbetar aktivt med nytt hemsjukvårdsavtal. Avtalet skrivs utifrån att intentionerna i Den nya lagen om utskrivning från sluten vård (LOSUS) ska vara möjliga att förhålla sig till.
	Inom Region Jämtland Härjedalen och tillsammans med kommunerna utveckla nya arbetsformer för vård på distans och mobila lösningar,	⇧	I VälTel har den organisatoriska grundstrukturen lagts, kontakter med kommuner i Norge och Sverige för att ge information och att göra en behovsinventering har gjorts/ alternativt är snart färdiga. På motsvarande sätt har kontakter med företagen tagits i bägge länder. I ett delprojekt har en verksamhet (fickultraljud) startats och i två av tre delprojekt finns några idéer på projekt långt gångna. Ytterligare kontakter, fr.a. med företag behövs under det närmsta ½-året för att uppnå målet

Strategiskt mål patient	Framgångsfaktor* * Ny från 31/5	Resultat per december	Kommentar
			om minst ett genomfört projekt inom varje delprojektområde.
	Stöd ska ges till anhöriga som ger vårdande insatser i hemmet.	↑	Stöd till anhöriga som ger vårdande insatser i hemmet är i första hand ett ansvar för kommunerna. Dock är kontakter med anhöriga väsentliga även inom regionens verksamheter och stöd till dem kan tillgodoses via t.ex. kontaktsjuksköterska eller kurator. Mobila verksamheter ger ett utökat stöd till anhöriga utöver sedvanligt stöd i samband med besök på hälsocentral eller sjukhus.
	Informera vårdsökande att använda 1177 vårdguidens webbplats: 1177.se med tillhörande e-tjänster (fd MVK).	↑	Samtliga mottagningar arbetar aktivt för att patienter ska använda sig av 1177.
	Vårdvalsnämnden		
	Följa specialiserade vårdens utveckling av vård i hemmet tillsammans med primärvård och kommunerna.	→	Nämnden har fått information om pågående projekt med specialiserade vården.
	Följa utveckling gällande distansoberoende metoder och arbetssätt då mer vård ska utföras i eller nära hemmet.	↑	Nämnden har fått information om pågående projekt
Fördjupat samarbete med kommuner na avseende barn, unga, äldre och utsatta grupper.	**Regionstyrelsen**		
	I samarbete med kommunerna erbjuda nyanlända en hälso- o sjukvård utifrån deras behov.	→	Förslag om Erbjudande om kostnadsfritt hälsosamtal till invandrare (RS/2001/2017) beslutades i Regionstyrelsen 2017-10-25. Implementering i samverkan med länets kommuner, SFI, AF med flera kommer att ske under 2018
	Identifiera våldsutsatta personer och erbjuda ett fungerande omhändertagande.	↑	Användande av mallen ”våldsutsatthet och / eller oro för barn” i journalsystemet COSMIC ökar. Alla gravida tillfrågas i vårdkedjan om våld och våld i nära relation vid ett särskilt besök på MVC
	Vårdvalsnämnden		
	Följa upp hur hälsovalsaktörerna arbetar utifrån Region Jämtland Härjedalens övergripande	↑	Görs vid den årliga uppföljningen

Strategiskt mål patient	Framgångsfaktor* * Ny från 31/5	Resultat per december	Kommentar
	mål med gemensamt agerande när det gäller barn, unga, äldre och andra utsatta grupper.		
	Följa utveckling av familjecentraler, elevhälsa och ungdomsmottagningar.	↑	Nämnden har fått information vid ett möte.
	Följa arbetet med hur onödiga inläggningar undviks	↑	Följer resultat av mätningar.
Bättre bemötande och anpassad kommunikation på patientens villkor	**Regionstyrelsen**		
	Utifrån värdegrund och normkritiskt förhållningssätt identifiera brister och vidta åtgärder som stödjer professionellt bemötande.	↑	Medarbetarutbildning genomförd, där målet om att samtliga medarbetare skulle ha genomfört utbildningen 2016 inte uppnåddes. Regionledningen beslutade under våren 2017 om ansvar och plan för fortsatt arbete med värdegrunden. Med utgångspunkt från denna plan och beslut, arbetas nu med att integrera värdegrund i ett professionellt förhållningssätt.
	Tillämpa rutin för samtal med barn som anhöriga vid dödsfall och svåra sjukdomar.	→	Rutin för samtal med anhöriga barn finns och är känd. Vi saknar möjlighet att följa upp den på ett bra sätt. Satsning på BRA-samtal fortsätter. Under hösten kommer ett arbete med syftet att följa anhöriga barn till bröstcancerpatienter att genomföras
	Utveckla analys och styrning utifrån resultat av patientenkäter eller andra källor för patienters erfarenheter/synpunkter.	↑	Nationella patientenkäter genomförs med jämna mellanrum på olika delar av hälso- och sjukvården. Under 2017 har det tagits fram en systematik för arbete med enkäter som tar fasta på hur analys av patienters upplevelser av hälso- och sjukvården ska användas som underlag i förbättringsarbete. I HIFA (högintensivt förbättringsarbete) har patienters erfarenheter och synpunkter varit vägledande i prioritering av utvecklingsområden.
	Förbättra kommunikation med patient med hänsyn tagen till behov av tolk, skriftlig information om behandling, behov av teckenspråk, punktskrift.	↑	Inom ramen för arbete med nationella minoriteter pågår översättning av texter till sydsamiska. Detta har varit möjligt att göra tack vare att medel från professionsmiljarden kunnat användas. Inom asylhälsan har insatser genomförts för att säkerställa att det finns tolk tillgänglig då det behövs. Inom de verksamheter som nyanlända oftast besöker är kunskapen om vikten av tolk bra. Informationsmaterial till nyanlända har översatts till i huvudsak åtta språk.
	Följa upp hur hälsovalsaktörerna arbetar utifrån Region Jämtland	↑	Arbete med detta pågår kontinuerligt och följs upp på den årliga turné som görs.

Strategiskt mål patient	Framgångsfaktor* * Ny från 31/5	Resultat per december	Kommentar
	Härjedalens övergripande mål med lättillgänglig, tydlig och anpassad information till olika målgruppers förutsättningar.		
	Analysera behov av anpassad kommunikation och kommunikation kring vårdvalsmöjligheter.	→	Listningstjänsten, som är en e-tjänst på 1177 Vårdguiden för att lista sig eller lista om sig, införs första kvartalet 2018. Marknadsföring, finansierad av professionsmiljarden, sker i samband med lanseringen av tjänsten.
Öka patientinflytande	Öka patientmedverkan genom bland annat deltagande i förbättringsarbeten och i upprättandet av standardiserade vårdförlopp.	↑	Patienter var med i HIFA urologen, HIFA Glaukom samt prehospitala projektet.
	I alla verksamheter ska patienterna ha inflytande och deras erfarenheter tas tillvara genom brukarråd eller på annat sätt.	→	Brukarråd finns inom flera verksamheter. Det blir allt vanligare att patientgruppsrepresentanter efterfrågas för deltagande med synpunkter i förbättringsarbete. Om det inte finns brukarråd, arbetar verksamheterna för att möta intressenter på annat sätt.
	Arbeta för ett mer personcentrerat arbetssätt genom individanpassad information och använda personens egna resurser dvs. vad denne kan göra själv.	→	Arbete pågår med ”min vårdplan” inom cancervården Informationsöverföring med patienten på vårdavdelning (bedside). Inom medicinska specialiteter har personcentrerat arbetssätt aktivt eftersträvats. Test av särskild vårdplan i journalsystemet har utförts, men är ännu inte implementerad. Personcentrerat arbetssätt och individanpassad information är en aktivitet i hälso- och sjukvårdsförvaltningens verksamhetsplan. Utveckling av att nå information via ex 1177. Behandlingar via digital teknik ex KBT Mobila närvårdteamets förhållningssätt är personcentrerat. Arbetet med LOSUS och SIP pågår och påbörjas skarpt efter årsskiftet
	Journal på nätet ska införas under 2017	→	Införandet kommer att ske 15/1 2018.
	Vårdvalsnämnden		
	Följa upp hur hälsovalsaktörerna arbetar med att tillvarata kunskaper och synpunkter, till exempel genom brukarråd.	↑	Görs i bokslut

Perspektivet medarbetare

Framgångsfaktorerna inom perspektivet Medarbetare verkställs av regionstyrelsen och regionala utvecklingsnämnden. Men regionala utvecklingsnämnden har samlat sina medarbetaremål i förvaltningens verksamhetsplan. En uppföljning av de målen återfinns i nämndens delårsbokslut. Vårdvalsnämnden har ingen egen personal och inga egna mål under medarbetarperspektivet.

Strategiskt mål Medarbetare	Framgångsfaktor* * Ny från 31/5	Resultat helår 2017	Kommentar
	Regionstyrelsen		
Attraktiv arbetsgivare	Tydliga förväntningar på chefer i organisationen ger förutsättningar till ett gott ledarskap.	→	Arbete med ledningsdeklaration och chefsutvecklingsprogram pågår. Formulär för uppdrag för chefer samt chefer med uppdrag som verksamhetschef finns fastställt
	Vägledande för arbetsorganisationen ska vara att varje medarbetares kompetens används fullt ut. Alla ska synas och få återkoppling och vid behov stöd.	↑	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. 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.
	Region Jämtland Härjedalen ska vara en attraktiv arbetsgivare för både kvinnor och män.	→	En handlingsplan har upprättats med ingående aktiviteter från handlingsplanen Attraktivare arbetsgivare t.ex. karriärvägar, kompetenskort för undersköterska, sjuksköterskans första år. Handlingsplanen revideras årligen.
	Alla medarbetare ska arbeta utifrån ett tydligt fokus på vilka Region Jämtland Härjedalen är till för, dvs patienter, kunder och brukare.	↑	I Introduktion för nyanställda ges information om vad som förväntas av varje medarbetare. Regiondirektör och politiskt ansvariga finns på plats.
	Region Jämtland Härjedalen ska vara en hälsofrämjande arbetsplats med goda anställningsvillkor och tillgång till hälsofrämjande insatser.	↑	Arbetsmiljöenkäten visar på ett något högre värde i oktober (4,62) i jämförelse med februari 2017(4,61). Oktobers 2017s värde är det högsta sedan mätningar började i februari 2014. Under året har fackliga organisationerna och arbetsgivaren träffat överenskommelse om arbetstidsmodeller för dygnet runt verksamheter.

Bilaga 1 till Årsredovisning 2017:
Uppföljning av framgångsfaktorer

Strategiskt mål Medarbetare	Framgångsfaktor* * Ny från 31/5	Resultat helår 2017	Kommentar
	Regionens värdegrund ska vara vägledande i medarbetarnas vardag för att utveckla arbetsmiljön och därmed stärka bemötande och värdskap.	↑	Medarbetarutbildningen ska genomföras av samtliga medarbetare, särskilt fokus på nyanställda. Den 21 december hade 3170 medarbetare genomfört utbildningen. Planering av en utveckling av medarbetarutbildning där normmedvetandet är en del.
	Uppdatera arbetsvärderingssystemet och utifrån det påbörja ett arbete med att följa upp modellen för arbetsvärdering ur ett jämställdhets- och jämlikhetsperspektiv.	→	Verktyget för arbetsvärdering utvärderades under 2016 och utifrån den utvärderingen togs beslut om att fortsätta använda Valuator som systemstöd. Ett arbete pågår för att alla medarbetare ska ha en fastställd värdering Under hösten 2017 ska en lönekartläggning och löneanalys göras och redovisas i december.
	Forskning och innovation ska stimuleras. Region Jämtland Härjedalen ska vara en lärande organisation där spridning av förbättringsarbeten och forskningsresultat är en naturlig del av verksamheten. Region JH ska erbjuda kvinnor och män i flera yrkesgrupper att delta i forskning, även på deltid.	→	Kommunikations- och FoU-enheten har i uppdrag att arbeta med en dynamisk aktivitetsplan för att fler medarbetare/medborgare ska få kännedom om den forskning som görs inom regionen och att regionen ligger i framkant när det gäller forskning. Innovationsarbetet, framförallt inom eHälsa stimuleras av ett antal EU-projekt. I november öppnades eHälsocentrum som ytterligare förstärker innovationsmiljön i samverkan med kommuner och näringsliv. Särskilda FoU-medel för att skriva D-uppsats har inrättats för att stimulera medarbetare med medellång vårdutbildning att vidareutbilda sig och eventuellt börja forska.
En god arbetsmiljö	**Regionstyrelsen**		
	Alla medarbetare ska vara delaktiga och ha inflytande i den egna verksamhetens planering och dess utveckling.	↑	I samverkansavtalet är det fastslaget att 10 arbetsplatsträffar per år ska genomföras. Pulsmöten, medarbetarsamtal och andra möten är en komplettering till arbetsplatsträffen. Utifrån 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.
	Mångfald, i betydelsen inkludering prioriteras i såväl den inre organisationen som samverkan mellan förvaltningar är en nödvändighet för kompetensförsörjningen.	↑	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 HSV.
	Teknikutveckling inom Region Jämtland Härjedalens verksamheter ställer krav på	→	Teknikutvecklingen och hur det påverkar framtida arbetssätt har lyfts med MIUN. Under hösten 2017/ våren 2018 kommer Office 365 att höja nivån och ge andra tekniska möjligheter.

Strategiskt mål Medarbetare	Framgångsfaktor* * Ny från 31/5	Resultat helår 2017	Kommentar
	att medarbetare och chefer erbjuds fortbildning.		Kompetenshanteringssystem Saba Cloud ger också möjlighet att skapa egna utbildningar i lärplattformen.
Kompetensutveckling och karriärvägar	**Regionstyrelsen**		
	Utveckla chefsrollen och etablera chefsnätverk.	↑	Projektledare Chefsutveckling är anställd och började 8/5. Leanfrukost genomförd, liksom ledardialog och utbildning i förbättrings Projektledare Chefs-utveckling är anställd och började 8/5. Leanfrukost genomförd, liksom ledardialog kunskap
	Alla medarbetare ska ha en individuell kompetensutvecklingsplan.	→	Systemstödet SABA Cloud implementeras i verksamheterna 2017. I systemet kommer medarbetares kompetensutvecklingsplanering att registreras.
	Arbetsgivaren ska ta tillvara såväl kvinnliga som manliga medarbetare som har intresse av ledarskap	→	Chefsaspirantutbildningen arbetar med att locka aspiranter inom organisationen till en karriär som chef. Det är många sökande till utbildningen. Under hösten 2017 har verksamheten fått i uppdrag att inkomma med utredningar för chefer med mer än 35 anställda. Fyra verksamhetsområden har inkommit med rapporter. Det finns olika lösningar på hur chefens förutsättningar ska tillgodoses. Det finns förslag på utökning av chefer, tillsätta biträdande chef eller ledningsjuksköterska. För att hålla ihop frågan diskuteras den i ledningsgruppen för Hälso- och sjukvården eftersom det är där det finns chefer med många medarbetare.
	Karriärvägar för alla yrkeskategorier ska finnas samt möjlighet till utveckling genom utbildning.	↑	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.
En kompetensförsörjning som understödjer omställning till framtidens behov	**Regionstyrelsen**		
	Inventera kommande kompetensförsörjnings-behov. Framåtsyftande kompetensförsörjning med hänsyn tagen till befolkningens behov av vård.	↑	Kompetenskartläggning genomförd under vintern 2016/2017 Resultatet av den är sammanställt och ger underlag för en handlingsplan både på regionnivå och områdesnivå.
	Region Jämtland Härjedalen är en god förebild för elever och studenter inom olika vårdutbildningar.	↑	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

Strategiskt mål Medarbetare	Framgångsfaktor* * Ny från 31/5	Resultat helår 2017	Kommentar
			tandvården. Modell för sjuksköterskans första år är framtagen.
	Aktivt arbeta för att studenter blir framtida medarbetare.	↑	Det pågår kontinuerliga aktiviteter för att framtida studenter ska bli framtida medarbetare. För sjuksköterskor sker träffar i termin 4,5 och 6.
	Olikheter bland medarbetare ska värdesättas genom att inkludera medarbetare från t.ex. andra länder och kulturer	↑	Se svar på framgångsfaktor under det strategiska målet *En god arbetsmiljö* om mångfald.
Minskade sjuktal för Region JH:s medarbetare	**Regionstyrelsen**		
	Region Jämtland Härjedalen ska tillsammans med arbetsförmedlingen, försäkringskassan med flera arbeta med ett långsiktigt utvecklingsarbete för att minska den höga andelen sjukskrivna.	↑	Sjukfrånvaron har minskat från 6,5 till 5,7 % vid delårsbokslutaugusti 2017. Det är kvinnorna som minskat mest. Under året har stort fokus legat på de långa sjukskrivningsfallen. 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. 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. Ett fortsatt arbete pågår för att åstadkomma ytterligare sänkning
	Arbeta utifrån långsiktig plan för minskade sjukskrivningar	↑	Arbete sker i linje med den långsiktiga utvecklingsplanen. Sjukpenningdagarna i Jämtlands län sjunker snabbast i landet och målet för året har med råge uppnåtts.

Perspektivet Verksamhetsresultat

Framgångsfaktorerna inom perspektivet verksamhetsresultat fastställs av både regionstyrelsen, vårdvalsnämnden och regionala utvecklingsnämnden.

Strategiskt mål Verksamhetsresultat	Framgångsfaktor* * Ny från 31/5	Resultat helår 2017	Kommentar
God ekonomisk hushållning	**Regionstyrelsen**		
	God ekonomisk hushållning innebär att Region Jämtland Härjedalen ska uppnå och bibehålla en styrka i ekonomin och långsiktigt följa principen att varje generation jämställt och solidariskt bär kostnaden för den service som den konsumerar och beslutar om.		Regionens svåra ekonomiska situation fortsätter. Regionstyrelsen har under året fattat en rad beslut om resultatförbättrande åtgärder, dock har de inte att hunnit ge resultat. Framställan om hjälp med analyser gjordes under våren till SKL. SKL levererade en övergripande analys till fullmäktige i juni. Fördjupade analyser har skett under hösten. I december beslutade Regionstyrelsen utifrån dessa om vissa ytterligare utredningar utifrån KPP-data. I januari-18 beslutades ett åtgärdsprogram i 6 punkter.
	Om ny verksamhet bedöms nödvändig ska den finansieras antingen genom ökade intäkter eller genom att fördela om befintlig verksamhet.		Rutiner kring inprioriteringar och särskilda beslut i regionstyrelsen har efterlevts under året.
	Bevaka och vidta ytterligare åtgärder för att uppnå målen i finansplanen.		Under året har följande beslut om resultatförbättrande åtgärder vidtagits: - Revidering av LUP ekonom - Ökning av internstafetter istället för hyrläkare - Optimera nyttjandet av hyrläkare i primärvården Uppföljning strukturbeslut om primärvården (LUP paketet). - Extern genomlysning av psykiatrin - Göra en övergripande plan för köpt vård - Reserestriktioner och inköpsrestriktioner - Ökad samverkan med kommunerna inom administration och teknisk service - Samverkan inom laboratoriemedicin med övriga norrlandsting - Översyn konkurrensneutralitet regiondriven primärvård - Pilotstudie angående produktionsuppdrag inom 2–3 områden - Samverkan med annan gällande sterilcentralen - Utvärdering av internhandel inom regionen - Undersöka möjlighet att driva verksamhet gemensamt med annat landsting Samt besluten som redovisades ovan utifrån de fördjupade analyserna efter SKL analysen.

Strategiskt mål Verksamhetsresultat	Framgångsfaktor* * Ny från 31/5	Resultat helår 2017	Kommentar
	Vårdvalsnämnden		
	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.	→	Översyn inför 2019 pågår
	Vid utformning av Hälsovalets regelverk och ersättningsmodell ska dialog med regionstyrelsens utskott för ekonomi ske för att tillsammans analysera ekonomiska konsekvenser.	↑	Sker löpande
	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.	↑	Genomfördes under våren
	Granska fysioterapeuter som arbetar inom hälsovalet med syfte att se om vårdgivare lever upp till de krav som ställs i patientdatalagen.	↑	Genomfördes under våren
	Regionstyrelsen		
Långsiktigt hållbar verksamhet	Genom implementering av nya regler för resor, nyttjande av distansoberoende teknik och genomförande av de åtgärder som följer CERO-arbetet ska klimatpåverkan från tjänsteresor och interna transporter minskar.	↓	Målet för 2017 var att minska koldioxidutsläppen från tjänsteresor och transporter med 10% jämfört med 2015. Statistiken för 2017 är ännu inte klar på grund av oklarheter från resebyrån. De flesta åtgärder i handlingsplan resor implementeras först hösten 2017 samt under 2018.
	Social hållbarhet: Region Jämtland Härjedalen ska genom sitt utvecklingsuppdrag verka för ett socialt hållbart samhälle. Det innebär att alla individer får sina rättigheter respekterade. Alla ska på lika villkor erbjudas en livsmiljö där de kan tillgodogöra sig kunskap, utvecklas och ha en god hälsa.	→	

Strategiskt mål Verksamhetsresultat	Framgångsfaktor* * Ny från 31/5	Resultat helår 2017	Kommentar
	Ekonomiskt hållbart definierar Region Jämtland Härjedalen som god ekonomisk hushållning.	↓	Se beskrivning ovan om God ekonomisk hushållning
	Vårdvalsnämnden		
	Följa upp och stimulera hälsovalsaktörerna att nyttja och utveckla distansoberoende tekniska lösningar.	→	Uppföljning sker kontinuerligt
	Regionala utvecklingsnämnden		
	Andelen ekologiska livsmedel inom våra folkhögskolor Minst 30 % av kostnaden för livsmedelsinköpen.	→	Bäckedals Folkhögskola: 25,2 % Birkas Folkhögskola: 31,7 %
	Socialt etiskt märkta livsmedel. Minst 6 % av kostnaden för livsmedels-inköpen	→	Bäckedals Folkhögskola: 4,9% Birkas Folkhögskola: 5,3% Utbudet av socialt och etiskt märkta livsmedel är litet.
	Koldioxidutsläppen från förvaltningens tjänsteresor ska minska med 10 % mot 2015	↓	Statistiken inte uppdelad per förvaltning ännu. Se kommentar för regionen som helhet under ”Långsiktigt hållbar verksamhet”
	Öka medarbetarnas kunskap och engagemang om miljöfrågor Fördjupad dialog vid två APT	→	Samtliga verksamheter har diskuterat miljöfrågor på minst 1 APT under perioden. Flera APT har genomförts med visning av ”miljöfilmer” Nya resepolicyn har presenterats för Välfärd, klimat och kompetens på APT.
	Regionstyrelsen		
Effektiva processer	Utvecklingsarbetet med effektiva processer ska ha följande fokuseringar: - god tillgänglighet – god patientsäkerhet – god kvalitet – jämlik och jämställdhet – effektiv rekrytering av personal samt minskade sjukskrivningar i länet.	→	Kvalitetsanalys är genomförd och framtagning av handlingsplan pågår med presentation av resultat i början av 2018.
	Förbättra resultaten avseende tillgänglighet till vård genom systematiskt arbete med produktions- och	→	Stödet till hälso- och sjukvårdsförvaltningen så att verksamheterna där kan arbeta med att förbättra tillgängligheten fortsätter att vara högt.

Strategiskt mål Verksamhetsresultat	Framgångsfaktor* * Ny från 31/5	Resultat helår 2017	Kommentar
	kapacitetsplanering, förhållningssätt enligt Lean och standardiserade arbetssätt, t.ex. SVF.		
	Förbättra effektiviteten genom att beskriva vårdens processer och komma överens om ansvar mellan de specialiteter som är involverade i aktuell process.	→	Arbete pågår med att ta fram en handlingsplan. En Kvalitetsrapport kommer att trycka bl.a. på detta.
	Effektiva processer innebär bland annat att rätt kompetens utför respektive arbetsuppgift i rätt tid.	→	En förstudie om att inrätta ett Kliniskt träningscentrum (KTC) har inletts.
	Vårdens processer ska följas upp utifrån faktabaserade underlag. In – och utprioriteringar ska ske i öppna processer.	→	Arbete pågår med att ta fram en handlingsplan för kvalitetsutveckling. En Kvalitetsrapport kommer att trycka bl.a. på detta.
	Alla medarbetare ska ha tillgång till resultat för enhetens viktigaste nyckeltal (kan vara från kvalitetsregister, intern uppföljning eller underlag från prodiver).	→	Det pågår ett arbete med att ta fram en standardmall för vilka produktionsdata som ska följas och visas. Det pågår en felsökning av detta område eftersom det finns en hel del felande faktorer och arbete pågår för att kunna presentera data i realtid (leverans av data inom ett dygn) för chefer och medarbetare. Arbetet är i fasen nulägesbeskrivning och sker i ett samarbete mellan EPA, IT och FoUU.
	Inköp ska göras ur ett hållbarhetsperspektiv som prioriterar hänsyn till miljö och hälsa.	↑	Vid varje enskild upphandling görs en bedömning av vilka krav som ska ställas, däribland både gällande miljö och hälsa.
	Energianvändningen ska fortsätta minska så att de långsiktiga målen nås.	↑	Hjälpmedel- och MA-enheten utvecklar digitala manualer och webformulär i syfte att minska pappersanvändning. Fastighetsenheten arbetar med utbyte av belysning till LED-belysning pågår kontinuerligt men även fortsatta el effektiviseringsåtgärder inom ventilationssystemet pågår kontinuerligt och kreativitet och uppfinningsrikedom hos medarbetarna har resulterat i nya lösningar för bl.a. ventilation, som dessutom rönt intresse från övriga Sverige och även Europa, som både spar energi och ger redundans för ventilationens funktion.
	Socialt ansvar ska beaktas vid upphandling av tjänster och produkter.	↑	Vid varje enskild upphandling görs en bedömning av vilka krav som ska ställas, däribland krav på socialt ansvar. I åtta nationella riskområden ställs alltid krav

Strategiskt mål Verksamhetsresultat	Framgångsfaktor* * Ny från 31/5	Resultat helår 2017	Kommentar
			enligt en nationellt gemensam framtagen uppförandekod för leverantörer.
	Vårdvalsnämnden		
	De vårdval som regionen har ska vara tydliga och stödja utveckling av effektiva processer mellan olika vårdgivare och olika vårdhuvudmän.	⇧	Ses över årligen
	De vårdvalssystem som regionen har ska löpande följas upp och kraven och resultaten ska utvärderas.	⇧	Görs årligen
	Utveckla den upphandlade vården i samarbete med regionstyrelsen.	⇧	Görs kontinuerligt
	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 mandatperioden fungerar.	⇨	Program ej fastställt
	Följa upp hur vårdgivarna arbetar utifrån Region Jämtland Härjedalens fokuseringar i arbetet med effektiva processer i fråga om tillgänglighet, patientsäkerhet, kvalitet, jämlikhet och jämställdhet samt minskade sjukskrivningar.	⇨	Görs kontinuerligt med undantag för jämlikhet och jämställdhet
	Följa upp resultat och användande av riktade statsbidrag som rör verksamheter inom vårdvalsnämnden.	⇧	Pågår
Fördjupat samarbete för att minska kostnader	**Regionstyrelsen**		
	Verkställ åtgärdspaketen i långsiktig utvecklingsplan för god ekonomisk hushållning.	⇧	Under 2017 har följande skett: - prehospitala projektet har startat som en del i paketet akut omhändertagande.

Strategiskt mål Verksamhetsresultat	Framgångsfaktor* * Ny från 31/5	Resultat helår 2017	Kommentar
och öka intäkter			- Resultat av sjukresebeslut sen tidigare har följts upp ca 5 mkr sänkta kostnader med de åtgärderna - Utredning om egenregi för sjukresor presenterad för regionstyrelsen. Beslut att inte överta i egenregi men se över kraven i nästa upphandling (inför 2020) - Åtgärder angående jour och beredskap inom primärvården i 5 kommuner - Förhindra inläggning har verkställts genom start av mobilt närvårdsteam - Extern genomlysning av psykiatrin är beslutad, beställd och genomförd under hösten. Resultatet presenteras för Regionstyrelsen i februari -18. - Beslut om egenregistrategi gällande läkemedelsförsörjning på sjukhuset och mindre avtalsåtgärd under året. - Plan för omlokalisering av administration beslutad - Gemensam nämnd för samverkan inom IT, administration och service startad med Åre och beslutsprocess för fler kommuner påbörjad. - Samverkansförsök gjorda med Västernorrland - Sjukfrånvaron har minskat men tyvärr inte kostnaderna eftersom det är de långa sjukskrivningarna som minskat medan de korta ökat.
	Verkställa åtgärdsplan efter 2015-11-11.	⇧	Åtgärdsplanen slutredovisades i januari 2017. De fåtal kvarvarande åtgärder överfördes till löpande åtgärder och därmed avslutades detta. Fokus under 2017 ska därefter vara på LUP ekonomi och andra resultatförbättrande beslut.
	Verkställa regionstyrelsens beslut februari 2016 om åtgärder.	⇨	*Regionstyrelsen beslutade 2016-03-23 § 57:* *- Antal utförda timmar under 2016 ska återgå till 2013 års nivå, vilket motsvarar en minskning med cirka 140 årsarbetare.* **Den här åtgärden har ej kunnat verkställas** – i fördjupning av SKL analysen har ökningarna av årsarbetare att analyseras djupare av områdescheferna. Totalt stor ökning av arbetade timmar under 2017. *- Översyn bör ske av delar av nuvarande jour- och beredskapsorganisation inom den specialiserade verksamheten (med beaktande av det uppdrag att se över akutens bemanning som ingår i LUP-arbetet).* **Har verkställts** och rapporterats till regionstyrelsen – en jourlinje (lung) har tagits bort, 1 miljon i sänkt kostnad. *- För område kirurgi, ögon och öron ska en extra genomlysning genomföras för att komma tillrätta med det ekonomiska underskottet.* **Har verkställts.** Extern genomlysning gjord i två omgångar och nu pågår

Strategiskt mål Verksamhetsresultat	Framgångsfaktor* * Ny från 31/5	Resultat helår 2017	Kommentar
			verkställighet av förslagen inom ramen för OPUS 2020. *- Utskottet för personal får i uppdrag att kartlägga enhetschefernas förutsättningar att fullgöra sitt nya uppdrag. Utskottet får också i uppdrag att vid behov föreslå åtgärder för att komma tillrätta med eventuella hinder.* **Utvärderingen har gjorts** och är återrapporterad till styrelsen under våren 2017 – personalpolitiska utskottet fortsätter med vissa åtgärder inom sitt uppdrag.

2018-02-04
Dnr: RS/1321/2015

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

Bilaga 2: Avstämning av övergripande handlingsplaner helår 2017

Övergripande handlingsplanen upprättas för sakområden som särskilt behöver fokuseras på och där gemensamt, planerat och systematiskt arbete krävs för att driva arbetet med sakområdet framåt. I dem finns en vägledning om vilka aktiviteter som varje verksamhet ska bidra med för att nå övergripande mål. I regiondirektörens direktiv för verksamhetsplaner finns det angivet vilka övergripande handlingsplaner som finns. För 2017 har det totalt funnits 16 övergripande handlingsplaner. Handlingsplanerna har olika löptider, från ett till flera år.

Handlingsplanerna följs upp i samband med tertialrapport, delårsrapport och i årsbokslutet. Uppföljningen per helår till årsbokslutet visar att samtliga sakområden har arbetat med aktiviteter i planerna. För de flesta områden har arbete pågått enligt plan där många aktiviteter har genomförts och arbete kommer att fortsätta. Måluppfyllelsen för de planerna har värderats med gul pil enligt nedanstående värden. För fyra områden, Attraktiv arbetsgivare, Patientsäkerhet, Psykisk hälsa och Mottagande av asylsökande och nyanlända har alla eller de flesta mål uppfyllts och de har bedömts med grön pil. För handlingsplan Miljö och handlingsplan Tillgänglighet är det få mål som har uppfyllts och måluppfyllelsen har värderats med röd pil.

Uppföljningen har utgått från följande värden:

↑ Arbetet går bra Alla eller de flesta av målen är uppfyllda vid årets slut.	**→ Arbetet går delvis bra** Målen är delvis uppfyllda vid årets slut.	**↓ Arbetet går dåligt** Inga eller väldigt få mål är uppfyllda vid årets slut.

Ärende	Beslut/Dnr	Anmärkning
1. Övergripande handlingsplan för Barnkonventionen och de nationella minoriteterna 2016-2018	RD 2015-11-02 Dnr: RS/1447/2015	→ *Kommentar:* Under hösten utbildades hälsocentralerna i Krokoms kommun i samisk kulturförståelse. På Region Jämtland Härjedalens hemsida finns numera information om de nationella minoriteternas rättigheter. Det samiska personalnätverket fortsätter att träffas. I slutet av året gjordes ett försök till samisk medborgardialog, som tyvärr besöktes av mycket få. Inventering av behov i relation till livets slut pågår i formen av ett forskningsprojekt. Folktandvården har försetts med samiska barnböcker. Auskultationer på

Ärende	Beslut/Dnr	Anmärkning
		SANKS har genomförts av främst Barn- och ungdomspsykiatrin. Den samiska fasadskyltningen av länets hälsocentraler har slutförts. Övriga mål som rör nationella minoriteter har ändrats eller inte uppfyllts. Vad gäller Barnkonventionen så har ett flertal utbildningar som rör orosanmälan genomförts. Dessutom har en utbildning i BRA-samtal genomförts. Antalet barnombud fortsätter att öka och finns nu i de flesta områden. En regiongemensam träff för barnombud genomfördes under 2017. Bildkallelser finns numera inom barnhälsovården. Övriga aktiviteter har inte genomförts.
2. Övergripande handlingsplan för Tillgänglighet 2017	RD 2016-05-27 Dnr: RS/705/2016	↓ *Kommentar:* Region Jämtland Härjedalen som helhet klarar inte tillgänglighetsmålen för Vårdgarantin. Åtgärder för att förbättra tillgängligheten pågår i enlighet med aktiviteterna i handlingsplanen. Produktions och kapacitetsplaneringen har intensifierats under året. Stort fokus på dessa frågor och mycket av utvecklingsenhetens arbete har varit inriktat på stöd i dessa processer. Inom ramen för handlingsplanen pågår bland annat framtagning av produktionsdata på mer aggregerad nivå för att vi bättre ska kunna följa hur tillgängligheten förändras på en mer övergripande nivå och i realtid. Problem med IT och begränsade resurser vad gäller statistisk analytisk förmåga har identifierats.
3. Övergripande handlingsplan Läkemedel 2017	RD 2016-11-16 Dnr: RS/1957/2016	→ *Kommentar:* Flera aktiviteter har slutförts under året med bra resultat; till exempel har förskrivningen av antibiotika minskat med 5 % jämfört med föregående år. Resultatet för 2017 är 260 recept per 1000-invånare (målet för 2017 var 265 recept per 1000-invånare). Kostnadsutvecklingen för läkemedel på rekvisition blev lägre än det nationella snitt. Däremot är fortsatt en högre

Ärende	Beslut/Dnr	Anmärkning
		kostnadsutveckling för läkemedel på recept än genomsnittet för Riket.
4. Övergripande handlingsplan Suicidpreventivt arbete 2016-2018	RD 2015-10-1: Dnr: RS/1635/2015	➔ *Kommentar:* Länsövergripande suicidpreventiv samordnare anställd maj 2017-maj 2018 (50 % tjänst). Arbetet med att ta fram en gemensam handlingsplan för regionen och kommunerna samt andra berörda myndigheter pågår enligt plan. Beräknas vara färdigställd våren/hösten 2018.
5. Övergripande handlingsplan Patientsäkerhet 2017-2019	HSdir 2016-11-28 Centuri 33786	↑ *Kommentar:* Handlingsplanens övergripande mål är att andel vårdskador ska minska. Mätmetod är markörbaserad journalgranskning. Resultaten visar på en minskning av vårdskador. Andel vårdtillfällen med vårdskada jan – november 2017 ligger på 8 % vilket är en minskning mot föregående år. Granskningsmetoden innebär viss tidfördröjning vilket gör att årsresultat kommer senare. Vårdrelaterade infektioner har minskat resultat 2017, 7,2 % och 2016, 8,7 %. Andel patienter som fått läkemedelsberättelse har ökat marginellt, 29,50 % 2016 till 31,48 % 2017. Stora variationer mellan verksamhetsområdena ses. På område medicin får 70-90% av patienterna läkemedelsberättelse vid utskrivning från avdelning.
6. Övergripande handlingsplan Lean 2014	LD 2013-11-13 Dnr: LS/1637/2013	Ej längre aktuell. Pågår arbete med en uppföljare.
7. Övergripande handlingsplan Miljö 2017	RD 2016-11-11 Dnr: RS/2026/2016	↓ *Kommentar:* Alla data har inte inkommit än. Troligen är endast två av de åtta målen uppnådda. Dock ser det ut som koldioxidutsläppen från resor och transporter för första gången på flera år inte ökar.
8. Övergripande handlingsplan för informationssäkerhet 2016-2017	RD 2016-11-25 Dnr: RS/1444/2015	➔ *Kommentar:* Alla mål och aktiviteter har inte uppnåtts för 2017. Reservrutiner Cosmic är genomfört och kommer att kunna tillämpas av samtliga vårdverksamheter. Dock endast akutområdet som gjort kontinuitetsplan för alla sina kritiska IT system. Fastställande av maximala tolerabla avbrottstider är inte

Ärende	Beslut/Dnr	Anmärkning
		genomfört av systemansvariga och områdeschefer. Planering för återstart och återställande av verksamhetskritiska system är inte klart och flyttas över till 2018. Registerinventering av personuppgifter är genomförd och ingår fortsatt i projektet Garbo (anpassning till dataskydds-förordningens krav). Workshop genomfört avseende roller och ansvar för Cosmic och ehälsa är genomfört. Resultat redovisas till Regionledning i januari 2018. Inom behörighetsstyrning finns regelverk framtaget. Arbetet med att minska manuell hantering samt att förbättra möjligheter för chefer att kontrollera behörigheter har inte kunnat påbörjas av IT och eHälsoavdelningen. Inom området molntjänster har målen uppnåtts. En e-utbildning om informationssäkerhet har utarbetats och beräknas bli klar under våren 2018.

Ärende	Beslut/Dnr	Anmärkning
9. Övergripande handlingsplan Attraktiv arbetsgivare 2017-2019	RD 2016-12-05 Dnr: RS/1585/2016	↑ Det pågår en mängd aktiviteter inom handlingsplan för attraktiv arbetsgivare 2017-2019, exempelvis: **Medarbetare** - Introduktion för nyanställda är genomförd i februari och i oktober introduktion, framtagande av webbutbildning i jämställdhet pågår. **Chef och ledarförsörjning** - Chefsaspirantutbildning Ny som chef startade i höst, grupphandledning för chefer, ledarutvecklingsprogrammet. Aktiviteter utifrån handlingsplan chefers förutsättningar pågår. **Kompetensförsörjning** – Kompetenskartläggningen genomförd och utifrån den görs analys och åtgärdsplan, införande av kompetenshanteringssystem är genomfört, karriärvägar pågår, utforma modell för sjuksköterskans första år är klart och implementering är påbörjad, utforma kompetenskort för undersköterskor pågår samt en plan för 2018 angående marknadsföring/mässor mm är framtagen. **Lönebildning** – regler och riktlinjer är framtagna som stöd vid lönesättning. Löneanalys och lönekartläggning är genomförd för 2017. Handlingsplan är framtagen **Hälsa och arbetsmiljö** - Arbetsmiljöenkäten är genomförd i februari och oktober -17 och resultatet visar ett högre index i oktober jämförelse med februari 2017, att göra skyddsombudsrollen attraktiv pågår. Dialog på ledningsgrupper i hälsofrämjande arbetssätt pågår.
10. Landstingsövergripande handlingsplan E-hälsa 2014	2013-05-28 Dnr: LS/678/2013	Ska omarbetas
11. Handlingsplan för utveckling av cancervården i Region Jämtland Härjedalen 2016 – 2018, inklusive uppföljning av	HS dir 2016-05-25 Dnr:	→

Ärende	Beslut/Dnr	Anmärkning
handlingsplan för 2013-2015	RS/1035/2016	*Kommentar:* Utifrån gällande handlingsplan, 2016-2018, har hälso- och sjukvårdsdirektören, skrivit specifika uppdrag. De löper på enligt plan och kommer, kontinuerligt, att följas upp genom en statusrapport, två gånger/år, med början juni 2017. Flera aktiviteter pågår: • Diagnosoberoende nätverk för kontaktsjuksköterskor • Utvecklingsarbete med fokus på jämställt och jämlikt stöd för länets patient med cancersjukdom och deras närstående: min vårdplan ska erbjudas och i förekommande fall inkludera rehabiliteringsplan. • Koordinatorcenter för att frigöra kontaktsjuksköterskornas tid till patientarbete. Invigning 2018-01-22. • Diagnosoberoende patient- och närståenderåd är initierat. Ordförande utsedd, metodstöd finns. • De flesta SVF (dvs diagnosflöden) kommer att kartläggas som ett led i bemanningsprojektet (Rätt Använd Kompetens) under första hälften av 2018. Det pågår idag tre olika forskningsprojekt relaterat till cancerområdet. Ett forskningsprojekt bygger på tidig detektion av tjock- och ändtarmscancer i primärvård. Ett annat forskningsprojekt bygger på Kolorektal cancer och identifiering av riskgrupper och utvärdering av förebyggande åtgärder. Denna forskning utgår från slutenvård. Ett tredje forskningsprojekt inom slutenvården riktar sig mot tumörstroma och tumörmarkörer avseende invasivitet och metastatisk aggressivitet hos små differentierade tyreoideacancrar. Förutom pågående forskning pågår långtgående diskussioner om att använda artificiell intelligens (AI) i ett innovativt utvecklingsprojekt mellan aktörer inom näringslivet och diagnostiskt centrum.

Ärende	Beslut/Dnr	Anmärkning
12. Handlingsplan för kommunerna i Jämtlands län och Region Jämtland Härjedalen gällande Område Psykisk hälsa 2016-2020	Förankring i SVOM 2016-09-30 Dnr: RS/2120/2016	↑ *Kommentar:* Region Jämtland Härjedalen och länets kommuner beslutade i januari 2017 att samfinansiera aktiviteter inom vissa prioriterade områden i handlingsplanen. Två samordnare tillsattes i januari 2017 (tjänst om 50 % per person) och deras anställning kommer att fortlöpa under 2018 (inriktningsbeslut i SVOM december 2017). Ett flertal aktiviteter har genomförts under 2017, bland annat en länsövergripande analys avseende barn- och ungas psykiska hälsa, utbildning av instruktörer i Mental Health First Aid (MHFA) etc. Handlingsplanen reviderades under 2017 och den reviderade upplagan förankrades i SVOM den 20 oktober. Handlingsplanen inrapporterades tillsammans med en redogörelse avseende nyttjade stimulansmedel till SKL 31 oktober. Inför 2018 har en ny överenskommelse slutits mellan Regeringen och SKL inom område psykisk hälsa och nya stimulansmedel kommer att utbetalas till länet. Krav kommer under året bl a. att ställas på parterna att göra en aktuell gemensam revidering av analys och handlingsplan, redovisa uppnådda resultat utifrån handlingsplanen etc. Kommunerna och Regionen är själva ansvariga för att redovisa de delar som åligger den enskilde huvudmannen utifrån erhållna stimulansmedel.
13. Bättre liv för sjuka äldre – strategi och handlingsplan 2017	SVOM 2016-12-16 Dnr: RS/55/2017	→ *Kommentar:* Arbetet med handlingsplanen Bättre liv för sjuka äldre sköts av Ledningskraft. Representationen i Ledningskraft är numera sådan att alla kommuner ska vara representerade. Från Region Jämtland Härjedalen finns representation från både specialiserad vård och primärvård. Ledningskraft har arbetat med Lagen om utskrivning från sluten vård, hemsjukvårdsavtalet, mobilt närvårdsteam och e-hälsa. Gruppen är aktiv i alla fokusområdena. Ledningskraft har i närtid inplanerat möte för att revidera handlingsplanen. Avsikten är att handlingsplanen ska minska i volym för att

Ärende	Beslut/Dnr	Anmärkning
		synliggöra de delar som är väsentliga och aktuella.
14. Övergripande handlingsplan för Vård och omsorg i glesbygd – Norrlands inland, världsledande i utvecklingen av framtidens vård och omsorg i glesbygd	2014-05-21 Dnr: LS/821/2014	➔ *Kommentar:* Vård och omsorg i glesbygd (VOG) har efter en tid utan så mycket aktivitet tagit ny fart inom NRF. Arbetet leds av förbundsdirektören, som är sammankallande för en arbetsgrupp som ska arbeta med frågor och utmaningar inom framtidens vård och omsorg i glesbygd. Det första mötet med den nya sammansättningen av ledamöter inom VOG har skett i oktober. Region JH representeras i VOG utav Primärvårdschef och FoU-direktör. En workshop för att planera VOG´s fortsatta uppdrag kommer att ske 30 jan-1 feb 2018.
15. Övergripande handlingsplan gällande sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter, 2017-2021	RD 2017-03-30 Dnr: RS/179/2017	➔ *Kommentar:* En generell kommentar för året är att mycket tid har gått åt till omorganisation, byte av förvaltning och ett antal byten av chefer. Det har arbetas med alla fem huvudmålen samt delmålen, dock i minskad omfattning (se ovan) • Vad gäller klamydiainfektion ligger länet fortfarande högt i landet jmf per 100000 inv. men länet har klivit ned i rangordning och två län har fler fall än Jämtlands län för 2017 (dec siffror inte tillgängliga nu). • Samverkan kring hur RJH ska arbeta med könsstympning är på gång. ↑ Några genomförda aktiviteter: • Klamydiatest på nätet via 1177.se har efter projekttid permanentats • Kompetenshöjande insatser har erbjudits verksamheter kring ämnet SRHR (Sexuell och Reproduktiv Hälsa och Rättigheter). En HBTQ-diplomering har genomförts i samverkan med Jämtlands Gymnasieförbund/ elevhälsan. En processplan för vidare diplomeringar är framtagen.

Ärende	Beslut/Dnr	Anmärkning
		• Fortsatt verksamhet med ”Säkrare sex i fjällen” i de fem största fjällorterna • Deltagande i årets Pride-festival • Styrgruppen för SRHR har under året utvidgats med deltagare från fler verksamheter utanför RJH. • UM har invigt en filial i Strömsund • Hud-& Könsmott. har genomgått en kondomutbildning samt startat en kondomeria. I samverkan med övriga tre norrlänen: • Sex informationsfilmer har tagits fram för unga/unga vuxna nysvenskar ”Nästan allt om sex i Sverige”. Ytterligare medel söktes via Kommittén för inrättande av en delegation mot segregation, 3 miljoner erhölls för en pilot för fortsatt framtagande av filmer. • Hemsidan gratiskondomer.nu, där länens unga/unga vuxna kan ta del av information och beställa kondomer gratis. Kondomer beställs från alla kommunerna i länet
16. Plan för mottagande av asylsökande och nyanlända flyktingar	Regionstabschef 2017-04-10 Centuri 32658-1	↑ *Kommentar:* Insatser genomförda utifrån punkt 5.4 i handlingsplanen som handlar om Fortsatta behov och förslag på åtgärder inom Regionstyrelsens ansvarsområde Kompetenshöjande insatser: Spridning av Hälsa i Sverige för asylsökande och nyanlända slutrapporterad till SKL. Fyra föreläsningsdagar har erbjudits under hösten 2017 utifrån psykisk hälsa och transkulturell kulturanpassad vård. Utvecklings/utbildningsbehoven inför 2018 är uppföljda i Arbetsplan Styrgrupp för asyl-flyktingfrågor Enhet för asyl-och flyktinghälsa arbetar vidare kring sitt utökade flexibla uppdrag utifrån de behov som för närvarande är störst.

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN
BOX 654, 831 27 ÖSTERSUND
WWW.REGIONJH.SE

20

Årsrapport över tillgångs- och skuldförvaltningen 2017

RS/1074/2017

2018-03-02

Ekonomi- och personalavdelningen
Helena Edström
Tfn: 063-147712
E-post: helena.edstrom@regionjh.se

RS/1074/2017

Årsrapport över tillgångs- och skuldförvaltningen 2017

Ärendebeskrivning

Årsrapport över tillgångs- och skuldförvaltningen 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 och skulder gällande avkastning mot uppsatta mål, tillgångsfördelning och följsamhet mot ”Reglemente avseende finansiering och skuldförvaltning samt förvaltning av likviditet och pensionsmedel”. Årsrapport över tillgångs- och skuldförvaltningen innehåller uppföljning av mål, innehavsförteckningar, avstämning mot givna limiter samt uppföljning av dynamiska riskprincipen.

På grund av den rådande likviditetssituationen i regionen har likviditetsportföljen avvecklats under året. Detta har gjorts genom att värdepapper som förfallit inte återinvesterats.

Under perioden som rapporten avser har Region Jämtland Härjedalen tagit upp ett lån på 100 miljoner kronor från Kommuninvest.

Regiondirektörens förslag

1. Årsrapport över tillgångs- och skuldförvaltningen godkänns.

2. Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

   Årsrapport över tillgångs- och skuldförvaltningen läggs till handlingarna.

I tjänsten

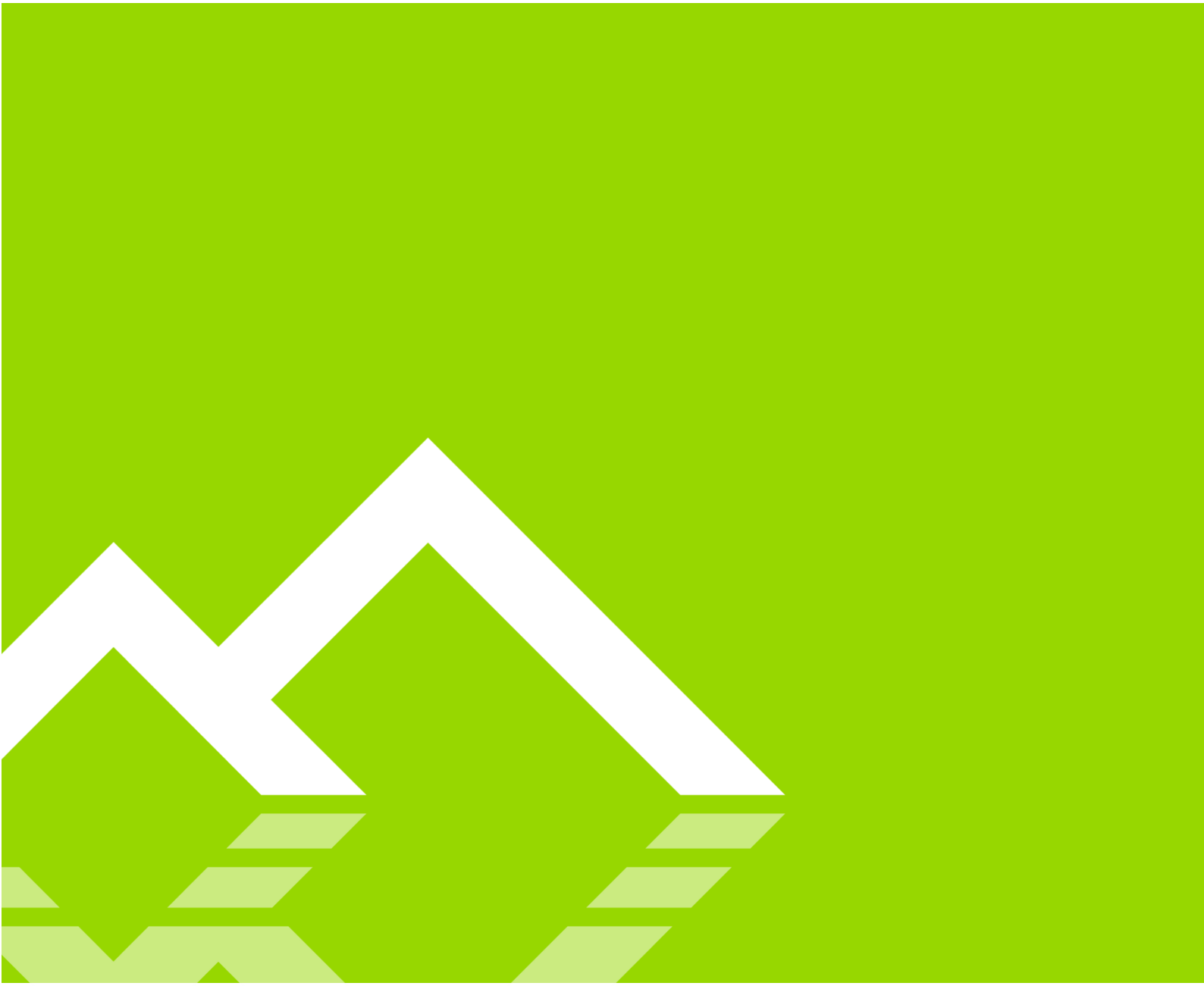
Hans Svensson
Regiondirektör

Ingela Jönsson
Tf Ekonomidirektör

Utdrag till

Ekonomidirektör
Finansekonom

Årsrapport över tillgångs-och skuldförvaltningen 2017-12-31



REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1 VIKTIGA MARKNADSHÄNDELSER 2017, TERTIAL 3 3

2 FRAMÅTBLICK 2018 4

3 PENSIONSPORTFÖLJEN PER 2017-12-31 5

3.1 Avkastning relativt index och mål 5

3.1.1 Kommentar kring portföljens avkastning sedan årsskiftet 5

3.1.2 Placeringar/försäljningar av värdepapper 6

3.2 Förteckning över innehaven samt marknadsvärde 6

3.3 Tillgångsfördelning 7

3.4 Avstämning mot reglementet 7

3.4.1 Avstämning mot placeringslimiter 7

3.4.2 Avstämning mot kreditlimiter 7

3.4.2.1 Kommentar till avvikelse 8

3.4.3 Etisk klausul och miljömässig klausul 8

3.5 Uppföljning av dynamiska riskprincipen 8

3.6 Aktuell fördelning enligt kreditlimiterna 8

4 SKULDFÖRVALTNING PER 2017-12-31 10

4.1 Avstämning mot finanspolicy 10

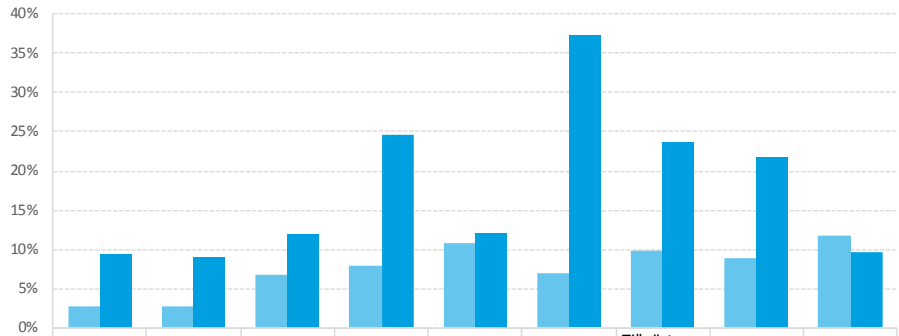
4.2 Skuldportfölj 10

4.3 Förändring i upplåning 10

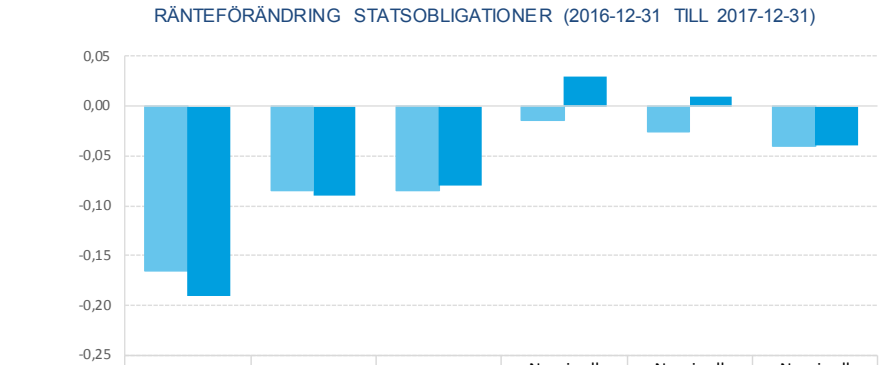
1 VIKTIGA MARKNADSHÄNDELSER 2017, TERTIAL 3

- Nordea meddelade 6:e september att banken flyttar huvudkontoret till Finland
- I oktober så reviderade **IMF** upp den förväntade globala BNP-tillväxten 0,1%-enheter till 3,7% för 2018.
- Den 26:e oktober annonserade **ECB** att stödköpen av obligationer förlängs till och med september 2018 men att volymen halveras från 60 MEUR i månaden till 30 MEUR i månaden efter årsskiftet.
- **VIX-indexet** som beskriver den förväntade volatiliteten på den amerikanska aktiemarknaden noterades den 3:e november på 9,14, vilket var den lägsta nivå sedan indexet startade 1993
- Den 13:e december höjde den amerikanska centralbanken **Fed** styrräntan med 0,25%-enheter till spannet 1,25-1,50%
- Den 14:e december presenterade **Valuegard** prisindex för privatägda bostäder i Sverige. Under perioden september till november föll bostadspriserna med minus 7,3%, vilket var den sämsta 3-månadersutvecklingen sedan 2008.
- Den 22:a december signerade den amerikanska presidenten **Donald Trump** skattereformen som bl.a. innebär att bolagsskatten sänks från 35% till 21%

AKTIEINDEXUTVECKLING (2016-12-31 TILL 2017-12-31)



	Sverige	Europa	Europa (SEK)	Världen	Världen (SEK)	Tillväxtmarknader	Tillväxtmarknader (SEK)	USA	USA (SEK)
T3	2,8%	2,7%	6,7%	7,9%	10,8%	7,0%	9,9%	8,8%	11,7%
2017	9,5%	9,2%	12,0%	24,6%	12,2%	37,3%	23,6%	21,8%	9,7%



	Real 2022	Real 2028	Real 2032	Nominell 2022	Nominell 2026	Nominell 2039
T3	-0,17	-0,09	-0,09	-0,01	-0,02	-0,04
2017	-0,19	-0,09	-0,08	0,03	0,01	-0,04
Aktuell yield	-1,99	-1,16	-0,72	-0,09	0,56	1,48

2 FRAMÅTBLICK 2018

Marknad och omvärld

Världsekonomin befinner sig för närvarande i en mogen högkonjunktur och den ekonomiska tillväxten är mer samspelt än på länge. Efter ett flertal år av stimulanser genom låga styrräntor och obligationsköp ser vi början på slutet av kvantitativa lättnader och att centralbankernas försiktiga normalisering av penningpolitiken kommer att vara något som står i fokus inför 2018. Arbetsmarknaden är stark vilket borde ge högre inflation om gamla samband håller. Den så kallande Phillipskurvan, som historiskt har visat negativ relation mellan arbetslöshet och inflation, har dock kommit på skam men vi ser förutsättningar för att 2018 kan komma att bli året då inflationen faktiskt tar tydligare fart. Vi bedömer att den globala högkonjunkturen kommer att bestå, men samtidigt att den kommer att plana ut i takt med att fler centralbanker väntas påbörja normaliseringen av penningpolitiken. Många sentimentindikatorer pekar på överoptimism, både bland företag, hushåll och investerare vilket tillsammans med hög värdering gör att vi ser en begränsad potential på aktiemarknaden. Samtidigt gör låga räntor att den förväntade avkastningen på räntemarknaden också är låg. De större riskerna vi ser framgent är en inflation som stiger snabbare än väntat, kraftigt stigande oljepris eller geopolitiska chocker av något slag (exempelvis ökade spänningar relaterade till Nordkorea eller tilltagande oro i Mellanöstern). En annan risk är att skuldsituationen i Kina blir allt mer akut och att arbetet med åtstramningar i landet får konsekvenser på den globala tillväxten.

Portfölj

Portföljen kommer att fortsätta förvaltas utifrån gällande strategi och riskmål. Baserat på detta och den aktuella allokeringen har portföljen en förväntad avkastning på 4,0 % för 2018, motsvarande ca 16 MSEK. Observera att den förväntade avkastningen är en prognos och prognosen är förknippad med osäkerheter.

3 PENSIONSPORTFÖLJEN PER 2017-12-31

3.1 Avkastning relativt index och mål

Avkastningen på hela portföljen var ca 4,0 % under året, vilket var 1,9 % bättre än ett sammansatt jämförelseindex. Sett över en 5-årsperiod så har portföljen haft en real avkastning om 2,3% per år, vilket är bättre än det långsiktiga avkastningsmålet om 2% realt per år under en rullande 5-årsperiod.

TILLGÅNGSUTVECKLING JÄMFÖRT MED INDEX

Tillgångsslag	Index	Tillgångsavkastning sedan 2016-12-31	Indexavkastning sedan 2016-12-31	Differens
Nominella räntebärande värdepapper	OMRX Bond	2,7%	0,3%	2,4%
Utländska aktier	MSCI AC World TR (SEK)	10,2%	11,6%	-1,4%
Blandfonder	50% OMRX Bond / 50% SIX PRX	7,9%	4,9%	3,0%
Totalportföljen	Sammansatt jämförelseindex	4,0%	2,1%	1,9%

Källa för index: Bloomberg

3.1.1 Kommentar kring portföljens avkastning sedan årsskiftet

Ränteportföljen hade en god avkastning och överavkastade relativt index under året. Detta var primärt hänförligt till den något högre kreditrisken samt den goda avkastningen för Barclays fondobligation. Den utländska aktieportföljen har underpresterat gentemot index, vilket till stor del beror på innehavet i Handelsbanken Global Dynamisk 90 Inst som utvecklats svagt under året. Blandfonden Carnegie Strategifond G har kraftigt överpresterat mot index, vilket beror både på högre kreditrisk än index på ränteinnehaven samt lyckosamma aktieval.

Placeringarnas genomsnittliga duration per 2017-12-31 var 0,9 år.

3.1.2 Placeringar/försäljningar av värdepapper

Under årets sista tertial några förändringar gjorts bland innehaven i portföljen. Andelen aktier påverkades marginellt av dessa transaktioner och uppgår nu till 19,5%, jämfört med 17,9% vid förra tertitalskiftet. Bland annat såldes båda fonderna från Handelsbanken i december då de underpresterat under en längre tid. Likviden från dessa försäljningar placerades i en kombination av olika typer av räntefonder samt aktiefonder med olika regional exponering och god historik. I december hade även den direktägda bostadsobligationen från Swedbank Hypotek AB förfall till ett belopp om totalt 41,5 MSEK. En del av dessa medel placerades i räntefonder och resterande del ska fasas in i aktiefonder under det första kvartalet 2018 i syfte att höja den förväntade avkastningen i portföljen

Portföljen har under året erhållit kuponger och utdelningar på ca 12,0 MSEK, där majoriteten av detta (ca 8 MSEK) är hänförligt till fondobligationen från Barclays.

3.2 Förteckning över innehaven samt marknadsvärde

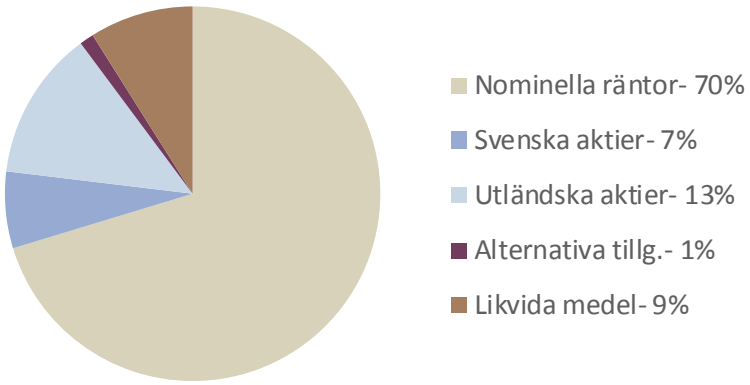
Nedan visas en förteckning över pensionsportföljens innehav inklusive marknadsvärde, kreditrating, andel av portföljen och duration.

TILLGÅNGAR	ISIN	Nominellt belopp Antal andelar 2017-12-31	Marknadsvärde 2017-12-31	Löptid	Rating (Moody's | S&P)	Vikt	Duration
NOMINELLA RÄNTOR							
Barclays Fondobligation 2019-03-10	XS0291227683	200 000 000	200 000 000	2019-03-10	Baa3 | BBB+	46%	1,2
DNB Nor FRN 2018-05-07	XS0927637651	6 000 000	6 015 299	2018-05-07	Aa2 | A+	1%	0,1
Landshypotek FRN 2018-04-27	SE0005364601	8 000 000	8 012 187	2018-04-27	WR | AAA	2%	0,1
Länsförsäkringar FRN 2018-05-15	SE0005191269	10 000 000	10 025 141	2018-05-15	A1 | A	2%	0,1
Nordea Bank Finland FRN CDS Atlas Copco 2018-07-20	SE0005130978	5 000 000	4 986 500	2018-07-20	Aa3 | AA-	1%	0,6
Nordea Bank Finland FRN CDS SKF 2018-07-20	SE0005130986	5 000 000	4 988 000	2018-07-20	Aa3 | AA-	1%	0,6
Nordea Hypotek AB FRN 2019-02-26	SE0005757945	20 000 000	20 085 200	2019-02-26	Aaa | AAA	5%	0,1
SEB Företagsobligationsfond Flexibel	FI0008811922	29 864	4 394 215			1%	4,0
Simplicity Likviditet	SE0001827692	40 667	4 499 431			1%	0,5
SPP Grön Obligationsfond	SE0006763967	43 217	4 398 833			1%	2,2
Vasakronan FRN 2019-03-19	SE0005798824	10 000 000	10 032 475	2019-03-19	WR | NR	2%	0,2
Öhman Företagsobligationsfond Hållbar A	SE0004391738	28 953	3 396 526			1%	2,3
Totalt nominella räntor			280 833 806			64%	1,0
Totalt räntor			280 833 806			64%	1,0
BLANDFONDER							
Carnegie Strategifond G	SE0005133030	403 365	53 911 104			12%	1,0
Totalt Blandfonder			53 911 104			12%	1,0
SVENSKA AKTIER							
SPP Sverige Plus A	SE0008964407	15 311	1 778 712			0%	
Öhman Sweden Micro Cap	SE0000432809	621	603 124			0%	
Totalt direktägda aktier och fonder			2 381 836			1%	
Totalt svenska aktier inkl. strukturerade produkter			2 381 836			1%	
UTLÄNDSKA AKTIER							
Didner & Gerge Global	SE0004167567	13 765	3 547 404			1%	
SEB Hållbarhetsfond Global	SE0000434151	1 706 000	29 129 787			7%	
SPP Global Plus A	SE0008129985	37 130	4 924 530			1%	
SPP Tillväxtmarknad Plus A	SE0008129969	13 799	1 996 917			0%	
Totalt direktägda aktier och fonder			39 598 639			9%	
GLOBALA STRUKTURERADE PRODUKTER							
Handelsbanken AIO världen 2018-10-28	SE0005398211	14 000 000	16 604 000	2018-10-28	Aa2 | AA-	4%	0,9
Totalt globala strukturerade produkter			16 604 000			4%	0,9
Totalt utländska aktier inkl. strukturerade produkter			56 202 639			13%	
Totalt aktier			58 584 475			13%	
ALTERNATIVA TILLGÅNGAR							
Carlsson & Norén Macro Fund	SE0002264374	44 022	5 363 418			1%	3,5
Totalt alternativa tillgångar			5 363 418			1%	3,5
LIKVIDA MEDEL							
Likvida medel	PSEUDO_INTEREST_1		39 137 505			9%	
Totalt likvida medel			39 137 505			9%	
TOTALT			**437 830 307**			**100%**	**0,9**

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 70,3 % av räntebärande tillgångar, till 19,5 % av aktier och 1,2% av alternativa tillgångar. Andelen likvida medel uppgår till 8,9 %.



3.4 Avstämning mot reglementet

3.4.1 Avstämning mot placeringslimiter

Samtliga innehav ligger inom de övergripande limiterna för tillgångsslagen.

3.4.2 Avstämning mot kreditlimiter

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 limiter.

KREDITEXPONERING PER MOTPART, DECEMBER 2017

Motpart	Motpart	Rating-kategori
Eksportfinans ASA	46%	E
Nordea Hypotek	5%	B
Handelsbanken	4%	C
Vasakronan	2%	F
Länsförsäkringar	2%	D
Nordea Finland	2%	D
Landshypotek	2%	B
DnB NOR	1%	C

3.4.2.1 Kommentar till avvikelse

Som rapporterats i tidigare likviditetsrapporter och delårsrapporter, har Region Jämtland Härjedalen en obligation utgiven av det norska bolaget Eksportfinans. Obligationen utgör 46 % 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 förbättrats 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 tredje tertialet 2017 har risksituationen förbättrats då marginalen till skyddsnivån ökat. Analysen av portföljen ger en maximal andel aktier om 40 %, vilket är högre än vid senaste tertialskiftet då maximal andel uppgick till 34 %. Beräknad maximal andel aktier är dock högre än aktuell andel aktier som ligger på 19,5 %.

Portföljen kan idag falla 13,6 % innan den når den uppsatta skyddsnivån, vilket kan jämföras med en marginal om 10,7 % vid senaste tertialskiftet. Givet aktuell allokering är sannolikheten att inom 12 månader falla under skyddsnivån fortsatt mycket låg.

3.6 Aktuell fördelning enligt kreditlimiterna

KREDITLIMITER ENLIGT POLICY

Ratingkategori	Durationskategori 0-1 år	1-3 år	3-7 år	>7 år	Max andel per emittent Motpart
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

AKTUELL KREDITEXPONERING

Ratingkategori	Durationskategori 0-1 år	1-3 år	3-7 år	>7 år
A. Stater, kommuner el. motsv. med AAA / Aaa	64%	46%	0%	0%
B. Värdepapper med rating om lägst AAA /Aaa	64%	46%	0%	0%
C. Värdepapper med rating om lägst AA /Aa2	58%	46%	0%	0%
D. Värdepapper med rating om lägst A /A2	53%	46%	0%	0%
E. Värdepapper med rating om lägst BBB/Baa	48%	46%	0%	0%
F. Värdepapper med rating lägre än BBB/Baa	2%	0%	0%	0%

KREDITEXPONERING PER KATEGORI

Ratingkategori	Durationskategori K. 0-1 år	L. 1-3 år	M. 3-7 år	N. >7 år
A. Stater, kommuner el. motsv. med AAA / Aaa	0%	0%	0%	0%
B. Värdepapper med rating om lägst AAA /Aaa	6%	0%	0%	0%
C. Värdepapper med rating om lägst AA / Aa2	5%	0%	0%	0%
D. Värdepapper med rating om lägst A /A2	5%	0%	0%	0%
E. Värdepapper med rating om lägst BBB/Baa	0%	46%	0%	0%
F. Värdepapper med rating lägre än BBB/Baa	2%	0%	0%	0%

KREDITEXPONERING PER MOTPART, DECEMBER 2017

Motpart	Motpart	Rating-kategori
Eksportfinans ASA	46%	E
Nordea Hypotek	5%	B
Handelsbanken	4%	C
Vasakronan	2%	F
Länsförsäkringar	2%	D
Nordea Finland	2%	D
Landshypotek	2%	B
DnB NOR	1%	C

4 SKULDFÖRVALTNING PER 2017-12-31

4.1 Avstämning mot finanspolicy

Regionens upplåning uppfyller samtliga regler och limiter i reglementet avseende finansiering och skuldförvaltning med undantag för ränte- och kapitalbindning. Ränte- och kapitalbindning låg den sista december på 1,36 år, vilket är utanför riskmandaten på 1,5 år till 4 år. Detta är dock acceptabelt inom reglementets avsnitt 5:4 då skuldportföljen är under uppbyggnad. Genomsnittsräntan var 0,03 % den sista december.

Ränte och kapitalbindning	Mål	Riskmandat	Utfall	Uppfyllt
Kapitalbindning	2 år	1,5 år - 4 år	1,4 år	Nej
Räntebindning	2 år	1,5 år - 4 år	1,4 år	Nej

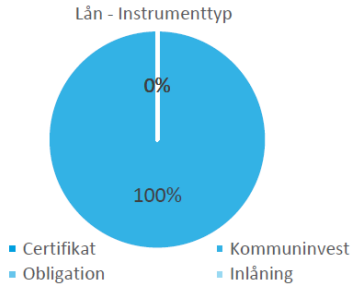
Förfallostruktur	Intervall	Riskmandat	Utfall	Uppfyllt
Kapitalförfall	< 1 år	0% - 35%	0%	Ja
Ränteförfall	< 1 år	0% - 35%	0%	Ja

4.2 Skuldportfölj

Regionens skuldportfölj utgjordes vid utgången av tertialet av lån om 100 mkr till Kommuninvest.

Skuldportfölj

Instrumenttyp	Aktuell skuld	Andel av total skuld
Certifikat	0	0%
Kommuninvest	100 000 000	100%
Obligation	0	0%
Inlåning	0	0%
Summa	**100 000 000**	**100%**



4.3 Förändring i upplåning

I tabellen nedan beskrivs förändringen i Regionens upplåning under årets andra tertial.

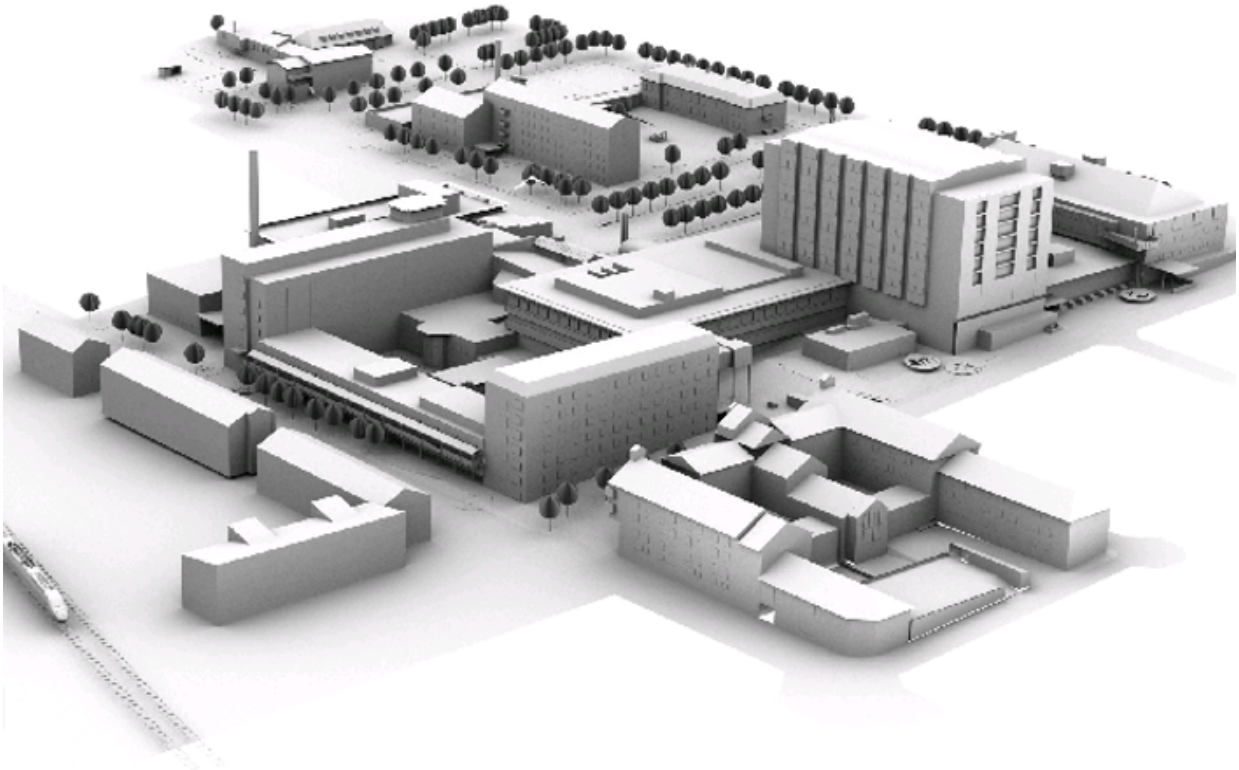
	2017-12-31	2017-08-31
Lån (kr)	100 000 000	80 000 000
Derivat - ränteswappar (kr)	-	-
Genomsnittsränta	0,03%	0,03%
Genomsnittsränta (inkl ränteswappar)	0,03%	0,03%
Lånemarginal mot Stibor 3m	0,50%	0,47%
Genomsnittlig räntebindning (år)	1,36	1,57
Ränteförfall inom 1 år (kr)	0	0
Ränteförfall inom 1 år (%)	0%	0%
Genomsnittlig kapitalbindning (år)	1,36	1,57
Kapitalförfall inom 1 år (kr)	0	0
Kapitalförfall inom 1 år (%)	0%	0%
Marknadsvärde derivatinstrument (kr)	-	-

21

Fastighetsutvecklingsplan

RS/561/2016

REGION
JÄMTLAND
HÄRJEDALEN



Fastighetsutvecklingplan 2018
Östersunds sjukhus

Förhandskopia 180301, Dnr: RS/561/2016
Jan-Åke Lindroth
Beslutad av:

Innehållsförteckning

INLEDNING 6

VISION OCH MÅL FÖR ÖSTERSUNDS SJUKHUS 7
Östersunds sjukhus 7
Mål 7

SAMMANFATTNING 9

UPPDRAG 9
Bakgrund 9
Omfattning och avgränsningar 10

PLANERINGSPROCESS 11

NATIONELLA TRENDER INOM VÅRDEN 11
Utvecklingstrender inom hälso- och sjukvården: 12

BERÄTTIGADE STANDARDKRAV PÅ VÅRDLOKALER 13

UTVECKLINGSTENDENSER AV VÅRDAVDELNINGAR 13
Vårdplatsutveckling 13
Standard på vårdavdelningarna 13
Utvecklingstendenser för vårdlokaler 14
Utvecklingstendenser för behandlings- och diagnostiklokaler 14
Utvecklingstendenser för administrativa lokaler 14
Övriga administrativa lokaler 14
Utvecklingstendenser för infrastruktur 14
Utvecklingstendenser kostförsörjning 15

BEFOLKNINGSUTVECKLING 15
Befolkningsutveckling i Region Jämtland Härjedalen 15

VÅRDENS ORGANISATION 15

NUVARANDE VERKSAMHET 15
Nuläge 15
Lokaler för slutenvård 16
Lokaler för öppenvård 16
Akuta besök 16
Lokaler för diagnostik och behandling 16
Övrig kärnverksamhet 17
Vårdnära administration 18
Regionadministration 19
Tomtförutsättningar 19
Tillfarts och kommunikationsvägar 19
Parkering 20
Trafiklösning vid huvudentrén 20

Förhandskopia 180301, Dnr: RS/561/2016
Jan-Åke Lindroth
Beslutad av:

SJUKHUSETS TEKNISKA FÖRUTSÄTTNINGAR 20
Teknisk livslängd 20
Teknikutrymmen 21
Hissar 21
Rörpost 21
Robotar 21

MEDIAFÖRSÖRJNING 22
Teknisk förstudie 22
Värmesystem 22
Luftbehandling 22
Kyla 22
Tappvatten 22
Avlopp 23
Sprinkler 23
El Kraftdistribution 23
Avbrottsfri kraft 23
Belysning 23
Brandlarm 23
Inbrottslarm 23
Passagesystem 24
Kallelsesystem 24
Energi 24
Projekt Kallhålet 24
Samhällsfunktioner i sjukhuset 25

LOGISTIK OCH FÖRSÖRJNING 25

ÖVRIGA FÖRUTSÄTTNINGAR 26
Landstingets miljöpolicy 26
Övergripande slutsatser 27
Sammanfattning av intervjuerna. 27
Separation av slutenvårdsoperationer och dagkirurgi 27
Psykiatri 28
Yttre miljö 28
Hälsobefrämjande utrymmen för medarbetarna 28
Lokaler för studenter och AT läkare 28
Entré funktion och miljö 28
Tillfartsvägar, parkering, skyltning 29
Ta tillvara tekniska landvinningar när det gäller kommunikation för både patienter och medarbetare ..29
Förbättra logistikflödet för städ, vaktmästeri, drift 29
Ytskiktsunderhåll hela sjukhuset 29
Utbildningscenter 29
Konferenscenter 30

TILLGÄNGLIGHET TILL KULVERTPLAN 30
Riskanalys 30
Slutsatser 30

ETAPPINDELNINGAR 30
Tidplaner och ekonomiska konsekvenser 30

ÖSTERSUNDS SJUKHUS I FRAMTIDEN 33
Etapp 1A 33
Etapp 1B 34
Etapp 2 A&B 35
Etapp 3 38
Etapp 4 41
Etapp 5A 42
Etapp 5B 43
Etapp 6A 44
Etapp 6B 45
Etapp 6C 46
Etapp 6D 47
Etapp 7 48
Plan 7 48
Plan 8 49
Plan 9 50
Plan 10 51
Plan 11 52
Plan 12 53
Plan 13 54
Plan 14 55
Plan 15 och 16 56
Lämnade ytor 60

EKONOMI 60
Kostnadsbedömningar produktion 60
Kostnadsbedömning drift 62

ÖVRIGT BESTÅND (PRIMÄRVÅRDEN) 63
Gäddede 63
Backe 63
Strömsund 63
Föllinge 63
Åre 63
Järpen 63
Hallen 63
Krokom 64
Lit 64
Lugnvik 64
Frösön 64
Z-gränd 64
Odensala 64
Torvalla 64
Brunflo 64
Myrviken 65

Hammarstrand 65
Stugun 65
Kälarne 65
Bräcke 65
Svenstavik 65
Funäsdalen 65
Sveg 65
Fjällfilialer 65
Asylhälsan 66
Ungdomsmottagningen 66

ÖVRIGT BESTÅND (FOLKTANDVÅRDEN) 66
Gäddede 66
Hoting 66
Strömsund 66
Åre 66
Järpen 66
Krokom 66
Frösön 66
Campus 66
Brunflo 67
Hammarstrand 67
Bräcke 67
Svenstavik 67
Funäsdalen 67
Sveg 67
Hede 67

ÖVRIGT BESTÅND (FOLKHÖGSKOLOR) 67
Birka 67
Bäckedal 68

ÖVRIGT BESTÅND (SPECIALISTVÅRD OCH ÖVRIG VERKSAMHET) 68
Göviken 68
K21 (Köpmangatan 21) 68
R3 (Residensgränd 3) 68
K24 (Köpmangatan24) 68
Storgatan 24 (Personal och lönekontoret) 68
Campus (Specialistvården Campus) 68
Remonthagen 68
Kök 68

AVSLUTNING 69

Inledning

Fastighetsutvecklingsplanen(*) är ett av de viktigaste strategiska styrdokumenten för den fysiska miljön och den stakar ut riktningen för sjukhusområdets framtida utveckling och skapar förutsättningarna för att utveckla sjukvården med patienten i centrum.

Syftet är att beskriva fastighetens utveckling på lång sikt och dess möjligheter och begränsningar. Fastighetsutvecklingsplanen lämnar utrymme för okända förändringsbehov och visar på möjligheter till långsiktig utbyggnad och utveckling av hela sjukhusområdet samt ska bevaka byggrätter för att säkerställa framtida behov. Varje enskild byggåtgärd ska på lång sikt bidra till en väl fungerande helhet.
För att nå ett långsiktigt resultat krävs att hänsyn tas till vårdens utveckling och de lokala och regionala förutsättningarna. Exempel på övergripande mål för fastighetsutvecklingsplanen är att skapa ett sjukhusområde som främjar sjukhusets möjligheter till en effektivisering av vårdprocesserna och att utföra avancerad vård samt att minska sjukhusets klimatpåverkan.

Fastighetsutvecklingsplanen visar på en inriktning för sjukhusområdet, inte en beslutad utveckling med fastlagd ekonomisk budget. Fastighetsutvecklingsplanen skall kontinuerligt stämmas av mot region- och ekonomiplaner.
Fastighetsutvecklingsplanen är en stor satsning och pekar ut riktningen för en lång tid framöver. Tidshorisonten i planen är 25-50 år. Lokalförsörjningsplanens (**) livslängd är dock förhållandevis kort, 3-5 år, och planen kommer därmed att behöva uppdateras kontinuerligt i intervaller.

Inom ramen för fastighetsutvecklingsplanen kommer en fördjupning att ske etappvis genom att, med utgångspunkt från vårdens visioner, mål och krav, utveckla strategier och lösningar för sjukhusets framtida lokalutveckling. Detta sker genom upprättande av en lokalförsörjningsplan, som vårdens företrädare ansvarar för att ta fram. Fastighetsutvecklingsplanen ska här vara ett planeringsverktyg för att garantera att de olika verksamheternas mål genomförs i tvärsektoriell samverkan.

(*) Fastighetsutvecklingsplanen är ett dokument som beskriver fastighetens och dess byggnaders utvecklingspotential samt vilka möjligheter och hinder som finns.

(**) Lokalförsörjningsplan är ett dokument som beskriver vårdens behov av framtida lokaler för sin verksamhetsutveckling.

Vision och Mål för Östersunds sjukhus

Östersunds sjukhus

Östersunds sjukhus är ett akutsjukhus med fokus på hög patientsäkerhet, god samverkan, högklassig utbildning och forskning.

Mål

Visionen för Östersunds sjukhus, i framtiden, är att alla de kvalitéer som verksamheten står för idag ska fortsätta att utvecklas för att bli en verksamhet på toppen av medicinsk- och kunskapsmässig kvalitet.
För att uppnå dessa mål kommer verksamheten att vara i ständig utveckling och verktyget lokaler behöver kontinuerligt anpassas så att det är en resurs och inte ett hinder för verksamhetens effektivitet.

Lokalplaneringen ska utgå från patienternas, medborgarnas och verksamheternas framtida behov.

- Verksamheternas ledning, patientföreningar, medarbetarrepresentanter och andra intressenter ska vara delaktiga i inventering, planering och utformning.

- Varje byggnadsprojekt inom hälso- och sjukvården ska utgå från patientens och verksamhetens behov. Samtidigt förutsätter varje projekt ett ifrågasättande av verksamhetens nuvarande arbetssätt, då det ger unika möjligheter att skapa förutsättningar för förbättrad och moderniserad verksamhet ur patient-, medarbetar-, resurs- och verksamhetsperspektiv.

Säker vård

- Det framtida sjukhusets utformning ska möjliggöra effektiva vårdprocesser, stödja multidisciplinärt omhändertagande, minska risken för vårdrelaterade infektioner samt värna om patientens integritet.

Ett fullvärdigt akutsjukhus

- Östersunds sjukhus ska erbjuda akut och elektiv sjukvård på länssjukvårdsnivå. En sammanhållen akutsjukvård stödjer kommunikation, samverkan och korta ledtider i processerna. Detta är förutsättningen för att uppfylla regionens mål om att arbete utifrån Lean-principer.

- För ett effektivt omhändertagande bör de akuta och elektiva processerna separeras så långt som det är möjligt.

Inbjudande och hälsofrämjande miljö

- Sjukhusets grundförutsättningar ska tillvaratas och befintliga funktionella miljöer skall i största möjliga mån tillvaratas. Besökarna ska känna sig trygga, välkomna och omhändertagna i lokalerna. Lokalernas utformning ska stödja

delaktighet från både patient och anhöriga med särskild hänsyn till funktionsnedsättning.

Flexibla lokaler

- Målsättningen är att verksamheten ska kunna förändras, öka eller minska utan stora ombyggnader. Ambitionen skall vara att lokalerna skall utformas generella och flexibla för att fungera funktionellt även vid situationer med stort patienttryck. De olika verksamheterna har olika specifika behov som bör tillgodoses som kan gå i motsatt riktning mot generella lokaler vilket gör att vissa specialiseringar är nödvändiga för att skapa så bra och ändamålsenliga lokaler som möjligt.

Stimulerande utvecklingsklimat

- Lokalerna ska underlätta förnyelsearbetet. Därför ska utrymme för olika former av möten, utbildningar och simuleringsträningar skapas.
- Studenterna är framtidens medarbetare. En utvecklande och stimulerande studiemiljö ökar möjligheterna till framtida rekrytering.
- Patientnära klinisk forskning i nära samarbete med universitetet ska ha anpassade lokaler.

Hälsofrämjande arbetsmiljö

- Lokalerna ska utformas med omsorg så att frekvent använda arbetsplatser och pausutrymmen i möjligaste mån får dagsljus och utblickar. Gångavstånden mellan de lokaler som används i en vårdprocess ska vara korta. Det ska finnas mötesplatser för både informella, formella möten samt kunskapsöverföring. Friskvård stimuleras genom möjlighet till fysisk träning och avkoppling.

Infektionssäkra miljöer

- Byggnaderna skall utformas med stort fokus på minskad smittspridning med anledning av ökning av multiresistenta bakterier.

Säkra och trygga miljöer

- Beredskapsnivån har på senare tid åter kommit i fokus och sjukhusets robusthet är mycket viktig. Angrepp och attacker mot sjukhuset, på olika sätt, skall vara en tydlig parameter att ta hänsyn till i planeringen.
- Samhället har ändrats på senare år och även vården drabbas av hot och våld. Detta kan innebära att ett annat synsätt på vår öppenhet och vår stora tillgänglighet idag och behöver analyseras djupare.
- Förutom hot och våldsamheter från patienter i vården så ska kanske även våra idag väldigt öppna lokaler stängas och låsas på ett helt annat sätt.
- Stölder och sabotage mot verksamheten är ett reellt problem idag.
- Vitala funktioner såsom serverhallar och teknikutrymmen skall lokaliseras så att de är skyddade på bästa möjliga sätt.

Digitalisering

- Vårdens utökade användning av digitala hjälpmedel kommer att innebära att patienten kan få den önskade hjälpen var hen befinner sig. Först då har vården

på riktigt flyttat nära medborgaren, och närhetsbegreppet som vi idag känner det, har fått en förändrad innebörd. Målsättningen med denna förändring är att åstadkomma en större flexibilitet, där patientens behov med större individuell utformning och anpassning kan mötas av vården. Grundbulten i sjukvårdens utformning kommer att vara geografisk nära vård i första hand, men i allt större utsträckning närmre med hjälp av nya tekniska lösningar.

Sammanfattning

Utredningsarbetet med denna plan har lett fram till följande förslag till lokalmässiga förändringar. Planen ska vidarebearbetas så att hänsyn även kommer att tas till ekonomiska- och byggtekniska aspekter samt möjlighet till rationellt genomförande. I kapitlet, ”Östersunds sjukhus i framtiden”, finns mer utförlig redovisning av de föreslagna åtgärderna.

Uppdrag

Bakgrund

Region Jämtland Härjedalen har sedan många år tittat på hur lokalfrågan skall lösas i framtiden. Befintlig etablering i centrala staden där huvuddelen av specialistsjukvården utförs fungerar i huvudsak bra, men det är viktigt att även se vilka lokalbehov Region Jämtland Härjedalen har för vården i framtiden på lång och kort sikt.

Nuvarande byggnader i kvarteret är planerade och är uppförda olika år och kan sammanfattas enligt nedan:

- Administrationsbyggnad från 1920- och 1950-talet.
- Sjukvårdsbyggnader från 1950-, 1960- och huvuddelen från 1970-talet.
- Psykiatrikvarteret från 1980-talet.

Byggnadsbeståndet har underhållits bra och lokalerna fungerar på många ställen tillfredställande. Dock finns tydliga lokalförändringsbehov eftersom verksamheten är väldigt trångbodd i vissa delar och arbetsmiljön är inte tillfredställande i alla delar. Logistiken bör förbättras inom flera områden för att möjliggöra effektivare vård- och arbetsflöden. Vårdens utveckling och förändring kräver att lokalerna kontinuerligt anpassas och byggs om för att verksamheten skall ges möjlighet att fungera på ett optimalt sätt.

År 2013 beslutade landstingsfullmäktige att sjukhuset skall ligga kvar på nuvarande fastighet i ett 50-årigt perspektiv eftersom det finns många utvecklingsmöjligheter inom kvarteret och stora delar av fastighetsbeståndet fungerar tillfredställande. En stark faktor för nuvarande etablering är det centrala läget som möjliggör goda kommunikationer och bra tillgänglighet för både patienter, besökare och personal.

Hur byggnaderna ska klara framtida förändring i vården är viktigt att skapa sig en bild av så att beslut om lokalförändringar i det korta perspektivet harmonierar med strategiska planerna på en framtida större förändring.

En viktig aspekt i planerandet av mer ändamålsenliga lokaler för vården är att kostnaden för lokalerna är väsentligt lägre än den verksamhet som drivs i dessa. Det vill säga det är viktigt att lokalerna är ändamålsenliga så att vården kan utföras på ett bra och effektivt sätt och att lokalerna inte är ett hinder. Kan vården, i ändamålsenliga lokaler, styras på ett effektivare sätt är det en mycket viktig parameter att ha med sig i lokalplaneringen. Konstruktiva dialoger med företrädare för vården pågår men med tanke på den snabba utvecklingen, och kanske framförallt digitaliseringen, är det mycket svårt att uppskatta utvecklingen i ett 10-30 årsperspektiv.

Inom organisationen arbetas det mycket med Lean för att skapa effektiva vårdflöden mm. Det som ofta görs först i Lean-utbildningen är att gruppen gör ett rollspel. En intressant reflektion från dessa övningar är att samtliga grupper snabbt anpassar lokalerna för att skapa optimala flöden i processen.

I ett fastighetstekniskt perspektiv har sjukhuset varit väl fungerande. De tekniska systemens har olika livslängd och det planeras och genomförs kontinuerligt upprustningar i olika omfattning för att möta morgondagens krav på energieffektiva och robusta system. Tyvärr så avsätts det för lite medel för att utbytestidplanerna skall matcha behovet och det återstår mycket arbete att genomföra.

Under de drygt 50 år som sjukhusets huvudsakliga byggnader funnits har verksamheten förändrats. Ökad livslängd hos befolkningen, tydligare patientsäkerhetskrav, större hygienkrav, nya patientgrupper med nya behov, tillgänglighetskrav, ökad polikliniserings, processorienterad patientnära vård, införande av Lean-filosofi mm har tydliggjort behovet av att ta ett helhetsgrepp över sjukhusets framtida utformning.

Vården har fått ett utökat utbildningsuppdrag samt har behov av simuleringsträning inom många områden både för studenter och för fortbildning. Det finns också krav på stimulerande patientnära forskningsmiljö och anpassningar av arbetsmiljön med anledning av den snabba tekniska utvecklingen.

Omfattning och avgränsningar

Utredningen ska beakta:

- Kommunens planer där samverkan med kommunen skall skapas.
- Kontakt med verksamheten, tidigare och pågående utredningar om vårdens utveckling både lokalt, nationellt och internationellt.
- Kontakten med företrädare för olika patientorganisationer.
- Det paradigmskifte som väntas med anledning av digitaliseringen.

Planeringsprocess

Fastighetsutvecklingsplanen strävar efter en övergripande förståelse för byggnadens förutsättningar att möta verksamheternas behov nu och i framtiden.

Angreppssätt har varit att involvera alla sjukhusets aktörer utifrån den redan fastställda visionen för sjukhuset samt att vara kvar på nuvarande fastighet.

Projektgruppen har bestått av fastighetschef och arkitekt.

Ledningen har fått fortlöpande rapport.

Representanter från olika professioner, verksamheter och nationella och internationella nätverk har intervjuats om framtidens lokalbehov. Projektgruppen har intervjuat ca 75 representanter inom regionen för olika verksamheter, regionledning mm för att få underlag för denna utredning Ett flertal studiebesök både nationellt och internationellt har genomförts.

Sammanställningen av detta arbete har resulterat i ett grundläggande utvecklingsförslag som analyserats och vidarebearbetats i denna rapport.

Fastighetsutvecklingsplanen belyser förutsättningarna för utveckling och omstrukturering av området, vilket innefattar både rivning, nybyggnad och ombyggnad. Fastighetsutvecklingsplanen är en långsiktig plan för utveckling av byggnadsbeståndet och utgör ett verktyg vid såväl långsiktig planering som vid behov av snabba ombyggnader. Fastighetsutvecklingsplanen ska fördjupas genom fortsatt arbete med lokalförsörjningsplan där framtida omfattning och struktur av verksamheter och utveckling vad gäller samband och flöden belyses närmare.

Den "Stiernstedtska" utredningen, Effektiv vård, liksom den uppföljande utredningen God och nära vård – En gemensam färdplan och målbild, har använts som referensram vid flera ställningstaganden i fastighetsutvecklingsplanen.

Nationella trender inom vården

Sjukvården förändras kontinuerligt, forskningen går framåt och nya metoder utvecklas vilket gör att man kan bota och lindra fler sjukdomar. Fokus flyttas allt mer från behandling till förebyggande och hälsofrämjande arbete. Regionvården centraliseras till större sjukhus, samtidigt som nya evidensbaserade behandlingsmetoder decentraliseras och betydligt mer vård förväntas ske i hemmen där digitaliseringen kommer innebära stora förändringar.

Utvecklingstrender inom hälso- och sjukvården:

Patienten

- Olika av varandra oberoende prognoser indikerar att befolkningsunderlaget i Jämtland kommer vara relativt stabilt fram till 2050 och man förväntar sig en marginell ökning i länet. Däremot förväntas en liten koncentration mot Östersund på bekostnad av landsbygden.
- Ökat antal äldre och multisjuka.
- Förändrad patientroll, med ökad kunskap och vilja att påverka – även vid val av vårdgivare.
- Ökad fokusering på patientens egenvård och egna initiativ.

Vården – personal – medicin – teknik

- Minskningen av antal vårdplatser har planat ut.
- Oförändrade eller något minskade vårdtider.
- Ökat antal öppenvårdsbesök.
- Krav på ökad tillgänglighet med anledning av 24-timmarssamhället, speciellt för närsjukvård och akutmottagningar.
- Snabb medicinsk utveckling.
- Ökad subspecialisering.
- Utveckling av nya läkemedel och teknisk utrustning.
- Ökade krav på medicinsk dokumentation.
- Datajournaler och IT som allt viktigare hjälpmedel i vården.
- Större krav på arbetsmiljö och flexiblare arbetstider.
- Mer distansoberoende verksamhet.
- Mer vård i hemmet.
- Mer egenvård.

Organisation

- Mer sjukvård inom öppenvården.
- Ökad koncentration av specialiserade resurser, både av kompetens och teknisk utrustning.
- Tyngdpunktsförskjutning t.ex. i form av mer dagsjukvård och hemsjukvård.
- Effektivare produktion t.ex. med hjälp av Lean.
- Utvecklad person- och patientsäkerhet.

Lokalerna

- Vårdavdelningar utformade för ”patientnärmre” vård och teamarbete.
- Lokalutformningen anpassas allt mer för att underlätta vårdhygien. Detta innebär bl.a. ökad andel enpatientrum och egna hygienrum till vårdrummen.
- Ökade behov av lokaler anpassade för utbildning och forskning.
- Nya arbetsformer, teamarbete, ställer nya krav på mötesplatser.
- Driftsystemen för, kommunikation, el vatten, värme, gas med mm. förstärks för att minimera driftstörningar.

- All planering och projektering har som förutsättning att långsiktigt minimera påverkan på miljön och vara energieffektiva.

Berättigade standardkrav på vårdlokaler

Lokaler för vård ska inriktas på att skapa trygga yttre och inre miljöer för patienterna. Detta ger trygghet och stimulerar till ett snabbt tillfrisknande.

Medarbetarna ska uppleva arbetsplatsen som trivsam och säker. Lokalerna ska vara positiva miljöer och främja kunskapsinhämtning och kompetensutveckling.

Ska man skapa de bästa och långsiktigt mest hållbara lokalerna för vård, behövs kontinuerlig erfarenhets- och kunskapsutbyte om den medicinska och tekniska utvecklingen samt om samhällets utveckling i stort.

Vårdutvecklingen går mot förskjutning från inneliggande slutenvård till dagvård, medicinska behandlingar och rehabilitering i hemmet. Detta gör att resurser för öppenvård måste öka dvs. mottagningsbesök, dagvård och rehabiliteringsresurser.

Det man tidigare gjorde som slutenvårdsoperationer kan numera ibland göras som dagkirugi. I en del fall har nya mediciner ersatt kirurgiska ingrepp. Samtidigt ökar behovet av operationer inom slutenvården bl.a. på grund av ökad andel äldre i befolkningen. Det innebär oförändrad mängd slutenvårdskirurgi men ökad mängd dagkirurgi.

IT-utveckling och krav på dokumentation ställer nya krav på lokaler och teknisk försörjning.

Utvecklingstendenser av vårdavdelningar

Vårdplatsutveckling

En bedömning är att den åldrande befolkningen kommer ha ett allt större behov av tillgång till specialiserad vård. Områden där behovet ökar är t ex cancersjukvården.

Standard på vårdavdelningarna

I Sverige och internationellt har andelen enpatientrum ökat markant under senare år. Orsaken till detta är bl.a. kravet från patienter på ökad integritet och på hygienkrav för att minska infektioner och smittspridning. Under senare år har vårdmodeller beskrivna som ”patient närmare vård”, ”vårdlag” mm blivit vanliga. Ett gemensamt synsätt är att bryta ner vårdavdelningarna i mindre ”självstyrande” enheter.

Utvecklingstendenser för vårdlokaler

Verksamhetens innehåll och organisation kan förändras snabbt och därför är det viktigt att utforma generella rum, så att förändringar kan genomföras utan omfattande ombyggnader. Förändring av mottagningarnas verksamhet sker ständigt. Det kan bestå av en uppdelning i mottagningar för subspecialiteter inom respektive klinik. Eller att nya mottagningar skapas över klinikgränserna. Akutmottagningar planeras och byggs om i stor utsträckning för att möta kraven på ökade patientflöden. Patienterna fördelas ut efter ”sortering”, triagering. Olika säkerhetsfrågor har blivit allt mer aktualiserade.

Utvecklingstendenser för behandlings- och diagnostiklokaler

Operationssalarna har ökat i storlek under senare år både avseende golvyta men även krav på högre takhöjder. Detta är till stor del föranlett av en ökande mängd utrustning i salarna. Uppdelning av flöden i planerad verksamhet och akutverksamhet görs på alla sjukhus och i många fall inrättas särskilda dagkirurgiska enheter. Dessa kan ligga i direkt anslutning till centraloperation eller som fristående enheter inom sjukhusområdet. Avancerad bilddiagnostik och operationsverksamhet närmar sig varandra och det har på flera sjukhus installerats i gemensamma lokaler och det är ett arbetssätt som vi nog bara sett början på. På operationssidan är kommer robotar att få allt större betydelse där kanske personalen inte ens befinner sig inne i operationslokalen.

Utvecklingstendenser för administrativa lokaler

Behovet av administrativa lokaler i vården har ökat under de senaste åren då kraven på medicinsk dokumentation och datajournaler ökat. Lokalerna ska utformas för att kunna arbeta ostört, men även för att genomföra möten med olika gruppstorlekar. Dessa lokaler måste omsorgsfullt placeras i förhållande till patientflödena så att gångavstånden för vårdpersonalen blir rationella och korta. Teknik för distansoberoende möten skall vara en självklarhet i alla möteslokaler och arbetsplatser.

Övriga administrativa lokaler

Den icke vårdnära administrationen, som digitaliseras allt mer, kommer att följa övriga trender i samhället som idag där det inte blir lika viktigt med en ”egen” arbetsplats. Ytorna bör därmed kunna effektiviseras ytterligare.

Utvecklingstendenser för infrastruktur

Vid nybyggnad eller större ombyggnad eftersträvas mer rationella och effektivare tekniska infrastrukturlösningar som t.ex:

- Kallelsesignal via bärbar telefon/sökare i tysta system.
- Flexibel datakommunikation via bärbara PC och trådlöst datanät.
- IT-system i patientrum för telefoni/TV/ internet etc.
- Digital röststyrd diktering.
- Utbyggnad av system för smågods (rörpost).

- Automatiska truckar för varuförsörjning (AGV) .
- Elektroniska betalsystem.
- Målet är flexibla och generellt utformade system som möjliggör en mycket god anpassningsbarhet mot förändrade krav och framtida behov.

För informationshantering är inriktningen trådlösa, mobila system för datakommunikation, framförallt för personalen men även för patienterna där flexibiliteten utnyttjas och anpassas till det individuella behovet.

Fasta installationer såsom smågodstransportörer, och automatiska truckar byggs upp på ett generellt sätt som möjliggör framtida kapacitetsökningar, godstyper och eventuella omflyttningar av verksamheter.

Utvecklingstendenser kostförsörjning

Trenden går mot att man som patient ska kunna beställa sin mat utifrån en meny och få den serverad på egen vald tidpunkt.

Befolkningsutveckling

Befolkningsutveckling i Region Jämtland Härjedalen

Upptagningsområdet för sjukhuset är idag Region Jämtland Härjedalen som idag har knappt 130 000 innevånare. Prognosen för 2025 är att befolkningen minskar något. Befolkningen blir dock allt äldre, vilket innebär att varje person genererar fler ”vårdår” och det bedöms att det är de mest vårdkrävande åldersgrupperna som ökar. Utöver detta har regionen har en mycket stor turismsektor som året runt som genererar ett stort vårdbehov.

Vårdens organisation

Vården utvecklas och organisationen anpassas kontinuerligt efter nya förutsättningar och en långsiktig utvecklingsplan måste ha den flexibilitet att den kan ta hänsyn till dessa förändringar.

Nuvarande verksamhet

Nuläge

Sjukhuset var, när det stod klart för knappt 50 år sedan, modernt och mycket väl planerat utifrån den verksamhet som skulle bedrivas. Samverkan, korta avstånd mellan och i processer och bra logistik var utgångspunkten. Husen bands, då som nu, ihop av kulvertar, med entré på plan 6 som är gatuplan från Kyrkgatan. Övriga

kommunikationer sker ofta i kulvertplanen där både verksamhet och patienter skall samsas. Husets ursprungliga grundstruktur med tekniska utrymmen i de nedersta planen, bilddiagnostik på plan 3, akutvård på plan 4, lab på plan 5, mottagningsverksamhet på plan 6 samt vårdavdelningar på plan 7 till 13 och psykiatri i en egen byggnad är i huvudsak intakt.

Lokaler för slutenvård

Nästan alla vårdrum är avsedda för flera personer oftast 2 personer med gemensam toalett. Rummen är generellt för små för att rymma den utökade utrustning som har tillkommit genom åren och de är för trånga för att rymma även en gästsäng och inte heller dagens krav på arbets- och hygienmått runt sängplatserna uppfylls.
Ansvariga myndigheter har påpekat att lokalerna har brister utifrån bla arbetsmiljö, brandsäkerhet och utrymning.
Toalett- och duschutrymmen är små och endast till liten del handikappanpassade enligt dagens krav vilket innebär tillgänglighetsproblem för patienten samt risk för belastningsskador för personal. Inga evakueringslokaler för vård finns.

Lokaler för öppenvård

Vid sjukhuset bedrivs en stor öppenvårdsverksamhet som väntas öka. Öppenvårdsverksamheten tar över en del av den verksamhet som tidigare bedrivits inneliggande. En del mottagningar är integrerade med slutenvård dvs ligger i nära anslutning eller inne på vårdavdelningarna. De flesta mottagningar har behov av större och fler undersökningsrum samt förbättrade patientflöden.

Akuta besök

De akuta besöken ökar påtagligt. Akutmottagningens lokaler är inte anpassade för det stora flöde av patienter som tas emot idag. Triageringsmöjligheter och övervakning är inte bra. En planeringsprocess har pågått en tid för en ombyggnation av befintliga lokaler. Problem kommer dock att kvarstå även efter en ombyggnation då det är svårt att få till en god funktionalitet på befintliga lokalytor. Ingen röntgenmöjlighet finns i direkt anslutning till akuten.

Antalet medicinska besök på Barnakuten ökar och akuten är idag integrerad i barnklinikens vårdavdelning. Risk för smittspridning finns i de trånga lokalerna. Kvinnokliniken tar emot akuta gynekologiska patienter i egna lokaler som inte är anpassade till det fullt ut. Beroendeklinikens jourverksamhet och vuxenpsykiatriska akutenheten är inrymda i ”psykiatrihuset” med gemensam jour nattetid.

Lokaler för diagnostik och behandling

Klinisk kemi (lab) har lokaler på plan 5. Lokalerna är inte anpassade till dagens arbetssätt med större maskinell diagnostisering och mindre manuellt arbete vilket innebär dålig intern logistik över dygnet. Proverna transporteras manuellt av

vårdpersonal till Klinisk kemis lokaler. Klinisk kemi anser att det är svårt att påverka ledtiderna för provsvar utan bättre transportmöjlighet, exempelvis rörpost.

Röntgens lokaler ligger relativt centralt i sjukhuset på plan 3. Läget är dock avsides från akutplanet som ligger i våningen ovanför. Lokalerna har kontinuerligt byggts om vid flera tillfällen för nya diagnostikmetoder med ytkrävande apparatur och idag pågår planering för ytterligare en MR-kamera på plan 2 som tyvärr ej ryms på plan 3. Lokalerna har tappat sin grundtanke med logiska patientflöden på grund av alla ombyggnader som skett genom åren och övergången från analog till digital teknik.

Klinisk fysiologis har lokaler på plan 5 som försvårar samarbete med röntgen som ligger på plan 3. Verksamheten är trångbodd.

Övrig kärnverksamhet

Centraloperation är belägen på plan 4, samlokaliserad med UVA, IVA och akuten. Avdelningen har 10 operationssalar och en donationsoperationssal vilket bedöms som tillräckligt antal även i framtiden. I takt med den medicinskt tekniska utvecklingen ökar dock behovet av större operationssalar med annan logistik, dagsljus och förbättrad luftkvalitet. Behov finns av funktionella lokaler för preoperativ bedömning och förberedelse. UVA:s lokaler är mycket trånga och saknar bra logistik.

IVA har 6 vårdplatser i dubbelrum men enkelrum vore önskvärt men kan inte tillgodoses idag. Önskemål om intermediärvårdsplatser finns.

Neonatalavdelningen ligger integrerad i barnkliniken på plan 8 i entréhuset. Avdelningen har behov av närhet till förlossningen och BB. Avdelningen är underdimensionerad utifrån hygien, arbetsmiljö och tekniktäthet. Man kan inte erbjuda samvård med föräldrar och barn i önskad utsträckning och även familjekök saknas.

Förlossningsavdelningen är belägen på plan 7 på samma plan som BB och gynekologiska vårdavdelningen. Avdelningen har behov av närhet till operation och till neonatalavdelningen. Idag sker akuttransportvägen till operation via hissar och genom hela akutmottagningen och allmänna korridorer. Avståndet till Neonatalavdelningens placering en trappa upp försvårar samvården kring mor och barn och innebär hisstransporter.

Inskrivningsverksamheter sker idag på många olika ställen i undermåliga lokaler.

Onkologmottagningen har ett utökat antal patientmottagningar och kommer att få ett utökat uppdrag, vilket gör att dagens lokaler inte är anpassade till verksamheten.

Hjärtenheten på plan 7 har utökad mottagningsverksamhet bland annat med anledning av att ultraljudundersökningar görs i "egen” regi.

Forskningsenheten FOU-Z har en expanderande verksamhet på mycket begränsade ytor.

På hela plan 6 bedrivs mottagningsverksamhet i lokaler som inte är anpassade till dagens verksamhet. Ombyggnationer har påbörjats men större insatser behövs för att klara funktionella flöden och skapa bättre arbetsmiljö.

Syncentralen och pedagogiska hörselvården ligger idag inte optimalt i förhållande till öron- och ögonmottagningarna.

Infektionskliniken har inte ändamålsenliga lokaler. Bla är det svårt att ha övervakning av vårdrummen och patienterna är helt avskärmade från verksamheten på avdelningen. Det är inte heller möjligt att nå alla vårdrum direkt utifrån vilket minskar möjligheten till flexibel användning.

Specialisttandvårdens lokaler fungerar inte för det uppdrag de har.

Ryggmottagningen ligger för långt från ortopedmottagningen men det pågår ett arbete idag att flytta verksamheten till Hus 10.

Lungmottagningen ligger väldigt lång ifrån huvudentrén, vilket är extra svårt för den patientgruppen.

Två enheter från psykiatrin ligger inom sjukhusområdet, vilket egentligen inte är önskvärt då den verksamheten borde vara mer samlad.

Verksamheten som bedrivs på Remonthagen fungerar relativt bra men en samlokalisering till sjukhuset skulle underlätta samarbetet med specialistsjukvården väsentligt och vara positivt i ett helhetstänkande.

Om läkarutbildningens positiva utveckling fortsätter så kommer dessa lokaler att bli för trånga.

Hela verksamheten inklusive administrationen har brist på möteslokaler.

Vårdnära administration

Patientnära administration utförs på sjuksköterskeexpeditioner, samtalsrum och mottagningsrum i nära anslutning till vårdverksamheten. Arbetet administreras via olika datasystem, vilket kräver god tillgång till funktionella arbetsplatser. Vårdadministratörer och läkarsekreterare sitter i rum nära vården ofta flera tillsammans. I visa fall trångt och med störnings- och arbetsmiljöproblem som följd. Att funktionerna finns verksamhetsnära upplevs som mycket viktigt då många administrativa arbetsuppgifter kan flyttas från vårdpersonal till vårdadministratörer och på så sätt frigöra patienttid. Läkararbetsplatser för administrativa arbetsuppgifter som inte är direkt patientnära finns dock inte i direkt anslutning till varje enhet. Önskemål att lokalerna ligger så nära vårdverksamheten som möjligt.

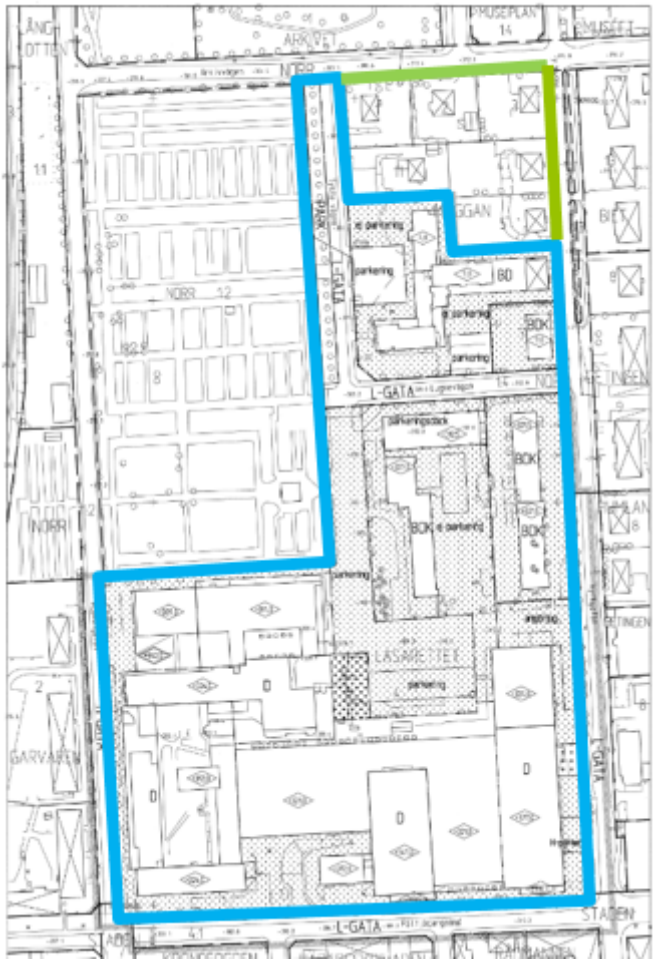
Regionadministration

Bedrivs i huvudsak i Hus 2 och 3 och är mycket trånga och rymmer inte alla funktioner, vilket innebär att delar av verksamheterna är utlokaliserade till olika byggnader i närheten av sjukhuset.

Tomtförutsättningar

Gällande plankarta upprättades 2002-01-14 och sjukhuskvarteret utgör den inom blå markering. Planen behöver ändras så att hela Kv Myggan skall vara avsedd för vård. Samtal pågår med Östersunds kommun om planen.

DETALJPLANEKARTA



Område med bostadshus där planen behöver utökas för att kunna genomföra utbyggnadsplanerna (grönmarkerat)

Sjukhuskvarteret avgränsas på alla sidor i huvudsak av bostäder. Nordväst ligger en kyrkogård och öster om kvarteret är det kontor, bostäder och verksamhetslokaler för Jämtkraft.

Tillfarts och kommunikationsvägar

I och med att sjukhuset ligger integrerat i staden så finns många angöringspunkter och markens lutning mellan Kyrkgatan och Köpmangatan innebär att samtliga våningar

från ett till sex har angöring i markplan och gatuplanet vid huvudentrén ligger på plan sex. Omgivande gator är smala och har gatuparkering längs ena sidan. Speciellt tydligt blir det längs Fältjägargränd mellan Kyrkgatan och ner till akuten för ambulansen som skall samsas med bilar parkerade längs den smala sträckningen.

För bilburna patienter är det i huvudsak en väg in till parkeringar förlagda på innergården. Denna väg delas med tillförsel av allt gods som skall till lastkajen, vilken också är förlagd inne på gården och det blir ofta trångt där.

I samarbete med Östersunds kommun bör trafikmiljön framför sjukhuset förbättras med bättre angöring för bussar och att hela miljön blir säkrare med företräde för gångtrafik. Östersunds kommun har glädjande förbättrat cykelvägarna närmast sjukhuset genom en breddning av delar av Fältjägargränd.

Frågan om helikopterlandningsplats på sjukhusområdet bör åter utredas, för att säkra möjligheten för snabba akuttransporter. Idag är transportvägen mellan helikopterns landningsplats i Göviken och akutintaget inte bra med omlastning och en lång transportsträcka och dessutom med riskmomentet att järnvägskorsningen ej är planskild.

Parkering

Idag finns ca 600 parkeringsplatser inom sjukhusområdet varav 250 för besökande och resten för personal. Utöver det är det för personal 75 platser inhyrda på stadsdel Norr som ligger på 5-10 minuters promenadavstånd till sjukhuset samt 59 platser i ett garage som hyrs i grannkvarteret.

Parkeringssituationen är ansträngd och vid högtryck är det ofta svårt för våra patienter och besökare att hitta en ledig p-plats.

Trafiklösning vid huvudentrén

Framför huvudentrén finns idag bara handikapparkeringar. Platser för korttidsuppställning saknas på grund av utrymmesbrist. Dessutom är akutintaget till förlossningen placerad i direkt anslutning till huvudentrén och den blockeras ofta av feluppställda fordon.

Sjukhusets tekniska förutsättningar

Teknisk livslängd

Majoriteten av de tekniska systemen är installerade då sjukhuset byggdes och större delen av vvs-, el- och telesystemen har nått slutet av sin tekniska livslängd. Behov av upprustning föreligger generellt över hela sjukhuset för framförallt vvs-tekniska installationer. El- och teleinstallationer uppdateras kontinuerligt och har inte samma övergripande uppdateringsbehov.

Teknikutrymmen

Sjukhuset har på många sätt sett bra tekniska förutsättningar för att kunna klara framtida ombyggnationer och uppdateringar. Däremot så behöver nya ytor skapa sina egna lokalytor för teknisk service. Ett behov som ökar för varje år är kylbehovet och där krävs en större insats.

Hissar

Inom sjukhuset finns idag 31 hissar. Planering för ett byte av sex hissar i höghuset pågår och är mycket angelägen då hissarna är hårt belastade och är endast mindre modifierade sedan de installerades på 70-talet. Övriga hissar är i huvudsak moderniserade avseende säkerhetsfunktioner och drivsystem. Vid installation av nya hissar skall funktionsseparering mellan verksamhet och besökare eftersträvas.

Rörpost

Rörpost finns inte idag men bör installeras mellan, labbet, akuten, provtagningsenheten, vissa vårdavdelningar och hus 24. Rörposten skall vara först och främst vara av ”minityp” där prover kan sändas direkt in i analysutrustning utan kontakt med personal eller luft och där provsvar återkopplas digitalt men även en rörpost som kan frakta större ”paket” bör utredas eftersom det är en mycket effektiv materialhantering.

Robotar

För distribution av varor och gods från godsmottagning och ut till olika fördelningscentraler installeras ett robotsystem som i nybyggda delar kan nå ända ut till varje verksamhet.

Mediaförsörjning

Teknisk förstudie

En teknisk bedömning är utförd för samtliga befintliga byggnader där status på tekniska installationen har bedömts. En teknisk förstudie hur försörjningen av värme, kyla, el och vatten pågår.

Värmesystem

Inkommande huvudvärmeledning finns i hus 9 och det finns 9 fjärrvärmeundercentraler. Som reservsystem finns möjlighet att koppla ihop systemet direkt mot energileverantörens energianläggning i Göviken.

Luftbehandling

Luftbehandlingsaggregaten har en generell princip med roterande värmeåtervinnare samt vätskekopplade batterier samt ett flertal efterbehandlingsenheter som bygger på zonindelning. Luftbehandlingsaggregaten är delvis moderniserade med ny fläktlösning som innebär att respektive aggregat får en möjlighet till redundans samt lägre energiförbrukning. Systemuppbyggnaden av ventilationssystemet, som är en del av systemet för rätt klimat i operationssalarna, kräver en större ombyggnad för att klara dessa krav på ren luft.

Kyla

Huvuddelen av lokalerna inom sjukhuskvarteret är försedda med klimatkyla. Dock saknas kyla i hus 9, 10 och 12 samt i hela psykiatribyggnaden som har inne liggande patienter. Klimatkyla saknas även i administrativa byggnader och andra lokaler som inte har inneliggande patienter. Kylan tillverkas både med traditionella kylmaskiner och frikyla.

Frikyla används för lokaler försedda med värmeavgivande utrustning som MR och data mm som behöver kylas året om. Kylbehovet ökar hela tiden beroende på att mer teknisk utrustning installeras som har stora kylbehov.

Huvudkylmaskinerna börjar närma sig sin tekniska livslängd och måste bytas inom en snar framtid. Dessa nya maskiner bör då integreras i en helhetslösning med värmelager för att säsongsutjämna behovet och ta tillvara energin och återföra den på ett effektivt sätt.
Denna lösning är mycket intressant ur ett lönsamhetsperspektiv.

Tappvatten

Kallvattenförsörjning sker från två skilda serviser via kommunalt vattenledningsnät.

Vattnet tryckstegras inom fastigheten. Kommunen har ingen egen reservvattenlösning. För sjukhusets del finns en reservlösning att med en separat pump förse fastigheten med orenat Storsjövatten direkt in i ledningssystemet för att klara basala krav som att kunna spola i toaletter och att tvätta med. För dricksvatten finns en bra rutin med distribution med dunk. Det pågår en utredning om hur reservvattenförsörjningen skulle kunna lösas på något annat sätt. Kontakter är tagna med både Östersunds och Krokoms kommuner för att lösa fråga och ett förslag är att koppla ihop sjukhusets vattenbehov med Krokoms distributionssystem. Östersunds kommun arbetar med en reservvattenplan för hela staden som ännu inte är klar.

Avlopp

Det finns många gamla avloppsledningar inom fastigheten som är i dåligt skick och läckage uppstår då och då. Inga separata smittreningsanläggningar för avloppsvatten finns i drift. Samtliga ursprungliga avloppsrör skall bytas i samband med ombyggnationer där så är möjligt.

Sprinkler

I hela vårddelen finns ett stamnät för högtrycksprinkler installerat och när mer omfattande ombyggnader sker så sprinklas alla ytor som berörs av ombyggnadsprojekten enligt gällande byggnorm. Sprinklercentral för hela kvarteret är placerad i hus 6. Hus 2 är sprinklat med traditionellt system.

El Kraftdistribution

Reservkraftanläggningen är installerad 2007 och täcker till ca 130% kvarterets behov. Hela sjukhuset har en mycket bra lösning med redundans på alla delar.

Avbrottsfri kraft

Stor del av installationerna är moderniserade och ett byte samt utbyggnadpågår kontinuerligt.

Belysning

Framtida belysningslösningar ska vara eleffektivare, minimera underhållsarbeten och ha minimal miljöpåverkan och ny teknik t.ex. LED (lysdioder) ska nyttjas då dessa är energieffektivare. Fortsatt optimerad styrning införs i samband med belysningsbyten.

Brandlarm

Hela fastigheten har ett mycket bra system med ett hel- och deltäckande brandlarm

Inbrottslarm

I känsliga lokaler finns inbrottslarm installerat

Passagesystem

Idag finns ca 300 onlinekortläsare installerade. Upprustning pågår av passagesystemet, bla för att ge möjlighet att använda E-ID-kortet.

Kallelsesystem

Systemens tekniska livslängd har uppnåtts. För att installera nytt kallelsesignalsystem på ett sätt som påverkar vården/hyresgästen så lite som möjligt är det önskvärt att göra detta i samband med större ombyggnader.

Energi

Ny teknik medför både minskat underhållsbehov och minskad energiförbrukning. Området är ett mycket prioriterat område och det finns fortfarande potential att sänka energianvändningen trots att mycket redan är gjort.

Projekt Kallhålet

En separat förstudie om hela kvarterets energiförsörjning har startas när behovet av mer kyla i kombination med att produktionsanläggningen för komfortkyla behövde byggas ut. Utredningen har visat på flera olika lösningar som behöver fördjupas innan man kan ta ställning till vilket som är den mest optimala lösningen. De tre förslagen kan kort sammanfattas enligt nedan:

- Fortsätta med samma tekniska lösning som idag. Det ger den lägsta investeringen men högsta driftkostnaden och man fortsätter med ”gammal” teknik.
- Etablering av ”Kallhålet” vilket innebär att man borrar ett större antal hål på tomten norr om sjukhuset och där årstidsutjämna kyla och värmebehov samt hitta fjärrkyla. Denna lösning som har en relativt hög investering, är billig i drift och genererar ett bra ekonomiskt resultat för regionen. Däremot kommer vårt elbehov att öka vilket ger dåliga miljöeffekter.
- Ett alternativ som är mycket intressant är att Regionen tillsammans med fjärrvärmeleverantören tittar på en lösning med absorbtionskyla dvs att man gör kyla med fjärrvärme. Detta förslag är ur ett samhällsperspektiv mycket intressant då det är möjligt att producera betydligt mer el i den produktionsanläggning som försörjer det lokala fjärrvärmenätet som sjukhuset är anslutet till. Genom denna lösning blir fler driftveckor för elproduktion och därmed ett mycket bra miljöalternativ med god ekonomi.

Kallhålet skulle minska sjukhusets årliga energikostnad med ca 35 % jämfört med att fortsätta med nuvarande kyl- och värmemetod. Åtgärden medför ett investeringsbehov på ca 60 miljoner men är lönsam ur ett livscykelkostnadsperspektiv. Däremot skulle Kallhålet ge upphov till en större klimatpåverkan än dagens lösning. Alternativet med fjärrkyla och absorbtionskylmaskin minskar energikostnaden med ca 10 % men klimatpåverkan skulle minska med nästa 90 % jämfört med att fortsätta med dagens kylmetod. Kostnaden i detta alternativ skall förhandlas med fjärrvärmeleverantören för att få bästa möjliga totallösning ur ett samhällsperspektiv.

Samhällsfunktioner i sjukhuset

Röda korset bemannar huvudentrén med värdar som hjälper patienterna tillrätta under vissa tider på vardagar.

Spectrum är ett rum för ro och bön som ligger på plan 5 och är ett rum som ska passa många religioner och svenska kyrkans expeditioner ligger intill.

Apotek finns beläget vid huvudentrén på plan 6 och drivs för närvarande av extern entreprenör.

Café med servering av enklare måltider är beläget vid huvudentrén.
Personalrestaurangen finns i hus 16 och är öppen för både allmänhet och personal.

Kiosk finns beläget vid huvudentrén på plan 6 och drivs av ett privat företag.

Föreningspunkten finns beläget vid huvudentrén på plan 6 och är en samlingsplats för många ideella föreningar som är patient- och verksamhetsnära t.ex Cancerföreningen, Föreningen för hjärt- och lungsjuka mm.

Ortopedverkstan är en verksamhet med utprovning och handhavande av ortopediska hjälpmedel.

Bankomat och digital bussinformation finns i huvudentrén.

Logistik och försörjning

Driften av sjukhusets lokaler sköts i egen regi enligt Jämtlandsmodellen som är en strategisk organisation vilken är tekniskt kompetent att klara nästan alla arbetsuppgifter och kan därmed trygga driften på ett bra sätt. Volymarbeten upphandlas och genomförs i nära samarbete med egen driftpersonal.

Vaktmästeriets uppdrag innebär logistik för bl. a gods, transporter av tvätt och avfall men även samtliga patienttransporter.

Städning på sjukhuset sköts med egen personal och de har lokaler i plan 1
med bland annat personalutrymmen, kontor och tvättstuga.

Sterilgodshantering sköts med egen personal och enheten ligger på plan 3 direkt under centraloperation.

Läkemedel hanteras av extern utförare och sker på plan 3 där sjukhusapoteket ligger och på plan 12 i direkt anslutning till onkologavdelningen där tillverkningsapoteket

ligger. På varje avdelning finns mindre läkemedelsförråd och på plan 3 finns ett gemensamt sällanläkemedelsförråd. Vätskeförråd finns på plan 3 vid sjukhusapoteket.

Läkemedel och vätskor levereras på pall till godsmottagningen och mellanlagras där för vidare transport till respektive plats.

Medicinskt bibliotek har sina lokaler centralt placerade på plan 1.

Godstransporter inom sjukhuset sker manuellt eller med dragtruck, främst i kulvertplan. I hissar och våningsplan högre upp sker endast manuell hantering av vagnar eller paket.

Interna patienttransporter och till vissa avdelningar sköts även mathållning och förrådshållning av vårdnära services transportörer.

Godsmottagning finns belägen i hus 5 centralt på innergården. Placeringen är inte bra och står i konflikt med besöks- och patientparkering.

Avfall sorteras på respektive avdelning och transporteras internt av vaktmästarna till källsorteringen som är placerad i hus 16 för vidare transport från huset. Lokalerna har ett stort förändringsbehov och uppfyller idag inte grundläggande krav.

Tvätten hanteras idag av ett externt upphandlat bolag.

Textilhantering är utlagd på entreprenad och fördelas ut till två mellanstationer där personal från olika avdelningar hämtar och lämnar sina textilier.

Kökets lokaler finns i plan 3 i Hus 6. Maten levereras i kantiner och körs ut till avdelningarna som själva ansvarar för serveringen.
Beslut är tagit att matberedningen skall ändras till Cock and chill och ske i externa lokaler både avseende patientmat, restaurang samt catering. Detta projekt pågår och samtliga avdelningskök skall anpassas till det nya matlagningssättet. Den förändrade mathanteringen kräver dock att ett mottagningskök skapas för personalmatsalen. Viss hantering av färskvaror bröd etc kommer att ske på sjukhuset men även hantering av den externt tillagade maten så relativt stora kylmöjligheter måste finnas inom fastigheten

Övriga förutsättningar

Landstingets miljöpolicy

Samtliga ombyggnadsprojekt skall följa regionens miljökrav och om möjligt vara miljöklassad på högsta nivå. Ett problem med vårdbyggnader generellt är den relativt stora utbredning och därmed är att kravet på dagsljus ofta är svåra att uppnå vilket innebär att man ofta faller på det kravet vid byggnadsklassningen.

Övergripande slutsatser

Östersunds sjukhus är ett akutsjukhus med fokus på hög patientsäkerhet, god samverkan och högklassig utbildning.

Att anpassa akutsjukhusets lokaler till verksamhetens behov har varit utgångspunkten för fastighetsutvecklingsplanen. Behovsanalysen har genomförts med delaktighet från sjukhusets verksamheter samt andra intressenter. Arbetet pekar på ett fortsatt behov av utredningar, riskanalyser och processkartläggningar. Vi har i dagsläget kommit fram till detta dokument som beskriver behovet 2018. Vården kommer naturligtvis att fortsätta och utvecklas och behoven korrigeras när nya behov framkommer. Vi kan dock inte vänta med utvecklingen av fastighetsbeståndet och kommer naturligtvis göra fel på vägen framåt men de stora dragen kommer nog att stämma.

Sammanfattning av intervjuerna.

- Skapa ett modernt akutsjukhus där lokalerna och deras placering stödjer framtidens vårdprocesser och utökad samverkan.
- Förbättra akutprocessen. Akutprocessen ska finnas centralt i sjukhuset dvs. akutmottagning-,lab-, röntgen-, kardiologi-, iva- och operationsverksamheten.
- Separera det elektiva och akuta flödet.
- Skilja dagkirurgi från slutenvårdskirurgi.
- Förbättra vården av nyfödda i behov av neonatalvård.
- Skapa flexibla patientsäkra vårdavdelningar med enkelrum. Rummen måste vara tillräckligt stora för att rymma även anhörig och på vissa enheter även familj.
- Skapa utrymme för patientnära vårdarbete och administration.
- Utbildning och forskning bör samlokaliseras.
- Lokaler för studenter och AT läkare bör förbättras.
- Skapa hälsobefrämjande utrymmen för medarbetarna.
- Se över tillfartsvägar, parkering, skyltning, allmän trafiksituation samt hur en lösning med helikopterplatta kan utformas.
- Gemensam incheckning/registrering för patienterna. Entré funktion och entrémiljö bör ses över.
- Ta tillvara tekniska landvinningar när det gäller IT, telefoni och övrig kommunikation för både patienter och medarbetare.

Separation av slutenvårdsoperationer och dagkirurgi

För att effektivisera operationsprocessen och öka tillgängligheten föreslås en separation av slutenvårdskirurgi och dagkirurgi.

Dagkirurgi som idag görs på olika platser på sjukhuset och externt på Campus koncentreras till en dagkirurgisk enhet. Detta skapar också möjligheter för utveckling av nya metoder, utbildning och effektivt resursutnyttjande.

Slutenvårdskirurgin får därmed ett ökat utrymme på centraloperation. Detta ger möjlighet att skapa intermediärvårdsplatser och inom befintliga lokaler modernisera operationsavdelningen.

Akutkirurgi bör också ha ett separerat spår i egna lokaler.

Psykiatri

Psykiatrin bedrivs i huvudsak inom kvarteret Kronofogden i en fastighet från 90-talet samt i hyrda lokaler utanför sjukhusområdet på Köpmangatan 24 (K24).
Psykiatribyggnaden som ligger i direkt anslutning till sjukhuset i Kv Kronofogden har lokaler som är relativt ändamålsenliga för nuvarande verksamhet. Detta gäller både för öppen- och slutenvården. Dock räcker ytorna inte till inom kvarteret och verksamhet som hör till psykiatrin är även lokaliserat i by 10 i sjukhuskvarteret. (Beroendeenheten och Ätstörningsenheten).
En utredning pågår om att tillsammans med Östersunds kommun skapa en beroendeenhet som skall lokaliseras i lokaler utanför sjukhusområdet.
Delning av flöden för barn och vuxna är inte fullt genomförd och det saknas bra utemiljöer för patienterna.

Yttre miljö

Närområdet kring byggnaderna skall vara så bilfria som möjligt och endast handikapparkering och verksamhetsparkering ska tillåtas. I huvudsak skall all patient och personalparkering ske i parkeringshus. Platser med låsbara utrymmen för cyklar skall utökas.

Hälsobefrämjande utrymmen för medarbetarna

Nuvarande Zefyren bibehålls men utökas med en mindre filial i hus 24.

Lokaler för studenter och AT läkare

Utbildningsuppdraget är viktigt för sjukhuset och framtida personalförsörjning. Ambitionen är att skapa en utvecklande och stimulerande studiemiljö ökar möjligheterna till framtida rekrytering. Dagens student- AT läkarlokaler samlokaliseras med lokaler för forskning och utveckling gärna även med lokaler för sjuksköterskeutbildning i samarbete med Mittuniversitetet. Detta skulle också kunna samlokaliseras med primärvård och därmed skapa underlag för en akademisk hälsocentral och bli ett kraftfullt KTC (Kliniskt Tränings Center)
Samtliga lokaler anpassas för att studenter ges goda förutsättningar för sin verksamhetsknutna utbildning.

Entré funktion och miljö

Sjukhusreceptionen i huvudentrén ska fungera för samtliga enheter inom kvarteret förutom psykiatridelen. Automatiska incheckningsstationer skall förutom i

huvudentrén även finnas vid den nya entrén vid hus 10 samt vid luftbron från 24-huset.

Tillfartsvägar, parkering, skyltning

Dagens parkeringssituation förbättras avsevärt genom att nya parkeringsplatser iordningställs i 24-husets nedre plan samt i de nedre planen i det utbyggda hus 15. Dessa lokaler byggs flexibelt så att de kan nyttjas i ”vanlig” verksamhet om det under husets livslängd det visar sig att kollektivtrafiken byggs ut på ett sätt så att dagens behov av parkeringsytor minskar.

Ta tillvara tekniska landvinningar när det gäller kommunikation för både patienter och medarbetare

Miljön skall vara så trygg som möjligt för både patienter och personal. Tekniska innovationer som underlättar patienternas tillvaro på sjukhuset ska beaktas vid utrustande av vårdavdelningar och gemensamma lokaler.
Tekniken ska underlätta kommunikationen i vården både externt och internt.
Tysta kallelsesignalsystem och säkra sökningssystem är ett självklart behov. Den moderna IT-tekniken bör kunna förändra vården på ett mer modernt sätt där tekniken integreras med alla tekniska verksamheter som pågår på ett sjukhus.

Förbättra logistikflödet för städ, vaktmästeri, drift

Mellan nya godsmottagningen och omlastningsplats på sjukhuset planeras självgående truckar och kulvertplanen stängs för besökare och skall med några få undantag bara nyttjas för personal och transporter. Ett publikt kommunikationsnät på plan 6 knyter ihop samtliga målpunkter och patienter och besökare kan nå sjukhusets alla delar från plan 6 och trapp- och hisschakt vid samtliga målpunkter.
För att underlätta transport av prover och blod mm installeras ett rörpostsystem mellan Lab, akuten, provtagningen, blodgivningen.
Flytt av hela godshanteringen och Hjälpmedelscentralen från Göviken till sjukhusområdet kommer väsentligt att förbättra logistiken för verksamheten.

Ytskiktsunderhåll hela sjukhuset

Ytskikten i alla sjukhusets delar är generellt i mycket gott skikt men även oförändrade delar skall ses över för att skapa känslan av ett helt nytt sjukhus och att man inte ska uppleva att man går in i ”gamla” delar då man rör sig inne i lokalerna.

Utbildningscenter

Sjukhusets gemensamma utbildningslokaler (KTC), utbildningshälsocentral, medicinskt bibliotek samt administrativa lokaler och möteslokaler för FoUU placeras i hus 24 medan vissa kliniska delar lokaliseras till byggnad 8 (höghuset).

Byggnaden har täckt förbindelse, ovan mark, med övriga sjukhuset, samt direktentré och parkering i huset.

Konferenscenter

Nytt konferenscenter etableras samlokaliserat med nuvarande hörsal.

Tillgänglighet till kulvertplan

Riskanalys

Kulvertplanen har sedan sjukhusets tillkomst varit öppna för allmänheten vilket skapar onödiga kollisionsrisker. I samband med detta arbete planeras att separera dessa flöden och styra patientflödet till plan 6 och verksamhets flöde till kulvertsystemet.

Slutsatser

Analysen belyser problem som hur kulvertplanet kan hållas otillgängligt för obehöriga samtidigt som det öppnas upp för medarbetare på sjukhuset. De största riskerna utgör risk för att trucktransporter kör på/ skadar gående samt brandrisken då brandbelastande material finns och förvaras i kulvertarna. Analysen visar också behov av riktlinjer för kulvertsystemet utnyttjande. Risken för stöld finns då gods ofta förvaras i kulvertgångar i väntan på att köras upp till enheterna. Detta pga. att förvaringsplats saknas i tillräcklig utsträckning på godsmottagningen.

Etappindelningar

Arbetet med att genomföra detta projekt måste ske i många etapper för att logistik och pågående verksamhet skall kunna pågå på ett effektivt sätt.
Etappindelningarna kan delvis göras annan turordning men detta är ett förslag på möjlig indelning.
Föreslagen etapp indelning innebär att provisoriska lokaler inte behöver iordningställas under byggprocessen.
Arbeten är även redovisade i varje plan i höghuset och dessa kan i princip utföras när som helt oberoende av övriga arbeten och etapper. Det finns även en möjlighet att indela vissa nybyggnader i ”stometapper” dvs man bygger oinredda byggnadsvolymer som utrustas i ett senare skede.

Tidplaner och ekonomiska konsekvenser

Finansieringen kommer att spridas ut över åren men med en tyngdpunkt på första tiden. Snittutgiften ligger på ca 250 miljoner per år i investering där de två första åren sticker ut med ett behov på ca 600 miljoner per år.

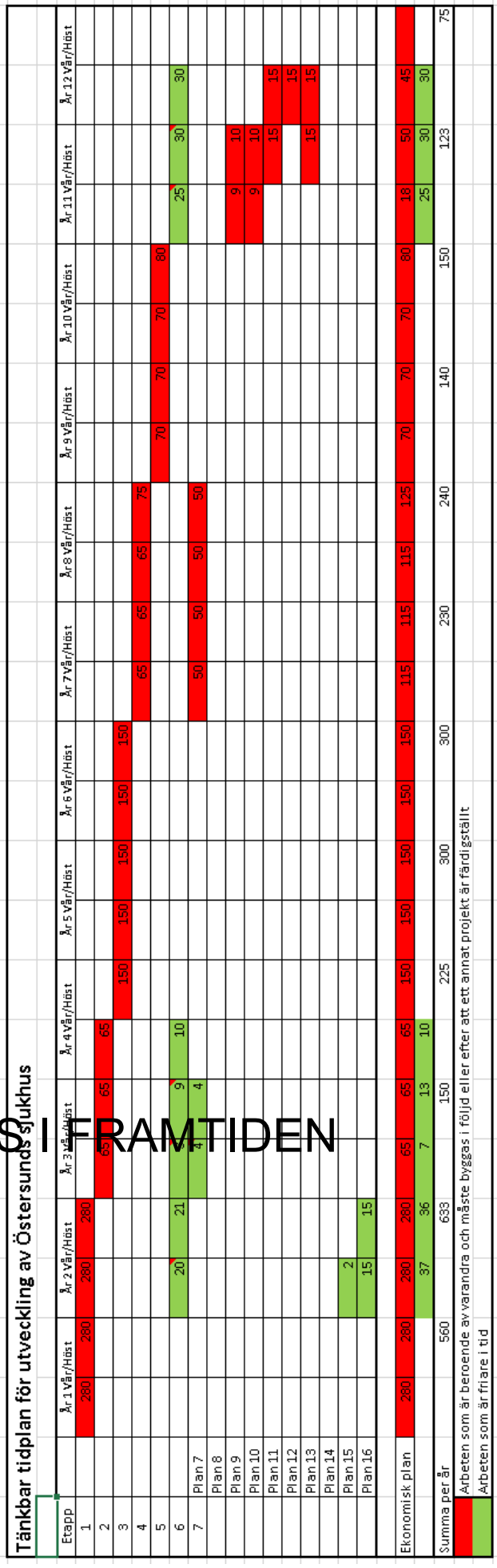
Ett av fastighetsplanens syften är att tillskapa l
framtida behov, i bra logistiska samband. Detta
som ska medverka till att finansiera investering
energieffektiva byggnader och installationer ko
De nya lokalerna ska också bidra till att rätt vår
kan definieras som Östersunds sjukhus, innebä
hemtagning av vård i ökad utsträckning.

Se även tabeller och underlag som redovisas un
produktion”.

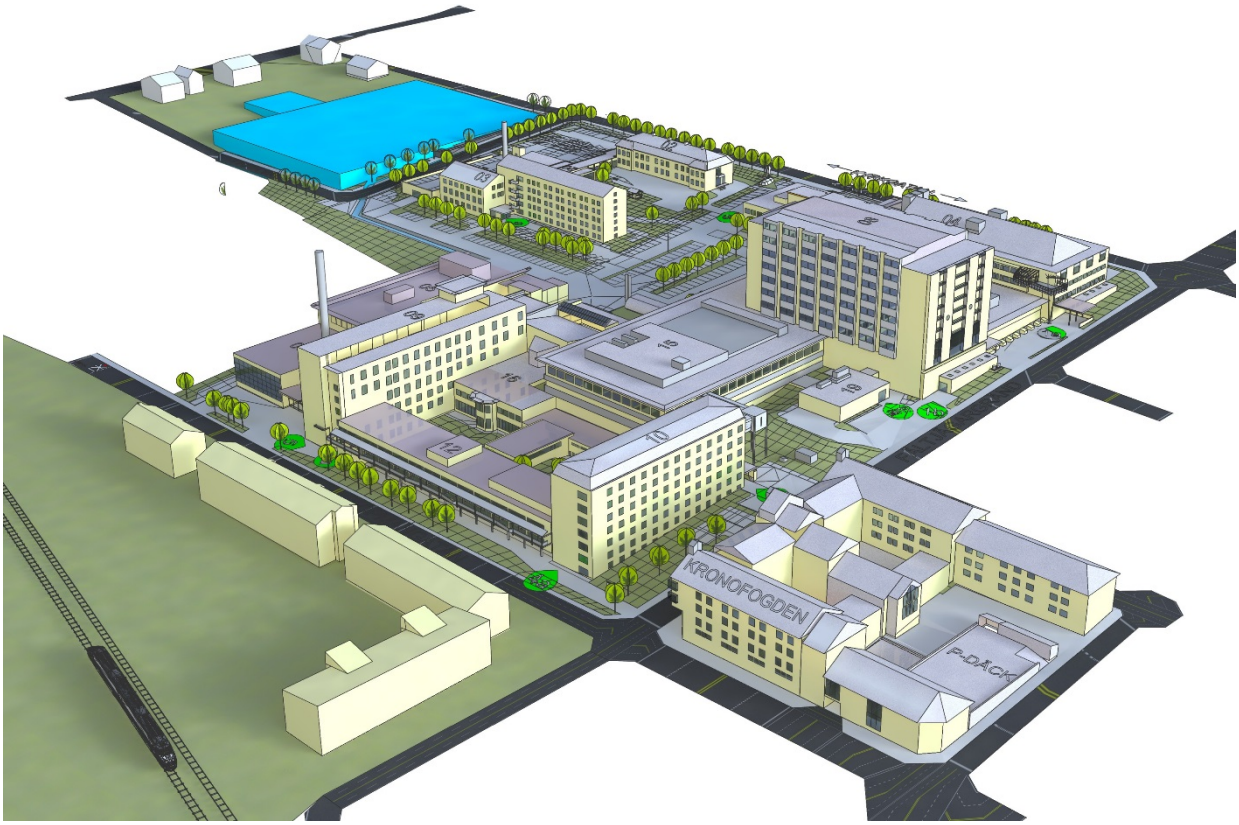
B

ÖSTERSUNDS SJUKHUS I FRAMTIDEN

Etapp 1A



Förhandskopia 180301, Dnr: RS/561/2016
Jan-Åke Lindroth
Beslutad av:

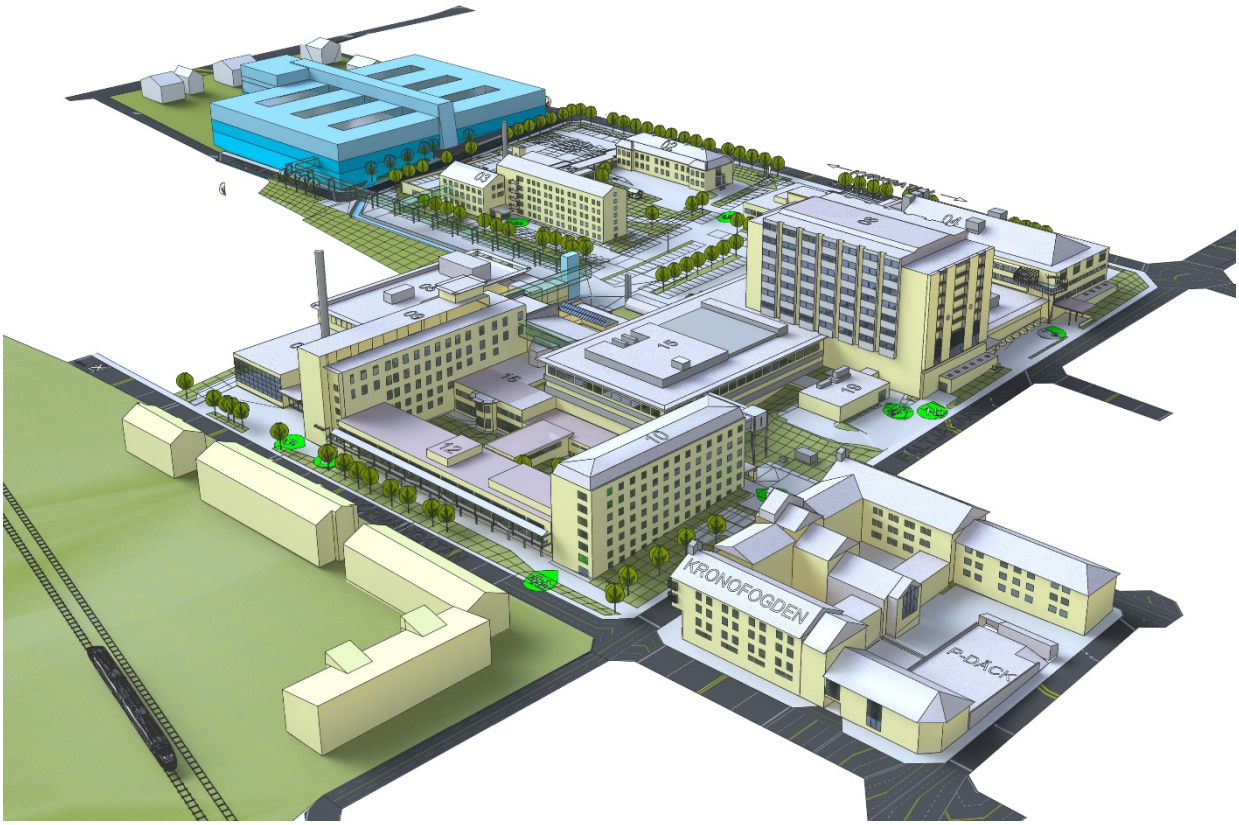


Nybyggnad av servicebyggnad på tomten norr om sjukhuskvarteret inom kv Myggan. För att bereda plats för detta rivs nuvarande ”Gamla BUP”, Kyrkgatan 8, ”Blå huset” samt Landstingbostäders fastigheter Kyrkgatan 4 och 6, som innehåller två lägenheter vardera.
Byggnaden kan innehålla;

Varumottagning-mottagningscentral. Trafik till och från varumottagning/källsortering sker via Arkivvägen-Tysta vägen och ej genom sjukhusområdet.
Källsorteringsstation.
Syrgastank och gascentral.
Vaktmästerilokaler.
Arkiv
Parkeringsplatser för besökare

Kontakt med övriga sjukhuset sker via nybyggd kulvert för varu- och personaltransporter. Förberedelse (om sådana behövs) för att varutransporterna kan ske med robottruckar. Varor transporteras till nya fördelningsstationer inom sjukhuset. Matvaror till plan 3, hus 5 (Nuv. centralkök). Tillfälligt även övriga varor till denna punkt. I kommande steg placeras fördelningsstation för övriga varor på plan 1, hus 15. Från denna station kan robotdistribuering byggas ut till övrig verksamhet allt efter behov och möjlighet.

Etapp 1B



Ovanpå byggnaden i etapp 1A placeras lokaler för FOUU mm.
Lokalerna kan även användas till utbildning såsom läkarutbildning, sjuksköterskeutbildning samt KTC
Genom den goda närheten och tillgängligheten i byggnaden med bland annat parkeringsplatser i direkt anslutning till verksamhetslokalerna och kollektivtrafik rakt utanför huvudentrén så finns möjlighet att lägga många ”patientnära” verksamheter i byggnaden.
Byggnaden kan t.ex. innehålla ett hälsocentra som kan bestå av fristående primärvårdsteam i samverkan. Primärvårdsteamen behöver inte inkludera all verksamhet då delar av verksamheten fortsättningsvis kan bedrivas på andra platser i samverkan med kommunen med t.ex. lokala familjecentraler eller kommunens äldrevård.
Byggnaden skulle också kunna innehålla, massage, fotvård, akutmottagning 7/24 med MR-CT kapacitet, 1177 och ett nav för regionens e-hälsa.

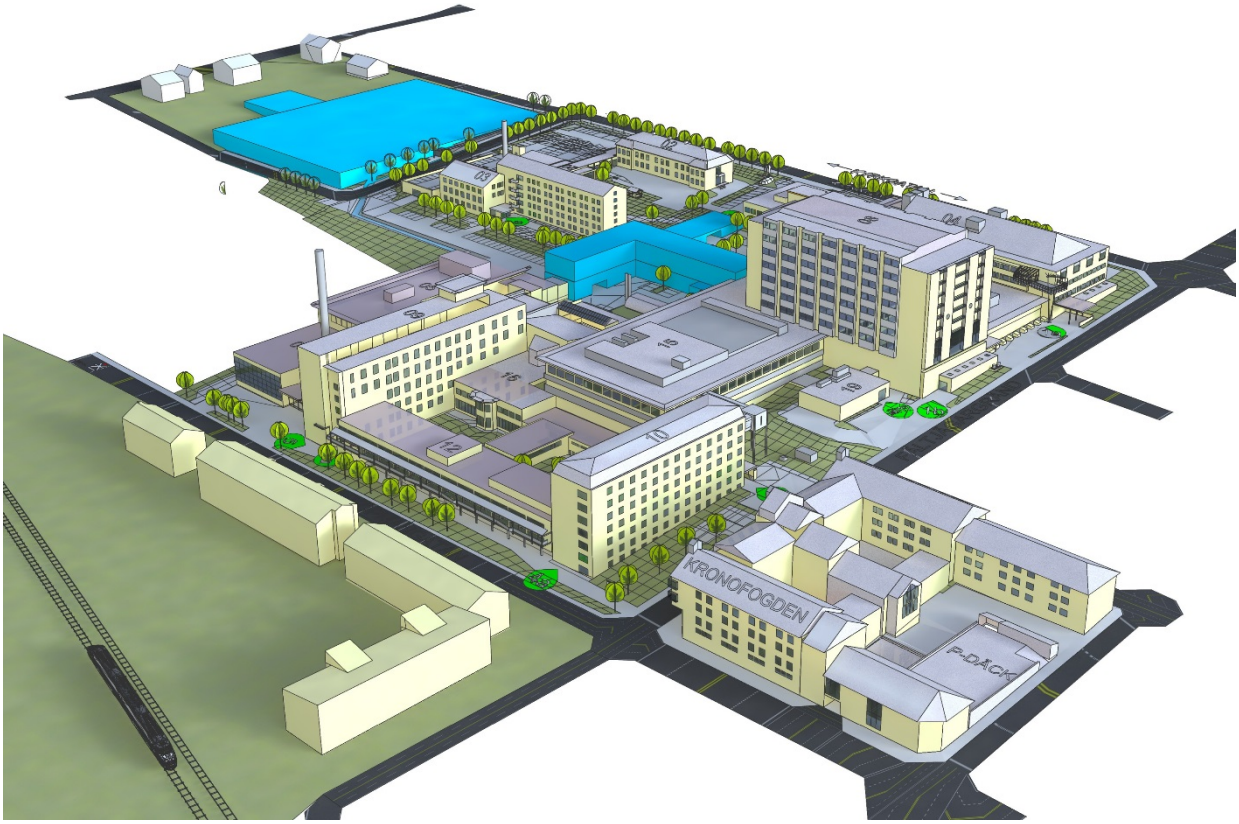
En lärande studentmottagning kan finnas med god kontakt med FoUU, som också planeras lokaliseras till denna byggnad. Om man placerar både läkar- och sköterskeutbildning skulle även det medicinska biblioteket ligga i byggnaden.

Från sjukhuset kan exempelvis ögonbottenscanning, utlämning av bärbar hjärtekg, eller andra verksamheter som ska var lätt tillgängliga för våra patienter utlokaliseras hit.

Förbindelse med sjukhuset för persontrafik ordnas med en täckt förbindelse ovan mark, som ansluter på plan 6, entré och mottagningsplan.

Varor och patient i säng eller bår transporteras i kulvert som iordningställts i etapp 1A.

Etapp 2 A&B



Etapp 2A omfattar lokaler för ny infektionssjukvård, hudmottagning, specialisttandvård och restaurang för personal och besökare.

Den nya infektionsverksamheten i byggnaden består av en mottagning och en vårdavdelning. Båda med möjlighet att ta emot patienter utifrån till vård- och mottagningsrum.

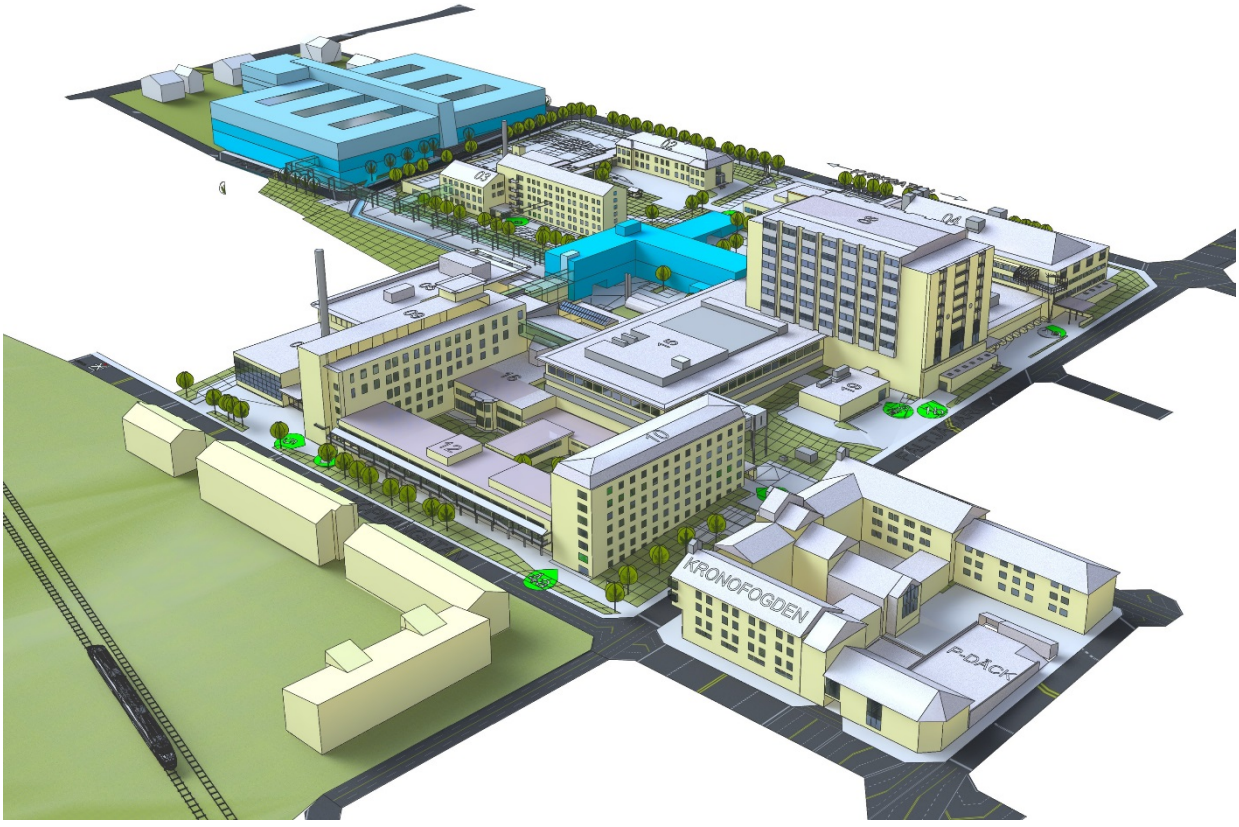
Placeringen av byggnaden möjliggör att en ny gemensam ambulansentré kan tillskapas för infektion och IVA (Infekterade patienter). Tillgång till övriga sjukhuset ordnas med hiss och trapphus till kulvert plan 3.

Vårdavdelningen byggs upp med enkelrum, med enhetlig utformning för att möjliggöra en flexibel användning. Detta innebär att alla rum kan nås både utifrån och inifrån, har utblick både mot det fria och den inre verksamheten. Även barn med luftburen smitta vårdas på avdelningen varför rummen har utrymme för säng till förälder. Möjligheten att utföra undersökningar och behandlingar på rummet gör att behovet av andra ytor på enheten minimeras. Vårdrummen grupperas så att vårdteam ansvarar för en enhet och har en egen teamstation.

På mottagningen blir rummen flexibla och kan ta emot alla patientgrupper dvs. patienter med multiresistenta bakterier och/eller smittsamma sjukdomar. Flera av mottagningsrummen får kontrollerad ventilation, hygienutrymme samt inre- och yttre slussfunktion med möjlighet till sängtransport genom sluss.

Vaccinationer är en del av verksamheten och får egna utrymmen.

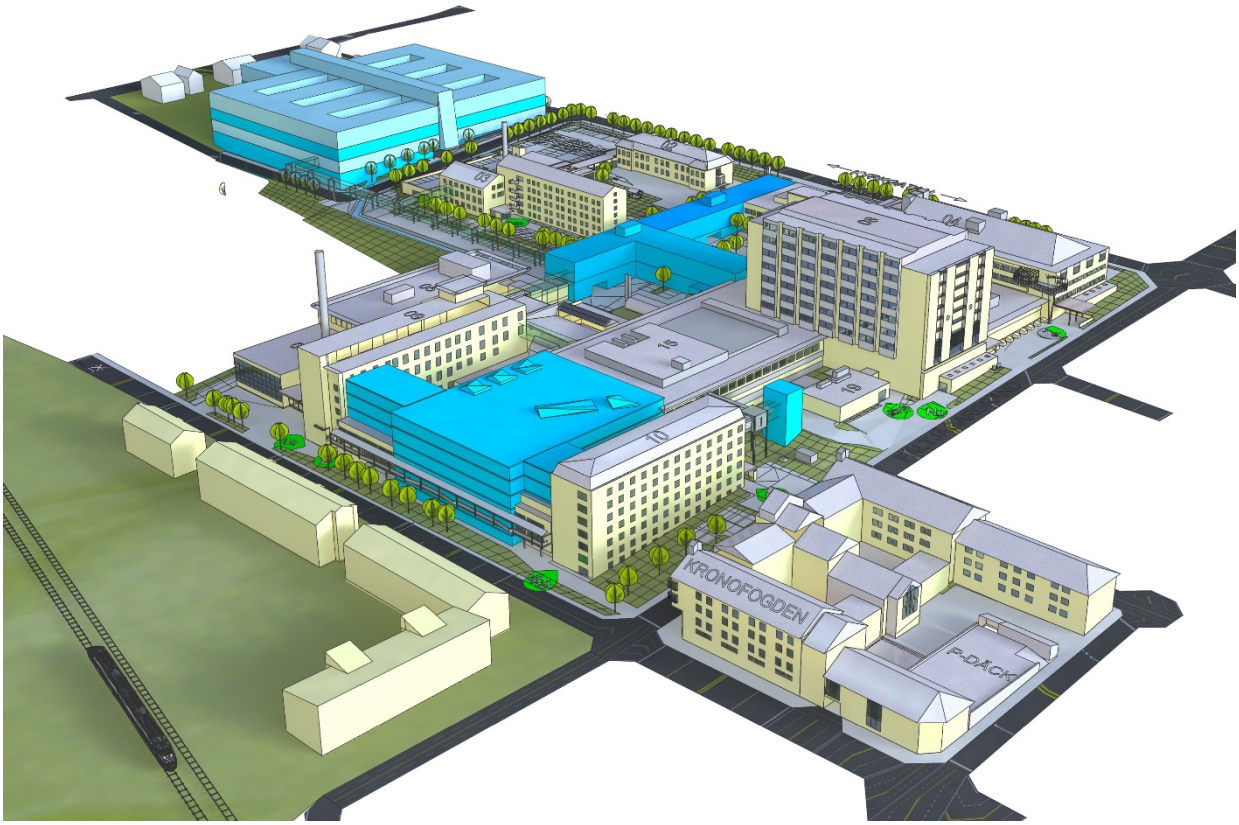
Hudmottagningens verksamhet inryms i nya lokaler med ungefär samma fördelning av mottagnings- och behandlingslokaler som idag.



Den nya byggnaden kan förlängas upp mot Kyrkgatan och då, på plan 6, ge plats för en utökad ögonmottagning och syncentral i direkt kontakt med denna (se nästa bild).

Husets placering i god närhet till huvudentrén på plan 6 gör att möjligheten att lägga till ytterligare våningar på byggnaden är en intressant framtidssäkring för framtida behov av ännu ej kända lokalförändringsbehov.

Etapp 3



I etapp 3 ingår många viktiga och nödvändiga lokalförändringar.

I nedre plan ordnas bilparkeringar för främst tjänstefordon. Utgår eventuellt när framtida bilplatsbehov analyserats närmare.

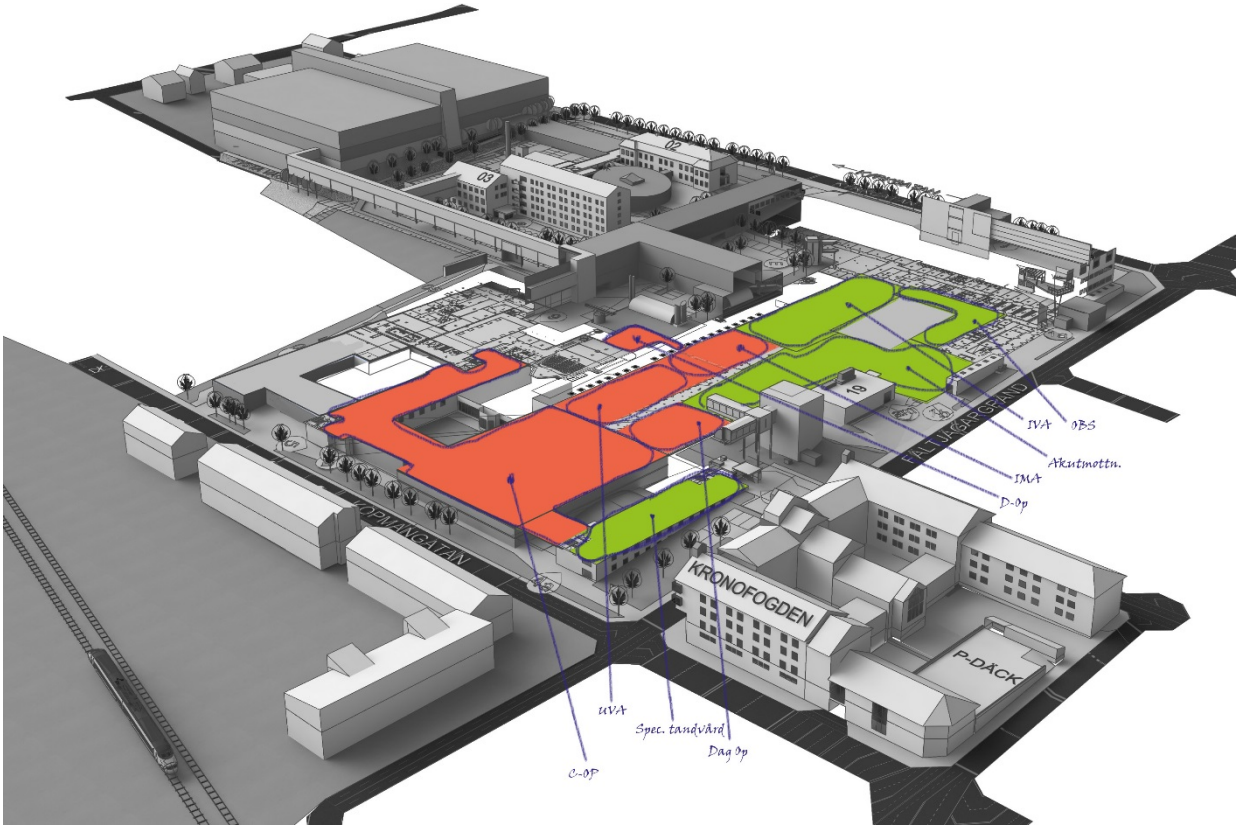
På plan 1 ordnas nya lokaler för en varudistributionscentral, som får sina varor med självgående robotar från den nya varumottagningen.
Ny sterilcentral i direkt anslutning till varudistributionscentral och med egen direkt hisförbindelse till C-OP.

I egen byggnad mellan hus 10 och 15 etableras ett nytt MR-centrum, med möjlighet till uppgradering även till PET-MRI teknologi. Denna etablering har redan påbörjats genom att MR3 kommer att placeras här under 2018. Sjukgymnastik kommer att få anpassade lokaler i hus 9, nuvarande ryggmottagningens lokaler. Ny gymnastikhall och terapibassäng är tänkt att kopplas till dessa lokaler. Kan genomföras i denna etapp eller i etapp 5.

Plan 3 inrymmer ett nytt bilddiagnostiskt center, som är en samlokalisering av dagens röntgen och klin.fys. I röntgens nuvarande lokaler kommer bland annat

mammografiverksamheten att inrymmas. En samlad interventionsverksamhet är möjlig att etablera vid nuvarande PCI-lab.

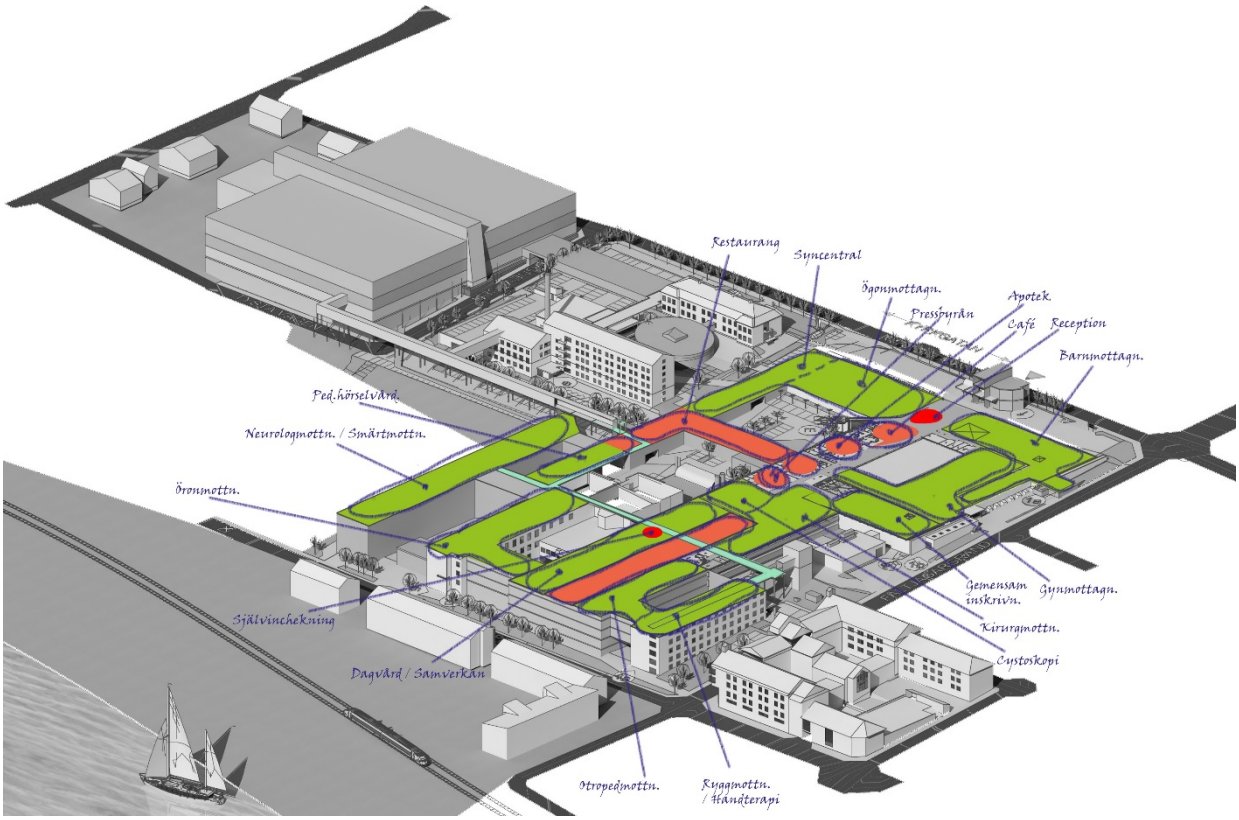
Akutprocessen ska utvecklas och vara kvar på plan 4. Planet kommer att inrymma nya och framtidsanpassade lokaler för operationsverksamhet. För att effektivisera operationsprocessen och öka tillgängligheten föreslås en separation av slutenvårdskirurgi och dagkirurgi. All dagkirurgi (exklusive ögon) koncentreras till en dagkirurgisk enhet som skall vara tydligt avskild från centraloperation och placerad i delar av nuvarande centraloperations lokaler. Dessa används också till en utökad, nattöppen UVA. De nya operationslokalerna innebär också att lokalerna för akutverksamheten kan förbättras flödes- och övervakningsmässigt. En utökning av antalet OBS-platser och en ny intermediärvårdsenhet planeras. En bibehållen god kontakt mellan de olika verksamheterna på planet är nödvändig.



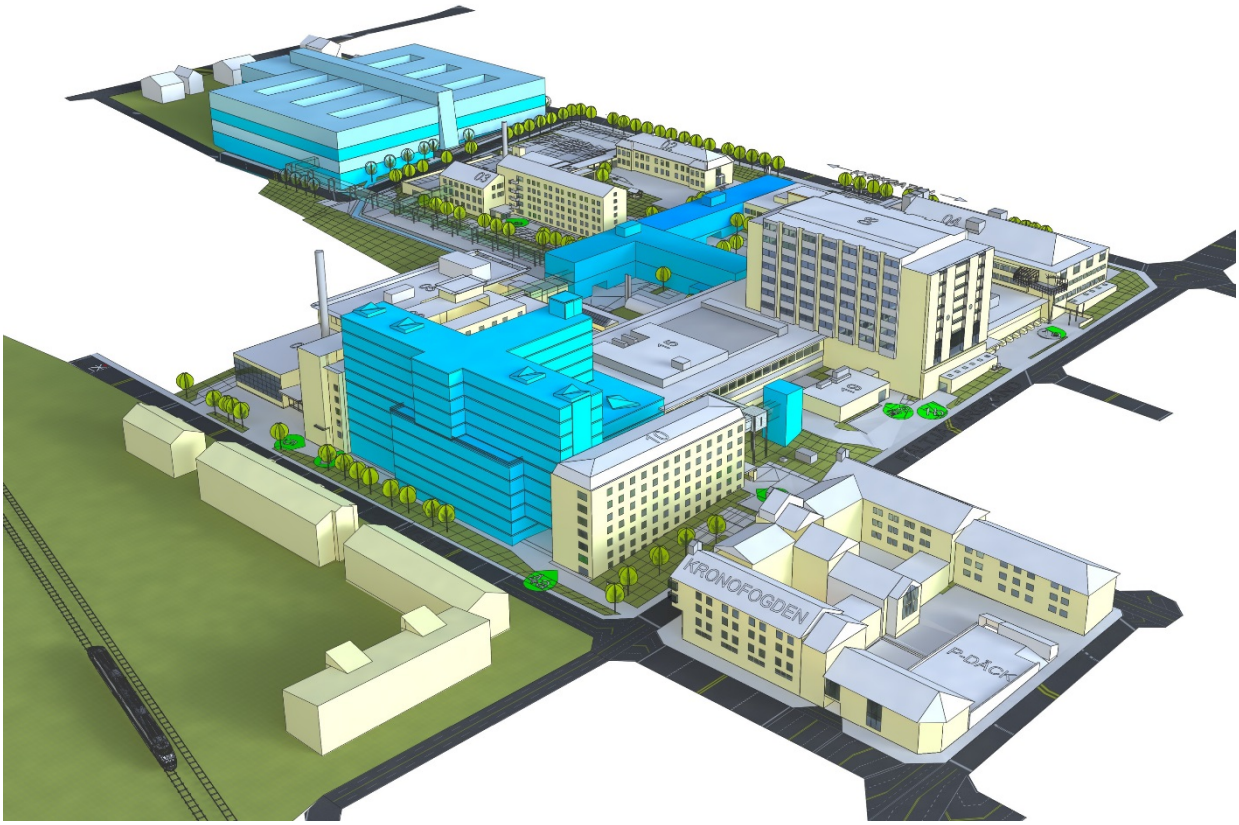
Plan 5 behövs för att få funktionsdugliga rumshöjder i underliggande operationsplan och teknisk utrustning för detta. Nuvarande klinfys. lokaler används för förbättring av endoskopiverksamhetens lokaler och en fortsatt utveckling av planet som administrativt centrum med läkararbetsplatser, vilket även möjliggörs genom flytten av provtagning och Storsjötappen till byggnad 24 norr om befintliga sjukhuset.

Plan 6 kommer att inrymma utökade lokaler för mottagningsverksamhet och en nyetablering av en gemensam inskrivningsenhet. En möjlighet finns också att samordna dagvårdsverksamhet med mottagningsverksamhet. Plan 6 kommer att bli

det plan som patienter huvudsakligen rör sig på. Vid nuvarande huvudentré finns som idag sjukhusreception, förstärkt med självincheckning. En ny entré ordnas vid Fältjägargränd i Storgatans förlängning. I detta läge, på plan 6, finns en självincheckningsstation. Med tillägget av en ”luftbro” till hus 9 och den i etapp 1B ingående täckta förbindelsen till byggnad 24 som innehåller en större hälsocentral, så kan besökare nå alla verksamheter genom att röra sig i detta plan. Inga patienter i kulvertplan.



Etapp 4



Påbyggnad av etapp 3 med en vårdbyggnad i erforderligt antal våningar.

Utredningens ambition har varit att framtidens vårdavdelningar ska ha så mycket en-patientrum som möjligt.

Den nya vårdbyggnaden är tänkt att inrymma avdelningar med 24 vårdplatser per plan, fördelade på 3x8 ”en-patientrum”, varav två är så stora att de kan dubbelbeläggas eller användas för vård av ”stora” patienter.

Rummen ska vara tillräckligt stora för att uppfylla arbetsmiljökrav, krav på teknisk utrustning och möjliggöra övernattning av anhörig. Alla hygienrum ska vara tillgänglighetsanpassade och med möjlighet att duscha patient på duschvagn.

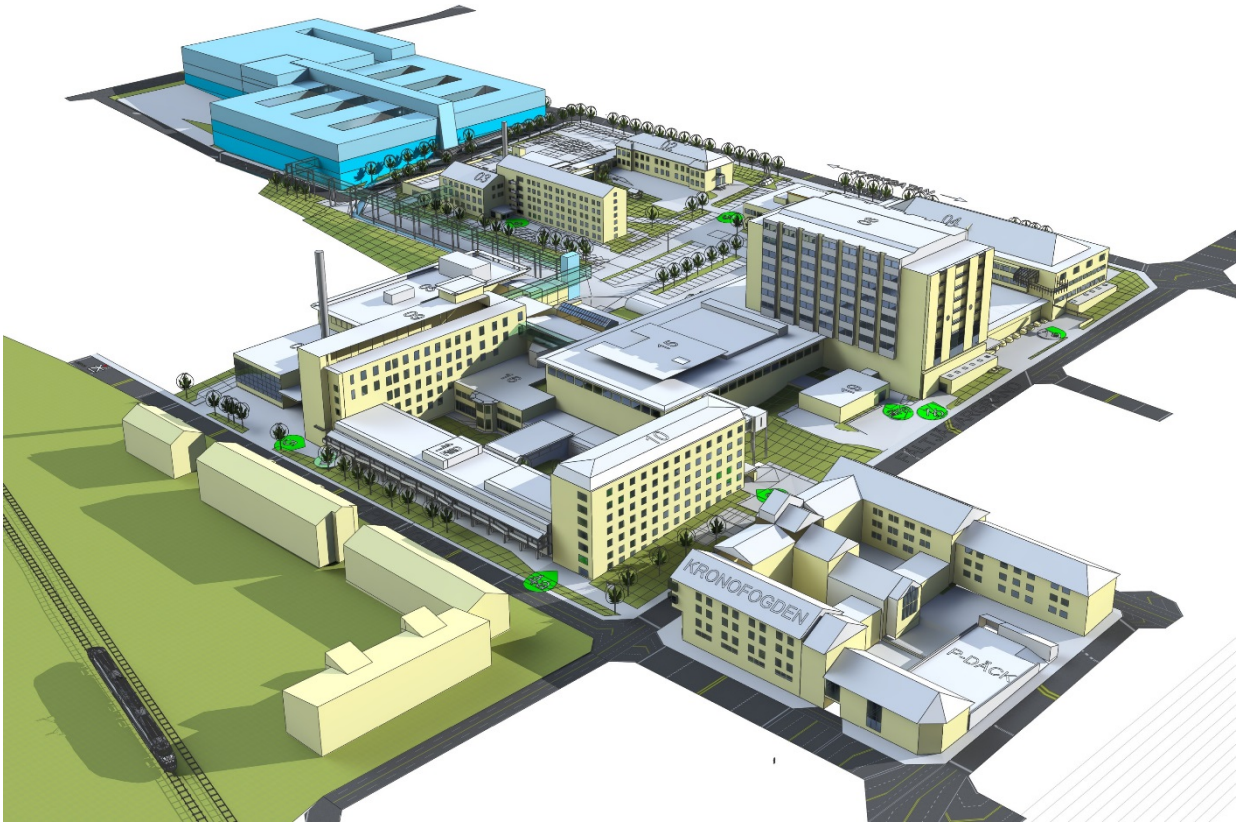
Vårdavdelningarna planeras för patientnärmre vård i mindre vårdteam. Vårdlokalerna fördelas på tre moduler omfattande 8 vårdplatser. Till varje modul ska administrativa arbetsplatser, lokal för mindre möten, närförråd och hygienrum finnas.
Gemensamt för en vårdavdelning finns förråd som medicinförråd, sterilförråd, samt administrativa lokaler, matsal, avdelningskök och pausrum för personal.

Etapp 5A

Rivning av nuvarande hus 5&6 med godsmottagning, centralkök och panncentral ner till marknivå, för att därefter ovanpå sparade befintliga lokaler bygga upp en ny byggnad för ”Remonthagens” verksamhet.

Etapp 5 innehåller lokaler för den verksamhet inom hjärta, neurologi, rehabilitering, HNR, som idag bedrivs på Remonthagen. Gymnastiksal och rehabiliteringsbassäng, om dessa inte genomförts i etapp 3.
Nytt konferenscenter i anslutning till befintlig hörsal.
Till ny- och ombyggda lokaler planeras flytt av neurologmottagning och strokeenhet från plan 10, hus 8.

Etapp 5B



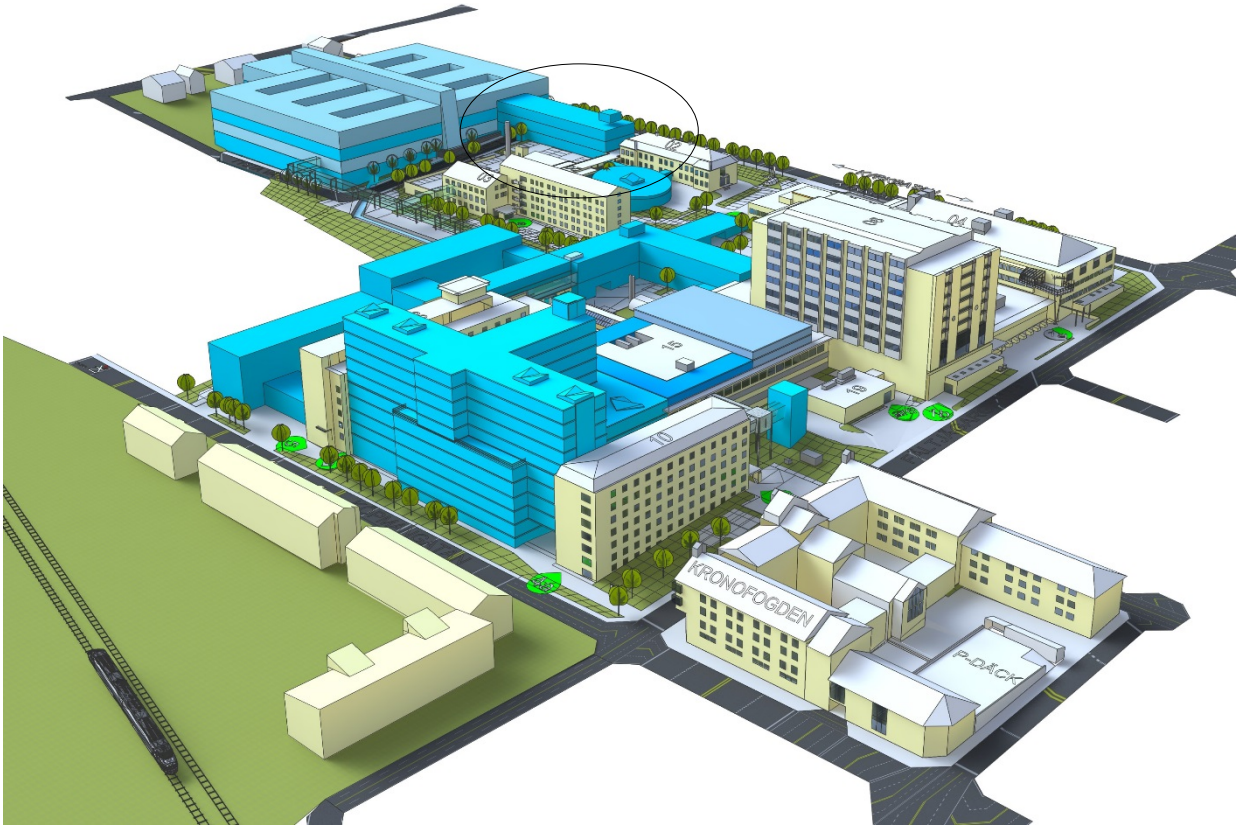
Lokalisering av Centralförråd och hjälpmedelscentral till sjukhusområdet från Göviken för att koncentrera verksamheter till sjukhusområdet

Etapp 6A

Nybyggnad av plenisal för ca 150 personer som ska rymma ett fullmäktigemöte och tillhörande gruppmöteslokaler mm

Förhandskopia 180301, Dnr: RS/561/2016
Jan-Åke Lindroth
Beslutad av:

Etapp 6B



Nybyggnad av administrationsbyggnad. Hopkopplad med hus 2 och den nya hälsocentralen.

Etapp 6C

Tillbyggnad av huvudentré samt utökning av barns lokaler på plan 7 och 8.

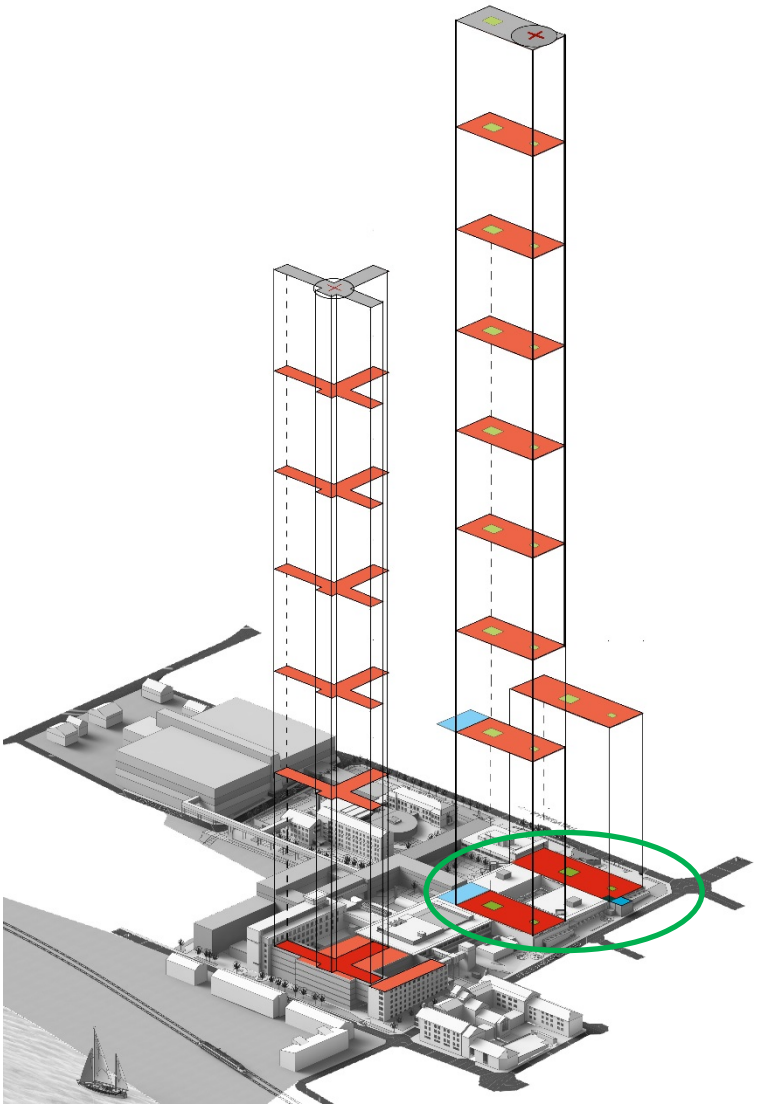
Etapp 6D

Tillbyggnad av en ny förlossningsentré, kopplad till entré 1, med hiss och trappa direkt till förlossningen. Nybyggnad av snittsal på BB för att säkra insatstiden vid nödförlossningar.
Alternativ till snittsal i detta läge är en utrustad sal inom den dagkirurgiska enheten där nuvarande C-OP ligger

Etapp 7

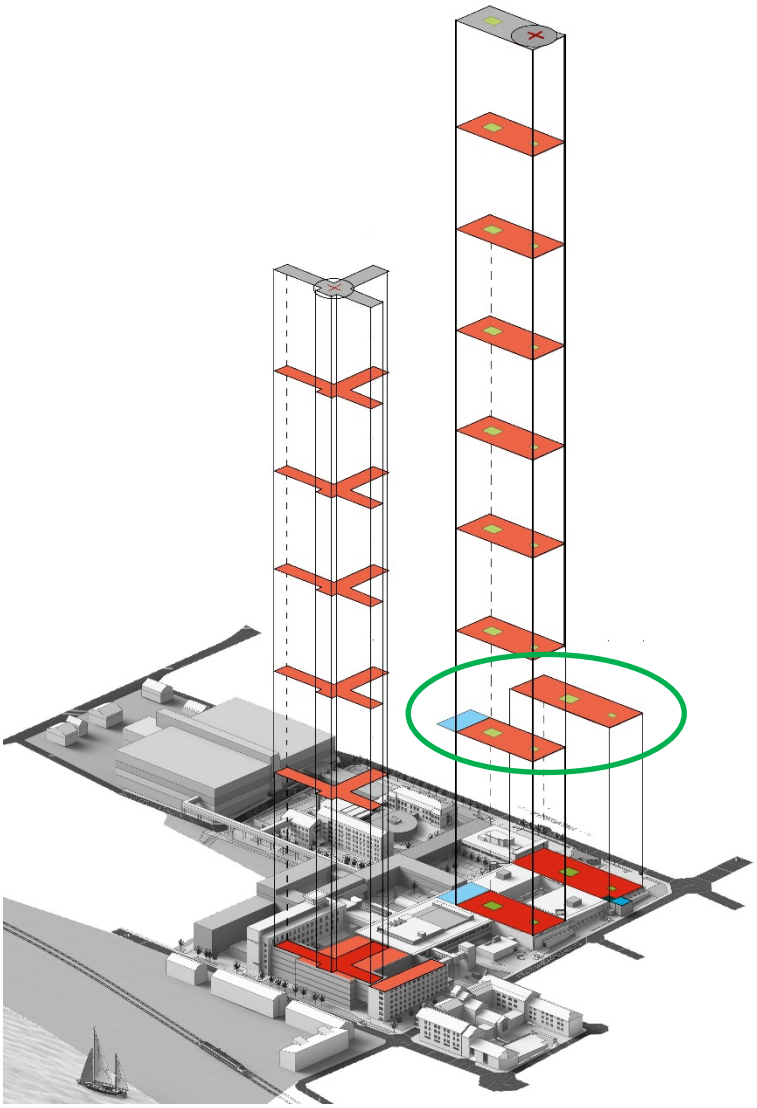
Omstrukturering av hus 8, ”höghuset”, från plan 7 och uppåt

Plan 7



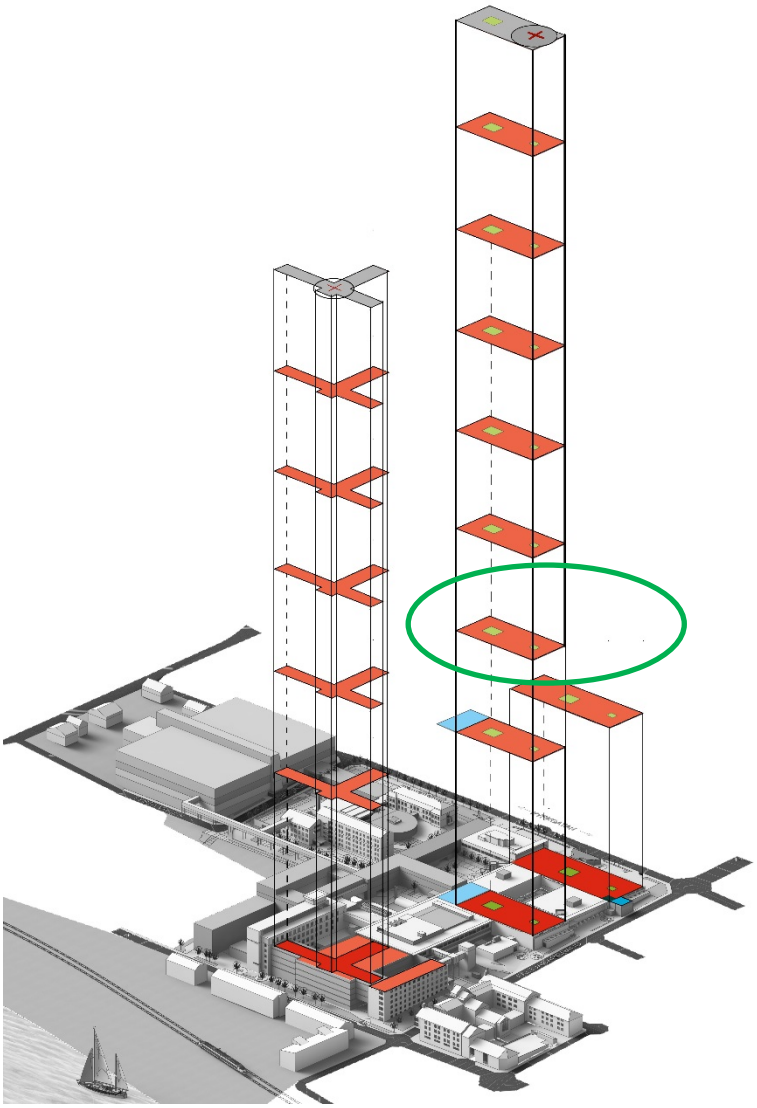
Möjlighet finns att utöka hjärtenhetens lokaler. Behov av lokalutökning finns främst inom mottagningsdelen.

Plan 8



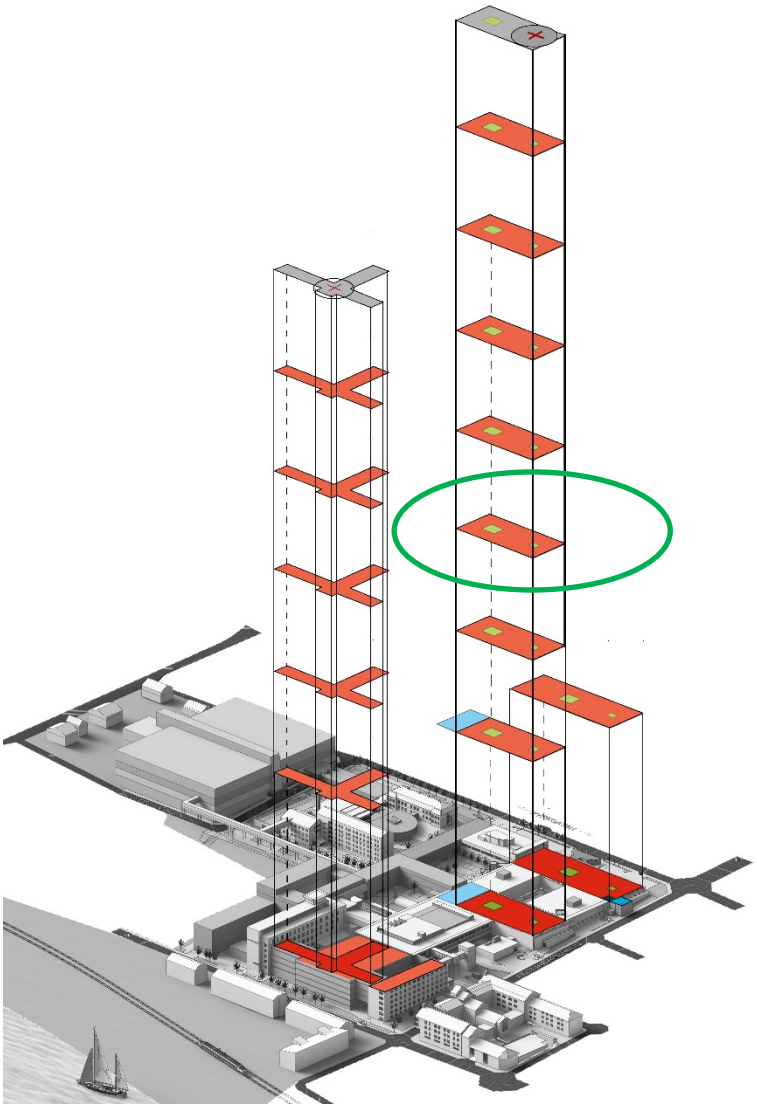
Möjlighet till utökning av befintliga lokaler på plan 8. Detta är en framtidssäkring av framtida förändringar av nu pågående omstrukturering av vårdplan 8.

Plan 9



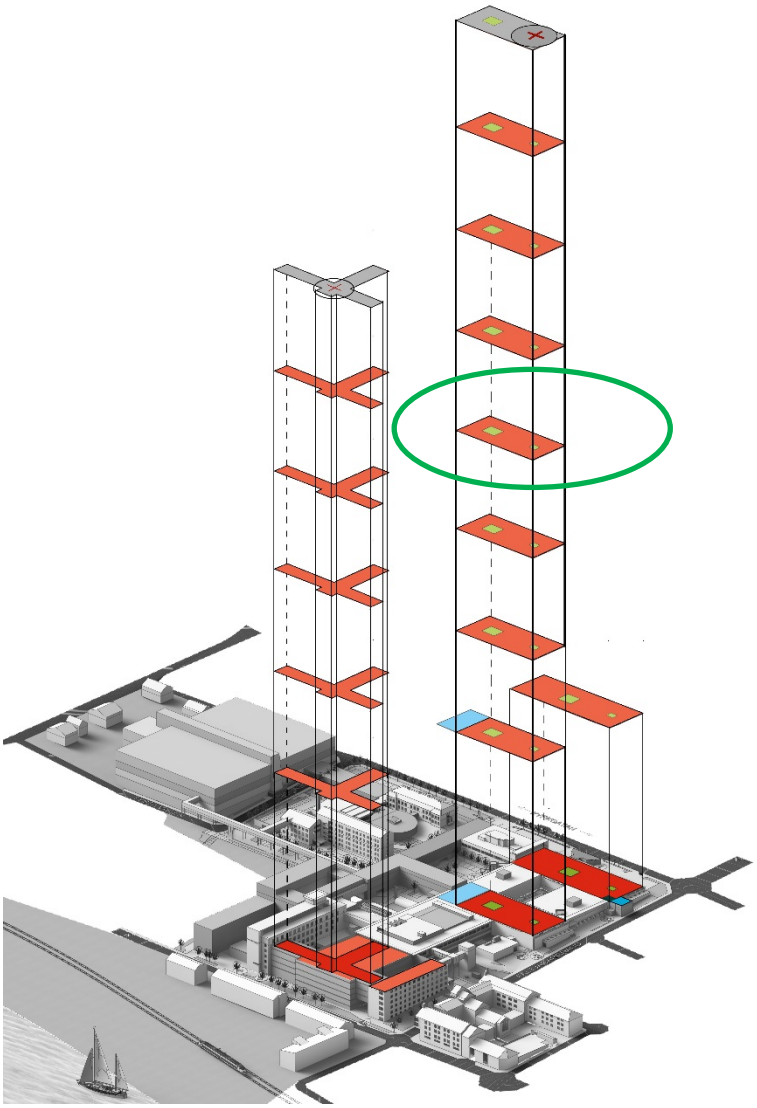
Plan 9 är tänkt att bli reservvårdavdelning och även tjäna som utbildningsvårdavdelning och med delar av KTC.

Plan 10



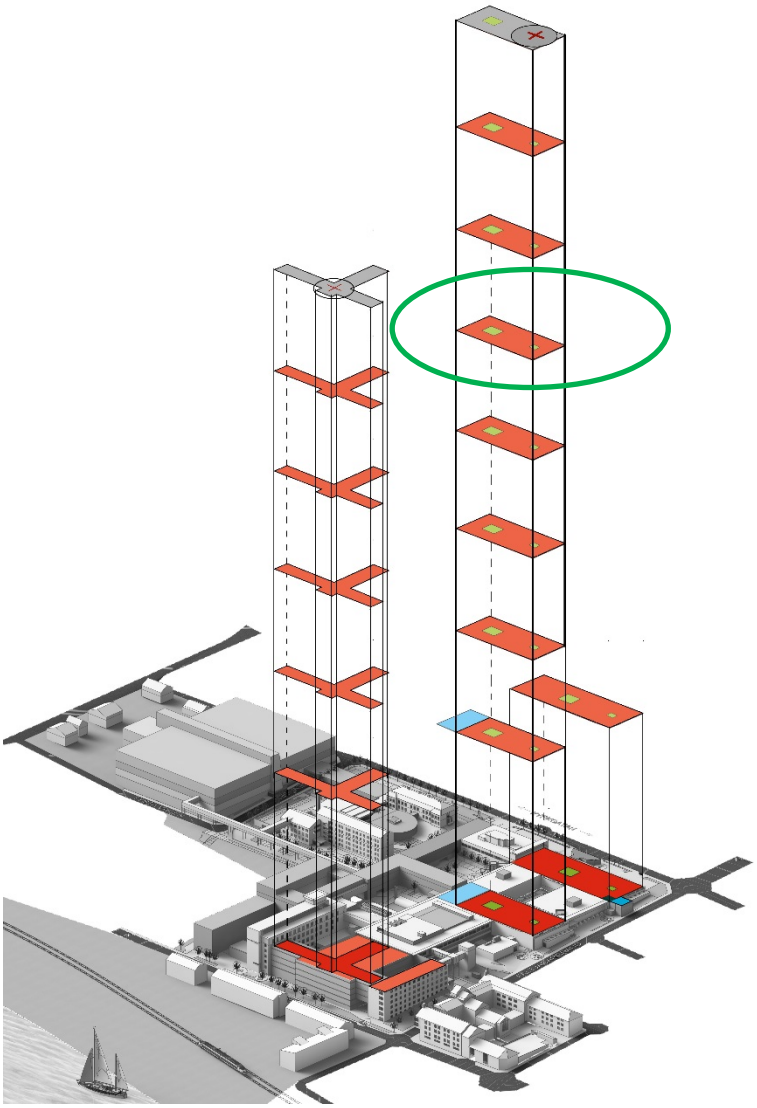
Patienthotell med plats för familjehem/familjerum.
Lättvårdsavdelning
In- och utsluss för C-op/Lätt UVA
Dagkirurgsluss

Plan 11



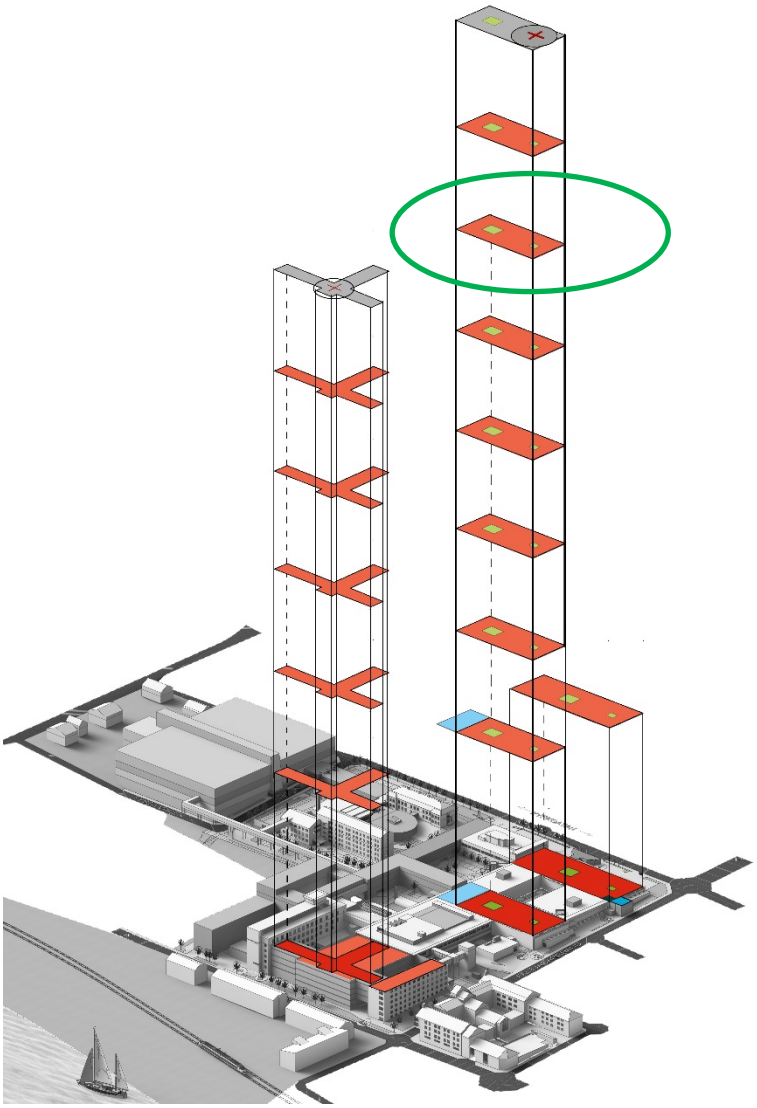
Lungvårdavdelning med en-patientrum.

Plan 12



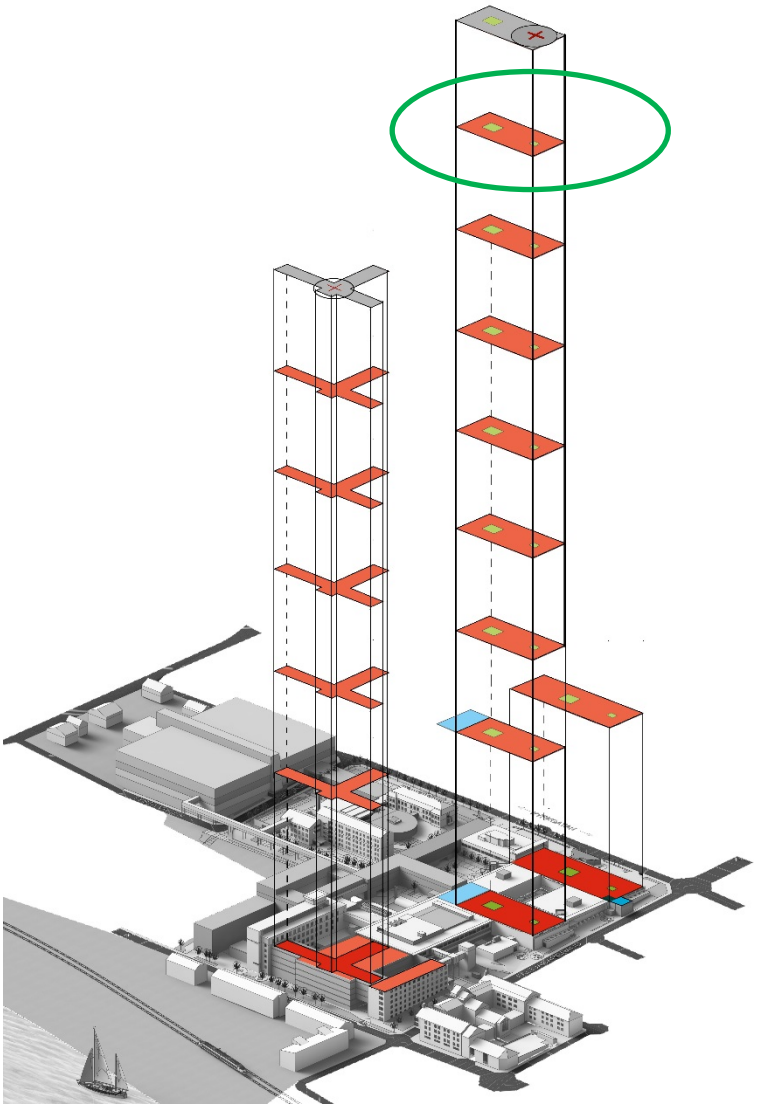
Onkolog- och lungmottagning lokaliserade på planet med tillverkningsapoteket

Plan 13



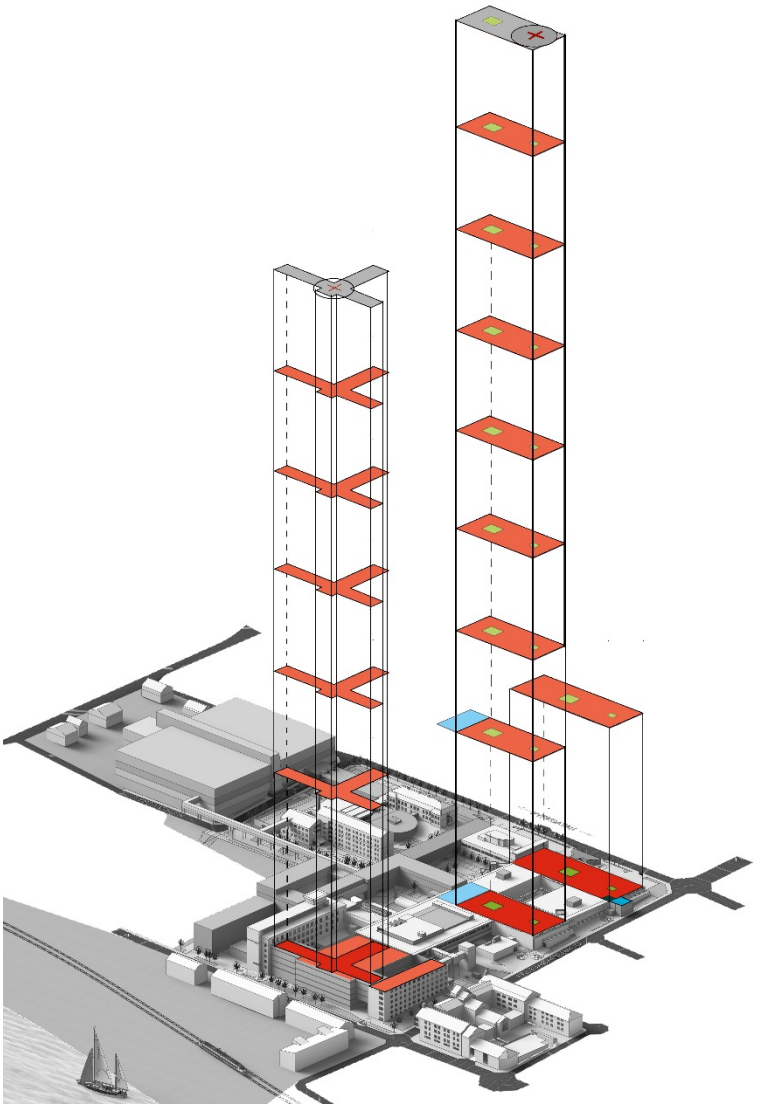
Vårdavdelning med en-patientrum
Medicinvårdavdelning med plats för 8 st onkologpatienter

Plan 14



Plan 14 innehåller lokaler för Storsjögläntan och jourrum för olika områden

Plan 15 och 16



Ombyggnad för iordningställande av helikopterplatta.

Två alternativ finns för iordningställande av helikopterplatta inom Kv. Lasarettet 4.

Det snabbast genomförbara alternativet är att förlägga plattan på befintliga hus 8, ”höghuset”.
Befintliga hissar i denna byggnad finns är under ombyggnad. I denna ombyggnad ingår möjligheten att förlänga en av de stora hissarna upp till plan 15/16, för en eventuell helikopterplatta.

Det andra alternativet är att planera för en platta på den nya vårdbyggnadens tak, i etapp 4. En sådan placering kan möjligen vara en fördel ur störningssynpunkt, men hindrar framtida möjligheter till förändring av antalet vårdplan i denna byggnad.

Visualisering av en helikopterlandningsplats på by 8 (Höghuset)

Visualisering av en helikopterlandningsplats på en ny vårdbyggnad

Förhandskopia 180301, Dnr: RS/561/2016
Jan-Åke Lindroth
Beslutad av:

För att öka tillgängligheten, finns i dessa planer, olika möjligheter att få en direktförbindelse med spårbunden trafik till sjukhuset. Detta kan även kombineras med en landningsplats för helikopter om det blir tekniska eller andra störningsproblem med att landa på någon av sjukhusets högre byggnader.

- Höghuset innebär att landning kan ske på fastighetens högsta punkt. Inflygning kommer att ske över bostäder
- Landning på nya vårdbyggnaden innebär att det sker rakt över den nya operationsenheten med korta angöringsvägar
- Landning på en kommunikationsgång mellan järnvägsområdet och sjukhuset innebär att landning sker på sjukhusets plan 4 med direktkontakt in på operationsavdelningen. Anslutningsgången öppnar också för kommunikation för patienter och besökare mellan järnvägsområdet och en eventuell station samt sjöparkens rekreationsytor.
- I likhet med ovan kan även landning ske på ny byggnad som skulle sträcka sig över Köpmangatan och järnvägen. Detta förslag finns inte med i denna fastighetsutvecklingsplan och förutsätter även att ett bostadshus rivs.

Alternativa placeringar för en helikopterlandningsplats.

Lämnade ytor

Vid denna samlokalisering med mycket verksamhet på sjukhusområdet så kan knappt 25 000m² i både hyrda och egna ytor lämnas vilket skulle minska externa lokalkostnaderna med ca 15 miljoner per år.

Ekonomi

Kostnadsbedömningar produktion

En om- och tillbyggnad i denna storleksordning är i detta skede mycket svår att uppskatta och kommer att bero på ett flertal parametrar som idag är okända. Arbetet kommer att ta minst 10-15 år att genomföra från beslut till att hela planen är genomförd och på den tiden kan marknaden och dess förutsättningar ändras mycket.

Kostnadsuppskattningarna har tagits fram med hjälp av erfarenhetsvärden från andra liknade projekt, underlag i Byggnyckeln, samt underlag från olika entreprenörer.

Priserna har delats upp i olika delar och multiplicerats med aktuella ytor och volymer.

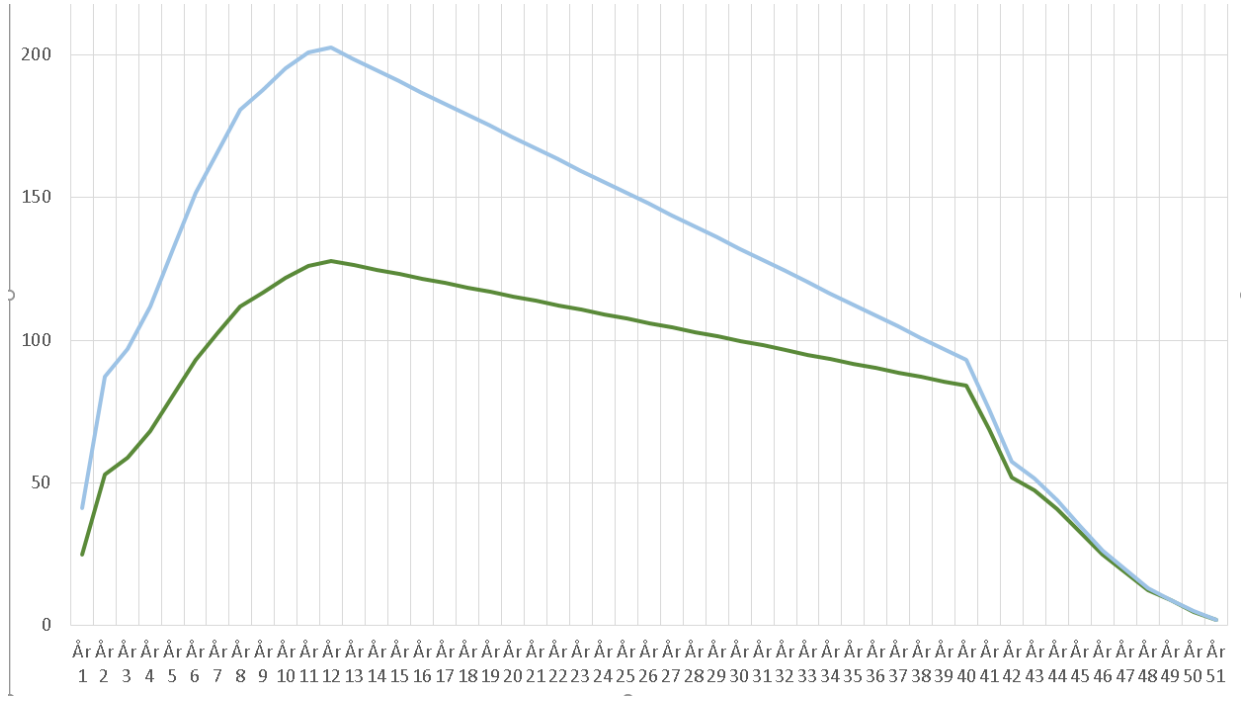
Normala markarbeten på relativt stor yta	550:- per m²
Mer koncentrerade markarbeten på angiven yta	850:- per m²
Stora markarbeten på liten yta	1200:- per m²
Rivning hel byggnad	450:- per m³
Rivning mer avancerad byggnad	475:- per m³
Rivning delar av byggnad	600:- per m³
Nybyggnad av garage	14 500:- per m²
Nybyggnad av allmänna ytor	23 000:- per m²
Nybyggnad administrationslokaler	30 000:- per m²
Nybyggnad av sjukhuslokaler med:	
- enkel standard	37 000:- per m²
- normal standard	42 000:- per m²
- hög standard	48 000:- per m²
- mycket hög standard och installationstätt	60 000:- per m²
Nybyggnad av kulvert	40 000:- per m²
Luftbroar	50 000:- per m²
Ombyggnader av befintliga ytor	
- Minimala åtgärder	10 000:-per m²
- Enklare ombyggnad	16 000:-per m²
- Omfattande ombyggnad	30 000:-per m²

Hissar

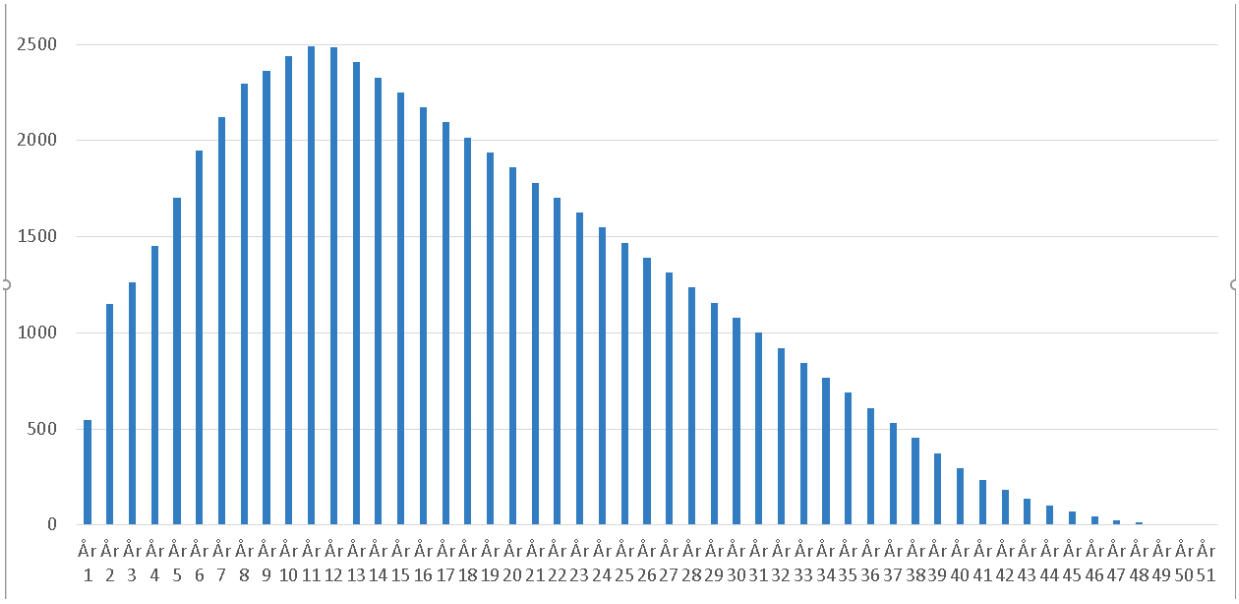
-	Sänghissar	1 500 000:- per styck
-	Personhissar	1 000 000:- per styck

Sammantaget med detta underlag och planerade ytor landar ombyggnaden på drygt 3 miljarder.

Beroende på investeringstakten i projekten, aktuella räntekostnader och avskrivningstider så kommer regionens ekonomi avseende årliga utgifter och belastning på likviditeten påverkas under många år. För att finansiera detta krävs att verksamheten kan effektiviseras i motsvarande grad för att klara kostnadsbilden. Kapitalkostnaden kommer under lång tid årligen belasta regionens ekonomi med storleksordningen 100 – 200 miljoner under byggnadernas livslängd.



Graf som visar utgiften per år där den gröna linjen visar räntenivån 2,5% och den blå linjen 5% utifrån den tidplan som redovisas under kapitel ”Tidplaner och ekonomiska konsekvenser”. Y-axeln redovisar årlig utgift i miljoner.



Graf som visar årlig likviditespåverkan utifrån den tidplan som redovisas under kapitel ”Tidplaner och ekonomiska konsekvenser. Y-axeln redovisar årlig likviditesbelastning i miljoner.

Kostnadsbedömning drift

Om utbyggnaden av sjukhuset genomförs fullt ut enligt denna plan så utökas ytorna på sjukhusområdet med ca 40% vilket motsvarar ca 40 000m². Av dessa står ca 25 000m² för ersättningsytor avseende verksamheter som koncentreras till sjukhusområdet. Återstående 15 000m² är en utökning av befintliga ytor som skall lätta på trycket från den stora trångboddhet som råder hos de flesta verksamheter idag samt att möjliggöra fler vårdytor med enkelrum.
Om digitaliseringen och mer vård förlagd utanför sjukhuset i primärvård alternativt i hemmen kommer att minska behovet av vårdytor på sjukhuset är i detta läge mycket svårt att bedöma.
Fastighetsplanen visar på möjliga lokalförändringar vars behov kommer att detaljstuderas då respektive etapp är aktuell att beslutas.
Driftkostnaden avseende mediaförsörjningen för tillkommande ytor kommer att vara väsentligt lägre än dagens byggnader och där äldre byggnader ersätts med nya så blir effekten större. Detta innebär att energibehovet för ett fullt genomfört projekt kommer ha samma eller lägre energibehov än idag.
För planerat underhåll avsätts idag 63:-/m² vilket är en för låg summa för att långsiktigt behålla fastighetens värde. För nya tillkommande ytor kommer underhållsbehovet vara lägre under de första åren men över tid så behövs mer pengar avsättas per m² för samtliga ytor.

Övrigt bestånd (Primärvården)

Utöver sjukhuskvarteret som denna fastighetsutvecklingsplan behandlar disponerar regionenen både egna och hyrda lokaler för sin verksamhet. Det är endast sjukhuskvarteret som är en strategisk byggnad som regionen har en uttalad strategi att äga övriga lokaler kan ägas eller hyras beroende på vad som bedöms mest fördelaktigt.

Bland de mer betydelsefulla lokalerna i länet kan nämnas följande:

Gäddede

Hyrd lokal där verksamheten drivs i samarbete med Strömsunds kommun.

Backe

Hyrd lokal som fungerar tillfredställande.

Strömsund

Egen lokal i bra skick och som fungerar tillfredställande.

Föllinge

Hyrd lokal som fungerar tillfredställande. Ytan är nyligen reducerad utifrån en minskande verksamhet. Lokalen ligger i direkt anslutning till ett av Krokoms kommuns äldreboende.

Åre

Hyrd lokal som fungerar relativt bra. Verksamheten ökar och man har varit trångbodd i många år. En utbyggnad som förbättrar situationen pågår. Lokalen ligger i gamla Åre sjukhus och är inte optimalt placerad i byn med tanke på det stora patientbehovet från turismen.

Järpen

Hyrd lokal som fungerar tillfredställande. Lokalen ligger i direkt anslutning till ett av Åre kommuns äldreboende.

Hallen

Hyrd lokal som fungerar tillfredställande. Lokalen ligger i direkt anslutning till ett av Åre kommuns äldreboende.

Krokom

Hyrd lokal som fungerar tillfredställande. Lokalen ligger i direkt anslutning till ett av Krokoms kommuns äldreboende.

Lit

Hyrd lokal som fungerar tillfredställande. Lokalen ligger i direkt anslutning till ett av Östersunds kommuns äldreboende.

Lugnvik

Lokalen ligger i en bostadsrätt som ägs av regionen. Lokalen fungerar tillfredställande. Lokalen ligger i direkt anslutning till ett av Östersunds kommuns äldreboende.
Ett arbete pågår tillsammans med övriga bostadsrättsägare om att upplösa föreningen. Resultatet av detta kan bli att regionen kommer att äga sin del av byggnaden eller att regionen blir hyresgäst hos Östersunds kommun.

Frösön

Hyrd lokal som fungerar tillfredställande. Lokalen ligger i före detta Frösö sjukhus.

Z-gränd

Hyrd lokal som är trång och svåröverblickbar men fungerar relativt bra. Lokalen som ligger mitt i centrum i Östersund saknar helt parkeringsplatser men är populär hos patienterna.

Odensala

Lokalen ligger i en bostadsrätt som ägs av regionen och fungerar tillfredställande. Lokalen har dock inomhusklimatproblem och är inte en lämplig lokal på sikt. Lokalen kan avyttras.

Torvalla

Lokalen ligger i en bostadsrätt som ägs av regionen som fungerar tillfredställande. Lokalen ligger strategiskt i ett område med större behov av närhet till sjukvård än övriga Hälsocentraler.

Brunflo

Egen lokal som fungerar tillfredställande. Lokalen ligger i direkt anslutning till ett av Östersunds kommuns äldreboende

Myrviken
Hyrd lokal som har ett stort behov av att öka lokalytan. Ett förslag är framtaget men finansiering saknas för en utbyggnad eller anpassning av lokalerna till dagens verksamhet.

Hammarstrand
Hyrd lokal som ligger i direkt anslutning till ett av Ragunda kommuns äldreboende. Lokalen fungerar tillfredställande.

Stugun
Hyrd lokal som fungerar tillfredställande.

Kälarne
Hyrd lokal som fungerar tillfredställande. Lokalen ligger i direkt anslutning till ett av Bräcke kommuns äldreboende.

Bräcke
Egen lokal som fungerar tillfredställande.

Svenstavik
Hyrd lokal som fungerar tillfredställande. Lokalen ligger i direkt anslutning till ett av Bergs kommuns äldreboende.

Funäsdalen
Hyrd lokal som fungerar mindre bra. Ett arbete pågår tillsammans med Härjedalens kommun och Härjegårdar om att lösa lokalsituationen på ett bättre sätt genom en nybyggnad.

Sveg
Hyrd lokal som fungerar mindre bra. Ett arbete pågår tillsammans med Härjedalens kommun och Härjegårdar om att lösa lokalsituationen på ett bättre sätt genom en om- alternativt en nybyggnad.

Fjällfilialer
Enklare hyrda lokaler för vårdstöd nära turismområden finns i Lofsdalen och på Vemdalsskalet.

Asylhälsan
Hyrd lokal som fungerar tillfredställande.

Ungdomsmottagningen
Hyrd lokal som fungerar tillfredställande.

Övrigt bestånd (Folktandvården)

Gäddede
Hyrd lokal som fungerar tillfredställande.

Hoting
Egen fastighet i gott skick. Fastigheten innehåller även verksamhet för primärvård och apotek som hyrs ut till externa aktörer. Eftersom regionen har behov av en mindre del av byggnaden skulle fastigheten kunna säljas.

Strömsund
Hyrd lokal i centrala Strömsund som fungerar tillfredställande.

Åre
Hyrd lokal som ligger i anslutning till vår primärvård och fungerar tillfredställande.

Järpen
Hyrd lokal i centrala Järpen som fungerar tillfredställande.

Krokom
Hyrd lokal som ligger i anslutning till vår primärvård och fungerar tillfredställande.

Frösön
Hyrd lokal som ligger i anslutning till vår primärvård och fungerar tillfredställande.

Campus
Hyrd lokal som fungerar tillfredställande. Arbete pågår med att utöka lokalen med mer tandvårsyta för utökad verksamhet samt för en ny jourverksamhet.

Brunflo
Egen lokal som ligger i anslutning till primärvården och fungerar tillfredställande.

Hammarstrand
Hyrd lokal som ligger i anslutning till primärvården och fungerar tillfredställande.

Bräcke
Egen lokal som ligger i anslutning till primärvården och fungerar tillfredställande.

Svenstavik
Hyrd lokal som ligger i anslutning till primärvården och fungerar tillfredställande.

Funäsdalen
Hyrd lokal som ligger i anslutning till primärvården och fungerar tillfredställande. Ett arbete pågår tillsammans med Härjedalens kommun och Härjegårdar om att lösa lokalsituationen för framför allt primärvården på ett bättre sätt genom en nybyggnad, detta kommer att även påverka Folktandvården som därmed förmodligen kommer att behöva flytta från dagens lokaler.

Sveg
Hyrd lokal som ligger i anslutning till primärvården och fungerar tillfredställande. Ett arbete pågår tillsammans med Härjedalens kommun och Härjegårdar om att lösa lokalsituationen för primärvården på ett bättre sätt genom en om- alternativt en nybyggnad. Detta kommer förmodligen inte beröra Folktandvården.

Hede
Egen lokal som fungerar tillfredställande. Utöver Folktandvården innehåller byggnaden även lokaler för ambulansen samt hyrs ut till privat primärvård. Eftersom regionen har behov av en mindre del av byggnaden skulle fastigheten kunna säljas.

Övrigt bestånd (Folkhögskolor)

Birka
Relativt ändamålsenliga lokaler som innehåller undervisningslokaler samt lokaler för elevboende. Fastigheten har ett relativt stort underhållsbehov. Fastigheten ligger i Ås mycket naturskönt vid Storsjöns strand.

Bäckedal
Relativt ändamålsenliga lokaler som innehåller undervisningslokaler samt lokaler för elevboende. Fastigheten har ett relativt stort underhållsbehov. Fastigheten ligger i Sveg mycket naturskönt vid Ljusnan.

Övrigt bestånd (Specialistvård och övrig verksamhet)

Göviken
Egna lokaler för förråd, godsmottagning, hjälpmedelscentral och administration. Lokalen ligger ca 1 km från Östersunds sjukhus och är därmed inte optimalt placerad.

K21 (Köpmangatan 21)
Hyrda administrationslokaler samt möteslokaler. Lokalen ligger strategiskt placerad mellan sjukhuset och K24.

R3 (Residensgränd 3)
Hyrda lokaler för vård.

K24 (Köpmangatan24)
Hyrda lokaler för vård. Fastigheten är vår näst största etablering

Storgatan 24 (Personal och lönekontoret)
Hyrda lokaler för administration

Campus (Specialistvården Campus)
Hyrda lokaler för dagkirurgi och specialistvård

Remonthagen
Egna lokaler för vård

Kök
Nytt produktionskök är under byggande i hyrda lokaler

Avslutning

Vi som har författat denna utredning har genom våra nätverk skapat oss en unik möjlighet till omvärldsbevakning och blivit uppdaterade på både nationella och internationella trender avseende framtiden byggnader.

- Christer Karlsson har genom sin vårdkompetens och sina 40 år som arkitekt på Sweco, och de senaste åren på regionen, i huvudsak sysslat med vårdbyggnader och varit en aktiv deltagare i Swecos nationella vårdnätverk och följt utvecklingen och framtiden trender för modern sjukvård.

- Jan-Åke Lindroth har som fastighetschef i regionen i snart 10 år även skapat sig en bra bild av framtidens lokalbehov för vården. Jan-Åke är också aktiv i ett flertal nationella nätverk vars huvuduppgift är att arbeta med framtidens vårdlokaler.

    - Styrelseledamot i SKL;s Fastighetsråd som är ett nätverk för Sveriges vårdfastigheter. Rådet arbetar med aktuella frågor och initierar och finansierar utredningar om framtidens vårdbyggnader.

    - SKL;s styrelserepresentant i CVA (Centrum För Vårdens Arkitektur) på Chalmers Tekniska Högskola som är Sveriges kompetenscentrum för utveckling och forskning om framtidens vårdlokaler. Centrumet är unikt i Europa och har en stor internationell utblick.

    - Styrelseledamot i Forum Vårdbyggnad som är ett nätverk mellan näringslivet och landstingen ca 50/50 vars huvuduppgift är att årligen genomföra två två-dagarskonferenser om framtidens vårdbyggnader.

    - SKL;s styrelserepresentant i Offentliga Fastigheter som är ett nätverk för Sveriges offentliga fastigheter. Offentliga Fastigheter som representerar 9 miljoner m² lokalytor och arbetar med aktuella frågor, initierar och finansierar utredningar om framtidens offentliga byggnader som omfattar en större del än bara vårdfastigheter exempelvis energiförsörjning.

Genom dessa nätverk har vi också fått möjligheten att genomföra ett flertal studiebesök i Sverige och i ett flertal länder i Europa.

22

Utredning om förutsättningar för att införa ett sprututbytesprogram i Region Jämtland Härjedalen

RS/2366/2016

2018-01-18

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

RS/2366/2016

Utredning om förutsättningar för att införa ett sprututbytesprogram i Region Jämtland Härjedalen

Ärendebeskrivning

I november 2016, § 176, behandlade regionfullmäktige en motion från Elin Hoffner (V) där hon yrkade att Region Jämtland Härjedalen ska ta initiativ till att göra nödvändiga utredningar inför införande av sprutbytesprogram samt ha en ambition om att starta upp sprutbytesprogram senast under 2017 (RS/875/2016).

I svaret på motionen framgick att innan ett eventuellt beslut om att införa ett sprututbytesprogram i Region Jämtland Härjedalen kan fattas bör en utredning göras. Utredningen ska innehålla kostnadsberäkningar, fakta om smittspridning i länet, vidarebehandling som kan erbjudas eller införas, samhällsvinster, t.ex. familjen omkring missbrukaren, hur ideella organisationer, kommunerna och närliggande landsting/regioner ser på frågan och möjligheter till samverkan.

Regionstyrelsen fick i uppdrag att utreda förutsättningarna för ett eventuellt beslut om att införa ett sprututbytesprogram i Region Jämtland Härjedalen.

Region Jämtland Härjedalen har som ambition att bedriva en jämställd och jämlik vård för alla länets invånare. Arbetet med att förebygga ohälsa och sjukdom hos hela befolkningen inkluderar också personer som injicerar droger. Personer som missbrukar är en utsatt grupp i samhället med stor sjukdomsbörda och har ofta svårt att söka sig till vanlig vård. En mottagning för sprututbyte och andra naturligt kopplade hälsofrämjande aktiviteter för personer som injicerar narkotika skulle utgöra en möjlighet för dessa personer att på ett enkelt sätt och med fördomsfritt och respektfullt bemötande få den hjälp de behöver för sin hälsa.

Det finns tre huvudsyften med sprututbyte

- Att förebygga spridning av blodburna infektioner (hepatit B, hepatit C och hiv) bland dem som injicerar narkotika.
- Att få möjlighet att motivera den enskilde till vård och behandling för sitt missbruk.
- Att ge en jämlik vård till medborgarna. Missbrukare av intravenösa droger är en grupp mycket utsatta personer som ofta lever på undantag och inte tar del av det vanliga vårdutbudet.

Antalet personer med intravenöst narkotikamissbruk i Jämtlands län beräknas vara i storleksordningen 100 personer. Allt fler unga länsinnevånare som injicerar droger smittas årligen av hepatit C. Om alla nysmittade med hepatit C, där smittvägen är i.v.-missbruk, i länet (ca 7-10/år) skulle erbjudas behandling motsvarar det en läkemedelskostnad på 700 tkr. – 1 Mkr miljoner kronor årligen. Varje förhindrat fall av hepatit C innebär en stor potentiell framtida ekonomisk kostnadsbesparing men framförallt ett minskat mänskligt lidande och minskad stigmatisering.

Majoriteten av landstingen och regionerna i Sverige har startat eller kommer i närtid att starta sprututbytesmottagningar för personer som injicerar narkotika.

Kostnaden för att starta upp en sprututbytesverksamhet vid Östersunds Sjukhus beräknas vara 862 000 kr under det första året.

Summering kostnader första året:

Personalkostnader	365 000 kr
Lokalhyra	100 000 kr
Labprover	175 000 kr
Förbrukningsmaterial	30 000 kr
Vaccin/antibiotika	25 000 kr
Utrusta lokal	117 000 kr
InfCare	50 000 kr
Summa	862 000 kr, ev utökning larmsystem samt informationsmaterial ej medräknat

Personalkostnader och lokalkostnader föreslås hanteras inom befintlig ram. De ökande externa driftkostnader finansieras ur motsedda kostnader för den del av 2018 som verksamheten pågår (max 400 tkr för 2018). Verksamhetens kostnader fr.o.m. 2019 hanteras när Regionplan och Finansplan 2019-2021 behandlas.

För att inte motverka syftet med verksamheten bör alla åtgärder som sker vid sprututbytesmottagningen vara befriade från patientavgifter.

Ett landsting som vill starta sprututbytesverksamhet ska ansöka om tillstånd hos Inspektionen för vård och omsorg, IVO. Ansökan ska innehålla:

- En redogörelse om hur behovet av avgiftning, vård, behandling samt eftervård av personer som missbrukar narkotika kommer att tillgodoses,
- hur samarbetet mellan olika vård- och behandlingsformer skall gå till, och
- vilka rutiner som kommer att användas för att om möjligt tillgodose behovet av informationsöverföring mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Ärendet behandlades vid regionstyrelsens sammanträde 22-23 januari 2018 och blev då återremitterat för att ärendet ska kompletteras med en redogörelse av de tre punkter som ska bifogas ansökan till IVO.

Redogörelsen bifogas ärendet som separat bilaga.

Regiondirektörens förslag

Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

1. Region Jämtland Härjedalen ska ansöka hos Inspektionen för vård och omsorg (IVO) om att starta ett sprututbytesprogram under 2018.

2. Under förutsättning att tillstånd beviljas inrättas ett sprututbytesprogram med en särskild mottagning för verksamheten.

3. Alla åtgärder som sker vid sprututbytesmottagningen ska vara avgiftsfria.

4. Verksamhetens kostnader för 2018 finansieras ur motsedda kostnader med max 400 000 kronor.

5. Verksamhetens kostnader för 2019 och framåt behandlas i Regionplan och Finansplan för 2019-2021.

I tjänsten

Hans Svensson
Regiondirektör

Ingela Jönsson
Chef Hälso- och sjukvårdspolitiska avd.

Utdrag till

Regionöverläkare
Chef Hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen
Hälso- och sjukvårdsdirektör
Ekonomidirektör

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Hälso- och sjukvårdspolitiska avd
Urban Tirén
Tfn. 063-14 75 34
E-post: urban.tiren@regionjh.se

2018-03-03

RS/2366/2016

PM Komplettering av uppgifter för ansökan till IVO om sprututbyte

Vid Regionstyrelsen 2018-01-23 redovisades under §34 Utredning om förutsättningar för att införa ett sprututbytesprogram i Region Jämtland Härjedalen (RS/2366/2016). I denna utredning framlades ett förslag om att starta en sprututbytesmottagning med organisatorisk tillhörighet till Infektionsmottagningen. Beslut blev att ärendet återremitterades med följande motivering: Regionstyrelsen vill ha en redogörelse av de tre punkter som ska bifogas ansökan till IVO.

Dessa tre punkter är;

- En redogörelse om hur behovet av avgiftning, vård, behandling samt eftervård av personer som missbrukar narkotika kommer att tillgodoses.
- Hur samarbetet mellan olika vård- och behandlingsformer ska gå till, och
- Vilka rutiner som kommer att användas för att om möjligt tillgodose behovet av informationsöverföring mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Se punkterna 2, 3 och 4 nedan.

Vid genomgång av dessa punkter har samarbete skett med flera av de landsting som tidigare har skrivit ansökan till IVO och sedan fått sin ansökan godkänd, senast med Region Norrbotten.

1. **Aktuellt från andra landsting och regioner.**

   Sedan utredningen om förutsättningarna för att införa ett sprututbytesprogram i Region Jämtland Härjedalen skrevs i december 2017 har ytterligare två landsting/regioner tagit beslut om att införa sprututbyte. Nämligen Västmanland och Västra Götaland. Ofta används begreppet lågtröskelmottagning i andra landsting.

2. **Rutin för avgiftning, vård, behandling samt eftervård**. Avgiftning sker inom den psykiatriska vården, företrädesvis på Beroendeavdelningen. Avgiftning av narkotika sker alltid efter en planering tillsammans med socialtjänsten i vederbörandes hemkommun för att säkerställa kontinuitet och minska glappen som annars riskerar uppstå i vårdkedjan. Beroendeenheten vid Område Psykiatri, Östersunds sjukhus, erbjuder också läkemedelsassisterad rehabilitering vid opiatberoende (LARO). Patienter tillhörande Infektionsmottagningen och som har behov av beroendevård

remitteras till Beroendeenheten enligt rutin. Arbetet på en mottagning med sprututbyte förutsätter ett nära och kontinuerligt samarbete med beroendeenhet.

3. **Samarbete mellan olika vårdinstanser.** Det finns idag ett välfungerande samarbete mellan Beroendeenheten och länets kommuner både vad gäller kommunala öppenvårdsinsatser och vid placering på HVB. Samtliga kommuner har tillfrågats om synpunkter när det gäller kommunala beroendeinsatser för personer i ett eventuellt sprututbytesprogram och alla uttrycker en positiv inställning till att en sprututbytesmottagning startas i Region Jämtland Härjedalens regi. Samtliga kommuner kommer att fortsätta delta i de samarbeten som redan är startade.

4. **Rutiner för informationsöverföring mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten.** Verksamhetens rutiner för informationsöverföring mellan andra aktörer i sjukvården inom Region Jämtland Härjedalen samt till andra myndigheter kommer att följa de lagar, regelverk och sekretessintressen som finns i den övriga vården. Om konsultationsbehov från övrig sjukvård (somatisk vård, beroendevård, psykiatri) uppkommer så har Infektionskliniken rutiner för detta. Sprututbytesmottagningen kommer att använda sig av Region Jämtland Härjedalens gemensamma journalsystem. Behövs samverkan med annan aktör, till exempel socialtjänsten, så kommer (förutsatt att patienten så önskar) mottagningen att bistå med detta enligt överenskommen rutin. Om indikation föreligger för anmälan enligt LVM eller socialtjänstlagen (till exempel om det rör minderåriga barn) så utförs detta enligt de rutiner som finns på Infektionskliniken. Finns indikation för LPT så finns rutiner även för detta.

5. Slutligen bör det påpekas att en sprututbytesmottagning är en av många viktiga och nödvändiga insatser för att komma åt drogmissbruket, dess effekter, följdverkningar och följdsjukdomar. En annan åtgärd är att upptäcka och försöka förhindra drogmissbruk hos ungdomar. Genomsnittsåldern vid vilken man sätter diagnosen Hepatit C där smittvägen är intravenöst drogmissbruk är låg. Västerbotten, t.ex, redovisar en genomsnittsålder på 22 år. Detta och andra epidemiologiska data visar att debuten av intravenöst drogmissbruk ofta sker under ungdomsåren, vid 15-17 års ålder. Detta är också en av anledningarna till att åldersgränsen för att få delta i ett sprututbytesprogram sänktes från 20 år till 18 år genom lagändringen som gäller från mars 2017. Region Jämtland Härjedalen är delaktig i arbetet med att tidigare upptäcka barn och ungdomar som befinner sig i riskzonen. T.ex. pågår på BUP ett arbete för att höja kompetensen i missbruks- och beroendefrågor för att säkerställa att barn och unga som har en kontakt med BUP och ett samtidigt pågående missbruk inte ska missas. Vid Barnkliniken utökas indikationerna för drogscreening och screening för blodsmittor, t.ex. Hepatit C, hos ungdomar som kommer in med alkoholintoxikation och andra intoxikationer.

Östersund 20171218

Utredning om förutsättningar för att införa sprututbytesprogram i Region Jämtland Härjedalen (RS/ 875/2016)

1. **Uppdrag.** Vid Regionfullmäktige 2016-11-23 fick Regionstyrelsen i uppdrag att utreda förutsättningarna för ett eventuellt beslut om att införa ett sprututbytesprogram i Region Jämtland Härjedalen.
   Frågor att ta med vid utredningen;
   a. Kostnadsberäkningar.
   b. Fakta smittspridning i länet.
   c. Genomgång av vidarebehandling som kan erbjudas eller införas.
   d. Beskrivning av samhällsvinster.
   e. Samarbete med ideella organisationer.
   f. Samråd med kommunerna och näraliggande landsting/regioner avseende frågor kring sprututbyte och möjlighet till samarbete.

2. **Deltagare i utredningsarbetet**
   Jessica Nääs, Verksamhetschef, Infektionskliniken.
   Johan Hansson, MLU, Infektionskliniken
   Kristoffer Edholm, Enhetschef, Beroendeenheten, Område Psykiatri.
   Malin Rundvik Eriksson, Handläggare, Smittskyddsenheten.
   Maria Omberg, Områdeschef Patientsäkerhetsenheten.
   Micael Widerström Smittskyddsläkare
   Urban Tirén, Regionöverläkare, sammankallande.

3. **Ändring i lagen (2006:323) om utbyte av sprutor och kanyler.**
   Riksdagen har i lagen **(2017:7)** om ändring i lagen (2006:323) om utbyte av sprutor och kanyler beslutat om vissa ändringar som syftar till att förbättra tillgången till sprututbyten i hela landet för personer som injicerar droger. Ändringarna innebär att sprututbytesverksamheterna renodlas till landstinget som blir ensam huvudman för att ansöka om och driva verksamheten. Av förarbetena framgår att samråd även fortsättningsvis bör ske mellan landstinget och samtliga kommuner innan en ansökan om tillstånd lämnas in. Beslut om tillstånd för att inrätta sprututbyten bör dock inte vara avhängigt utfallet av samrådet, Regeringens proposition 2016/17:15 Ökad tillgänglighet till sprututbytesverksamheter i Sverige s. 24. Den tidigare åldersgränsen på 20 år för att delta i verksamheten sänks till 18 år. Även det tidigare kravet på särskild märkning av kanyler och sprutor utdelade vid sprututbyten tas bort. Ändringarna trädde i kraft den 1 mars 2017. Även framöver gäller att endast personer som kan anses bosatta i ett landsting som har beviljats tillstånd får delta i sprututbytesverksamhet i det landstinget. **Se bilaga 1.** Meddelandeblad från Socialstyrelsen.

4. **Bakgrund och målsättning.**
   Majoriteten av landstingen och regionerna i Sverige har startat eller kommer i närtid att att starta sprututbytesmottagningar för personer som injicerar narkotika.

   Malmö och Lund har haft sin verksamhet i snart 30 år. De fick specialtillstånd från Socialstyrelsen. Lagen om sprututbyte kom 2006 (SFS 2006:323) och först därefter har flera landsting kunnat starta sprututbytesmottagningar.

Det finns tre huvudsyften med sprututbyte

- Att förebygga spridning av blodburna infektioner (hepatit B, hepatit C och hiv) bland dem som injicerar narkotika.
- Att få möjlighet att motivera den enskilde till vård och behandling för sitt missbruk.
- Att ge en jämlik vård till medborgarna. Missbrukare av intravenösa droger är en grupp mycket utsatta personer som ofta lever på undantag och inte tar del av det vanliga vårdutbudet.

Flera myndigheter rekommenderar sprututbytesprogram, både nationellt och internationellt. Världshälsoorganisationen, FN:s organ mot brott- och narkotika (UNODC) och FN:s aidsprogram (UNAIDS) rekommenderar sprututbyten som en del av integrerade insatser för att minska hiv-infektion bland personer som injicerar narkotika. Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk (ECNN) skriver att hiv/aids och hepatit C hos personer som injicerar narkotika kan förebyggas genom tillgång till rena sprutor och kanyler. Vidare skriver organisationen att sprututbytesprogram kan påverka riskbeteenden hos de personer som omfattas av insatsen. Inom EU har också Europeiska smittskyddsmyndigheten (ECDC) rekommenderat att tillgången till rena sprutor och kanyler behöver förbättras särskilt i de länder där program saknas. Folkhälsomyndighetens vägledning ”Hälsofrämjande och förebyggande arbete med hepatit och hiv för personer som injicerar droger” som gavs ut 2015 rekommenderar sprututbyte i alla landsting. Trots en övertygande evidens för nyttan med sprututbyte har det tagit flera decennier för att få genomslag i Sverige. Vissa menar att det beror på att de som drabbas av svåra infektioner vid i.v.-missbruk tillhör de svagaste i samhället och att de saknar starka patientföreningar. Samtidigt har Sveriges landsting accepterat skenande kostnader för dyra läkemedel mot hepatit C. Antalet majättfånder-landsting och -regioner som har avvaktat med införande av sprututbyte minskar nu snabbt. Förändringarna i lagen om sprututbyte (SFS 2006:323) som trädde i kraft 1 mars 2017 har gjort att kommunala veton inte längre kan förhindra ett införande vilket tidigare har varit fallet i ett antal landsting och regioner.

All erfarenhet visar att verksamheten med sprututbyte inte ökar antalet användare av i.v. narkotika.

Region Jämtland Härjedalen har som ambition att bedriva en jämställd och jämlik vård för alla länets invånare. Arbetet med att förebygga ohälsa och sjukdom hos hela befolkningen inkluderar också personer som injicerar droger.
Personer som missbrukar är en utsatt grupp i samhället med stor sjukdomsbörda och har ofta svårt att söka sig till vanlig vård. En mottagning för sprututbyte och andra naturligt kopplade hälsofrämjande aktiviteter för personer som injicerar narkotika kommer att utgöra en möjlighet för dessa personer att på ett enkelt sätt och med fördomsfritt och respektfullt bemötande få den hjälp de behöver för sin hälsa.

Sjuksköterska, undersköterska och läkare vid en sprututbytesmottagning bör vara kopplade till Infektionskliniken. En kurator behövs i verksamheten.
En sprututbytesmottagning ska vara en naturlig länk till socialtjänst, beroendemottagning och vid behov mödrahälsovård, kvinnosjukvård, hudmottagning, tandvård och övrig hälso- och sjukvård.

Tanken är att en sprututbytesmottagning ska starta upp i nära anslutning till Infektionsmottagningen vid Östersunds Sjukhus. På sikt bör verksamhet kunna utlokaliseras till andra orter i länet.

Nationellt sett är sprututbytesmottagningarna oftast samlokaliserade med infektionsmottagningar men finns även samlokaliserade med beroendeenheter eller i primärvården.

5. **Uppskattat antal personer med intravenöst missbruk i Jämtlands Län.**
Ca 20 personer som har kontakt med Beroendeenheten, Område Psykiatri, idag har ett pågående intavenöst narkotikamissbruk. Utifrån kunskap vid landets andra landsting och regioner samt Folkhälsomyndigheten så är det bara ca 20 % av de aktiva i.v. -missbrukarna som är kända på detta sätt innan man startar upp en sprutmottagning. När en sådan mottagning är etablerad brukar antalet kända personer femfaldigas. Det verkliga antalet personer med intravenöst narkotikamissbruk i Jämtlands Län beräknas sålunda vara i storleksordningen 100 personer.

6. **Hepatit C. Smittspridning, risker, behandling.**

Allmänt
Infektionsrisken finns redan från första injektionen, och cirka 50 procent av dem som delar injektionsverktyg kan förväntas få hepatit C inom två år efter injektionsdebut. Majoriteten (upp till 80 procent) kan förväntas ha infekterats 6–9 år efter injektionsdebuten.
Hepatit C är i de allra flesta fall en kronisk infektion med en långsam progress där uppskattningsvis 20 % utvecklar skrumplever (levercirros) inom 20 år från smittotillfället. Kronisk hepatit C med levercirros innebär en påtaglig risk för allvarliga komplikationer som leversvikt samt även en årlig risk på 3–4 % att utveckla levercancer. Kronisk hepatit C är en vanlig orsak till levertransplantation.

Behandling med Läkemedel vid Hepatit C.
Sedan 2014 har det kommit flera nya läkemedel för behandling av kronisk hepatit C-infektion. Läkemedlen är mycket effektiva och patienter med kronisk hepatit C kan nu botas genom en kortare läkemedelsbehandling.
Läkemedelsbehandling av hepatit C har hittills varit begränsad till de svårast sjuka patienterna, bl.a. beroende på att varje behandlingskur har kostat 200-300.000 Kr.
NT-rådet (Nya Terapier) meddelar nu, december 2017, att alla ska kunna få behandling oberende av fibrosgrad. En ny rekommendation till landsting och regioner öppnar upp för behandling av alla som har kronisk hepatit C. Som grund för rekommendationen om hepatit C-behandling finns avtal mellan landstingen och läkemedelsföretagen som tagits fram i samverkan med myndigheten Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, TLV. Framöver kommer en kur att kosta i storleksordningen 100.000 SKr.

7. **Hepatit C i Jämtlands Län.**
Se bilaga 2. Antal anmälda hepatit C-fall (personer under 29 år), 1997-01-01 - 2017-09-22, Region Jämtland Härjedalen.
Totalt har under dessa drygt 20 år 189 fall anmälts, vara 59 under perioden 1997-2007 och drygt dubbelt så många, 130 stycken under perioden 2008-2017. Majoriteten är män (116 st; 61 %). Likaså framgår att majoriteten av smitta sker bland personer som injicerar droger (67 %). Denna smittväg uppges oftare under den senaste 10 års perioden (72 % jämfört med 56

%). Samtidigt anges Sverige oftare som smittland (81 % jämfört med 63 %) Konklusion: Allt fler unga länsinnevånare som injicerar droger smittas årligen av hepatit C.
Om alla nysmittade med hepatit C, där smittvägen är i.v.-missbruk, i länet (ca 7-10/år) skulle erbjudas behandling motsvarar det en läkemedelskostnad, med lägre pris enligt ovan, på 700 tKr. – 1 Mkr miljoner kronor årligen. Med de lägre kostnader för behandling mot Hepatit C som gäller från och med nu så kommer också andelen behandlade att öka. Varje förhindrat fall av hepatit C innebär en stor potentiell framtida ekonomisk kostnadsbesparing men framförallt ett minskat mänskligt lidande och minskad stigmatisering.

8. Samråd med Polismyndigheten

Dialog med Utredare Tore Schånberg. Han meddelar att man i Sveriges polisregioner ställer sig positiva till landstingens verksamhet med sprututbyte. Polisen ser att den utsatta grupp som utgörs av i.v.-missbrukare får ett bättre omhändertagande i de landsting som bedriver sprututbyte.

9. Samråd med kommunerna i Jämtlands Län

Samtliga kommuner i Jämtlands Län ställer sig positiva till att Region Jämtland ansöker om och startar upp en verksamhet med sprututbyte för personer som använder i.v. droger.
Dialog har förts med följande personer;
Bräcke kommun. Peppe Liljefjäll, chef Socialförvaltningen.
Strömsunds Kommun. Aki Järvinen, chef Socialförvaltningen,
Bergs Kommun. Helen Rikardsson, chef Stöd, Utveckling, Hälsa,
Härjedalens Kommun. Anda Embretzen, chef Socialförvaltningen.
Ragunda Kommun. Gun Valli, chef IFO.
Krokoms Kommun. Anna Berkestedt, chef för Socialförvaltningen och Helena Lindberg, Medicinskt Ledningsansvarig sjuksköterska.
Åre Kommun. Eva Prediger, chef IFO.
Östersunds Kommun. Tommy Lekedal.

10. Samarbete med Nexus, Östersunds Kommun

Dialog har förts med Erik Fredriksson, enhetschef på Nexus, Östersunds Kommun. De har inget emot att ha individer i behandling som samtidigt går på sprutbyte.

11. Samråd med Brukarorganisationen

Dialog har förts med JLB, Jämtlands Läns Brukarförening. Styrelsen JLB anser att fördelarna med sprutbyte uppväger eventuella nackdelar. JLB ser positivt på införande av sprutbytesprogram inom Region Jämtland Härjedalen. **Se Bilaga 3.**

12. Sprututbyte. Läget i Sverige. Införandestatus december 2017.

Landsting/ Region	Verksamhet med sprututbyte är igång alternativt under uppstart.	Beslut taget och ansökan skickad till IVO	Utredning är klar men det är inte taget beslut på politikernivå.	Kommentar
Stockholm	X			Stor erfarenhet
Uppsala	X			Stor erfarenhet.
Sörmland	X			Uppstart mars 2017. Infektionsmott. Eskilstuna.
Östergötland	X			Start inom kort. Svårt hitta lokal.
Jönköping	X			Igång sedan juni 2016.
Västra Götaland			X	Uppdrag från politiken att ge beslutsunderlag på hur sprututbytesverksamhet i VG skall se ut. Det kommer att presenteras i jan 2018 för Hälso- och Sjukvårdsstyrelsen och sedan till Regionstyrelsen. Beslut ska tas första kvartalet 2018. Målet är att få möjlighet att öppna upp på 4 ställen i VG (Göteborg, Trollhättan, Borås och Skövde)
Kronoberg	X			Igång sedan ett år tillbaka.
Kalmar	X			Startade 2012. Del av Inf.mott.
Gotland		X		Beslut tagna. Ansökan till IVO skickades oktober 2017.
Blekinge	X			I drift sedan sept. 2016.
Skåne	X			Mycket lång erfarenhet.
Halland	X			Infördes våren 2017. Primärvården ansvarar. 4 städer av sex.
Värmland	X			Planeringen och de politiska besluten är klara. De väntar bara på att lokalfrågan ska lösas. Ej skickat ansökan till IVO än. Planerar start 2018 eller början av 2019.
Örebro	X			Beslut tagna. Uppstart VT 2018
Västmanland			X	Beslut tas i Regionstyrelsen 20171220.
Dalarna			X	Besked inväntas från politikerna. Beslut kommer i början av 2018.
Gävleborg			X	Besked inväntas från politikerna. Beslut ska tas jan.-febr- 2018.
Västerbotten		X		Beslut taget. Planering pågår. Väntar på svar från IVO.
Norrbotten	X			OK från IVO. Uppstartsarbete pågår.
Västernorrland			X	Utedning klar årsskiftet 2017-18.
Jämtland/ Härjedalen			X	Frågan till Regionstyrelsen jan-18 och i Regionfullmäktige febr.-18.

Kontakt har tagits med landets smittskyddsenheter vilka har lämnat information enligt vidstående tabell. Det finns ett utvecklat samarbete mellan landets sprututbytesmottagningar, infektionskliniker och beroendeenheter. Sprututbytesmottagningar finns nu eller är på väg att införas i de flesta av landets landsting och regioner. I VG-region, Dalarna, Västmanland och Gävleborg är ett utredningsarbete genomfört och politiska beslut kommer att tas inom de närmaste månaderna. I Västernorrland beräknas en utredning vara klar nu vid årsskiftet 2017-2018.

13. Ekonomi, personal, resurser, tillgänglighet vid en sprutubytesmottagning vid Östersunds Sjukhus.

Ekonomiska konsekvenser

Kortsiktigt ses ökade kostnader för personal, lokaler, drift och förbrukningsmaterial men långsiktigt blir det minskade kostnader avseende komplikationer och kostnader relaterade till injektionsmissbruket. Kostnader som i nuläget drabbar både hälso-och sjukvården samt länets kommuner.

Lokaler

Lokalerna bör ligga i nära anslutning till Infektionskliniken men ändå i ett så enskilt läge som möjligt, lättillgängligt utifrån, markplan.
2 mindre rum(gärna med två ingångar) som ska användas som undersökningsrum.
1 större rum för gemensamt väntrum och reception.
1 toalett (för patienterna)
Total lokalyta ca 50-60 kvm
Ponerad kostnad lokalhyra: 100.000 kr

Larmsystemet som bla Infektion nu använder sig av kan behöva utökas beroende på i vilka lokaler sprututbytet placeras.
Nya larmsändare kommer dock ej behöva införskaffas, befintliga på Infektionsmottagningen nyttjas även till detta.

Utrustning

Förbrukningsmaterial (sprutor, kanyler, suddar, filter, blandningskoppar, provtagningsmaterial, förbandsmaterial): ca 30.000 kr/år (beräknat på 100 patienter)
Vacciner och antibiotika: uppstartskostnad på 25.000 kr, följande år lägre
Labprover: 175.000 kr första året, följande år lägre
Inredning: möbler tas i möjligaste mån från regionens interna möbelförråd. I övrigt: 1 provtagningsstol, 1 kombinerad brist/gynstol, 3 IGLAR med skärm samt tangentbordsats, 1 kombinerad skrivare/kopiator, 1 etikettskrivare, kylskåp, diskbänk.
Estimerad uppstartskostnad: 117.000 kr.
Kvalitetsregister: InfCare för personer som injicerar droger, 50.000 kr/år. Socialstyrelsen ser över möjligheterna att centralisera kostnaderna för detta register.
Därutöver debitering från Tryckeriet för informationsmaterial vilken i skrivande stund är okänd.

Personal

20% Infektionssjuksköterska
20% Undersköterska (med kunskap om såromläggningar, provtagning etc)
10% Infektionsläkare, därutöver vid akuta ärenden infektionsjouren
10% Kurator

5% Barnmorska
10% Övriga konsultationer (beroendeläkare, tandläkare)

Beräknad personalkostnad exklusivt konsultationer: 350.000 kr/år

I sköterskornas arbetsuppgifter ingår förutom att bemanna sprututbytesmottagningen; motiverande samtal, dokumentation, planering, utbildningsinsatser, fortbildning, statistikberäkningar, beställa/ta emot förrådsartiklar etc.
Resekostnader för utbildning/nätverksträffar beräknas till 15 tkr/år.

Tillgänglighet
Mottagningen planeras initialt ha öppet och bemannas enligt följande:

	Mån v.1 13-16	Ons v.1 13-16	Mån v.2 13-16	Ons v.2 13-16
Sjuksköterska	x	x	x	x
Undersköterska	x	x	x	x
Infektionsläkare		x		x
Kurator	x		x	
Barnmorska		X 13-15		X 13-15

Summering kostnader första året:

Personalkostnader:	365.000 kr
Lokalhyra:	100.000 kr
Labprover	175.000 kr
Förbrukningsmaterial	30.000 kr
Vaccin/antibiotika	25.000 kr
Utrusta lokal	117.000 kr
InfCare	50.000 kr
S:a	862.000 kr, ev utökning larmsystem samt informationsmaterial ej medräknat

Finansiering. Det finns inget utrymme inom befintlig budget vid Infektionskliniken för att kunna starta denna verksamhet

14. Sammanfattning.

a. Syftet med att införa en sprututbytesmottagning är att motverka spridning av blodsmitta i form av hiv, hepatit B och hepatit C bland personer som injicerar droger. Syftet är också att skapa en kontaktyta mellan dessa personer och hälso- och sjukvården samt, för motiverade individer, en väg till beroendevården.
b. Det finns en mycket god evidens för nyttan av att införa sprututbytesmottagning.
c. Sprututbytesmottagningar startas nu upp i hela landet.
d. Kostnaden för att starta upp sådan verksamhet vid Östersunds Sjukhus beräknas vara 862.000 kr under det första året. Detta är ca hälften av kostnaden för övriga landsting i landet vilka har dubbelt så stor befolkning.
e. Efter hand kommer kostnaderna att balanseras av minskade kostnader för läkemedel mot hepatit C. Ju tidigare man startar med sprututbytesverksamhet desto tidigare drar man nytta av denna kostnadsminskning.

15. Förslag till beslut.

En sprututbytesmottagning inrättas vid Östersunds Sjukhus.

Meddelandeblad

Mottagare: Sprututbytesmottagningar, landsting och kommuner.

Nr 1/2017
Mars 2017

Information angående ändring i lagen (2006:323) om utbyte av sprutor och kanyler

Riksdagen har i lagen (2017:7) om ändring i lagen (2006:323) om utbyte av sprutor och kanyler beslutat om vissa ändringar som syftar till att förbättra tillgången till sprututbyten i hela landet för personer som injicerar droger.

Ändringarna innebär att ansvaret för sprututbytesverksamheterna renodlas till landstinget som blir ensam huvudman för att ansöka om och att driva verksamheten. Kravet på att tillstånd att bedriva verksamhet med utbyte av sprutor och kanyler endast får ges om den eller de kommuner där verksamheten ska bedrivas har biträtt ansökan tas således bort. Av förarbetena framgår att samråd även fortsättningsvis bör ske mellan landstinget och samtliga kommuner inom landstinget innan en ansökan om tillstånd lämnas in. Beslut om tillstånd för att inrätta sprututbyten bör dock inte vara avhängigt utfallet av samrådet, regeringens proposition 2016/17:15 Ökad tillgänglighet till sprututbytesverksamheter i Sverige s. 24. Den tidigare åldersgränsen på 20 år för att delta i verksamheten sänks till 18 år. Även det tidigare kravet på särskild märkning av kanyler och sprutor utdelade via sprututbyten tas bort. Ändringarna trädde i kraft den 1 mars 2017.

Även framöver gäller att endast personer som kan anses bosatta i ett landsting som har beviljats tillstånd får delta i sprututbytesverksamhet i det landstinget. Av förarbetena framgår att ”*regeringen anser att det för närvarande finns skäl att behålla kravet på att en person som vill delta i sprututbytesverksamhet ska anses bosatt i det landstinget där verksamheten bedrivs för att tillståndsprövande myndighet ska kunna göra en korrekt bedömning när tillstånd beviljas. Regeringen anser vidare att den flexibilitet som 6 § i lagen utgör gör att verksamheternas deltagare inte behöver vara folkbokförda i det*

landstinget. Regeringen anser också att den befintliga lagstiftningen även tydliggör att alla landsting har ett eget ansvar för bosatta i landstinget vilket kan fungera som ett incitament för fler landsting att ansöka om och upprätta sprututbyten i syfte att tillgodose behoven hos de bosatta i det landstinget. Även om sprututbyte i huvudsak är en smittskyddsinsats så ska den ses i ett större sammanhang där motivation för vård- och behandling är betydelsefull. För att vårdkedjan ska kunna fungera effektivt behövs enligt regeringens bedömning kontinuitet och närhet till vård- och behandling varför regeringen i detta avseende inte enbart beaktat smittskyddsaspekter. Regeringen anser dock att det finns skäl att i uppföljning och utvärdering av genomförandet av denna proposition särskilt utreda konsekvenserna av bibehållet krav på bosättning som huvudprincip för att i ett senare skede kunna ta ställning till om principen är ändamålsenlig." prop. 2016/17:15 s. 28.

Följdändringar i Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2007:2) om utbyte av sprutor och kanyler till personer som missbrukar narkotika

Ändringarna i lagen om utbyte av sprutor och kanyler innebär vissa följdändringar i Socialstyrelsens föreskrifter. Ändringarna innebär att kravet på att ansökan till Inspektionen för vård och omsorg ska innehålla ett beslut av vilket det framgår att kommunen eller kommunerna där verksamheten ska bedrivas har biträtt ansökan tas bort. Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2017:2) om ändring i föreskrifterna (SOSFS 2007:2) om utbyte av sprutor och kanyler till personer som missbrukar narkotika trädde i kraft den 1 mars 2017.

Denna information (art nr 2017-3-63) kan laddas ner och beställas från Socialstyrelsens webbplats: www.socialstyrelsen.se/publikationer. Den kan även beställas från Socialstyrelsens publikationsservice, e-post publikationsservice@socialstyrelsen.se eller fax 035-19 75 29.

Socialstyrelsen

Publicerad: www.socialstyrelsen.se, 2017

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN
Malin Rundvik
Micael Widerström
Smittskydd
Patientsäkerhetsenheten

Antal anmälda hepatit C-fall (personer under 29 år), 1997-01-01-2017-09-22, Region JH

Nedan visas antal nya anmälda fall av hepatit C per år bland länsinnevånare under 29 år. Totalt har under dessa drygt 20 år 189 fall anmälts, vara 59 under perioden 1997-2007 och drygt dubbelt så många, 130 stycken under perioden 2008-2017. Majoriteten är män (116 st; 61 %). Likaså framgår att majoriteten av smitta sker bland personer som injicerar droger (67 %). Denna smittväg uppges oftare under den senaste 10 års perioden (72 % jämfört med 56 %). Samtidigt anges Sverige oftare som smittland (81 % jämfört med 63 %)
Konklusion**:** Allt fler unga länsinnevånare som injicerar droger smittas årligen av hepatit C

	Totalt	Man	Kvinna	Smittväg IV – missbruk (%)	Smittväg annan eller saknas	Smittland Sverige (%)	Smittland annat eller saknas
1997	8	5	3	2	6	2	6
1998	5	3	2	3	1	5	0
1999	5	3	2	1	4	2	3
2000	5	4	1	5	0	5	0
2001	4	3	1	2	2	3	1
2002	6	3	3	1	5	0	6
2003	8	4	4	5	3	5	3
2004	4	4	0	3	1	2	2
2005	4	2	2	4	0	4	0
2006	5	3	2	3	2	4	0
2007	5	3	2	4	1	5	0
2008	11	7	4	11	0	11	0
1997-2008	**59**	**37**	**22**	**33 (56)**	**25**	**37 (63)**	**21**
2009	11	8	3	8	3	8	3
2010	22	12	10	15	7	18	4
2011	14	9	5	11	3	10	4
2012	12	7	5	10	2	10	2
2013	10	5	5	7	3	7	3
2014	12	7	5	7	5	10	2
2015	14	10	4	10	4	11	3
2016	14	11	3	9	5	12	2
2017	10	3	7	6	4	8	2
2009-2017	**130**	**79**	**51**	**94 (72)**	**36**	**105 (81)**	**25**
Totalt	**189**	**116**	**73**	**127**	**61**	**142**	**46**

20171027 Jämtlands Läns Brukarförening.

Styrelsen i JLB anser att fördelarna med sprutbyte uppväger eventuella nackdelar. Det är av stor vikt att enskilda personer som injicerar narkotika har rena sprutor så att spridningen av vissa sjukdomar minskar. Vi ser det mest som en hälsofråga.

Det positiva är också att sjukvården med flera får en plattform för att träffa patienterna i fråga. Möjligheterna till motiverande påverkansarbete kan därigenom genomföras och kan ge visst resultat med tiden.

Behovet av samverkan mellan olika huvudmän och andra aktörer är en viktig förutsättning för att de goda intentionerna ska ge ett positivt resultat. JLB deltar med glädje i en sådan samverkan och tror att vi kan bidra till en förbättrad kontakt med patientgruppen i fråga. Givetvis kan detta ta sig uttryck i stöttning av enskilda individer/familjer i olika skeden men vi tror det ska ske i ett sammanhang där flera aktörer samverkar. Att lägga för mycket av ansvaret på en enskild aktör vid komplexa behov känns vanskligt. Men vi gör givetvis allt vi förmår i varje given situation.

Sammanfattning: JLB ser positivt på införande av sprutbytesprogram inom Region JH:

Med vänlig hälsning

Roland Sundström

Ordförande i JLB

§34

Utredning om förutsättningar för att införa ett sprututbytesprogram i Region Jämtland Härjedalen (RS/2366/2016)

Sammanfattning

I november 2016, § 176, behandlade regionfullmäktige en motion från Elin Hoffner (V) där hon yrkade att Region Jämtland Härjedalen ska ta initiativ till att göra nödvändiga utredningar inför införande av sprutbytesprogram samt ha en ambition om att starta upp sprutbytesprogram senast under 2017 (RS/875/2016).

I svaret på motionen framgick att innan ett eventuellt beslut om att införa ett sprututbytesprogram i Region Jämtland Härjedalen kan fattas bör en utredning göras. Utredningen ska innehålla kostnadsberäkningar, fakta om smittspridning i länet, vidarebehandling som kan erbjudas eller införas, samhällsvinster, t.ex. familjen omkring missbrukaren, hur ideella organisationer, kommunerna och närliggande landsting/regioner ser på frågan och möjligheter till samverkan.

Regionstyrelsen fick i uppdrag att utreda förutsättningarna för ett eventuellt beslut om att införa ett sprututbytesprogram i Region Jämtland Härjedalen.

Region Jämtland Härjedalen har som ambition att bedriva en jämställd och jämlik vård för alla länets invånare. Arbetet med att förebygga ohälsa och sjukdom hos hela befolkningen inkluderar också personer som injicerar droger. Personer som missbrukar är en utsatt grupp i samhället med stor sjukdomsbörda och har ofta svårt att söka sig till vanlig vård. En mottagning för sprututbyte och andra naturligt kopplade hälsofrämjande aktiviteter för personer som injicerar narkotika skulle utgöra en möjlighet för dessa personer att på ett enkelt sätt och med fördomsfritt och respektfullt bemötande få den hjälp de behöver för sin hälsa.

Det finns tre huvudsyften med sprututbyte

- Att förebygga spridning av blodburna infektioner (hepatit B, hepatit C och hiv) bland dem som injicerar narkotika.
- Att få möjlighet att motivera den enskilde till vård och behandling för sitt missbruk.
- Att ge en jämlik vård till medborgarna. Missbrukare av intravenösa droger är en grupp mycket utsatta personer som ofta lever på undantag och inte tar del av det vanliga vårdutbudet.

Antalet personer med intravenöst narkotikamissbruk i Jämtlands län beräknas vara i storleksordningen 100 personer. Allt fler unga länsinnevånare som injicerar droger smittas årligen av hepatit C. Om alla nysmittade med hepatit C, där smittvägen är i.v.-missbruk, i länet (ca 7-10/år) skulle erbjudas behandling motsvarar det en läkemedelskostnad på 700 tkr. – 1 Mkr miljoner kronor årligen. Varje förhindrat fall av hepatit C innebär en stor potentiell

framtida ekonomisk kostnadsbesparing men framförallt ett minskat mänskligt lidande och minskad stigmatisering.

Majoriteten av landstingen och regionerna i Sverige har startat eller kommer i närtid att starta sprututbytesmottagningar för personer som injicerar narkotika.

Kostnaden för att starta upp en sprututbytesverksamhet vid Östersunds Sjukhus beräknas vara 862 000 kr under det första året. Efter hand kommer kostnaderna att balanseras av minskade kostnader för läkemedel mot hepatit C.

Summering kostnader första året:
Personalkostnader: 365 000 kr
Lokalhyra: 100 000 kr
Labprover 175 000 kr
Förbrukningsmaterial 30 000 kr
Vaccin/antibiotika 25 000 kr
Utrusta lokal 117 000 kr
InfCare 50 000 kr
Summa 862 000 kr, ev utökning larmsystem samt informationsmaterial ej medräknat

Personalkostnader och lokalkostnader föreslås hanteras inom befintlig ram. De ökande externa driftkostnader finansieras ur motsedda kostnader för den del av 2018 som verksamheten pågår (max 400 tkr för 2018). Verksamhetens kostnader fr.o.m. 2019 hanteras när Regionplan och Finansplan 2019-2021 behandlas.

För att inte motverka syftet med verksamheten bör alla åtgärder som sker vid sprututbytesmottagningen vara befriade från patientavgifter.

Ett landsting som vill starta sprututbytesverksamhet ska ansöka om tillstånd hos Inspektionen för vård och omsorg, IVO. Ansökan ska innehålla:

- En redogörelse om hur behovet av avgiftning, vård, behandling samt eftervård av personer som missbrukar narkotika kommer att tillgodoses,
- hur samarbetet mellan olika vård- och behandlingsformer skall gå till, och
- vilka rutiner som kommer att användas för att om möjligt tillgodose behovet av informationsöverföring mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Förslag till beslut

Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

1. Region Jämtland Härjedalen ska ansöka hos Inspektionen för vård och omsorg (IVO) om att starta ett sprututbytesprogram under 2018.

2. Under förutsättning att tillstånd beviljas inrättas ett sprututbytesprogram med en särskild mottagning för verksamheten.

3. Alla åtgärder som sker vid sprututbytesmottagningen ska vara avgiftsfria.

4. Verksamhetens kostnader för 2018 finansieras ur motsedda kostnader med max 400 000 kronor.

5. Verksamhetens kostnader för 2019 och framåt behandlas i Regionplan och Finansplan för 2019-2021.

Yrkanden

Christer Siwertsson (M) yrkar på återremiss med följande motivering:
"Regionstyrelsen vill ha en redogörelse av de tre punkter som ska bifogas ansökan till IVO."

Elin Hoffner (V) yrkar bifall till regiondirektörens förslag.

Proposition

Ordföranden ställer proposition på om ärendet ska avgöras idag eller återremitteras och finner att ärendet ska återremitteras.

Omröstning

Omröstning begärs och följande propositionsordning fastställs:
Den som vill att ärendet återremitteras röstar "Ja"
Den som vill att ärendet ska avgöras idag röstar "Nej"

Omröstningsresultat

Med 11 ja-röster och 2 nej-röster finner ordföranden att ärendet återremitteras.

Beslut

Ärendet återremitteras med följande motivering:

Regionstyrelsen vill ha en redogörelse av de tre punkter som ska bifogas ansökan till IVO.

Reservationer

Elin Hoffner (V) rerserverar sig till förmån för regiondirektörens förslag.

Expedieras till

Regionöverläkare
Hälso- och sjukvårdsdirektör
Tf Ekonomidirektör

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Utredning om förutsättningar för att införa ett sprututbytesprogram
- 20171218 Utredning. Sprututbyte Region Jämtland Härjeda
- Bilaga 1. 20170301 Meddelandeblad. Socialstyrelsen sprututb
- Bilaga 2. 20170922 HCV fall RJH 97-17
- Bilaga 3. 20171027 Jämtlands Läns Brukarförening
- §176 Regionfullmäktige Svar på motion från Elin Hoffner (V) om sprututbytesprogram

Voteringslista

Regionstyrelsen

Mötesdatum
2018-01-23

Voteringslista: §34
Ärende: Utredning om förutsättningar för att införa ett sprututbytesprogram i Region Jämtland Härjedalen, RS/2366/2016

Voteringslist(or)
Omröstning om ärendet ska återremitteras eller avgöras idag

Ledamot	Ja	Nej	Avstår
Ann-Marie Johansson(S), Ordförande	*X*		
Bengt Bergqvist(S), 3:e vice ordförande	*X*		
Martine Eng(S), Ledamot	*X*		
Jenny Sellsve(S), Ledamot	*X*		
Christer Siwertsson(M), 1:a vice ordförande	*X*		
Susanné Wallner(M), Ledamot	*X*		
Jan-Olof Andersson(M), Ledamot	*X*		
Thomas Andersson(C), Ledamot	*X*		
Elin Lemon(C), 2:e vice ordförande	*X*		
Anton Nordqvist(MP), Ledamot		*X*	
Bengt-Åke Arendolf(SD), Ledamot	*X*		
Niklas Rhodin(S), Ersättare	*X*		
Elin Hoffner(V), Ersättare		*X*	
Resultat	*11*	*2*	*0*

23

Resultatförbättrande åtgärder 2018-2020- Översyn av regelverket för konkurrensneutral organisation för primärvård i regionens regi.

RS/1039/2017

2018-03-15

Hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen
Lena Sved
Tfn: 063/142474
E-post: lena.weinstock-svedh@regionjh.se

RS/1039/2017

Resultatförbättrande åtgärder 2018-2020- Översyn av regelverket för konkurrensneutral organisation för primärvård i regionens regi.

Ärendebeskrivning

Regionstyrelsen beslutade vid sammanträdet i maj 2017 om en översyn av regelverket för konkurrensneutral organisation för primärvård i regionens egenregi.

Bakgrunden till översynen är det beslut som togs 2009 om organisation för den landstingsdrivna primärvården (LS/935/2009) samt beslutet om regler för över- och underskottshantering (LS/42/2010).

Översynen innebar att utvärdera om den regiondrivna primärvården upplever att de har intraprenadvillkor, vilka regelförändringar som skulle underlätta ett flexiblare agerande, minskad administration och mer entreprenadliknande förhållanden. Vidare skulle villkoren för den regiondrivna primärvårdens möjligheter att agera som ett sammanhållet bolag eller koncern analyseras. Översynen skulle också inkludera en omvärldsanalys samt en analys om det finns andra verksamheter inom Region Jämtland Härjedalen som skulle kunna effektiviseras om de fick intraprenadvillkor. Slutligen skulle översynen ge förslag på uppdaterade villkor för intraprenader till nutida förhållanden.

Översynen behandlades i regionstyrelsen den 12 december 2017 där regiondirektören fick i uppdrag att se över organisationen i primärvårdens egenregi, få till en högre koncernkänsla för den regiondrivna primärvården samt utreda utvecklingsansvaret mellan primärvårdens egenregi kontra beställarenhetens.

Vid regionfullmäktiges möte den 14 februari 2018 skulle beslut tas om upphörande av organisation för den landstingsdrivna primärvården(LS/935/2009) samt beslutet om regler för över- och underskottshantering (LS/42/2010) men återremitterades med motiveringen ”På grund av bristande konsekvensbeskrivning gällande likvärdig vård i hela regionen”.

I beslutsunderlaget framgår bland annat att primärvårdens egenregi inte känner till beslutet från 2009 om organisation för den landstingsdrivna primärvården. Från 2016-11-01 organiseras primärvården istället efter ett beslut taget av primärvårdschefen (RS/1379/2015), något som inte är fastställt av politiken. Beslutet innebär i korthet att den regiondrivna primärvården organiseras i åtta

närvårdsområden med en primärvårdschef samt åtta närvårdsområdeschefer som tillika är verksamhetschefer, så var också det politiska beslutet 2009. 2014 hade dåvarande primärvårdschef delegerat verksamhetschefsfunktionen till hälsocentralschefsnivån, vilket med beslutet 2016 återfördes till närvårdschefsnivån dvs enligt politiska beslutet 2009. Den skillnad som är mellan det politiska beslutet 2009 och primärvårdschefens beslut 2016 är inrättandet av en biträdande primärvårdschef med ansvar för de anslagsfinansierade verksamheterna inom primärvården och för samverkan med externa parter. Förslaget att beslutet från 2009 upphör att gälla innebär att det är organisationen beskriven i primärvårdschefens beslut RS/1379/2015 som gäller fr o m 2016-11-01.

Beslutet om modell för över- och underskottshantering (LS/42/2010) avser verksamheter inom regionens egenregi. Sedan modellen infördes har verksamheterna aldrig lyckats möta upp sitt underskott med ett överskott varför beslutet inte fyller någon funktion.

Den regiondrivna primärvården får sin finansiering

- genom att fullmäktige fastställer budgetram för Vårdvalsnämnden och regelverk i förfrågningsunderlaget för hälsovalet
- genom att Regionstyrelsen fastställer budgetram för den anslagsfinansierade verksamheter i sin verksamhetsplan

Primärvårdschefen har befogenhet att inom sitt område fördela budgetramen mellan de anslagsfinansierade verksamheterna och kan enligt regelverket från 2009 omfördela hälsovalsersättningen mellan hälsovalsenheterna inom närvårdsområdet. När regelverket från 2009 tas bort innebär det att primärvårdschefen kommer kunna omfördela hälsovalsersättningen mellan alla vårdenheter inom hela den regiondrivna primärvården verksamma i hälsovalet, men inte omfördela till/från anslagsfinansierad verksamhet till hälsovalsverksamhet.

Inget av dessa beslut eller regelverk har någon påverkan på ersättningen till de privata aktörerna inom hälsovalet. De har på samma sätt frihet att hantera tilldelad ersättning om sina verksamheter.

Motiveringen till återremissen om bristande konsekvensbeskrivning gällande likvärdig vård i hela regionen besvaras slutligen så här:

- Kraven på innehåll, tillgänglighet, kvalitet och ekonomi styrs av det av fullmäktige beslutade förfrågningsunderlaget för hälsovalet och är det som ska ge förutsättningar för likvärdig vård i hela regionen.

Regiondirektörens förslag

Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

a. Beslutet från 2009 (LS/935/2009) om organisation för den regiondrivna primärvården upphör att gälla och den av primärvårdschefen beslutade organisationen från 2016-11-01 fastställs
b. Nuvarande modell för över- och underskottshantering (LS/42/2010) upphör att gälla från 2018-01-01

I tjänsten
Hans Svensson
Regiondirektör

Ingela Jönsson
Chef för Hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen

Utdrag till

Primärvårdschef
Ekonomidirektör
Beställarchef
Hälso- och sjukvårdsdirektör

§33

Resultatförbättrande åtgärder 2018-2020 - Översyn av regelverket för konkurrensneutral organisation för primärvård i regionens regi (RS/1039/2017)

Sammanfattning

Regionstyrelsen beslutade vid sammanträdet i maj 2017 om en översyn av regelverket för konkurrensneutral organisation för primärvård i regionens regi.

Bakgrunden till översynen är det beslut som togs 2009 om organisation för den landstingsdrivna primärvården (LS/935/2009) samt beslutet om regler för över- och underskottshantering (LS/42/2010).

Översynen innebar att utvärdera om den regiondrivna primärvården upplever att de har intraprenadvillkor, vilka regelförändringar som skulle underlätta ett flexiblare agerande, minskad administration och mer entreprenadliknande förhållanden. Vidare ska villkoren för den regiondrivna primärvårdens möjligheter att agera som ett sammanhållet bolag eller koncern analyseras. Översynen ska också inkludera en omvärldsanalys samt en analys om det finns andra verksamheter inom Region Jämtland Härjedalen som skulle kunna effektiviseras om de fick intraprenadvillkor. Slutligen ska översynen ge förslag på uppdaterade villkor för intraprenader till nutida förhållanden.

I beslutsunderlaget framgår bland annat att primärvårdens egenregi inte känner till beslutet från 2009 och att de således inte upplever att de arbetar under intraprenadliknande villkor. Vid en fråga till cheferna i primärvårdens egenregi framkommer att mer självständighet inte nödvändigtvis är kopplat till intraprenadvillkor utan det är andra faktorer exempelvis ökad tillit och befogenheter som kan skapa en högre känsla av självständighet. Otydlighet ifråga om utvecklingsansvar inom primärvården har också tagits upp i flera sammanhang.

I omvärldsanalysen framkommer att det inom landsting och regioner är ett fåtal verksamheter som arbetar i intraprenadform, varav ingen i primärvård. Anledningen till det är införandet av vårdval 2010 där man istället försöker arbeta enhetsvis på liknande villkor som privata utförare. I takt med att primärvårdens egenregi blir mer konkurrensutsatt arbetar fler regioner och landsting istället med koncernkänslan.

Det framkommer inga möjligheter att ta in nya villkor för intraprenaderna än de som Åre/Krokom hade under sin tid som intraprenad 2006-2008.

I och med regionens årliga underskott finns ingen anledning att behålla modellen från 2010 för över- och underskottshantering.

Förslag till beslut

Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

a. Beslutet från 2009 (LS/935/2009) om organisation för den regiondrivna primärvården upphör att gälla från och med 1 mars 2018.

b. Nuvarande modell för över- och underskottshantering (LS/42/2010) upphör att gälla från och med 1 mars 2018.

Yrkanden

Bengt Bergqvist (S) yrkar bifall till regionstyrelsens förslag.

Thomas Andersson (C) yrkar i första hand på återremiss och i andra hand avslag på punkt b. Motivering: "På grund av bristande konsekvensbeskrivning gällande likvärdig vård i hela regionen."

Monalisa Norrman (V) och Lars-Erik Olofsson (KD) yrkar bifall till Thomas Anderssons yrkande om återremiss.

Bengt Bergqvist (S) och Christer Siwertsson (M) yrkar avslag på Thomas Anderssons yrkande om återremiss.

Anton Nordqvist (MP), Susanné Wallner (M) och Lennart Ledin (L) yttrar sig.

Proposition

Ordföranden ställer proposition på om ärendet ska avgöras idag eller återremitteras och finner att ärendet ska avgöras idag.

Omröstning

Omröstning begärs och följande propositionsordning fastställs:
Den som vill att ärendet ska avgöras idag röstar "Ja"
Den som vill att ärendet återremitteras röstar "Nej".

Omröstningsresultat

Med 31 ja-röster, 21 nej-röster och 3 frånvarande finner ordföranden att ärendet återremitteras.

Beslut

Ärendet återremitteras med följande motivering:

På grund av bristande konsekvensbeskrivning gällande likvärdig vård i hela regionen.

Expedieras till

Primärvårdschef
Beställarchef
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Beslutsunderlag

- §309 Regionstyrelsen Resultatförbättrande åtgärder 2018-2020 - Översyn av regelverket för konkurrensneutral organisation för primärvård i regionens regi
- Rapport Översyn av regelverket för konkurrensneutral organiistaion för primärvård i regionens regi

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Voteringslista

Regionfullmäktige

Mötesdatum
2018-02-14

Voteringslista: §33
Ärende: Resultatförbättrande åtgärder 2018-2020 - Översyn av regelverket för konkurrensneutral organisation för primärvård i regionens regi, RS/1039/2017

Voteringslist(or)
Omröstning om Thomas Anderssons (C) yrkande om återremiss

Ledamot	Ja	Nej	Avstår
Margareta Winberg(S), Ordförande	X		
Robert Uitto(S), Ledamot	X		
David Adervall(S), Ledamot	X		
Glenn Löfblad(S), Ledamot	X		
Anton Hammar(S), Ledamot	X		
Bengt Bergqvist(S), Ledamot	X		
Cathrine Blomqvist(S), Ledamot	X		
Anders Frimert(S), Ledamot	X		
Jörgen Persson(S), Ledamot	X		
Lena Bäckelin(S), Ledamot	X		
Jonny Springe(S), Ledamot	X		
Niklas Rhodin(S), Ledamot	X		
Thomas Hägg(S), Ledamot	X		
Christer Siwertsson(M), Ledamot	X		
Susanné Wallner(M), Ledamot	X		
Jan-Olof Andersson(M), Ledamot	X		
Karin Ekblom(M), Ledamot	X		
Gunnar Hjelm(M), Ledamot	X		
Elise Ryder Wikén(M), Ledamot	X		
Elisabeth Svensson(M), 1:a vice ordförande	X		
Lise Hjemgaard-Svensson(M), Ledamot	X		
Cristine Persson(C), Ledamot		X	
Thomas Andersson(C), Ledamot		X	
Mats Gärd(C), 2:e vice ordförande		X	
Bogna Wojtkiewicz Adolfsson(C), Ledamot		X	
Eva Hellstrand(C), Ledamot		X	
Jörgen Larsson(C), Ledamot		X	
Elin Lemon(C), Ledamot		X	
Elin Hoffner(V), Ledamot		X	
Bo Danielsson(V), Ledamot		X	
Monalisa Norrman(V), Ledamot		X	
Thomas Johansson Nordqvist(-), Ledamot		X	
Bengt-Åke Arendolf(SD), Ledamot		X	
Anna Hildebrand(MP), Ledamot		X	
Karin Österberg(MP), Ledamot		X	
Lennart Ledin(L), Ledamot		X	

Lars-Erik Olofsson(KD), Ledamot		*X*	
Gudrun Olsson(S), Ersättare	*X*		
Alvi Berglund(S), Ersättare	*X*		
Björn Karlsson(S), Ersättare	*X*		
Ruth Karlsson(S), Ersättare	*X*		
Diana Lindström(S), Ersättare	*X*		
Alf Larsson(S), Ersättare	*X*		
Leif D Sivertsson(S), Ersättare	*X*		
Britt Carlsson(S), Ersättare	*X*		
Thomas Gutke(M), Ersättare	*X*		
Irene Nyqvist(M), Ersättare	*X*		
Olle Arnsten(C), Ersättare		*X*	
Marie Svensson(V), Ersättare		*X*	
Mikael Säbom(SD), Ersättare		*X*	
Anton Nordqvist(MP), Ersättare		*X*	
Margareta Mahmoud Persson(KD), Ersättare		*X*	
Resultat	*31*	*21*	*0*

Översyn av regelverket för konkurrensneutral organisation för primärvård i regionens regi (RS/1039/2017)

Lena Weinstock Svedh

Innehållsförteckning

1 Bakgrund 3
1.1 Uppdrag 3
1.2 Metod 3
2 Definitioner 4
3 Erfarenhet av intraprenad 5
3.1 Omvärldsanalys 6
4 Översyn av den regiondrivna primärvården 6
4.1 Nuvarande regelverk 7
4.2 Synpunkter 8
4.3 Kostnader i egen regi 10
5 Andra tänkbara verksamheter 10
6 Uppdaterade villkor 11
7 Resultat 11
8 Förslag till förändringar 12
9 Referenser 13

1 Bakgrund

I samband med hälsovalets införande 2010 beslutade landstingsstyrelsen om organisation för den landstingsdrivna primärvården (LS/935/2009). I beslutet framgick att det arbetssätt som dåvarande intraprenaderna i Åre och Krokom haft kommunvis skulle med deras hjälp införas i hela primärvården. Vidare beslutades om att införa ett ekonomiskt system som innebar att verksamheten får ta med sig över- och underskott till nästa år. Ekonomiska avvikelser som innebär underskott eller överskott skall återställas de tre kommande åren. För primärvård gäller, enligt landstingsfullmäktiges beslut den 18 februari 2010 § 22 LS/42/2010, över- och underskottshantering för närvårdsområde.

En översyn bör göras för att utvärdera om den regiondrivna primärvården upplever att de har intraprenadvillkor, och vilka regelförändringar de anser skulle underlätta ett flexiblare agerande, minskad administration och mer entreprenadliknande förhållanden.

1.1 Uppdrag

Regionstyrelsen har gett regiondirektören i uppdrag att:

- Göra en översyn av den regiondrivna primärvården och analysera om det finns behov av regelförändringar för att underlätta ett flexiblare agerande, minskad administration och mer entreprenadliknande förhållanden liksom möjligheterna att agera som en koncern
- Göra en omvärldsanalys för att se vilka regler andra landsting/regioner tillämpar för att stimulera primärvården i egenregi att agera som entreprenör och koncern
- Analysera om det finns andra verksamheter inom Region Jämtland Härjedalen som skulle kunna effektiviseras om de fick intraprenadvillkor
- Utifrån översynen ge förslag på uppdaterade villkor för intraprenader till nutida förhållanden

1.2 Metod

Frågor har ställts till verksamhetscheferna i primärvårdens egenregi, vilka redovisas nedan. För omvärldsanalysen har kontakt tagits med beställarcheferna i landet, Sveriges Kommuner och Landsting, sökning på internet samt läsning av litteratur.

Jurist, hälso- och sjukvårdsdirektör, regiondirektör samt folktandvården i Region Jämtland Härjedalen har också tillfrågats.

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

2 Definitioner

*"**Entreprenad** är ett löfte att, till ett i förväg uppgjort pris mellan en beställare oh en entreprenör, utföra ett arbete eller leverans inom en viss tid."* (Wikipedia)

Entreprenad är ett avtal mellan en beställare och leverantör, d v s mellan två självständiga rättssubjekt, har rättslig handlingsförmåga och kan inneha rättigheter och skyldigheter och äga tillgångar och skulder.

*"**Intraprenad** är en term som oftast används för att beskriva en verksamhet inom offentlig sektor. En Intraprenad har givits större befogenheter att styra över den egna verksamheten, samt ett större ansvar för resultatet av verksamheten. Verksamhet som sköts i form av en intraprenad får efter upphandling ekonomiska medel från sin uppdragsgivare till exempel kommun eller landsting. Intraprenaden är till exempel kommunalt anställd, och har samtidigt ansvar för både drift och pengar för verksamheten.*

En intraprenad är i reell mening liktydigt med en resultatenhet. Begreppet är huvudsakligen tillskapat för att ge ideologiskt utrymme för att skapa alternativ till traditionell verksamhet utan att bereda möjlighet till entreprenad. En intraprenad initieras alltid från en personalgrupp och ej från kommunen. Upphandling av intraprenad är ogörbart." (Wikipedia)

Begreppet är inte definierat i lag men kommer från begreppet entreprenad som är etablerat inom affärsvärlden, främst inom byggsektorn, men även inom tjänstesektorn.

Intraprenad är ett begrepp som används inom ett rättssubjekt framför allt inom offentlig verksamhet för att skapa illusion av affärsmässighet i beställar - utförarmodeller.

Juridiskt sett är ett intraprenadkontrakt en arbetsorder eller instruktion som följs med beslutsbefoghet. För regionens del styrs detta av kommunallagens beslutsregler.

Begränsningarna av utformningen av villkoren ligger framför allt i möjligheterna och hindren att delegera beslutsrätt.

Koncern är en associationsrättslig term för en sammanslutning av företag till en ekonomisk enhet. Det grundas på moderbolagets aktie- eller röstmajoritet i dotterbolagen.

Gemensam nämnd
Ett annat sätt att driva verksamhet i offentlig regi tillsammans med flera andra kommuner. Någon av kommunerna är värd för den gemensamma nämnden men den gemensamma nämnden bildar inte en egen juridisk person. (Sveriges kommuner och landsting, 2011)

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

3 Erfarenhet av intraprenad

Under perioden 2006-2008 drevs hälsocentralerna i Åre och Krokom som två intraprenader med uppdrag enligt särskilda vårdöverenskommelser och regler för över- och underskottshantering (LS/205/2005). Målet med intraprenadformen var bland annat att en ökad kreativitet och ett större engagemang hos personalen skulle ge mervärde för befolkningen. Försöket utvärderades 2008 och vid intervjuer framkom fördelar som avser kvalitet, tillgänglighet, organisering och ledarskap, inställning och attityder samt påverkansmöjligheter. Funderingar avseende styrning och koncernkänsla var också något som framkom.

Vid Luleå tekniska universitet har ett forskningsprojekt bedrivits sedan 2009 som delvis finansierats av VINNOVA och resulterat i en rapport utgiven 2015. Rapporten redovisar en sammanställning av Luleå kommuns upplevelser, erfarenheter och insikter efter sju års erfarenhet av intraprenad inom för- och grundskoleverksamhet och bygger på ett antal frågeställningar till 25 personer inom kommunen. Frågorna handlar om vad som är bra respektive mindre bra med intraprenadverksamheten, vilka lärdomar andra aktörer kan få av Luleå kommun samt vad organisationen kan ta med sig för framtida utveckling. Det positiva med intraprenaderna framkommer inom tre temaområden:

- Förändrade ekonomiska förutsättningar
- Ökat ansvarstagande och engagemang
- Organisationen har utmanats

Det som upplevts som mindre bra

- Ökad belastning inom andra delar av organisationen
- Otydliga verksamhetskontrakt
- Successiv minskning av självbestämmande och grad av valfrihet
- En ”vi-mot-dem-kultur” har varit under uppseglande

Viktiga lärdomar till andra är att förbereda hela organisationen, utforma noggranna verksamhetskontrakt, fastställa syfte, avsätta stöd samt att man får räkna med att det tar tid.

Den stora frågan för intraprenaderna har handlat om förändrade ekonomiska förutsättningar där man gått från ettårbudget till treårs. Möjlighet att välja bort centrala tjänster och funktioner med billigare lokala lösningar har gjort att besparingar har kunnat genomföras.

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

3.1 Omvärldsanalys

Vid sökning på internet framkommer att intraprenader inom kommunernas olika verksamheter är vanligt förekommande. Ett fåtal landsting framkommer vid samma sökning. Dåvarande landstinget i Uppsala har ett regelverk och riktlinjer för intraprenad, då lasarettet i Enköping bedrivits som en intraprenad. Av deras regelverk från 2012 framkommer inga andra rättigheter än de som intraprenaderna i Åre/Krokom hade 2006-2008. Det framkommer inte heller vid sökningen att någon folktandvårdsklinik bedrivs som en intraprenad i landet.

Vårdcentralen Blåsippan i Västernorrland drevs enligt P4 Västernorrland under ett år som en intraprenad men lades ned på grund av man inte fick behålla 25% av vinsten enligt överenskommelsen. Frågan har nu åter blommat upp med anledning av diskussionen om Sollefteå sjukhus.

Enligt reportage i sjukhusläkaren den 5 maj 2013 framkommer att två ögonkliniker samt två vårdcentraler i Västerbotten drivits som intraprenader från 2009. På grund av vårdvalsreformen drivs vårdcentralerna inte längre som intraprenader.

Vid en förfrågan till samtliga beställarchefer eller motsvarande i Sverige framkom att Örebro haft intraprenad inom primärvården men att den avlutats i samband med att chefen slutade. Av deras överenskommelse framkom att den största skillnaden var hantering av över- och underskottshantering.

I Stockholm drivs vårdcentralerna i egen regi som egna resultatenheter inom Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO). Uppdrag ges och ”avtal” tecknas med Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF) på lika villkor som för privata aktörer.

Av och till diskuteras frågan om landstingsägda bolag. Redan när hälsovalet skulle införas togs frågan upp i diskussionsunderlaget för norra regionen (Skoglund 2009). Där framkommer att det knappast finns några formella hinder men att det krävs ett omfattande förberedelsearbete att genomföra. Inget landsting/region har hittills valt att bolagisera primärvården i egen regi.

Vid en fråga till folktandvårdsklinikerna i landet framkommer att några bedrivs som egna aktiebolag, men ingen som intraprenad.

4 Översyn av den regiondrivna primärvården

I en rapport från 2016, ”*Primärvården i fokus*”, skriven av Mats Brännström på uppdrag av landstings- och regiondirektörerna i norrlandstingens regionförbund, tas frågan om primärvårdens roll som utförare i egen regi upp. Av rapporten framkommer bl a att det saknas en målbild för landstingen som utförare. Vidare tar man upp frågan om intern konkurrens, är det ”alla mot alla” som gäller eller är vår hälsocentral med i ett lag? Andra landsting ex Jönköping med ”Bra liv” och Västra Götalands ”Närhälsan” har beskrivit sitt arbete med att aktivt forma ett starkt varumärke för primärvården i egen regi.

Mats föreslår i rapporten att varje landsting inleder ett arbete med att bygga upp identitet och varumärke för sin primärvårdsorganisation med noggranna förberedelser och ett professionellt upplägg för ett bra resultat.

Region Östergötland genomförde 2015 ett omfattande projekt, *Framtidens bästa primärvård,* där projektledningen rekommenderar en produktionsenhet för samtliga vårdcentraler i egen regi.

Inom Region Jämtland Härjedalens primärvård har frågan om ”koncern” diskuterats, men eftersom som konkurrensen i länet hittills inte varit så omfattande så har det inte lagts så stor vikt på detta. Omtag behöver tas i frågan.

4.1 Nuvarande regelverk

I samband med att dåvarande Jämtlands läns landsting gick in i hälsovalet 2010 beslutade Landstingsstyrelsen i november 2009 om en konkurrensneutral organisation för primärvården i landstingets regi (LS/935/2009). I beslutet framkommer att egenregin ska organiseras i kommunvisa närvårdsområden som leds av en verksamhetschef. I uppdraget för Närvårdsområdet ingår ett antal samordningsuppdrag enligt skiss nedan.

Närvårdsområdenas samordningsuppdrag:

- Samverkan kommunerna. Ädel, folkhälsa m m	- Ekonomisk samverkan	- Särskilt boende, - läkarmedverkan
- Jour och beredskapsorganisation	- Rehabilitering – Rehabkoordinatorer	- ST-läkarplaceringar
- Beroendevård	- Rutiner medicinsk säkerhet	- AT-placeringar
- Psykosociala resurser, fördelning inom området	- MLA-funktion	- Utse representanter i arbetsgrupper
- Flexibel bemanning av områdets enheter	- Kris och katastrofplanering	

I ovanstående ärende fastställdes att förslag till regler för över- och underskottshantering skulle hanteras i särskild ordning.

Landstingsfullmäktige fastställde januari 2010 regelverket för över- och underskottshantering (LS/42/2010). Jämtlands läns landsting införde en modell från 2010 som innebär att verksamhetsområdena fiktivt bär med sig över- och underskott mellan åren. Om ett område har redovisar överskott får området ha det tillgodo för att möta eventuella underskott kommande år. Tidsfristen för att återställa ett negativt resultat är tre år. Inom primärvården tillämpas modellen på närvårdsområdesnivå. Beslut om återställande av ekonomiskt underskott fattas av landstingsstyrelsen.

Vid dialog med primärvården i egen regi framkommer att nuvarande regelverk inte är känt inom den egna verksamheten.

Utöver detta regelverk finns ett beslut från 2016 om organisation i primärvård (RS/1379/2015). Beslutet innefattar bland annat ledningsstrukturen för den interna organisationen.

4.2 Synpunkter

Med anledning av uppdraget ställdes frågor till verksamhetscheferna i egenregi inom primärvården i Region Jämtland Härjedalen. Nedan följer en sammanfattning av frågorna med exempel på synpunkter:

1. **Upplever ni att ni arbetar under intraprenadliknande villkor?** Nej
   Om inte, varför?
   Samtliga svarar att de inte upplever att de arbetar under intraprenadliknande villkor. En av anledningarna till det är att de inte känner till det beslut som fattades 2009 om organisation för den regiondrivna primärvården. Några vet inte heller vad det innebär att arbeta som en intraprenad. Annat som anges är att det fattas beslut i olika sammanhang som enbart rör egenregin vilket innebär att man tycker sig ha andra förutsättningar än privata vårdgivare inom hälsovalet. Detaljstyrning uppges som en annan anledning.

   ”Små befogenheter att styra över egna verksamheten vilket leder till bakbundenhet och/eller långa beslutsvägar”.

   ”Regler och direktiv utarbetade av personer som inte har kännedom om hur verksamheter fungerar leder till missnöje, utanförskap mm.”

   ”Regionen är en trög organisation, detaljstyrd i många avseenden”.

   ”Egna inköpsavtal bör få tecknas”.

   ”Ingen morot att driva verksamhet mot ett överskott då man inte får behålla pengarna”.

   ”Liten hänsyn tas till skillnader i geografi/demografi”

2. **Vad anser ni behövs för att underlätta ett flexiblare agerande och minskad administration?**
   Det som framkommer är bland annat en tre års budget med möjlighet att fondera medel, samma uppföljning som privata samt ökad tillit och mera befogenheter. Några har angett att de internt har en orimligt hög overheadkostnad.

   ”Måste få se olika ut utifrån förutsättningar”.

   ”Våga prova nya saker.”

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

”Stödfunktioner inom löneadministration, redovisning, helpdesk, it etc med ett tydligt direktiv om vilken del av verksamheten de har ansvar för”.

”Vissa uppgifter måste vi idag fylla i både på papper och i IT-system”

”Det borde finnas något IT-system som möjliggör rätt ersättning till respektive vårdgivare t ex röntgen och jourer”.

3. **Vill ni arbeta under mer entreprenadliknande villkor?**
   Fem av åtta svarar ja men uppger samtidigt att det kan vara svårt om man går med underskott.

   ”Viktigt att ha personalen med sig.”

   ”Ett ökat självstyre skulle göra arbetsdagen lättare”.

4. **Övriga förslag till regelförändringar i egen regi.**
   I svaren framkommer en blandning av förslag till ändringar i hälsovalet. En fråga som lyfts är att alla jobbar efter samma villkor med möjlighet till lika vård för alla.

   ”Närvårdsområden, gränser ska inte vara ett hinder.”

   ”Skrota primärvårdsstaben/hälsovalsenheten och inför en beställarenhet primärvård”.

   ”Egna personal- och ekonomiresurser”

   ”Asylfrågan måste klargöras och hållas utanför”.

   ”Förutsättningar behöver ses över, marknadsföring etc skiljer liksom löner.”

   ”Möjlighet att anpassa öppettider och utbud av tjänster efter behov i verksamhetens upptagningsområde med tanke på vilken typ av befolkning och vad som efterfrågas i respektive område och inte samma krav på alla enheter, vilket möjliggör flexibilitet utan ökade kostnader.”

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

4.3 Kostnader i egen regi

När hälsovalet infördes 2010 sänktes budgetramen för primärvården med minst 23 miljoner kronor som ett resultat av ett omfattande arbete i landstinget med utbudsbegränsningar. Utbudsbegränsningarna gick stick i stäv med det man ville åstadkomma med införande av hälsoval och konkurrensutsättning av primärvård. Dessa minskade kostnader har haft stora konsekvenser för primärvården, inte minst i egen regi, som efter införandet av hälsoval årligen haft ett minusresultat på totalen.

I ett beslut om ny organisation inom område Primärvård (RS/1379/2015) framgår att primärvårdschefen ska få ha minst 50% tid för utveckling av primärvården , det framkommer dock inte om det är för egenregin eller för primärvården på övergripande nivå. Vidare framkommer i samma beslut att primärvårdschefen, biträdande primärvårdschef samt chef för Östersunds närvårdsområde ska finansieras via anslag, vilka arbetsuppgifter utöver hälsovalet de ska ha framkommer inte med tydlighet.

Under första tertialet 2017 hade egenregin i primärvården en ”overheadkostnad” på ca sex miljoner kronor som finansieras med ersättningen från hälsovalet. I dessa ingår bl a löner för primärvårdschef, övertalig personal, personal- och ekonomihandläggare, verksamhetsutvecklare, assistent, medicinsk rådgivare samt personal med samordnaruppdrag. Flera av dessa tjänster kan man ur ett konkurrensneutralt perspektiv ifrågasätta om de ska finansieras med ersättning från hälsovalet. Exempel på detta är verksamhetsutvecklartjänsterna.

En annan fråga som lyfts är de merkostnader med det utvidgade uppdrag som egenregin får utöver hälsovalet ex ansvar för utveckling.

Det pågår mycket nationellt som påverkar primärvården i stort, inte minst utredningen om ”God och nära vård”. Något att ha med när man funderar på organisation och driftform av egenregin.

5 Andra tänkbara verksamheter

I uppdraget ingår också att analysera om det finns andra verksamheter inom Region Jämtland Härjedalen som skulle effektiviseras om de fick intraprenadvillkor.

Vid den omvärldsbevakning som genomförts framkommer endast två ställen inom specialiserad vård där verksamheten drivits som intraprenad. Det är lasarettet i Enköping och ögonkliniken i Lycksele.

Utan djupare analys och erfarenhet så är i första hand välavgränsade verksamheter som ex hud, ögon, öron där man inte har egna vårdplatser för inneliggande och inte är i stort behov av bl a operationsavdelningen. Serviceverksamhet där man redan idag tillämpar ”köp/sälj” kan lämpa sig som en intraprenad.

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

En verksamhet som är intresserad och som skulle kunna drivas som en intraprenad är folktandvården. Liksom primärvården är de en konkurrensutsatt verksamhet med bl a krav på särskilt bokslut, transparensbokslut. Idag har de en konkurrensnackdel gentemot privata utförare på grund av ex lång beslutsprocess och ställs i prioritet med sjukvården. De gör att de hamnar på efterkälken när det gäller viss utveckling och att duktiga medarbetare väljer andra arbetsgivare.

6 Uppdaterade villkor

Skillnader i förutsättningar för intraprenaderna och övriga primärvårdsenheter i Åre och Krokom 2006-2008:

- Intraprenaderna har en treårsöverenskommelse med särskild över- och underskottshantering
- Intraprenaderna har större självständighet i lönesättning (behöver inte tillämpa individbedömningsformulär men ska i lönerevisioner hålla sig inom tilldelad lönepott)
- Intraprenaderna behöver inte närvara/delta i vissa sammankomster
- Intraprenaderna har medgivits möjlighet att i viss utsträckning sälja tjänster externt

Enligt Region Jämtland Härjedalens jurist har villkoren för nutida förhållanden inte förändrats, vilket också framgår av andra landstings regelverk och överenskommelser för intraprenader.

7 Resultat

Vid omvärldsanalysen framkommer att det är väldigt få verksamheter inom landsting och regioner som bedrivs som en intraprenad. Inom primärvården arbetar istället flera landsting/regioner med att få till en större koncernkänsla för egenregin.

I alla utvärderingar som genomförts om intraprenaderna anses det att det är modellen för över- och underskott som är den mest framgångsrika faktorn. Detta gör att man kan fundera på om intraprenadformen skulle göra verksamheterna mer effektiva, såväl i primärvård som för andra verksamheter.

Beslutet som togs 2009 om organisation för den landstingsdrivna primärvården (LS/935/2009) är inte känd inom primärvården i egenregi och de jobbar således inte efter det beslutet. Mot den bakgrunden kan man fundera på om det finns anledning ta fram ett nytt beslut om organisation för den landstingsdrivna primärvården.

I det beslut som togs om ny organisation inom område Primärvård (RS/1379/2015) framgår att primärvårdschefen ska få ha minst 50% tid för utveckling av

primärvården, det framkommer dock inte om det är för egenregin eller för primärvården på övergripande nivå. Vidare råder oklarheter kring finansieringen av primärvårdschefen, biträdande primärvårdschefen samt chefen för Östersunds närvårdsområde samt vilka arbetsuppgifter utöver hälsovalet de ska ha. Beslutet bygger delvis på det som framgår i primärvårdens långsiktiga utvecklingsplan för god ekonomisk hushållning (RS/968/2015).

Primärvården anser att de idag är underfinansierade vilket gör att det saknas incitament för att bedriva verksamheten med ett överskott. Eftersom primärvården och övriga hälso- och sjukvården går med årligt underskott gör att man kan ifrågasätta om det finns någon anledning till om över- och underskottsmodellen ska kvarstå.

Svaren på frågorna som är ställda till cheferna i primärvården visar på andra problem än där lösningen är att arbeta i intraprenadform; uppdrag som ges utöver hälsovalet gör att verksamheten inte själv äger frågorna, omständlig byråkrat, brist på tillit och befogenheter, detaljstyrning för regionens verksamheter, hög overheadkostnad samt långa beslutsvägar.

Synpunkterna rör också innehållet i hälsovalsuppdraget, vilka ses över i annat ärende, samt att man bör skrota primärvårdsstaben och hälsovalskansliet och istället införa en ”beställarstab primärvård”.

En viktig fråga är vem som ska driva utvecklingen i primärvården. Är det beställarenheten eller primärvårdens egenregi?

Det råder delade meningar i primärvårdens egenregi avseende mer självständiga enheter eller att få till en större koncernkänsla. Från 2010 tecknar hälsovalet överenskommelser med varje vårdenhet med samma villkor som privata utförare vilket kan anses som ett sätt att få arbeta mer självständigt. I och med större konkurrensutsättning kan det istället bli viktigt att jobba med koncernkänslan i egenregin.

Folktandvården har visat intresse för att bedrivas i intraprenadform.

Några nya juridiska möjligheter för att bedriva verksamheten som en intraprenad än de som gällde för intraprenaderna i Åre och Krokom 2006-2008 framkommer inte i översynen.

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

8 Förslag till förändringar

Utifrån resultatet ovan föreslås följande:

1. Beslutet från 2009 (LS/935/2009) för organisation för den regiondrivna primärvården upphör att gälla.
2. Uppdatera beslutet från 2015 (RS/1379/2015) om organisation i primärvård och tydliggör samordningsuppdraget i närvårdsområdet.
3. Arbeta för att få till en större koncernkänsla i primärvården
4. Utred frågan om utveckling inom primärvård och tydliggör egenregins roll kontra beställarenheten
5. Nuvarande modell för över- och underskottshantering (LS/42/2010) upphör att gälla.

9 Referenser

Brännström, M. (2017). *Primärvården i fokus. Utveckling av sjukvårdssystemet.* Norrlandstingens regionförbund.

Nilsson,K.& Andersson,M. (2015). *Intraprenad som driftsform. En utvärdering av Luleå kommuns intraprenadverksamhet.* Luleå tekniska universitet.

Skoglund, C. (2009). *Vårdval i norra regionen. Diskussionsunderlag.*

Strömstedt, M. et al. *Framtidens bästa primärvård. Slutrapport- projektresultat.* Region Östergötland

Sveriges Kommuner och Landsting (2011) *Alternativa driftformer.*

Åkerström, M-B. (2008). *Rådgivningsrapport. Utvärdering av intraprenader i hälso- och sjukvården.* PricewaterhouseCoopers.

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

Ledningsstab ekonomi
Karin Jonsson
Tfn: 063-15 31 87
E-post: karin.jonsson@jll.se

2010-01-07

RS/1039/2017

Modell för över- och underskottshantering Fullmäktige 2010

Att den kommunala sektorn klarar av att sköta sin ekonomi på ett ansvarsfullt sätt är en viktig förutsättning för utvecklingen av lokal demokrati och självstyrelse.

God ekonomisk hushållning innebär att en kommun/landsting i normalfallet har ett rimligt överskott i budgeterad resultaträkning och bokslut. Om det finns synnerliga skäl kan den budgeterade resultaträkningen undantagsvis underbalanseras.

När underskott har konstaterats ställs krav på framtagande av särskild åtgärdsplan. Planen ska innehålla genomtänkta och genomförbara åtgärder för att täcka hela det belopp som ska regleras och det skall framgå när åtgärderna genomförs. Åtgärdsplanen ska följas upp kontinuerligt och återrapportering skall ske till fullmäktige om planen inte hålls.

Tidsfristen för att återställa ett negativt resultat är tre år. Krav ställs på att fullmäktige ska anta en åtgärdsplan som ska täcka hela underskottet. Beslut om en reglering av underskottet ska tas senast i budget det tredje året efter det år då underskottet uppkom.

Från och med 2010 föreslås Jämtlands läns landsting införa en ekonomisk modell som innebär att verksamhetsområdena fiktivt bär med sig över- och underskott mellan åren. Modellen bygger inte på tilläggsanslag och ramsänkningar utan resultatet över tid följs i särskild ordning utanför den ordinarie redovisningen. Modellen tas i drift från år 2010 vilket innebär att 2010 års resultat är det första som adderas i modellen.

Om ett verksamhetsområde ett år redovisar ekonomiskt överskott får området ha det överskottet tillgodo i modellen för att möta eventuella underskott kommande år. Om ett verksamhetsområde istället redovisar underskott som inte kan täckas av upparbetat överskott tidigare år måste området återställa detta underskott inom tre år. Inom primärvården tillämpas samma princip i nästa led även på närvårdsområdesnivå.

Vid analys av årets resultat för ett verksamhetsområde väger måluppfyllnaden tungt i hur ekonomiskt över- och underskott ska betraktas och i vilken omfattning verksamheten ska reglera underskottet under nästkommande treårsperiod. Om underskottet beror på svårpåverkbara faktorer och verksamheten inte har kunnat anpassas inom givet uppdrag, utan betydande konsekvenser för medborgarna och

anställdas arbetsmiljö kan det underskott som ska föras över till nästkommande år komma att räknas ned.

Beslut om återställande av ekonomiskt underskott för verksamhetsområdena fattas av landstingsstyrelsen En verksamhet i ekonomisk balans uppnås genom en kombination av adekvata åtgärder, nödvändiga omdisponeringar och tilläggsanslag.

Jämtlands Läns Landsting

Förslag till ny konkurrensneutral organisation för den landstingsdrivna primärvården

Version: 1

Ansvarig: Tommy Renström

Jämtlands Läns Landsting

2009-10-06 Dnr:

ÄNDRINGSFÖRTECKNING

Version	Datum	Ändring	Beslutat av	Datum
1.	2009-10-06	Nyutgåva.		

Jämtlands Läns Landsting

2009-10-06 Dnr:

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

NY KONKURRENSNEUTRAL ORGANISATION FÖR DEN LANDSTINGSDRIVNA PRIMÄRVÅRDEN

1.1 BAKGRUND 4

1.2 UPPDRAGET 4

1.3 BASUPPDRAG 5

1.4 HUVUDPRINCIPER 5

2.1 NÄRVÅRDSOMRÅDEN 6

2.2 ÖSTERSUNDS KOMMUN 6

2.3 LISTNING 6

3.1 VERKSAMHETSCHEF 6

4.1 UTBILDNINGSORGANISATION 7

5.1 UNGDOMSMOTTAGNING 7

5.1.1 Samverkan **7**

5.1.2 Ungdomsmottagningens organisation **7-8**

6.1 EKONOMI 8

7.1 VERKSAMHETER SOM INTE BÖR TILLHÖRA DEN LANDSTINGSDRIVNA PRIMÄRVÅRDSORGANISATIONEN 8

Jämtlands Läns Landsting

2009-10-06 Dnr:

NY KONKURRENSNEUTRAL ORGANISATION FÖR DEN LANDSTINGSDRIVNA PRIMÄRVÅRDEN

1.1 BAKGRUND

Fr o m 1 januari införs hälsovalet i Jämtlands läns landsting i enlighet med lagen om valfrihetssystem. År 2010 ses som ett uppstartår för hälsovalet och modellen/ organisationen ska fortsättningsvis kunna utvecklas vidare.

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

Införande av hälsovalet och s k fri etableringsrätt medför att en uppdelning måste göras inom landstinget medan rollen som primärvårdsproducent respektive beställare, finansiär och organ för att kontrollera att samtliga aktörer lever upp till landstingets krav.

Funktioner som godkännandeprocess, avtalstecknande, listning, uppföljning och granskning av verksamheten, ersättningssystemets utformning, framtagande av regelverk och förfrågningsunderlag måste fr o m 2010 hanteras utanför primärvårdsorganisationen.

1.2 UPPDRAGET

Primärvården ska bedrivas i enlighet med de nationella riktlinjer, vårdprogram samt behandlingsråd eller behandlingsöverenskommelser som fastställs av landstinget. Dessa lägger grunden för de kompetenser som måste finnas i primärvården.

- Alla vårdgivare ska bedriva sin verksamhet inom ramen för ett enhetligt basuppdrag.
- Basuppdraget tar sikte på ansvarsområden och funktionalitet, inte resurser eller organisation.
- Innebörden av basuppdraget preciseras i det regelverk och förfrågningsunderlag som landstinget fastställer och som löpande publiceras på den nationella webbplatsen.
- Kravet för att bli godkänd är att övervägande delen av läkare är specialister i allmänmedicin.

1.3 BASUPPDRAG

Primärvården ska i enlighet med HSL § 5 svara för befolkningens behov av första linjens hälso- och sjukvård i form av

- Medicinsk behandling
- Omvårdnad
- Förebyggande arbete
- Rehabilitering

Verksamheten ska bedrivas i enlighet med de grundläggande principerna i den vägledning för god vård som fastställs av Socialstyrelsen innebärande:

- Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård
- Säker vård
- Patientfokuserad vård
- Jämlik vård
- Effektiv vård
- Vård i rimlig tid

I dag finns verksamhet som bedrivs inom både primärvård och medicinsk diagnostik och teknik. En översyn av organisation och funktionsansvar skall genomföras. Förslaget skall leda till optimering av resurser och förbättrad tillgänglighet.

1.4 HUVUDPRINCIPER

Vård- och rehabiliteringsberedningen har kommit fram till sex huvudprinciper som ska vara styrande för primärvården, nämligen:

- Närhetsprincipen
- Samordning
- Ekologiskt hållbar
- Folkhälsofrämjande
- Anpassningsbar verksamhet
- Uppföljnings- och utvärderingsbar verksamhet

2.1 NÄRVÅRDSOMRÅDEN

Den landstingsdrivna primärvården bör organiseras utifrån kommunvisa närvårdsområden.

Närvårdsområdena leds av en verksamhetschef per kommun. Om det finns chefer för hälsocentraler inom området underställs dessa verksamhetschefen.

Närvårdsområdet utgör basen för de anställda i primärvården och kan då ha alternativa arbetsplaceringar. I området ska finnas minst en hälsocentral samt eventuell distriktssköterskemottagning eller annex.

Närvårdsområdet utgör en ekonomisk enhet och redovisningsenhet för t ex kvalitativa mått m m. Basuppdraget gäller per närvårdsområde.

Området får själv finansiera eventuellt administrativt stöd inom området.

2.2 ÖSTERSUNDS KOMMUN

Med hänvisning till dess storlek redovisas statistik och ekonomi per hälsocentral inom området. Varje hälsocentral kan ha en enhetschef underställd verksamhetschefen.

2.3 LISTNING

Listning kan göras till enheter som kan fullgöra primärvårdsuppdraget enligt särskild förteckning.

3.1 VERKSAMHETSCHEF

Verksamhetscheferna bildar tillsammans primärvårdsorganisationens ledningsgrupp. Här ingår även nuvarande intraprenader som föreslås avvecklas i nuvarande form.

Verksamhetscheferna är underställd en verksamhetsområdeschef som även är chef för primärvårdens stab.

4.1 UTBILDNINGSORGANISATION

En organisation med fortbildningssamordnare skall även fortsättningsvis finnas för primärvården. Denna bör finnas inom den landstingsdrivna primärvården men vara tillgänglig även för privata vårdgivare.

5.1 UNGDOMSMOTTAGNING

Inom primärvården finns idag en ungdomsmottagning med placering i Östersund. Ungdomsmottagningen har ett länsövergripande uppdrag och betjänar ungdomar från hela länet. Mottagningen är ett anslagsfinansierat tilläggsuppdrag.

Målsättningen för ungdomsmottagningen är

- att främja fysisk och psykisk hälsa.

- att stärka ungdomar i identitetsutveckling och sexuell utveckling.

- att förebygga oönskade graviditeter och sexuellt överförbara infektioner.

- att förebygga, och att i ett så tidigt stadium som möjligt upptäcka missbruk i olika former.

Ungdomsmottagningen arbetar utifrån en helhetssyn som är medicinsk, social och psykologisk och tillämpar ett tvärprofessionellt arbetssätt.

Ungdomsmottagningen utgör ett viktigt komplement till skolans, hälsocentralens, sjukhusets, föräldrars och kamraters resurser, anpassat efter ungdomars behov. Mottagningarna har en viktig roll att fylla i det främjande och förebyggande arbetet till folkhälsan.

5.1.1 Samverkan

Mottagningen samverkar med kommuner, Finsamförbund och frivilligorganisationer.

5.1.2 Ungdomsmottagningens organisation

Utifrån sitt länsövergripande uppdrag och hälsofrämjande förebyggande insatser föreslås Ungdomsmottagningen organiseras i samverkan med ett länsövergripande kompetenscentrum för folkhälsa och livsstilsfrågor. I detta kompetenscentrum bör det länsövergripande uppdraget vara att fortsätta och utöka sin utåtriktade verksamhet med förebyggande hälsofrämjande karaktär samt att serva länet med helhet genom att

- resa ut i länet och där med ortens nätverk anordna temadagar, utbildning av skolelever.

- anordna utbildning för personal som arbetar med ungdomar, t ex lärare, personal på elevhem och behandlingshem.

- att vara tillgängliga som resurs för de närvårdsområden/hälsocentraler som väljer att starta egna ”tonårsmottagningar”.

- öka gruppverksamhet, t ex DISA-grupper, kill- och tjejgrupper, överviktsgrupper, rökavvänjningsgrupper.

- suicidprevention, utbildning av lärare m m, större inriktning på ”riskgrupper”.

6.1 EKONOMI

En viktig förutsättning för en konkurrensneutral landstingsdriven organisation är att förutsättningarna är så lika som möjligt med privata utförare.

Ett system för långsiktig, 3-årsplanering, bör införas. Detta förutsätter att över- och underskottssystem som gör det möjligt att per närvårdsområde genererat överskott kan sparas mellan budgetåren. Det ska inte heller finnas några fria nyttigheter för aktörer utanför primärvården.

Eventuella tilläggsuppdrag i projekt m m utanför basuppdraget ska ha full kostnadstäckning.

7.1 VERKSAMHETER SOM INTE BÖR TILLHÖRA DEN LANDSTINGSDRIVNA PRIMÄRVÅRDSORGANISATIONEN

Följande enheter med länsövergripande uppdrag bör organiseras i enhet/-er utanför primärvården:

- Sjukvårdsrådgivningen/1177
- Stimulansmedel
- Sjukskrivningsprocessen
- Näva, Strömsund
- Korttidsplatserna i Sveg
- TNE – budget
- Livsstilsenheten/Kompetenscentrum Campus
- AT-läkare – studierektorer
- ST-läkare – studierektorer
- Ungdomsmottagningen

24

Bolagsordning Almi Företagspartner Mitt AB

RS/515/2018

2018-03-02

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

RS/515/2018

Bolagsordning Almi Företagspartner Mitt AB

Ärendebeskrivning

I samtal förda med Almi Företagspartner AB, moderbolag för Almi Företagspartner Mitt AB, har det framkommit att moderbolaget önskar att Region Jämtland Härjedalen uttalar sitt godkännande av den nya föreslagna bolagsordningen.

Justeringar som gjorts i föreslagen ny bolagsordning är bl.a. att antalet ledamöter i styrelsen justeras till minst fyra ledamöter och högst nio ledamöter (tidigare 3-12 ledamöter), och att kallelse till årsstämman skall ske tidigast sex veckor innan och senast fyra veckor innan årsstämman (tidigare 4-2 veckor innan). I den nya bolagsordningen framgår också att val av valberedning skall ske på bolagsstämman (tidigare var det moderbolaget som kallade till valberedning).

Den nya bolagsordningen ska godkännas av respektive ägare, och därefter fastställas på bolagets ordinarie årsstämma i april 2018.

Regionala utvecklingsnämnden behandlade ärende 2018-02-20 § 28 och föreslår regionfullmäktige

Förslag till ny bolagsordning för Almi Företagspartner Mitt AB godkänns.

Regiondirektörens förslag

Regionstyrelsen tillstyrker regionala utvecklingsnämndens förslag.

I tjänsten
Hans Svensson
Regiondirektör

Mikael Ferm
Regionstabschef

Utdrag till

Regionfullmäktige

§28

Bolagsordning Almi Företagspartner Mitt AB (RUN/686/2017)

Sammanfattning

I samtal förda med Almi Företagspartner AB, moderbolag för Almi Företagspartner Mitt AB, har det framkommit att moderbolaget önskar att Region Jämtland Härjedalen uttalar sitt godkännande av den nya föreslagna bolagsordningen.

Justeringar som gjorts i föreslagen ny bolagsordning är bl.a. att antalet ledamöter i styrelsen justeras till minst fyra ledamöter och högst nio ledamöter (tidigare 3-12 ledamöter), och att kallelse till årsstämman skall ske tidigast sex veckor innan och senast fyra veckor innan årsstämman (tidigare 4-2 veckor innan). I den nya bolagsordningen framgår också att val av valberedning skall ske på bolagsstämman (tidigare var det moderbolaget som kallade till valberedning).

Den nya bolagsordningen ska godkännas av respektive ägare, och därefter fastställas på bolagets ordinarie årsstämma i april 2018.

Förslag till beslut

Regionala utvecklingsnämnden föreslår regionfullmäktige

Förslag till ny bolagsordning för Almi Företagspartner Mitt AB godkänns.

Beslut

Regionala utvecklingsnämnden föreslår regionfullmäktige

Förslag till ny bolagsordning för Almi Företagspartner Mitt AB godkänns.

Expedieras till

Almi Företagspartner AB, Almi Företagspartner Mitt AB

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Bolagsordning Almi Företagspartner Mitt AB
- Almi Företagspartner Mitt AB, bolagsordning

BOLAGSORDNING

Organisationsnummer: 556488-3312

1 § Firma

Bolagets firma är Almi Företagspartner Mitt AB.

2 § Styrelsens säte

Bolagets styrelse skall ha sitt säte i Östersunds kommun i Jämtlands län.

3 § Verksamhet

Föremålet för bolagets verksamhet ska vara att stärka utvecklingen av regionens näringsliv med utgångspunkt i regionens behov och samtidigt verka för en hållbar tillväxt. Bolaget ska, på moderbolagets, Almi Företagspartner AB, uppdrag, bedriva verksamhet i enlighet med statlig förordning om regionala utvecklingsbolag i form av rådgivning och finansiering. Verksamheten ska medverka till att konkurrenskraftiga, och därmed hållbara, små och medelstora företag utvecklas och blir fler.

Bolaget ska ej bedriva sådan verksamhet som avses i lagen om bank och finansieringsrörelse.

4 § Aktiekapital

Bolagets aktiekapital skall utgöra lägst en miljon (1 000 000) kronor och högst fyra miljoner (4 000 000) kronor.

5 § Antalet aktier

Antalet aktier ska vara lägst tusen (1 000) och högst fyratusen (4 000).

6 § Styrelse och revisorer

Bolagets styrelse ska, till den del den utses av bolagsstämman, bestå av lägst fyra (4) och högst nio (9) ledamöter utan suppleanter.

Bolagsstämman ska utse styrelseordföranden.

Bolagets verkställande direktör kan ej vara ledamot av styrelsen.

Bolaget ska ha en (1) eller två (2) auktoriserade revisorer, med eller utan en (1) eller två (2) suppleanter, eller ett (1) registrerat revisionsbolag som revisor.

Landstinget Västernorrland och Regionförbundet Jämtlands län äger rätt att vardera utse en lekmannarevisor och suppleant till denna som väljs vid årsstämman.

7 § Kallelse till bolagsstämma

Kallelse till årsstämma ska utfärdas tidigast sex (6) veckor och senast fyra (4) veckor före stämman. Kallelse till bolagsstämma ska utfärdas till alla aktieägare förtecknade i bolagets aktiebok tidigast fyra (4) veckor och senast två (2) veckor före stämman. Kallelse till bolagsstämma ska skickas med post till aktieägarna.

8 § Ärenden på årsstämma

Vid årsstämma ska beslut fattas om följande (som inte är en uttömmande lista utan som kan kompletteras med andra ärenden på det sätt som vid var tid tillämplig lag respektive bolagsordning föreskriver):

- Stämmans öppnande
- Val av ordförande vid stämman
- Upprättande och godkännande av röstlängd
- Stämmans ordförande utser protokollförare
- Val av justerare
- Godkännande av dagordningen
- Fråga om stämman blivit behörigen sammankallad
- Framläggande av årsredovisning och revisionsberättelse
- Redogörelse för det gångna årets arbete
- Beslut om
  - I. fastställelse av resultaträkningen och balansräkningen,
  - II. dispositioner beträffande bolagets vinst eller förlust enligt den fastställda balansräkningen, och
  - III. ansvarsfrihet för styrelseledamöterna och den verkställande direktören.
- Redovisning av ersättningar och tillämpningen av tidigare beslutade riktlinjer för ersättningar till ledande befattningshavare
  - I. muntlig redogörelse av styrelsens ordförande om de ledande befattningshavarnas ersättningar, samt
  - II. styrelsens redovisning om tidigare riktlinjer för ersättningar till ledande befattningshavare i har följts eller inte och skälen för eventuella avvikelser.
- Beslut om styrelsens förslag till riktlinjer för ersättningar till ledande befattningshavare
- Redogörelse för förslag till beslut om arvoden, styrelseledamöter, styrelseordförande och revisor och i förekommande fall lekmannarevisor
- Beslut om arvoden till stämmovalda styrelseledamöter, utskottsledamöter och revisorer samt i förekommande fall lekmannarevisorer
- Val av styrelseledamöter och styrelseordförande
- Val av revisor och i förekommande fall lekmannarevisor och i förekommande fall notering av arbetstagarledamot och suppleant för denna
- Val av valberedning
- Beslut om ägaranvisning
- Övrigt
- Stämmans avslutande

9 § Bolagets räkenskapsår

Bolagets räkenskapsår ska vara kalenderår.

10 § Rösträtt och samråd

Vid bolagsstämma får varje röstberättigad rösta för fulla antalet av honom ägda och företrädda aktier utan begränsning i röstetalet. Landstinget Västernorrland och Region Jämtland Härjedalen ska få ta ställning innan sådana beslut i verksamheten som är av principiell betydelse eller av större vikt fattas. Vid tveksamhet avseende huruvida fråga är att hänföra dit ska samråd ske med Landstinget Västernorrland och Region Jämtland Härjedalen. § 3, § 6 om lekmannarevisorer och denna § 10 får inte ändras utan godkännande av den regionala ägaren.

11 § Förköp

Aktieägare som önskar överlåta alla eller del av sina aktier i bolaget ska genom skriftlig anmälan hos bolagets styrelse erbjuda övriga aktieägare att köpa aktierna. Anmälan ska innehålla uppgift om vilka aktier anmälan avser samt vilka villkor som ställs för köpet.

När aktie sålunda har anmälts för förköp, ska styrelsen genast skriftligen underrätta bolagets aktieägare om detta med anmodan till den, som önskar begagna sig av förköpsrätten att skriftligen anmäla sig hos styrelsen inom två månader, räknat från anmälan hos styrelsen om erbjudande av förköp.

Anmäler sig flera berättigade, ska företrädesrätten dem emellan bestämmas genom lottning, dock att, om samtidigt flera aktier har erbjudits for förköp, aktierna först, så långt ske kan, ska fördelas bland dem, som vill köpa, i proportion till deras tidigare aktieinnehav. Betalning ska ske inom en månad från den dag priset blev bestämt.

Förköpsrätten får begagnas för mindre antal aktier än erbjudandet omfattar.

12 § Hembud

Har en aktie övergått från en aktieägare till en person som inte är aktieägare i bolaget har övriga aktieägare rätt att lösa aktien. Lösningsrätten ska kunna utnyttjas även för ett mindre antal aktier än rätten omfattar. Den nye ägaren av aktien ska genast skriftligen anmäla övergången till aktiebolagets styrelse. Han ska också visa på vilket sätt han har fått äganderätt till aktien.

När anmälan om en akties övergång har gjorts ska styrelsen genast skriftligen meddela detta till varje lösningsberättigad vars postadress är känd för aktiebolaget. Styrelsen ska uppmana de lösningsberättigade att skriftligen framställa lösningsanspråk hos aktiebolaget, senast inom två månader räknat från anmälan hos styrelsen om övergången.

Anmäler sig fler än en lösningsberättigad ska samtliga aktier så långt det är möjligt fördelas mellan de lösningsberättigade i förhållande till deras tidigare innehav av aktier i aktiebolaget.

Återstående aktier fördelas genom lottning av aktiebolagets styrelse eller, om någon lösningsberättigad begär det, av notarius publicus.

Har en aktie som är underkastad lösningsrätt överlåtits mot vederlag ska lösenbeloppet motsvara vederlaget. Lösenbeloppet ska erläggas inom en månad från den tidpunkt lösenbeloppet blev bestämt.

Talan i en fråga om hembud måste väckas inom två månader från den dag då lösningsanspråket framställdes hos aktiebolaget.

13 § **Vinstutdelning**

Aktierna medför inte rätt till utdelning, utan bolagets vinst ska, i den mån den inte reserveras, an-vändas för att främja bolagets ändamål på sätt som anges i § 3 ovan. Någon vinstutdelning från bolaget ska därför inte ske. Vid bolagets likvidation ska bolagets behållna tillgångar fördelas bland aktieägarna.

Antagen vid bolagsstämma den xx

25

Bolagsordning och ägardirektiv för Länstrafiken Jämtlands län AB

RS/516/2018

2018-03-02

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

RS/516/2018

Bolagsordning och ägardirektiv för Länstrafiken Jämtlands län AB

Ärendebeskrivning

Länstrafiken i Jämtlands län AB är det bolag som verkställer den allmänna och särskilda kollektivtrafiken med buss och bil som Region Jämtland Härjedalen, i egenskap av regional kollektivtrafikmyndighet, har ansvar för. Bolaget är helägt av Region Jämtland Härjedalen.

Region Jämtland Härjedalen bedriver ett projekt "Jämställd regional tillväxt". Projektet ska bidra till en jämställd regional tillväxt där kvinnor och män har samma makt och förutsättningar att nå inflytande i det regionala tillväxtarbetet och på likvärdiga villkor få tillgång till de resurser som finns för regionala satsningar på hållbar tillväxt. Ett delmål är att skapa en rutin för uppföljning av delägda bolag och medlemsföreningars arbete med jämställdhet ur ett intersektionellt perspektiv.

Bolagsordning, ägardirektiv och uppdragsavtal har reviderats. Krav på att utveckla sitt arbete och verksamheten utifrån ett jämställdhetsperspektiv ställs.

Regionala utvecklingsnämnden behandlade ärendet 2018-02-20, § 32 och fastställde då uppdragsavtalet. Nämnden föreslår regionfullmäktige

Förslag till ägardirektiv och bolagsordning antas.

Regiondirektörens förslag

Regionstyrelsen tillstyrker regionala utvecklingsnämndens förslag.

I tjänsten
Hans Svensson
Regiondirektör

Mikael Ferm
Regionstabschef

Utdrag till

Regionfullmäktige

§32

Bolagsordning, ägardirektiv och uppdragsavtal för Länstrafiken i Jämtlands län AB (RUN/65/2018)

Sammanfattning

Länstrafiken i Jämtlands län AB är det bolag som verkställer den allmänna och särskilda kollektivtrafiken med buss och bil som Region Jämtland Härjedalen, i egenskap av regional kollektivtrafikmyndighet, har ansvar för. Bolaget är helägt av Region Jämtland Härjedalen.

Region Jämtland Härjedalen bedriver ett projekt "Jämställd regional tillväxt".

Projektet ska bidra till en jämställd regional tillväxt där kvinnor och män har samma makt och förutsättningar att nå inflytande i det regionala tillväxtarbetet och på likvärdiga villkor få tillgång till de resurser som finns för regionala satsningar på hållbar tillväxt. Ett delmål är att skapa en rutin för uppföljning av delägda bolag och medlemsföreningars arbete med jämställdhet ur ett intersektionellt perspektiv.

Bolagsordning, ägardirektiv och uppdragsavtal har reviderats. Krav på att utveckla sitt arbete och verksamheten utifrån ett jämställdhetsperspektiv ställs.

Förslag till beslut

1. Utskottet för infrastruktur föreslår regionala utvecklingsnämnden
   Förslag till uppdragsavtal antas.

2. Utskottet för infrastruktur föreslår regionala utvecklingsnämnden
   Regionala utvecklingsnämnden föreslår regionfullmäktige
   2a. Ägardirektivet ska innehålla en punkt om bolagets miljöarbete.
   2b. Förslag till ägardirektiv och bolagsordning antas.

Yrkanden

Eva Hellstrand (C): Ändringsyrkande punkt 1. Formuleringen "Ansvara för bussgods." ska finnas kvar i uppdragsavtalet.
Marie Svensson (V): Bifall till Eva Hellstrands ändringsyrkande.
Stefan Nilsson (KD): Bifall till Eva Hellstrands ändringsyrkande.
Elise Ryder Wikén (M): Avslag till Eva Hellstrands ändringsyrkande.
Tilläggsyrkande punkt 2. Följande tillägg görs i ägardirektivet innan det överlämnas till fullmäktige för beslut:
Under Inledning ändras "och jämtställdhetsarbete." till "jämställdhets- och miljöarbete.".
Efter avsnittet Verksamhetsutövning ur ett jämställdhetsperspektiv läggs ett nytt avsnitt till:

"Verksamhetsutövning ur ett klimatperspektiv
Bolaget ska aktivt arbeta för minskad klimatpåverkan samt skapa beredskap för klimatförändringens effekter."
I och med detta är utskottets beslutspunkt 2a. uppfyllt.

Propositionsordning

Ordförande ställer proposition på Eva Hellstrands ändringsyrkande, och finner det avslaget.
Ordförande ställer proposition på Elise Ryder Wikéns tilläggsyrkande, och finner det antaget.
Ordförande ställer proposition på utskottet för infrastrukturs förslag, med antagna tillägg, och finner det antaget.

Beslut

1. Förslag till uppdragsavtal antas.

2. Följande tillägg görs i ägardirektivet innan det överlämnas till fullmäktige för beslut:
   Under Inledning ändras "och jämtställdhetsarbete." till "jämställdhets- och miljöarbete.".
   Efter avsnittet Verksamhetsutövning ur ett jämställdhetsperspektiv läggs ett nytt avsnitt till:
   "Verksamhetsutövning ur ett klimatperspektiv
   Bolaget ska aktivt arbeta för minskad klimatpåverkan samt skapa beredskap för klimatförändringens effekter."

3. Regionala utvecklingsnämnden föreslår regionfullmäktige
   Förslag till ägardirektiv och bolagsordning antas.

Reservationer

Eva Hellstrand (C), Can Savran (C), Marie Svensson (V), Stefan Nilsson (KD) och Thomas Johansson Nordqvist (SD) reserverar sig mot beslutspunkt 1 till förmån för Eva Hellstrands ändringsyrkande.

Expedieras till

Länstrafiken i Jämtlands län AB, info@ltr.se

Beslutsunderlag

- §4 Utskottet för infrastruktur Bolagsordning, ägardirektiv och uppdragsavtal för Länstrafiken i Jämtlands län AB
- LTR Uppdragsavtal
- LTR Ägardirektiv
- LTR Bolagsordning

FÖRSLAG 2018-02-20

ÄGARDIREKTIV FÖR LÄNSTRAFIKEN I JÄMTLANDS LÄN AB

Inledning

Sedan årsskiftet 2011/2012 regleras kollektivtrafiken i lagen (SFS 2010:1065). Enligt den ska det finnas en regional kollektivtrafikmyndighet (RKM) i varje län. Region Jämtland Härjedalen, är RKM i Jämtlands län och äger bolaget Länstrafiken i Jämtlands län AB (Länstrafiken).

Länstrafiken har fått uppdraget att operativt verkställa den allmänna och särskilda kollektivtrafiken i Jämtlands län, detta framgår av uppdragsavtal (RUN/65/2018). Uppdragsavtal regional kollektivtrafik – överlämnande av befogenheter i enlighet med SFS 2010:1065 och Uppdragsavtal om samordning av samhällsbetalda resor i Jämtlands län). Utöver uppdragsavtal finns bolagsordning.

Ägardirektivet reglerar ekonomiska mål och riktlinjer, rutiner för budget, redovisning, verksamhetsmål, jämställdhets- och miljöarbete.

Ekonomiska mål och riktlinjer

Bolaget finansieras i huvudsak med biljettintäkter, statsbidrag och verksamhetsbidrag från RKM.

- Det ekonomiska målet är att behålla aktiekapitalet intakt.
- Bolaget ska drivas med god ekonomisk hållning och ökad självfinansieringsgrad är ett mål.

Rutiner budget och redovisning

För att verksamhetsbidraget till Länstrafiken skall kunna behandlas vid rätt tidpunkt ska de beslut om tidplaner för budgetprocessen i Region Jämtland Härjedalen följas.
Länstrafiken tillhandahåller Region Jämtland Härjedalen följande uppgifter

- Årsredovisning
- Delårsrapporter med helårsprognos
- Protokoll från styrelse och årsstämma
- Bolagets verksamhetsplan och budget
- Revisionsberättelse
- I övrigt uppgifter och information av relevant betydelse för att ägaren ska kunna följa verksamhetens utveckling.

Vid trafikförändringar, d v s ökat eller minskat trafikutbud**,** inte tidtabelljusteringar, måste förändringen finnas med ”hela vägen” i budgetarbetet d v s finnas i Länstrafikens rambudget till ägaren i mars månad året innan trafikförändringen skall göras.

Ägarens uppsikt enligt kommunallagen

Bolaget står i sin verksamhet under uppsikt av Region Jämtland Härjedalen (RKM). Det ankommer på Länstrafikens styrelse och i förekommande fall verkställande direktören att följa de av Region Jämtland Härjedalen fastställda riktlinjer och regler för styrning av bolag ägda av Region Jämtland Härjedalen och andra av ägaren utfärdade direktiv för verksamheten, om de inte står i strid med tvingande bestämmelser i aktiebolagslagen eller annan författning.

Verksamhetsmål

Verksamhetskrav och mål för den regionala kollektivtrafiken framgår av Regionalt trafikförsörjningsprogram 2016–2020.

Verksamhetsutövning ur ett jämställdhetsperspektiv

Bolaget ska bedriva sin verksamhet internt, och externt med ett jämställdhetsperspektiv i nära samarbete med sina avtalsparter.

Verksamhetsutövning ur ett klimatperspektiv

Bolaget ska aktivt arbeta för minskad klimatpåverkan samt skapa beredskap för klimatförändringens effekter.

Uppdragsavtal

Till ägardirektivet finns ett särskilt uppdragsavtal som reglerar verksamhet och uppdrag, uppföljning av mål och verksamhet samt i övrigt relationen mellan uppdragsgivaren Region Jämtland Härjedalen och utföraren Länstrafiken i Jämtlands län AB.

Giltighet

Ägardirektivet gäller fr.o.m. att det antagits 2018-05-17 och tills vidare.

FÖRSLAG 2018

BOLAGSORDNING FÖR LÄNSTRAFIKEN I JÄMTLANDS LÄN AB

Denna bolagsordning avses gälla fr.o.m. 2018-05-17.

1 Firma

Bolagets firma är Länstrafiken i Jämtlands län AB.

2 Säte

Styrelsen skall ha sitt säte i Östersunds kommun, Jämtlands län.

3 Ändamålet med bolagets verksamhet

Bolaget ska bedriva kollektivtrafik, administration av kollektivtrafik och andra tjänster avseende kollektivtrafik.

Bolaget ska erbjuda invånare kollektivtrafik, innefattande arbetspendling och annat vardagsresande i Jämtlands län och angränsande regioner.

Bolaget ska inte bedrivas med huvudsakligt vinstsyfte.

4 Regionstyrelsens rätt att ta ställning

Bolaget skall bereda Region Jämtland Härjedalen möjlighet att ta ställning innan sådana beslut i verksamheten som är av principiell betydelse eller annars av större vikt fattas.

5 Aktiekapitalet

Aktiekapitalet skall utgöra lägst 8 000 000 kronor och högst 32 000 000 kronor.

6 Antal aktier

I bolaget skall finnas lägst 8 000 aktier och högst 32 000 aktier.

7 Styrelse

Bolagets styrelse skall bestå av fem - sju ledamöter och två-fyra suppleanter, en jämn könsfördelning ska eftersträvas. Ledamöter till styrelse väljs av Region Jämtland Härjedalen för tiden från den årsstämma som följer närmast efter det ordinarie val till kommun-/landstingsfullmäktige förrättats intill slutet av den årsstämma som följer efter nästa ordinarie val till kommun-/landstingsfullmäktige. Region Jämtland Härjedalens fullmäktige väljer bland ledamöterna ordförande och vice ordförande i bolagets styrelse.

Arvoden fastställs av bolagsstämman.

8 Revisorer

Årsstämma utser en auktoriserad revisor för granskning av bolagets årsredovisning och bokföring samt styrelsen och den verkställande direktörens förvaltning.

Lekmannarevisor/förtroenderevisor för granskning om bolagets verksamhet sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt och om bolagets interna kontroll är tillräcklig utses av Region Jämtland Härjedalen fullmäktige.

Revisorerna utses för samma mandatperiod som gäller för bolagets styrelse.

9 Kallelse till årsstämma

Kallelse till årsstämma och andra meddelanden till aktieägaren skall ske tidigaste fyra veckor och senast två veckor före stämman.

10 Ärenden på ordinarie årsstämma

På ordinarie årsstämma skall följande ärenden förekomma till behandling

1. Stämmans öppnande,
2. Val av ordförande vid stämman,
3. Val av en eller flera justeringsmän,
4. Upprättande och godkännande av röstlängd,
5. Godkännande av dagordning,
6. Prövning av om stämman blivit behörigen sammankallad,
7. Framläggande av årsredovisning, revisionsberättelse och lekmannarevisorns granskningsrapport,
8. Beslut om
    a. fastställelse av resultat- och balansräkningen
    b. dispositioner beträffande bolagets vinst eller förlust enligt den fastställda balansräkningen
    c. ansvarsfrihet för styrelseledamöterna och verkställande direktör;
9. Fastställande av arvoden till styrelse, revisorer och lekmannarevisorer,
10. I förekommande fall val av revisor,
11. I förekommande fall val av lekmannarevisorer,
12. Annat ärende som ankommer på stämman enligt aktiebolagslagen eller bolagsordningen.

11 Extra bolagsstämma

Om styrelsen anser att det finns skäl att hålla bolagsstämma före nästa ordinarie bolagsstämma, ska den kalla till extra bolagsstämma enligt Aktiebolagslagen 7 kap § 13. Kallelse ska utfärdas tidigast sex veckor och senast två veckor före den extra bolagsstämman. Kallelse till extra bolagsstämma där fråga om ändring av bolagsordningen kommer att behandlas ska utfärdas enligt samma tidsintervall.

12 Bolagsstämmans kompetens

Beslut i följande frågor ska alltid fattas av bolagstämman

- Årlig fastställande av handlingsprogram med strategiska mål för de närmaste tre räkenskapsåren
- Fastställande av budgetramar för verksamheten
- Ram för upptagande av krediter
- Ställande av säkerhet
- Bildande av bolag

- Köp eller försäljning av bolag eller andel i sådant
- Köp eller försäljning av fast egendom överstigande ett belopp av 1 SEK per affärstillfälle
- Andra köp, förvärv eller upplåtelse än som nämnts ovan överstigande ett värde av 1 SEK exkl. moms per affärstillfälle
- Beslut i annat ärende av principiell betydelse eller annars av större vikt.

13 Räkenskapsår

Kalenderår skall vara bolagets räkenskapsår.

14 Firmateckning

Styrelsen får inte bemyndiga annan än styrelseledamot eller verkställande direktör att teckna bolagets firma. Sådant bemyndigande får endast avse två personer i förening.

15 Ägarens rätt till information

För att fullgöra sin förvaltningskontroll enligt 6 kap 1 § i kommunallagen äger Regionstyrelsen och Regionala utvecklingsnämnden ta del av bolagets samtliga handlingar och samtliga räkenskaper och i övrigt informera sig om bolaget och dess verksamhet. Detta gäller dock endast i den mån hinder ej möter på grund av författningsreglerande sekretess.

16 Ändring av bolagsordning

Denna bolagsordning får inte ändras utan godkännande av Region Jämtland Härjedalen.

26

Svar på medborgarförslag om möjlighet att betala parkeringsavgift genom SMS-tjänst inom parkeringarna som tillhör Östersunds sjukhus

RS/2545/2017

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Tjänsteskrivelse
(Ange instans)

2018-02-21

Sekretariatet
Daniel Nilsson
Tfn: 063-14 75 71
E-post: daniel.l.nilsson@regionjh.se

RS/2545/2017

Medborgarförslag om möjlighet att betala parkeringsavgift genom SMS-tjänst inom parkeringarna som tillhör Östersunds sjukhus

Ärendebeskrivning

Knut Richardsson har lämnat in ett medborgarförslag om att införa möjligheten att betala parkeringsavgiften genom SMS-tjänst inom parkeringarna som tillhör Östersunds sjukhus. Förslagsställaren har motiverat sitt förslag med att undersökningar/besök vid sjukhuset ibland blir fördröjda och att en SMS-tjänst skulle göra det enklare att betala och förlänga parkeringstid vid sjukhuset.

Region Jämtland Härjedalen har länge kunnat erbjuda kort- och kontant betalning vid parkeringen vid Östersunds sjukhus. I takt med att antalet smartphoneanvändare och sms-betalningsmöjligheter ökat har Region Jämtland Härjedalen beslutat att även inkludera SMS/app-parkering vid Östersunds sjukhus. En viktig aspekt i detta arbete har också varit att öka tillgängligheten för sjukhusets besökare.
Jämtland Härjedalen har nyligen tecknat kontrakt med operatörer för SMS/app-parkering. Det beräknas att systemet skall vara i drift senast 1 april 2018.

Region Jämtland Härjedalen har valt samma operatörer som Östersunds kommun eftersom det är de system som bedöms vara vanligast och mest lättanvänt för Regionens besökare.

Systemet är kostnadsneutralt för besökaren, det vill sägs det är samma parkeringsavgift oavsett om besökaren betalar i automat eller nyttjar SMS/App-parkering. Väljs elektronisk faktura så är även den kostnadsfri.

Införandet av SMS/app-betalning innebär inte någon kostnadsökning för Region Jämtland Härjedalen.

Regiondirektörens förslag

Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

Medborgarförslaget anses besvarat

I tjänsten
Hans Svensson
Regiondirektör

Utdrag till

Knut Richardsson

MEDBORGARFÖRSLAG

Till Region Jämtland Härjedalen

Döviken 15 november 2017

Knut Richardsson

REGION
JÄMTLAND HÄRJEDALEN
2017 -11- 17
Dnr RS 2545/720.17

Förslaget i korthet:

Införande av möjlighet att betala parkeringsavgiften genom SMS-tjänst inom parkeringarna som tillhör Östersunds Sjukhus.

Motevering:

När man kommer till sjukhuset och skall parkera sin bil så finns bara alternativet att välja den tid som man tror besöket skall ta och betala för den. Det är inte alla besök som går så klockrent som man fått angivet i kallelsen eller själv beräknat. Många gånger så blir undersökningar/ behandlingar fördröjda vilket är ofrånkomligt och inget att säga något om.

Detta medför att, för säkerhets skull, måste betala för lång parkeringstid, för undvikande av parkeringsböter eller onödigt besvär med överklagan av eventuellt utfärdat bötesbelopp.

Föreslår att Regionen Jämtland Härjedalen snarast inför ytterligare alternativ till betalning av parkeringen nämligen möjlighet till SMS-tjänst betalning. Detta innebär att man preliminärt anger den tid som är beräknat för besöket och avslutar parkeringen då bilen hämtas. Skulle tiden bli längre än den beräknade tiden, så regleras ju detta när parkeringen avslutas i samband med avresan.

SMS tjänsten underlättar för rörelsehindrade att slippa förflytta sig fram och åter till betalningsautomaten för att få biljetten att lägga i rutan. Vidare försvinner stress och oro för parkeringsböter.

Knut Richardsson

27

Svar på motion från Lennart Ledin (L) och Mats El Kott (L) om försök med gårdsförsäljning av alkoholhaltiga drycker

RS/2605/2017

2018-03-02

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

RS/2605/2017

Svar på motion från Lennart Ledin (L) och Mats El Kott (L) om försök med gårdsförsäljning av alkoholhaltiga drycker

Ärendebeskrivning

Lennart Ledin och Mats El Kott, båda (L), har föreslagit att Region Jämtland Härjedalen ansöker hos regeringen om att under en period av tre år få bedriva försök med en begränsad gårdsförsäljning av alkoholhaltiga drycker enligt den modell som skissas i motionen och att försöket löpande utvärderas för att ge underlag för ett beslut om gårdsförsäljning av alkoholhaltiga drycker framdeles permanent ska kunna tillåtas.

Försäljningen av alkoholdrycker till konsument i Sverige regeras i alkohollagen (2010:1622). Försäljning spritdrycker, vin, starköl och andra jästa alkoholdrycker till konsument benämns detaljhandel eller, om det sker för förtäring på stället, servering.

Enligt den lagen är detaljhandel med alkohol förbehållet ett särskilt för ändamålet bildat aktiebolag (detaljhandelsbolaget) som ska ägas av staten (Systembolaget). För servering av spritdrycker, vin, starköl och andra jästa alkoholdrycker krävs tillstånd av den kommun där serveringsstället är beläget. Alkohollagen medger inte att regeringen får fatta beslut om undantag från lagen.

Något ansökningsförfarande om försöksverksamhet med gårdsförsäljning finns inte utan förslaget innebär i praktiken en begäran hos regeringen om en ändring i alkohollagstiftningen.

Enligt kommunallagen får en region själv ha hand om angelägenheter av allmänt intresse som har anknytning till regionens område eller deras medlemmar. Regionen får inte ha hand om sådana angelägenheter som enbart staten, en annan kommun, ett annat landsting eller någon annan ska ha hand om. Regionen får driva näringsverksamhet, om den drivs utan vinstsyfte och syftar till att tillhandahålla allmännyttiga anläggningar eller tjänster åt medlemmarna.

Motionens förslag innebär att regeringen måste föreslå en lagändring för att den tänkta försöksverksamheten ska kunna medges. Lagstiftning är en fråga för regering och riksdag och faller således utanför regionens kompetens.

Såsom förslaget är utformat, att Region Jämtland Härjedalen ansöker hos regeringen om att under en period av tre år få bedriva försök med en begränsad gårdsförsäljning av alkoholhaltiga drycker, förutsätter såsom förslaget är formulerat att Region Jämtland Härjedalen är den som bedriver tillverkningen och därmed ska få tillåtelse att själv få sälja den egna produktionen till allmänheten. Tillverkning av alkohol faller utanför den allmänna kompetensen för regionen och även utanför kompetensen att bedriva näringsverksamhet.

Om Region Jämtland Härjedalen ska, för lokala producenter av alkohols räkning, ansöka om försöksverksamhet med gårdsförsäljning, vilket kanske är andemeningen i motionen, innebär förslaget att regionen utför en tjänst åt producenterna. Att leverera en sådan tjänst faller också utanför regionens kompetens.

Med hänsyn till det anförda finns det inte lagliga förutsättningar att anta motionen utan den bör avslås.

Regionala utvecklingsnämnden behandlade ärendet 2018-02-20 § 33 och föreslår regionfullmäktige

Motionen avslås.

Regiondirektörens förslag

Regionstyrelsen tillstyrker regionala utvecklingsnämndens förslag.

I tjänsten
Hans Svensson
Regiondirektör

Mikael Ferm
Regionstabschef

Utdrag till

Regionfullmäktige

§33

Svar på motion från Lennart Ledin (L) och Mats El Kott (L) om försök med gårdsförsäljning av alkoholhaltiga drycker (RUN/639/2017)

Sammanfattning

Lennart Ledin och Mats El Kott, båda (L), har föreslagit att Region Jämtland Härjedalen ansöker hos regeringen om att under en period av tre år få bedriva försök med en begränsad gårdsförsäljning av alkoholhaltiga drycker enligt den modell som skissas i motionen och att försöket löpande utvärderas för att ge underlag för ett beslut om gårdsförsäljning av alkoholhaltiga drycker framdeles permanent ska kunna tillåtas.

Försäljningen av alkoholdrycker till konsument i Sverige regeras i alkohollagen (2010:1622). Försäljning spritdrycker, vin, starköl och andra jästa alkoholdrycker till konsument benämns detaljhandel eller, om det sker för förtäring på stället, servering.

Enligt den lagen är detaljhandel med alkohol förbehållet ett särskilt för ändamålet bildat aktiebolag (detaljhandelsbolaget) som ska ägas av staten (Systembolaget). För servering av spritdrycker, vin, starköl och andra jästa alkoholdrycker krävs tillstånd av den kommun där serveringsstället är beläget. Alkohollagen medger inte att regeringen får fatta beslut om undantag från lagen.

Något ansökningsförfarande om försöksverksamhet med gårdsförsäljning finns inte utan förslaget innebär i praktiken en begäran hos regeringen om en ändring i alkohollagstiftningen.

Enligt kommunallagen får en region själv ha hand om angelägenheter av allmänt intresse som har anknytning till regionens område eller deras medlemmar. Regionen får inte ha hand om sådana angelägenheter som enbart staten, en annan kommun, ett annat landsting eller någon annan ska ha hand om. Regionen får driva näringsverksamhet, om den drivs utan vinstsyfte och syftar till att tillhandahålla allmännyttiga anläggningar eller tjänster åt medlemmarna.

Motionens förslag innebär att regeringen måste föreslå en lagändring för att den tänkta försöksverksamheten ska kunna medges. Lagstiftning är en fråga för regering och riksdag och faller således utanför regionens kompetens.

Såsom förslaget är utformat, att Region Jämtland Härjedalen ansöker hos regeringen om att under en period av tre år få bedriva försök med en begränsad gårdsförsäljning av alkoholhaltiga drycker, förutsätter såsom förslaget är formulerat att Region Jämtland Härjedalen är den som bedriver tillverkningen och därmed ska få tillåtelse att själv få sälja den egna produktionen till allmänheten. Tillverkning av alkohol faller utan för den allmänna kompetensen för regionen och även utanför kompetensen att bedriva näringsverksamhet.

Om Region Jämtland Härjedalen ska, för lokala producenter av alkohols räkning, ansöka om försöksverksamhet med gårdsförsäljning, vilket kanske är andemeningen i motionen, innebär förslaget att regionen utför en tjänst åt producenterna. Att leverera en sådan tjänst faller också utanför regionens kompetens.

Med hänsyn till det anförda finns det inte lagliga förutsättningar att anta motionen utan den bör avslås.

Förslag till beslut

Arbetsutskottet föreslår regionala utvecklingsnämnden
Regionala utvecklingsnämnden föreslår regionfullmäktige

Motionen avslås.

Yrkanden

Eva Hellstrand (C): Bifall till motionen.
Maria Nerpin (S): Bifall till arbetsutskottets förslag.

Propositionsordning

Ordförande ställer proposition på Eva Hellstrands yrkande och arbetsutskottets förslag, och finner arbetsutskottets förslag antaget.

Beslut

Regionala utvecklingsnämnden föreslår regionfullmäktige
Motionen avslås.

Reservationer

Eva Hellstrand (C), Can Savran (C), och Stefan Nilsson (KD) reserverar sig mot beslutet till förmån för Eva Hellstrands yrkande.

Expedieras till

Lennart Ledin
Mats El Kott

Beslutsunderlag

- §14 Arbetsutskottet Svar på motion från Lennart Ledin (L) och Mats El Kott (L) om försök med gårdsförsäljning av alkoholhaltiga drycker
- Motion från Lennart Ledin (L) och Mats el Kott (L) om försök med gårdsförsäljning av alkoholhaltiga drycker

Liberalerna
Jämtland Härjedalen

MOTION
2017-11-28

REGION
JÄMTLAND HÄRJEDALEN
2017 -11- 28
Dnr RS /2605/20 17

Försök med Gårdsförsäljning av alkoholhaltiga drycker

Liberalerna har vid sina Landsmöten 2015 och 2017 beslutat att "verka för en lagstiftning som möjliggör gårdsförsäljning i begränsad utsträckning, under förutsättning att detta inte påverkar Systembolagets roll negativt. Systembolagets detaljhandelsmonopol ska upprätthållas. Om det går att hitta en modell som kombinerar detta med småskalig gårdsförsäljning ska sådan försäljning bejakas"

Det främsta skälet för det nämnda ställningstagandet är att "antalet lokala och småskaliga producenter av alkoholhaltiga drycker ökar starkt. Många gårdsproducenter av bland annat vin, mikrobryggerier av öl och andra tillverkare bidrar till att den svenska produktionen är mycket mer diversifierad än tidigare. Detta har också en viktig regionalpolitisk dimension *eftersom lokala producenter skapar arbetstillfällen lokalt*".

Inom Region Jämtland Härjedalen har lokal småskalig matproduktion utvecklats till en viktig näringsgren med spridning över hela regionen. Dryckesproduktion håller på att utvecklas på samma sätt och med spridning över regionen finns redan idag 12 mikro-/miniölbryggerier. Mat och dryck är väsentliga och omistliga inslag i besöksnäringen som nu intar en alltmer dominerande plats i regionens näringsliv. Betydelsen av detta accentueras ytterligare av Region Jämtland Härjedalens medverkan och framgångsrika arbete i det regionala samverkansprojektet på temat mat/gastronomi, kultur och turism, "Creative Region of Gastronomy" inom UNESCOS Creative Cities Network. Det finns rimligtvis ytterligare potential att skapa tillväxt och arbetstillfällen inom regionens besöks- och livsmedelsnäring, t.ex. genom att underlätta för en utveckling av gårdsförsäljningen.

Besök hos mat- och dryckesproducenter är ett viktigt inslag i marknadsföringen av deras produkter och i utflyktsprogram för besökare till regionen. Gårdsförsäljning är för matproducenterna en viktig programdel i dessa besök och skulle ha samma stora betydelse för dryckesproducenterna.

En modell för en begränsad gårdsförsäljning av alkoholhaltiga drycker skulle kunna vara att regeringen fastställer den volym av olika drycker som en besökare hos enskild producent ska kunna köpa av producentens produkter vid varje besökstillfälle. Volymen kan exempelvis bestämmas till hälften av de volymer som gäller vid införsel av alkoholhaltiga drycker från land utanför EU. Gårdsförsäljningen kan inordnas under kommunernas organisation för serveringstillstånd och tillsyn enligt alkohollagen, d v s gårdsproducent av exempelvis öl ska ansöka hos kommunen för att få bedriva gårdsförsäljning av sina produkter i den utsträckning som regeringen fastställt. Kommunens uppgift blir då att också tillse att försäljningen sker enligt dessa regler.

Liberalerna
Jämtland Härjedalen

MOTION
2017-11-28

Vi föreslår därför att Region Jämtland Härjedalen ansöker hos regeringen om att under en period av tre (3) år få bedriva försök med en begränsad gårdsförsäljning av alkoholhaltiga drycker enligt den modell som skissas i motionen och att försöket löpande utvärderas för att ge underlag för ett beslut om gårdsförsäljning av alkoholhaltiga drycker framdeles permanent *ska kunna tillåtas.*

Vi önskar också att regionfullmäktige skyndsamt behandlar motionen då det kan noteras att Region Skåne tidigare, 2017-06-20, tagit beslut om att ansöka om motsvarande försök.

För Liberalerna i Region Jämtland Härjedalen

Lennart Ledin

Mats El Kott