

Planeringsförutsättningar 2019-2020

Beslutad 2018-05-30, av: Regionstyrelsen

Inledning

Utifrån fullmäktiges beslut i februari 2018 om en ny politisk organisation från 2019 och att 2018 är ett valår där val till regionfullmäktige sker i september beslutade Regionfullmäktige 2018-02-14 § 29 om arbetsprocess med verksamhetsplaner under 2018

Valet till riksdag, kommun och landsting den 9 september 2018 betyder att ett nytt regionfullmäktige tillträder den 15 oktober 2018 och sammanträder första gången den 20 november. På fullmäktiges möte i december sker sedan val av ledamöter till regionstyrelsen och nämnderna. De nya nämnderna och regionstyrelsen tillträder den 1 januari 2019. Regionstyrelsen har den 12 december 2017, § 337, beslutat att Långsiktig utvecklingsplan för god ekonomisk hushållning ska revideras så att den kan behandlas samtidigt med Regionplan 2019-2021.

För att under valåret ge möjlighet till breda diskussioner mellan partier och likvärdiga förutsättningar för partiernas arbete beslutade Regionfullmäktige om ett annat arbetssätt än det som finns beskrivet i beslutade regler. Förslaget innebär att inget beslut om regionplan, finansplan eller långsiktig utvecklingsplan för god ekonomisk hushållning tas av regionfullmäktige i juni 2018. Istället ska en allmänpolitisk debatt genomföras vars former diskuteras fram gemensamt av partiernas gruppledare.

Finansplanens faktadel utarbetas under våren och i november 2018 tar sedan det nya regionfullmäktige en fullständig finansplan för perioden 2019-2021. Regionplanen 2019-2021 färdigställs under perioden oktober-december och beslutas av regionfullmäktige i februari 2019. Styrelsens och nämndernas planer föreslås beslutas i mars-april 2019. Utöver de politiska planerna ska också ett dokument med planeringsförutsättningar upprättas under våren 2019.

I detta dokument samlas nu planeringsförutsättningar för 2019-2021, i särskilt dokument/ärende finns finansplanens faktadelar beskrivna.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	2
1 AGENDA 2030.....	5
2 LÄGET I LÄNET	6
2.1 Rapportens sammanfattning återges här	6
3 NORRLANDSTINGENS PLANERING, UPPFÖLJNING OCH ANALYS – NORA	7
4 GAP-ANALYSER UTIFRÅN NATIONELLA RIKTLINJER	14
4.1 GAP-analys MS och Parkinson (november 2016)	15
4.2 GAP- analys gällande riktlinjerna för Epilepsi 2018	16
4.3 GAP-analys gällande riktlinjerna för Astma KOL (2015 januari)	17
4.4 GAP-analys för palliativ vård 20180413	19
4.5 GAP-analys schizofreni (2018-02-28)	19
4.6 GAP-analys demensriktlinjerna (2017-03-01).....	20
4.7 GAP-analys riktlinjer för depression och ångest (2017-08-28)	21
4.8 GAP-analys gällande riktlinjer för ohälsosamma levnadsvanor (2018-02-15).....	22
4.9 GAP-analys gällande stroke-riktlinjerna (2017-03-29)	23
5 NATIONELL – REGIONAL OCH LOKAL KUNSKAPSSTYRNING	24
6 KOMPETENSFÖRSÖRJNING 2018– 2023- 2029.....	25
6.1 Kompetenskartläggning.....	25
6.2 Hälsa- och sjukvård	26
6.2.1 <i>Läkare</i>	26
6.2.2 <i>Sjuksköterska, specialistsjuksköterska, barnmorska</i>	27
6.2.3 <i>Undersköterska, skötare, barnsköterska, ambulanssjukvårdare</i>	28
6.2.4 <i>Psykolog</i>	28
6.3 Folktandvård	29
6.3.1 <i>Distriktstandläkare</i>	29
6.3.2 <i>Tandhygienister</i>	29
6.3.3 <i>Tandsköterskor</i>	29
6.4 Handlingsplaner regionövergripande och områdesvisa	30
7 NATIONELLA SATSNINGAR – REGION JÄMTLAND HÄRJEDALENS ANVÄNDNING30	
8 FAKTA OM NUVARANDE VERKSAMHETER	32
8.1 Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen.....	32
8.1.1 <i>Område Primärvård</i>	32

8.1.2	Område HIM (Hud, infektion, medicin)	34
8.1.3	Område HNR (Hjärta, neurologi, rehabilitering).....	35
8.1.4	Område Barn- och ungdomsmedicin	36
8.1.5	Område Kvinna.....	37
8.1.6	Område Barn och unga vuxna.....	38
8.1.7	Område Psykiatri	39
8.1.8	Område Kirurgi	40
8.1.9	Område Ögon Öron.....	41
8.1.10	Område Ortopedi.....	42
8.1.11	Område Akutsjukvård.....	43
8.1.12	Område Diagnostik, teknik och service	44
8.1.13	Område Folk tandvård.....	46
8.1.14	Område Patientsäkerhet.....	49
8.2	Regionala utvecklingsförvaltningen	50
8.2.1	Insatsområde Företagande	50
8.2.2	Insatsområde Kompetensförsörjning.....	51
8.2.3	Insatsområde Integration.....	52
8.2.4	Insatsområde Valfärd	52
8.2.5	Insatsområde Fossilbränslefritt.....	53
8.2.6	Insatsområde Kultur.....	53
8.2.7	Insatsområde Tillgänglighet.....	54
8.2.8	Insatsområde Attraktivitet	54
8.3	Regionstaben	56
9	BEFOLKNING JÄMTLANDS LÄN KVARTAL 1 2018.....	58

1 Agenda 2030

I september 2015 antog FN:s generalförsamling en historisk resolution med 17 globala mål för en bättre värld: Agenda 2030 för hållbar utveckling. Agendan innebär att alla medlemsländer i FN förbundit sig att tillsammans uppnå en socialt, miljömässigt och ekonomiskt hållbar utveckling. <https://agenda2030delegationen.se/agenda-2030/om-agendan/>

Dessa mål behöver vara vägledande också för Region Jämtland Härjedalens arbete.



Mål 1. Avskaffa fattigdom i alla dess former överallt

Mål 2. Avskaffa hunger, uppnå tryggad livsmedelsförsörjning och förbättrad nutrition samt främja ett hållbart jordbruk

Mål 3. Säkerställa hälsosamma liv och främja välbefinnande för alla i alla åldrar

Mål 4. Säkerställa en inkluderande och likvärdig utbildning av god kvalitet och främja livslångt lärande för alla

Mål 5. Uppnå jämställdhet och alla kvinnors och flickors egenmakt

Mål 6. Säkerställa tillgången till och en hållbar förvaltning av vatten och sanitet för alla

Mål 7. Säkerställa tillgång till ekonomiskt överkomlig, tillförlitlig, hållbar och modern energi för alla

Mål 8. Verka för varaktig, inkluderande och hållbar ekonomisk tillväxt, full och produktiv sysselsättning med anständiga arbetsvillkor för alla

Mål 9. Bygga motståndskraftig infrastruktur, verka för en inkluderande och hållbar industrialisering samt främja innovation

Mål 10. Minska ojämlikheten inom och mellan länder

Mål 11. Göra städer och bosättningar inkluderande, säkra, motståndskraftiga och hållbara

Mål 12. Säkerställa hållbara konsumtions- och produktionsmönster

Mål 13. Vidta omedelbara åtgärder för att bekämpa klimatförändringarna och dess konsekvenser

Mål 14. Bevara och nyttja haven och de marina resurserna på ett hållbart sätt för en hållbar utveckling

Mål 15. Skydda, återställa och främja ett hållbart nyttjande av landbaserade ekosystem, hållbart bruka skogar, bekämpa ökenspridning, hejda och vrida tillbaka markförstörelsen samt hejda förlusten av biologisk mångfald

Mål 16. Främja fredliga och inkluderande samhällen för hållbar utveckling, tillhandahålla tillgång till rättvisa för alla samt bygga upp effektiva, och inkluderande institutioner med ansvarsutkrävande på alla nivåer

Mål 17. Stärka genomförandemedlen och återvitalisera det globala partnerskapet för hållbar utveckling

2 Läget i länet

Läget i länet är en baskartläggning för Jämtlands län utgående från de sju prioriteringarna som är fastlagda i den regionala utvecklingsstrategin (RUS): Jämtland Härjedalen 2030 - innovativ & attraktiv. Strategin lägger fast kursen för länets önskade utveckling. De sju prioriteringarna har tagits fram i ett brett partnerskap via ett flertal dialogmöten med ett stort deltagande och efterföljande remissande.

I Läget i länet lämnas analyser avseende 2016-2017 för de sju prioriteringarna. Analysen baseras på de flesta av de 35 ingående övergripande målen i den regionala utvecklingsstrategin. För varje övergripande mål har någon eller några indikatorer valts. Utgångspunkten har då varit att indikatorn på ett bra sätt ska spegla det övergripande målets intention.

Rapporten i sin helhet hittas på <http://lagetil Janet.regionjh.se/>

2.1 Rapportens sammanfattning återges här

Läget i länet är bra på många sätt, men kan bli ännu bättre. Företagsamheten är stark och växande. Jämtlands län tillhör ett av mest företagsamma länen i Sverige. Förvärvsfrekvensen, andelen personer som förvärvsarbetar, är också en av de allra högsta i landet.

Näringslivet i Jämtlands län karaktäriseras av förhållandevis många små företag i olika branscher och avsaknad av riktigt stora företag. Denna struktur har gjort länet mindre känsligt för konjunktursvängningar. Samtidigt medför denna struktur mindre möjligheter för företagen att satsa tillräckligt på forskning och utveckling. Samverkan i olika former av kluster är därför särskilt viktigt i Jämtlands län, något som också sker i allt högre utsträckning. Samverkan med Mittuniversitetet är också av stor betydelse för näringslivets utveckling och de forskningscentrum och innovationsmiljöer som byggs upp inom Mittuniversitet bedöms kunna spela en allt viktigare roll framöver.

Mittuniversitetet spelar också en mycket viktig roll för kompetensförsörjningen i länet. Inom området kompetensförsörjning finns dock flera stora utmaningar. En är att locka fler till högre utbildningar. Andelen personer med eftergymnasial utbildning är lägre i Jämtlands län än i riket. Kvinnor har generellt sett, både i riket och i vårt län, oftare en eftergymnasial utbildning än män. Att förmå fler pojkar att studera vidare är därför särskilt viktigt.

Länets åldersstruktur med fler äldre och färre i arbetsför ålder är också det en mycket stor utmaning. För att klara kompetensförsörjningen inom både det privata näringslivet och den offentliga sektorn framöver är det av största vikt att så många som möjligt av alla de unga som flyttat till vårt län under senare år, ofta från länder långt härifrån, kan förmås att stanna och utbilda sig här.

Folkmängden ökar sedan ett antal år i Jämtlands län. Orsaken är just inflyttningen hit från andra länder. Utan den hade befolkningen fortsatt att minska. Det måste dock poängteras att de inomregionala skillnaderna är mycket stora. I stora delar av länet fortsätter befolkningen minska, medan den ökar desto mer i andra delar.

En fortsatt minskande befolkning i stora delar av länet ställer krav på nya sätt att leverera såväl kommersiell som offentlig service. Digitala lösningar kommer att bli allt viktigare och därför är utbyggnaden av bredband en mycket strategisk fråga. Utbyggnaden av snabbt bredband går fort i länet, men att nå upp till de mycket högt ställda målen i den nya nationella bredbandsstrategin bedöms som mycket svårt. Fortsatta ekonomiska stöd till bredbandsutbyggnaden är nödvändiga, liksom stöd för nyttjandet av digital teknik..

Besöksnäringen fortsätter att utvecklas positivt med fler besökande och ökande omsättning. På lång sikt är det förändrade klimatet ett orosmoln för vinterturismen och jord- och skogsbruket. På lite kortare sikt är möjligheten till bra och klimatomåttligt hållbara kommunikationer till våra turistdestinationer av mycket stor betydelse. Transporterna står för de största utsläppen av växthusgaser i Jämtlands län varför ett aktivt arbete för att minska utsläppen från transportsektorn måste stå högt på agendan. Utbyggnaden av såväl vindkraft som solceller går fort i länet, även om deras andel av den totala energiproduktionen fortfarande är blygsam.

Detta är några av de trender och slutsatser som presenteras i rapporten.

3 NORrlandstingens planering, uppföljning och Analys – NORA

Kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård består av alla styr- och ledningsprocesser som bidrar till att etablera och utveckla en evidensbaserad praktik, prioritera baserat på faktaunderlag och värderingar, implementera bästa tillgängliga kunskap och skapa och upprätthålla en ändamålsenlig infrastruktur för kunskapsutveckling. Kunskapsstyrning baseras bl.a. på data om verksamhetens innehåll, kvalitet och resultat. Att integrera denna dimension i systemet för styrning och ledning – dvs. i dokument och processer för planering och uppföljning likaväl som i organisation och ledarskap – utgör en utmaning för alla landsting.

Mot den bakgrunden initierades under våren 2015 ett samarbete inom Norrlandstingens Regionförbund (NRF). Utgångspunkter för samarbetet var:

- Att användningen av kvalitetsregisterdata för planering, uppföljning och analys på ledningsnivå behövde vidareutvecklas.
- Möjligheten att använda kompetens från Registercentrum Norr (RC Norr) för analys, statistisk bearbetning och sammanställning av data för att följa vårdens resultat genom utfall som är viktiga både för patienten och i ett landstingsledningsperspektiv.
- Svårigheterna att åskådliggöra stora informationsmängder på ett överskådligt sätt.

Under 2016-2017 har ett ramverk för detta tagits fram och under 2018 pågår ytterligare ett projekt för att fördjupa arbetet. I SKLs Vården i siffror och Socialstyrelsens öppna jämförelser finns mycket fakta att hämta men i Nora har alla dessa källor strukturerats upp och på en och samma plats finns Region Jämtland Härjedalens fakta i jämförelse med nationell fakta och de andra norrlandstingens fakta. I det framtagna ramverket finns följande fem moduler:

1. Bakgrund om länet och dess population

2. Övergripande hälsoläge

Användningsområde: Planeringsförutsättningar i landstingplan

Fokus: förståelse & jämförelse av - Befolknings/skatteunderlag, samhällsliga förutsättningar

(bestämningsfaktorer) för hälsa, regional utveckling, Hälsostatus i populationen (nivå dvs hur bra är den + om jämlik fördelning av hälsa mellan olika grupper/miljöer/geografiska områden).

Vårdkonsumtionsmönster (andel av totala populationen som tillgång till/konsumerat vård).

Ge perspektiv till resultat – dvs se hur stor andel av länets befolkning en diagnos/sjukdoms-grupp är, hur mycket dödlighet, ohälsa eller vårdkonsumtion/kostnad den orsakar

Tidsperspektiv: Utveckling över tid –se riktning/prognos

3. Landstingsresultat utifrån kvalitetsdimensioner

4. Landstingets organisation och resurser

Användningsområde: Landstingplan, Årsredovisning, delårsrapport mm

Fokus: Horisontell jämförelse av flera variabler + nationella nivåns sammanställningar, jämföra mot Kapacitet att tillhandahålla/producera vård (strukturmått)

Tidsperspektiv: nuläge – resultat föregående år

5. Sjukdoms-/patient-grupper och temaområden

Användningsområde: Komplettera ovan i fördjupningsrapporter. För verksamhetsledning

Fokus: Få överblick för respektive diagnos eller grupper av diagnoser. Högre detaljeringsnivå. spegla sjukvårdsförlopp i diagnosmodul

Materialet i NORA är fortsatt under utveckling så delar är ännu så länge utan uppgifter, men det är ändå bra källa att hämta jämförelser ur.

Vad kan Nora användas till?

På de följande sidorna visas en del resultat med kommentarer. Det finns i förekommande fall uppgifter från ORCD, riket, samt de andra norra landstingen att jämföra med Region Jämtland Härjedalen. Kvalitetssäkring av vilka data som i framtiden ska finnas på går, och med vilka intervall har vi behov av att få uppdateringar? Data som finns denna gång kan förändras till nästa tillfälle. Vilka data behöver vi för att styra och leda?

DÖDLIGHET I BEFOLKNINGEN (Ca 90 000 dödsfall i Sverige under ett år)		SoS Mål	OECD-snitt	Riket	VLL	RN	RVN	RJH	Källa
Återstående medellivslängd	Förväntad återstående medellivslängd vid födelsen		80,5 (2013)	82 (K:84 / M:80,3)	(K: 83,4 / M:	83,3	82,7	83,3	FHM 2015 Kolada
Hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet	Antal hälsopolitiskt åtgärdbara dödsfall per 100 00 invånare	ÖJ-FH		K: 32,0 /M: 47,2	K:23,7 / M:36,6	K:29,7 /M:40,4	K:32,3 /M:43,2	K:27,2 / M:31,9	Dödsorsaksregistret
Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet	Antal sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödsfall per 100 000 invånare			K: 31,3 / M: 45,5	K: 31,3 / M:45,6	K:34,8 / M:57,5	K:37,2 / M:54,9	K: 39,8 / M:52,8	
Cancer	Total av alla dödsfall		25 % (2013)	Ca 25 %	-	-	-	-	FHM 2015
	Lungcancer –dödsfall per 100 000 invånare			48,6 (K:48,1 / M:49,1)	40,8	47,1	49,1	44,5	
	Prostatacancer, dödsfall per 100 000 män			90	94,6	96,9	123,4	122	
	Bröstcancer – dödsfall per 100 000 kvinnor			48	46,9	43,2	52,5	64,4	
	Tjock- & ändtarmscancer, dödsfall per 100 000 invånare			39,3 (K:36,1 / M:42,5)	44,1	34,2	47,4	46,2	
Ischemisk hjärtsjukdom	Antal dödsfall med huvuddiagnos ischemisk hjärtsjukdom per 100 000 invånare			46	49,6	62,8	49,2	52,7	Dödsorsreg
Dödlighet pga yttre orsaker	Antal döda per 100 000 invånare pga fallolycka (samtliga åldrar)			10,8 (K: 7,9 / M: 14,9)	11,6 (K: 10,2 / M:13,1)	9,9 (K: 10,9 / M: 7,9)	11,4 (K: 5,0 / M: 22,1)	27,6 (K: 30,3 / M: 24,4)	Dödsorsaksregistret 2015
Spädbarnsdödligheten	Antal spädbarnsdödsfall per 1 000 födda		3,8	2,5 (F:2,4 / P:2,6)	2,3	1,6	1,6	1,5	FHM (2013)
Själv mord	Antal självmord & dödsfall med oklart uppsåt per 100 000 invånare	ÖJ-FH		K:9,4 /M:22,2	K:7,3 / M: 14,3	K:7,7 /M:23,7	K:7,7 / M:19,3	K:8,5 / M:22,5	2011-2013

Kommentarer:

Vid jämförelse med riket har Region Jämtland Härjedalen bättre resultat avseende hälsopolitiskt åtgärdbara dödsfall per 100 000 invånare och dödsfall per 100 000 invånare i lungcancer. Hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet avser diagnoser och dödsorsaker som anses möjliga att påverka med bredare hälsopolitiska insatser, t.ex.

kampanjer för rökavvänjning och förbättrade alkoholvanor. De diagnoser och dödsorsaker som ingår i indikatorn är lungcancer, motortrafikolyckor, cancer i matstrupe samt leverscirros. Måttet används internationellt till exempel inom medlemsländerna i EU. Avsikten är att den kunskap som finns om vissa sjukdomars orsaker och om olika behandlingsmetoders effektivitet ska omsättas till handling, genom att i ett mått fokusera på den dödlighet i en befolkning som kan påverkas med hälsopolitiska insatser. Indikatorn visar hälsopolitiskt åtgärdbara dödsfall per 100 000 invånare i åldrarna 1 - 79 år.

Region Jämtland Härjedalen har svagare resultat för sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödsfall. Sjukvårdsrelaterad åtgärdbara dödsfall visar antal dödsfall per 100 000 invånare under 80 år som kan påverkas av sjukvårdens olika insatser, som tidig upptäckt och behandling. Justering görs för variationer i åldersstrukturen mellan olika landsting och regioner. Exempel på diagnoser som ingår i indikatorn är diabetes, stroke, blindtarmsinflammation, gallstenssjukdom och livmoderhalscancer. Den största delen dödsfall sker i stroke och diabetes, och för kvinnor även cancer i livmoderhalsen.

Region Jämtland Härjedalen har enligt ovanstående sammanställning fler dödsfall per 100 000 invånare i prostatacancer, bröstcancer samt tjock- och ändtarmscancer jämfört riket. Om det verkligen förhåller sig så är inte möjligt att uttala sig om baserat enbart på dessa resultat. Det kan finnas praxis t.ex. vid diagnossättning, eller andra faktorer som bidrar. Poängen att ändå visa upp resultat är mer att signalera att här finns resultat som kan behöva analyseras och / eller undersöka vidare inom berörda verksamheter.

Antal döda per 100 000 invånare på grund av fallolycka. Resultatet visar att Region Jämtland Härjedalen har fler fallolyckor jämfört de andra norra landstingen / regionerna, vilket även framkommit i andra resultat avseende fallhändelser som lett till fallskador med inskrivning på sjukhus som följd.

Spädbarnsdödlighet, mätt som antal spädbarnsdödsfall per 1000 födda. Region Jämtland Härjedalen har även om skillnaderna är små, bättre resultat än riket. Dock ett viktigt måttetal att följa.

Antal självmord eller dödsfall med oklart uppsåt per 100 000 invånare. Region Jämtland Härjedalen har jämfört riket något lägre antal självmord bland kvinnor och något högre antal självmord bland män. Resultaten omfattar åren 2011-2013.

RISKFaktorER FÖR OHÄLSA (GBD), LEVNADSVANOR			Mål SoS	Riket	VLL	RN	RVN	RJH	Källa
Beteende- relaterade	Alkohol	Andel invånare över 18 år med riskkonsumtion av alkohol (%)	SoS NA (lågt) ÖJ- FH	17	13	15	13	16	FHM –HLV ÖJ-FH
		Andel kvinnor som screenats för riskbruk av alcohol under graviditeten		92,6	90,6	92,1	94,1	89,6	Graviditetsreg
	Rökning/ tobaks- vanor	Daglig rökning	ÖJ- FH	11	8	13	10	13	ÖJ-FH
		Andel personer med diabetes i primärvård som röker		14,7	11,3	16	12,7	12,8	NDR (SoS ÖJ
		Andel personer med typ 1 diabetes som inte röker, medicinklinik	95 %	90,5	97,9	90,4	93,7	91,9	NDR
		Rökstopp efter hjärtinfarkt, andel som slutat (12-14 mån)	≥ 75 %	55,4	55,6	64,0	53,4	55,0	SEPHIA/ ÖJ
		Rökstopp efter stroke, andel slutat 3 mån efter insjuknande	≥ 80 %	46,8	56,4	50,6	54,4	53,1	Riksstroke/ÖJ
		Andel kvinnor som röker/snusar vid 30-32 v graviditet		5,0	5,8	3,0	8,4	7,3	SoS ÖJ
	(Otil- räcklig) fysisk aktivitet	Stillasittande fritid (självrporterat, andel %).	-	14 (K:13 /15)	12 (K: 13 / M: 12)	13 (K: 11 / M: 16)	14 (K:14 / M: 14)	13 (K:8 / M: 17)	Folkhälsomyndigheten 2012-2015
		Fysiskt aktiv minst 30 min/ dag (självrporterat, %)	-	66 (K: 64 / M:67)	68 (K: 65 / M:70)	65 (K:63 / M:67)	63 (K: 63 / M: 63)	69 (K:71 / 67)	
		Andel med diabetes i primärvård som är fysiskt inaktiva		28,4	27,6	42,5	33,4	36,1	NDR/SoS ÖJ
		Fysiskt träningsprogram efter hjärtinfarkt, andel deltagare		37,5	42,2	39,8	33,1	8,2	SEPHIA/ ÖJ
		Kost vanor	Konsumtion av frukt & grönt	ÖJ- FH	24	24	20	19	20

Kommentarer: Länet ligger högre än riket när det gäller andel dagligrökare enligt resultat i Öppna jämförelser för folkhälsa. Vi borde titta på Västerbotten som har 8! Länet har också svagare resultat än de andra norra landstingen avseende rökstopp efter hjärtinfarkt enligt Sefhia (kvalitetsregister) och rökstopp efter stroke enligt Riksstroke (kvalitetsregister). Indikatorn som följs är andel personer som slutat 12-14 månader efter insjuknandet.

Jämtlands län och också lägre deltagande i fysiskt träningsprogram efter hjärtinfarkt, både jämfört riket och de andra norra landstingen.

Den återkommande patientenkäten tar upp sju dimensioner, som är viktiga oavsett var patienten har sin kontakt eller kontakter med vården. Patientenkäten innehåller också frågor om levnadsvanor till patienter som besökt primärvård. Enligt svaren från de deltagande patienterna vid undersökningen hösten 2017 hade frågor om levnadsvanor ställts i nedanstående omfattning.

	motion	matvanor	alkohol	tobak
män	43,4 %	28,1 %	24,4 %	26,8 %
kvinnor	37,2 %	25,5 %	18,6 %	21,3 %

I hälso- och sjukvårdsbarometerns undersökning ingick 2017 en fråga om hur de svarande ställer sig till att läkaren eller annan hälso- och sjukvårdspersonal ställer frågor om levnadsvanor. Enligt svaren ställde sig drygt 80 % sig positiva till att levnadsvanor diskuterades.

I rapporten Hälsa på lika villkor 2014, visar resultatet att närmare 70 % av länets befolkning upplever att de har ett gott allmänt hälsotillstånd. Kvinnor i åldersgruppen 65-84 år skattar en bättre hälsa än vid tidigare mätningar. Andelen med god hälsa ökar även för dem med längre utbildning. Det är fortsatt vanligt att män rapporterar bättre hälsa än vad kvinnor gör. I rapporten uppges att levnadsvanorna förbättrats över tid, och lyfter fram att lägre andel röker dagligen i länet än tidigare. Minskningen är särskilt stor i åldersgruppen kvinnor 16-64 år. Resultatet visar också att riskkonsumtion av alkohol minskat något, framförallt hos unga män. Intaget av frukt och grönsaker har ökat något, dock från en låg nivå. Andelen fysiskt aktiva har ökat, särskilt bland kvinnor. Resultatet visar söta drycker r att fetman ökat mellan 2006 och 2010, och den ligger kvar på samma nivå vid undersökningen 2014. Det är fortsatt personer med sämre ekonomiska förutsättningar som är överviktiga eller feta jämfört övrig befolkning. Genomgående visar resultatet att utbildningsnivå och ekonomiska förutsättningar spelar en betydande roll för hälsoutfall. Även kön, ålder, sexuell läggning/identitet och om man har en funktionsnedsättning eller ej är viktiga bakgrundsfaktorer. Hälsa på lika villkor genomförs vart fjärde år.

I undersökningen Hälsosamtalet i skolan framgår i resultatet att majoriteten av länets elever mår bra och trivs i skolan. Undersökningen genomförs av länets skolsköterskor och riktar sig till elever i förskoleklass, årskurserna 4 och 7 samt gymnasiet åk 1. Avseende levnadsvanor ställs följande frågor: *jag äter frukost, jag dricker söta drycker, jag tränar/motionerar/rör på mig minst 30 minuter så att jag blir andfådd* samt *jag sover bra*. Resultatet visar att äldre elever äter frukost mer sällan. Andelen elever som dricker söta drycker tre eller fler gånger per vecka ökar succesivt med åldern speciellt bland pojkar.

Den dagliga fysiska aktiviteten minskar med stigande ålder, i åk 1 är den 24 %. Avseende sömnvanor är utvecklingen förhållandevis jämn över tid. Andel som alltid sover bra är störst i förskoleklass och minskar sedan successivt bland eleverna i de högre årskurserna.

RISKFaktorER FÖR OHÄLSA (GBD), LEVNADSVANOR			Mål SoS	Riket	VLL	RN	RVN	RJH	Källa
Metabola	Högt blodtryck	Blodtryck 140/85 mmHg vid diabetes typ 1	≥ 90 %	73,2	72,1	75,5	62,4	72,9	NDR
		<i>Primärvård:</i> Blodtryck 140/85 mmHg vid diabetes typ 1	≥ 65 %	52,6	57,2	51,9	54,8	51,5	NDR
	Högt HBA1C	<i>Specialiserad vård:</i> Andel personer m diabetes typ 1, HBA1C ≤ 70 mmol/mol	≥ 80 %	77,4	71,9	76,5	85,7	81,9	NDR
		<i>Primärvård:</i> Andel person med diabetes med HBA1C ≤ 70 mmol/mol	≥ 90 %	85,9	88,0	83,9	88,4	87,1	NDR
	Högt kolesterol	Andel patienter med LDL kolesterol < 1,8 eller 50%-ig reduktion 1 år efter hjärtinfarkt (≤75 år)	≥ 60 %	62,4	58,3	73,1	35,7	36,4	SWEDHEART
		Andel med blodfettsänkande behandling 12-18 mån efter stroke, 50-79 år	75 %	75,9	79,9	73,5	73,8	75	Patient/lkm reg
		Andel m blodfettsänkande behandling 12-18 mån efter hjärtinfarkt, 40-79 år	90 %	85,4	85,3	85,8	81,4	81,1	Patient/lkm reg

Kommentarer: Region Jämtland Härjedalen avviker negativt avseende blodtrycksresultat både för typ 1 diabetiker i primärvård och specialistvård enligt nationella diabetesregistret . Inget av de norra landstingen/ sjukvårdsregionerna når Socialstyrelsens målvärden.

Däremot är diabetesresultaten avseende HbA1C nära Socialstyrelsens målvärden både för diabetiker som sköts i specialiserad vård och primärvård. Andel med blodfettsänkande behandling efter hjärtinfarkt och stroke ligger nära Socialstyrelsens rekommendationer. Däremot är det endast 36,4 % av patienterna som efter hjärtinfarkt har blodfettvärden enligt Socialstyrelsens målvärden.

4 GAP-analyser utifrån nationella riktlinjer

När Socialstyrelsen ger ut sina nationella riktlinjer kommer de först i en remissversion. Utifrån den gör sjukvårdsverksamheterna en GAP-analys för att se hur den verksamheten stämmer med rekommendationerna i riktlinjerna och vilka utmaningar verksamheten har. Ofta samverkar sjukvårdsverksamheterna med andra landsting inom sjukvårdsregionen, speciellt om vårdområdet också inkluderar högspecialiserade vårdåtgärder. Samverkan med kommunerna sker också när riktlinjerna handlar om vård som pågår i både landstinget och kommunerna.

I detta kapitel har summeringar gjorts av de GAP-analyser som Region Jämtland Härjedalens medarbetare gjort. Dessa har dock inte varit föremål för politiska analyser eller prioriteringar. Regionens ledning har behandlat resultatet av dessa GAP-analyser enbart om de av områdeschef lyfts fram i det prioriteringsarbete som gjorts kring ofinansierade behov i respektive års regionplanarbete. Dessa nationella riktlinjer är Socialstyrelsens satta att styra mot god och jämlik vård. Därför blir också dessa riktlinjer en förklaring till kostnadsökningar i vissa verksamheter.

Under de senaste åren har Socialstyrelsen gett ut nedanstående nationella riktlinjer. Länkar till socialstyrelsens information finns bakom understrukna ord.

Region Jämtland Härjedalens GAP-analyser för de rödmarkerade sammanfattats nedan.

Slutliga riktlinjer

Tandvård	2011
Lungcancer	2011
Bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancervård	2014
Hjärtsjukvård	2015
MS och Parkinsons sjukdom	2016
Depression och ångest	2017
Palliativ vård	2017
Astma och KOL	översyn 2017
Diabetes	översyn 2017
Missbruk och beroende	översyn 2017
Demens	utvärdering 2018
Rörelseorganens sjukdomar	Remissarbete pågår
Stroke	Klar våren 2018

Remissversioner

Endometrios	Slutlig version 2018.
Schizofreni	Slutlig version 2018.
Levnadsvanor	Slutlig version 2018
Psoriasis	Slutlig version våren 2019
Epilepsi	Slutlig version våren 2019

4.1 GAP-analys MS och Parkinson (november 2016)

GAP- analysens resultat visar att flera åtgärder kommer att vara kostnadsdrivande, framförallt läkemedelsbehandling.

Åtgärd	Kostnad
Läkemedel	3-5mkr
Utökade undersökningar	330 000tkr
Läkarbesök	60 000tkr
MRT, vid MS	230 000tkr
MRT, vid Parkinson	40 000tkr
Utökade behandlingar Botulinumtoxin	240 000tkr
Utökade resurser	1 980 000mkr
MS sjuksköterska	490 000tkr
Parkinson sjuksköterska	490 000tkr
Sjukgymnast, 50%	} 940 000tkr
Arbetsterapeut, 50%	
Läkare, 50%	
Total årlig kostnadsökning	7,5mkr

Behov av åtgärder till följd av riktlinjerna

GAP-analysens resultat visar att följsamhet till riktlinjerna kommer påverka dagens vård av MS och Parkinsonpatienter i regionen gällande resursfördelning, kompetens samt kvalitet. Riktlinjerna följs avseende struktur för omhändertagande men brister finns avseende tillgänglighet för uppföljning och rehabilitering. GAP kan främst ses inom uppföljning och delvis inom utredning, behandling och rehabilitering.

Riktlinjerna rekommenderar återkommande undersökningar med MRT och läkarbesök för patienter med MS. Nyinsjuknade Parkinsonpatienter ska erbjudas MRT undersökning vilket i dagsläget erbjuds till hälften av patienterna. Utökade undersökningar och läkarbesök kommer innebära ökade kostnader, undanträngningseffekter samt behov av fler resurser eller omfördelning av resurser.

Gällande resursfördelning vid återkommande uppföljning till läkare och sjuksköterska kommer dessa att behöva utökas eller fördelas om från idag befintlig verksamhet. Undanträngningseffekten blir då tydlig för andra diagnosgrupper inom neurologisk sjukdom. Då uppföljning enligt riktlinjen ska ske en gång per år till sjuksköterska kan det inom dagens verksamhet inte möjliggöras. Avsatta MS/Parkinsonsjuksköterskor ingår i annan daglig verksamhet på Neurologimottagningen.

Enligt riktlinjerna ska patienter med MS och Parkinson erhålla multidisciplinärt teamomhändertagande. Inom regionen finns utarbetade strukturer för ett multidisciplinärt teamomhändertagande på Östersunds rehabcentrum. Rekommendationen gällande utökade antal träningstillfällen och mer intensiva träningsperioder gör att fler resurser kan komma att krävas. Risk för undanträngningseffekter för de patienter som inte ingår i nationella riktlinjer finns. För att uppfylla riktlinjerna främst för Parkinsonpatienter kommer fler resurser att behövas för patientgruppen.

Aktuellt tillstånd maj 2018 gällande riktlinjearbetet och tillämpning av dessa åtgärder utifrån riktlinjerna

Multiprofessionellt omhändertagande

Struktur för teambaserade ronder har införts under 2016 för patienter med MS och 2017 för patienter med Parkinson. Teamarbetet fungerar bra och strukturen för detta har arbetats fram, men det kan vara svårt med det kontinuerliga deltagandet pga. resursbrist. Behandlare, läkare och ansvarig sjuksköterska prioriterar att delta på teamronderna där MS- och –parkinsonpatienternas behov diskuteras. Vi tillgodoser på detta vis en teambaserad bedömning dock finns inte alltid möjligheten att tillgodose rehabiliteringsbehoven inom egna organisationen utan insatserna överrapporteras till nästa vårdnivå eller utförs som egenvård. Detta innebär att den sammanhängande teambaserade rehabiliteringen inte alltid uppfylls men de med störst behov prioriteras. Ökning av framför allt MS patienter i dagsläget ger en undanträngningseffekt för övriga patientgrupper.

MS-vården i region JH ligger enligt neuroregistret bland de 4 bästa regioner/landsting i Sverige vad gäller utredning/behandling/uppföljning och rehab.

Det saknas fortfarande läkarresurser (specialister) både på neurologimottagningen samt rehab för att uppfylla riktlinjerna fullt ut. Sjuksköterskeresurser saknas framför allt till Parkinsonpatienterna då denna grupp är nästan dubbelt så stor i antal jämfört med MS patienterna. Vilket gör att vården för parkinsonpatienter är mer eftersatt. Majoriteten av patienterna får inte uppföljning årligen som riktlinjerna förespråkar varken till läkare eller sjuksköterska. För detta skulle sjuksköterskeresurser behöva utökas till 100% (mot idag ca 50%). Patienter i komplikationsfas och med avancerad behandling behöver remitteras för RoR-vård där en del skulle ha kunnat hanteras i Östersund om läkare hade funnits.

4.2 GAP- analys gällande riktlinjerna för Epilepsi 2018

Utifrån den GAP-analys som gjorts kan analysteamet konstatera att region Jämtland/Härjedalen till viss del uppfyller de nya riktlinjerna gällande epilepsivård för vuxna patienter. Det är främst nya arbetssätt men även behov av utökade yrkeskategorier som kommer att kräva ytterligare resurser och kostnadsökningar för verksamheten. Multiprofessionellt teamarbete med tydligare strukturer för omhändertagande och uppföljning kommer klart påverka befintliga resurser men även kräva utökning av bl.a. psykolog, psykiatriker, arbetsterapeut, läkare och sjuksköterska.

Epilepsi-vuxna perspektivet

Många patienter med epilepsi följs regelbundet på neurologimottagningen av läkare och epilepsisjuksköterska via återbesök eller telefon. Patienter med epilepsi poststroke har av tradition följts fr.a. av internmedicinare och ibland via primärvården, men med nyare antiepileptika har allt fler av dessa också kommit under neurologmottagningens vård. Med nuvarande resurser finns inte kapacitet att träffa alla patienter med epilepsi enligt rekommendationerna i nationella riktlinjer, dvs minst årligen de första fem åren. En del av uppföljningen har förflyttats från läkare till epilepsisjuksköterska, men även där är resurserna begränsade och uppföljningen av en del patienter sker sporadiskt. För att tillse regelbunden kontakt med läkare och epilepsisjuksköterska behöver resurserna utökas.

De nationella riktlinjerna kommer att innebära ekonomiska konsekvenser i form av ökat nyttjande av MR kamera, ökade personalkostnader för personal i multiprofessionella team vilket kommer öka

kvaliteten på vården. Prioritering av patienter med epilepsi riskerar att ge undanträngningseffekter för andra patienter med neurologisk sjukdom om inte resurser tillkommer.

Ekonomiska beräkningar

Beräkningarna baseras på resursutökning för att uppfylla riktlinjer gällande multiprofessionellt omhändertagande för vuxna patienter med epilepsi.

Utökade resurser	Kostnad
Läkare (spec) 50%	526 000kr
Sjuksköterska 50%	280 000kr
Neuropsykolog 25%	180 000kr
Psykolog 25%	166 000kr
Psykiatriker 5%	66 000kr
Arbetsterapeut 10%	47 000kr
Summa	1 374 000kr

Epilepsi- barnperspektivet

Barn och unga med epilepsi är en eftersatt patientgrupp och det är angeläget att vården av epilepsi förbättras. Riktlinjerna är ett välkommet tillskott.

Samtidigt konstaterar vi att det i norra sjukvårdsregionen idag finns fem barnneurologer och endast enstaka ST-läkare i barnneurologi. I Jämtland finns två barnneurologer och en ST-läkare i neurologi men behovet av barnneurologisk kompetens är otillräckligt även här.

På många universitetssjukhus råder svår personalbrist med vårdplatsbrist vilket gör det mycket svårt att remittera patienter för second opinion, utredning och hjälp med behandling. Resursbristen är således ett stort hinder för möjligheterna att efterleva rekommendationerna.

4.3 GAP-analys gällande riktlinjerna för Astma KOL (2015 januari)

Antal berörda patienter

Detta är uppskattade siffror tagna från studier i Sverige (omräknade till Jämtland/Härjedalen)

- Antal vuxna personer med astma, 10 000 (10 % av befolkningen)
 - Lindrig, 6 500 Medelsvår, 2 500 Svår, 1 000
- Antal personer ≥ 40 år med **diagnostiserad** KOL, 3 500 (5 % av befolkningen)
Den verkliga förekomsten av KOL är uppskattad till 14 %

Enligt Socialstyrelsen bedöms rekommendationerna innehålla ekonomiska konsekvenser inom flera områden. På kort sikt kan kostnadsökningar förväntas, främst när det gäller ökad frekvens av återbesök. Men även en utökad interprofessionell samverkan och stöd till träning vid KOL. På längre sikt bedöms rekommendationerna dock leda till stora kostnadsbesparingar, bland annat på grund av att fler personer med astma och KOL upptäcks och behandlas i en tidigare fas av sjukdomen. Rekommendationerna avser också att ge en ökad sjukdomskontroll och färre akuta försämringar, vilket kan innebära mycket stora besparingar i form av färre akutbesök och inskrivningar i slutenvård.

För att Region JH ska kunna nå upp till de nationella riktlinjerna för vård vid astma och KOL finns det behov av förändrad organisation och förändrat arbetssätt. Sammanfattningsvis handlar det om att göra patienten mer delaktig i sin egen vård med stöd från professionen och utifrån standardiserade åtgärder.

Patienterna finns idag både i primärvården och i specialiserade vården. Gränssnitten i vårdnivåer är otydliga och aktuellt vårdprogram saknas. Bedömning och behandling skiljer sig beroende på vilken läkare patienten träffar. Uppföljning av kvalitet och kvantitet är svår att följa då täckningsgraden i kvalitetsregister (luftvägsregistret) är mycket låg.

Det är svårt att redogöra för ekonomiska konsekvenser i nuläget. Det finns behov av djupare analys vad gäller arbetssätt och organisation, se åtgärdsförslag nedan. När det gäller utmönstring är det ett fåtal åtgärder som är aktuella. Dessa ger inga eller marginella ekonomiska konsekvenser.

Tydliga behov som framkommer i analysen för att möta riktlinjerna är:

- Utökade paramedicinska resurser, framför allt sjukgymnast men även dietist
- Fler sjuksköterskor med utbildning i astma/KOL sjukvård (minst 15 hp)
- Vårdprogram
- Ökad samverkan mellan professioner och vårdnivåer
- Ökad täckningsgrad för luftvägsregistret

Aktuellt tillstånd maj 2018 gällande riktlinjearbetet och tillämpning av dessa åtgärder utifrån riktlinjerna

Det senaste året har arbete påbörjats med att skapa en KOL-sjuksköterska som redan när patient är inlagd på vårdavdelning fångar upp patienten och försöker att styra denne till den specialiserade vården alt primärvård. Ett arbete mellan KOL-sjuksköterska samt läkare är upprättat.

KOL-sjuksköterskan ska kunna ha egen mottagning och även telefontider för att stötta patienterna i deras vård och behandling. Idag följs de riktlinjer som är framtagna vad gäller vilka patienter som ska tillhöra primärvård och vilka som ska tillhöra den specialiserade öppenvården och det finns ett bra samarbete. En för stor andel av de patienter som tillhör specialiserade öppenvården har långa vårdtider och fokus är att minska denna.

Arbete för att ändra rondarbete är initierat men går sakta dock ett viktigt arbete.

Behov av sjukgymnast är stort och sedan flera år har lungavdelningen ett något större utrymme än budgeterat men inte i den nivå som behovet egentligen är. För att utöka detta krävs i dagsläget en budgetförstärkning. I förändringsarbete kan finnas möjlighet att kompetensväxla.

Pga av ett stort behov av hysjsjuksköterskor på lungavdelningen har det inte funnits möjligheter att utbilda sjuksköterska i astma/KOLsjukvård men området ställer sig positiv till utbildning om någon sjuksköterska är intresserad.

Sedan 1,5 år tillbaka är ett mobilt närvårdsteam (MiNT) etablerat. Till MiNT ansluts patienter med bla ett stort vårdbehov och med tex diagnos KOL. Syftet är att hitta en trygg och stödjande vård kring dessa patienter, som idag kräver mycket vårdresurser, för att minska den inneliggande vården. Alla patienter som ansluts till MiNT har ett stort vårdbehov och ofta både många och långa vårdtider. Av de patienter som anslutits har en övervägande del KOL och har efter anslutning till MiNT i stort sett ingen inneliggande vård. Ett nära samarbete med såväl primärvård som den kommunala vården upprättas för dessa patienter. Trots de positiva siffror som MiNT visar har inte effekt kunnat hämtas än avseende minskning av vårdplatser inom HIM då ett nära samarbete med HNR finns och en gemensam total av vårdplatser. Planen framåt är att minska motsvarande 4 vårdplatser på sikt.

Arbete med luftvägsregistret pågår för att förbättra täckningsgraden.

Inom HNR saknas resurser för fysioterapeutiska insatser som andningsvård och gruppträning för att stärka patientens fysiska förmåga.

4.4 GAP-analys för palliativ vård 20180413

Resultat av den palliativa vården i Region Jämtland Härjedalen följs regelbundet med stöd av kvalitetsregistret Svenska palliativ registret. Detta sker både på övergripande nivå samt för respektive kommun. I varje kommun finns lokala samverkansgrupper där kommunen och primärvården ingår. Dessa grupper har bl.a. till uppgift att följa resultat av den palliativa vården och föreslå förbättringsåtgärder till beslutsfattare.

En arbetsgrupp med länets representanter från Norra regionens samverkansgrupp för palliativ vård har i uppdrag att identifiera åtgärder som behöver göras/förbättras för en bättre palliativ vård. Gruppens arbete är inte avslutat ännu.

Behov av åtgärder som identifierats är:

- Fortbildningsinsatser i första hand genom webbaserad utbildning
- Identifiera patienter som palliativa genom medicinska bedömningar/beslut och checklistor
- Standardiserad omvårdnad med stöd av checklistor
- Rutiner för hur ofta ny bedömning behövs
- Rutiner för kommunikation med närstående
- Närståendestöd utanför sjukhuset
- Länsrutin för efterlevandesamtal
- Utredda behovet av palliativ jourlinje
- Vårdplanering i hemmet där behandlingsstrategi ingår
- Samverkansarena/arbetsgrupp för länets kommuner och regionen med uppgift att identifiera gemensamma fortlöpande förbättringar.

Palliativa konsultteamet, PKT fungerar som stöd för länets alla verksamheter. De kan konsulteras av personal i både slutenvård, primärvård och hemsjukvård för frågor och bedömningar i den palliativa vården. För närvarande krävs inga ytterligare åtgärder när det gäller PKT.

Palliativ vård för barn och ungdomar fungerar bra i länet och kräver inga specifika åtgärder för närvarande.

4.5 GAP-analys schizofreni (2018-02-28)

Vid genomgång av remissversionen av riktlinjerna har utgångspunkt varit att det i Region Jämtland Härjedalen handlar om ca 400 patienter med tillståndet schizofreni eller schizofrenilikande tillstånd.

Ekonomiska konsekvenser av riktlinjerna

Det är i nuläget inte gjort några beräkningar. Utifrån att det inte föreligger något GAP avseende rätt läkemedelsanvändning i förhållande till de preliminära nationella riktlinjerna kan vi konstatera att denna del blir kostnadsneutral jämfört med hittills.

Professionella kommentarer och synpunkter till Socialstyrelsen

Intensiv case management enligt ACTmodellen (Assertive Community Treatment) med prioritering 2. Invändningar emot att denna metod har så hög prioritet. Metoden är enligt uppgift personalkrävande och den finns på få ställen i landet. Specialistpsykiatri finns i Östersund med hela länet som upptagningsområde. ACT modellen kan inte vara tillgänglig och ges på lika villkor till

alla i vårt glesbygdslän, brukare riskerar att utestängas från ACT-teamet på grund av geografisk spridning med långa avstånd.

4.6 GAP-analys demensriktlinjerna (2017-03-01)

Generellt bör PV både genomföra fler demensutredningar men framförallt slutföra påbörjade till diagnos. Vi har anpassat Västerbottens demensutredningsdokument till våra förhållanden i ”Zamsyn demensdiagnostik”. Åtgärd: Utbildning och information om rekommendationerna i Zamsyn Demensdiagnostik.

Efter genomförd GAP- analys kan vi konstatera att vi inte har alla uppgifter för att kunna beräkna om införandet av nationella riktlinjer för demens kan bli kostnadsneutrala. Detta gäller främst för åtgärderna funktions och aktivitetsförmåga (10) samt två läkemedel vid medelsvår till svår Alzheimerdemens (60).

Den samlade konsekvensanalysen presenteras i nedanstående tabell, ordnad utifrån rekommendationens prioritet.

REKOMMENDATION	P R I O	KONSEKvens	EC/OC /HSD	KOMMENTAR
(30) Regelbunden och sammanhållen uppföljning av den demenssjukes situation och behov inklusive medicinsk bedömning samt vård och omsorgsinsatser.	1	Att de demenssjuka inte får en bra uppföljning	Alla	Ett gemensamt förbättringsområde generellt både inom Region JH och kommunerna
(39) individuellt anpassade kognitiva åtgärder	2	Okunskap gör att den demenssjuke riskerar bli mer hjälpbehövande än nödvändigt.	Alla	Utbildnings- och informationsinsats
(85) Anhörig utbildningsprogram	2	Risk för att anhöriga får olika stöd beroende på var de bor	kommun	Kommunerna utför men på olika sätt.
(89) Ung anhörig till demenssjuk	2	Olika i kommuner, svårt att tillgodose pga. enstaka fall.	kommun	Problematiskt eftersom inte alla är kända
(5) RUDAS	2	Utbildningsbehov	alla	Används ej idag
(10) strukturerad utredning av funktions- och aktivitetsförmåga	2	Förbättringsområde görs för få idag	Alla	Görs idag inom psykiatri, önskvärt att primärvård också gör
(60) Memantin som tillägg till Kolinesteras hämmare	2	Enligt nya riktlinjerna behöver fler patienter få behandling med två läkemedel. Ny kunskap	Region	Under 2018 följa utveckling och kostnader.

4.7 GAP-analys riktlinjer för depression och ångest (2017-08-28)

Depression och ångest är mycket vanliga – upp till 25 % av kvinnorna får depression och upp till 15 % av männen. För ångest är siffrorna likande.

Inom barn och unga vuxna finns organisatoriskt barn- och ungdomspsykiatri, föräldrabarnhälsan och barn- och ungdomshabiliteringen organiserade. Bedömningen av de åtgärder som föreslås i riktlinjerna är att barn- och unga vuxna arbetar enligt dessa. Detta under förutsättning att aktiv uppföljning (prio 1) förtydligas i slutversion av riktlinjerna. Verksamheten har inte resurser att följa upp de barn och unga som inte längre har kontakt med dem. Barn och unga med ADHD medicinering får uppföljning automatiskt utifrån läkemedelsbehandling. Det finns inga icke göra att utmönstra.

Vuxenpsykiatri

- Verksamheten behöver öka användning av SCID-I och MINI för diagnostik av depression eller ångest (prio 2).
- Flera åtgärder i riktlinjerna föranleder att vuxenpsykiatrien behöver se över sina rutiner eller öka följsamhet till existerande rutiner. Det gäller somatisk anamnes och somatisk undersökning utifrån relevant utredning (prio 1).
- För aktiv uppföljning (prio 1) krävs att befintliga tjänster är bemannade för att kontinuitet för patienten ska nås.

Det behövs flera som i öppenvårdsverksamheten som har KBT eller mindfulnessbaserad kognitiv terapi (MBCT) kunskap (prio 3) för att kunna ge återfallsförebyggande behandling. RJH behöver förändra riktlinjer och praxis kring ångestsyndrom för att förkorta väntetid till bedömning och psykologisk eller farmakologisk behandling samt vilka behandlingsstrategier som ska gälla under väntetiden. Det behövs ett annat arbetssätt som innebär att patienten får träffa t.ex. en sjuksköterska och erbjudas en kontinuerlig kontakt i väntan på psykologisk behandling. Det finns icke göra – åtgärder att utmönstra.

Primärvården

Mer än 70 % av patienter med depression och ångest får vård inom primärvården. Endast 20 % remitteras till specialistpsykiatrien. Dessa siffror gäller för riket och sannolikt är siffrorna för Region JH att mer än 80 % får vård inom primärvården och mindre än 10 % remitteras till psykiatrien.

För att primärvården ska kunna leva upp till nationella riktlinjer för depression och ångest är bedömningen att det behövs utbildnings- och utvecklingsinsatser för att kunna få ett annat arbetssätt.

Främst är det de psykosociala enheterna som behöver förstärkas. Det handlar både om att bemanna befintliga tjänster och att behov av fler tjänster, uppskattningsvis löneutrymme för åtta psykologer, vilket innebär en per kommunområde. Se vidare ekonomiska konsekvenser.

Det finns behov av att flera får KBT utbildning inom primärvården, likaså andra behandlingsformer ITP (interpersonell psykoterapi). Olika personalkategorier och funktioner inom primärvård, såsom BVC, MVC, distriktssköterskor och läkare behöver få fortbildning. Kompetensbehov inom KBT påverkar flera av tillstånd och åtgärdspar av de föreslagna nationella riktlinjerna.

Ekonomiska konsekvenser av riktlinjerna

Ekonomiska konsekvenser av införandet är för barn- och unga vuxna kostnadsneutralt, enligt bedömning.

Inom primärvård genererar nationella riktlinjerna ett behov av att det ska finnas leg psykolog med KBT kompetens i varje kommunområde i primärvården, åtta stycken. Kostnad för löner ca 6 264 000 kronor.

Vuxenpsykiatri har behov av två sjuksköterskor för att kunna möjliggöra tidigare omhändertagande av personer med ångestsyndrom. Kostnad för löner ca 1 220 000 kr.
Utbildnings- fortbildningsinsatser: kan konstatera att sådana behövs.

4.8 GAP-analys gällande riktlinjer för ohälsosamma levnadsvanor (2018-02-15)

Ohälsosamma levnadsvanor är vanliga i befolkningen. Hälften av alla kvinnor och två tredjedelar av alla män har minst en ohälsosam levnadsvana. Tillsammans bidrar ohälsosamma levnadsvanor för cirka en femtedel av sjukdomsburden i Sverige.

Dessa nationella riktlinjer innehåller rekommendationer vid de ohälsosamma levnadsvanorna tobaksbruk, riskbruk alkohol, för låg fysisk aktivitet samt ohälsosamma matvanor. Riktlinjerna uttrycker stark avsikt att stödja riskgrupper. Jämfört med riktlinjerna från 2011 är dessa nationella riktlinjer mer riktade till specifika grupper: vuxna, vuxna med särskild risk, vuxna som ska genomgå operation, barn- och unga samt gravida.

Under sommaren 2018 beräknas de färdigställda nationella riktlinjerna finnas publika.

Analys av resultat avseende hur väl vården i Region Jämtland Härjedalen motsvarar de nationella riktlinjerna

Gravida tillfrågas och erbjuds i hög utsträckning åtgärder då tobak och alkohol är problem.

Barn 0-5 år samt barn 6-12 år: Det är baserat på framkomna svar inte möjligt att med säkerhet svara att barn med behov av stöd gällande fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor får sina behov tillgodosedda. Således finns ett gap mellan tillgång och behov.

Ungdomar 13-18 år med behov av stöd för att minska tobaksbruk, alkoholbruk, otillräcklig fysisk aktivitet samt ohälsosamma matvanor. Varierande svar, både positiva att ungdomarna får hjälp och tvärtom. Det finns behov av att undersöka hur stödet fungerar till ungdomar. Sannolikt ett gap mellan tillgång till stöd och behov.

Vuxna och vuxna med särskild risk Avseende stöd att sluta röka ges stödet oftast i primärvården. Även om svaren uttrycker att det saknas rökavvänjarsköterska på en del hälsocentraler, är nog stödet tillgängligt per kommun.
Avseende stöd att minska alkoholkonsumtion kan beskrivningarna tyda på att det finns ett gap. De båda levnadsvanorna ohälsosamma matvanor och otillräcklig fysisk aktivitet tyder på att stöd ges i liten utsträckning enligt svaren.

Vuxna som ska genomgå en operation Något oväntade kommentarer från de svarande avseende den bristande systematiken i det tobakspreventiva arbetet inför operation. Avsaknad av regionövergripande dokument att förhålla sig till som vårdprofession är viktiga att snarast ta fram. Sådana dokument hjälper att förbättra systematiken i arbetet och att ha som grund i framtagande av mer specifika sjukhus- och primärvårdsrutiner. Om svaren att rådgivande samtal om alkoholriskbruk inför operation i stort sett inte utförs stämmer, finns ett tydligt förbättringsområde.

Ekonomiska konsekvenser

Socialstyrelsen uttrycker att de ekonomiska konsekvenserna av rekommendationerna i riktlinjerna innebär i första hand ökade kostnader för hälso- och sjukvården. Med kort sikt avses de närmaste fem åren. Socialstyrelsen uttrycker även att de flesta kostnader gäller landsting och regioner. I de fall elevhälsan får ansvar för att genomföra åtgärder riktade till barn och ungdomar, kommer en del kostnader an på kommunerna.

Socialstyrelsen presenterade vid seminarium i januari kostnadsposter per levnadsvana och respektive målgrupp. Grov summering av dessa poster visar att kostnader för implementering av dessa nationella riktlinjer blir ungefär 1,7 miljarder kronor för riket. Utifrån antagandet att förhållandena i Region Jämtland Härjedalen motsvarar riket, kan kostnaderna för implementering av riktlinjerna bli omkring 22 miljoner kronor. I regionens remissvar påpekas:

Om möjlighet till bättre effekt ska kunna nås snabbare för att minska ohälsosamma levnadsvanor, är det nödvändigt med ekonomiskt stöd till landsting/ regioner för att bättre kunna motsvara de behov som finns. Den kommunala finansieringsprincipen bör tillämpas även när det gäller implementering av nationella riktlinjer.

4.9 GAP-analys gällande stroke-riktlinjerna (2017-03-29)

Få åtgärder som är icke göra eller FOU har identifierats att de utförs, kommer i sådant fall tas bort under hösten.

GAP kan ses inom logopediområdet gällande:

- Afasi efter stroke-Kommunikationspartnerträning för närstående

Utförs inte. Behov av utbildning inom metoden. För att kunna uppfylla riktlinjen krävs troligen mer resurser eller omfördelning av resurser. Kan utföras till viss del på distans.

- Afasi efter stroke- Intensiv språklig träning

Utförs i fåtal fall inom slutna och öppna rehabilitering. Behöver analyseras ytterligare gällande antal patienter som är möjliga.

- Uppföljning kring patienter 1 år efter stroke.

Behov av utökade träningsplatser inom rehabiliteringen för att uppnå riktlinjen.

Förbättringsområden har identifierats inom utredning och läkemedel för att ytterligare förbättra omhändertagandet och öka kvalitén.

Utbildningsbehov har identifierats inom vissa specifika moment inom rehabiliteringen. Ex spegelträning.

Trombektomi som åtgärd vid akut ischemisk stroke med ocklusion av hjärnans främre stora kärl diskuteras inom norra sjukvårdsregionen (NRF) utifrån de långa avstånd som finns inom regionen.

Ekonomiska beräkningar

Inga ekonomiska beräkningar har gjorts i GAP analysen. Framförallt kommer resursfördelning analyseras för att uppnå riktlinjerna. Detta gäller främst kring logopedresurser. Behov av kurator inom Mobila stroketeamet kommer ses över vilket kan innebära behov av ökade resurser.

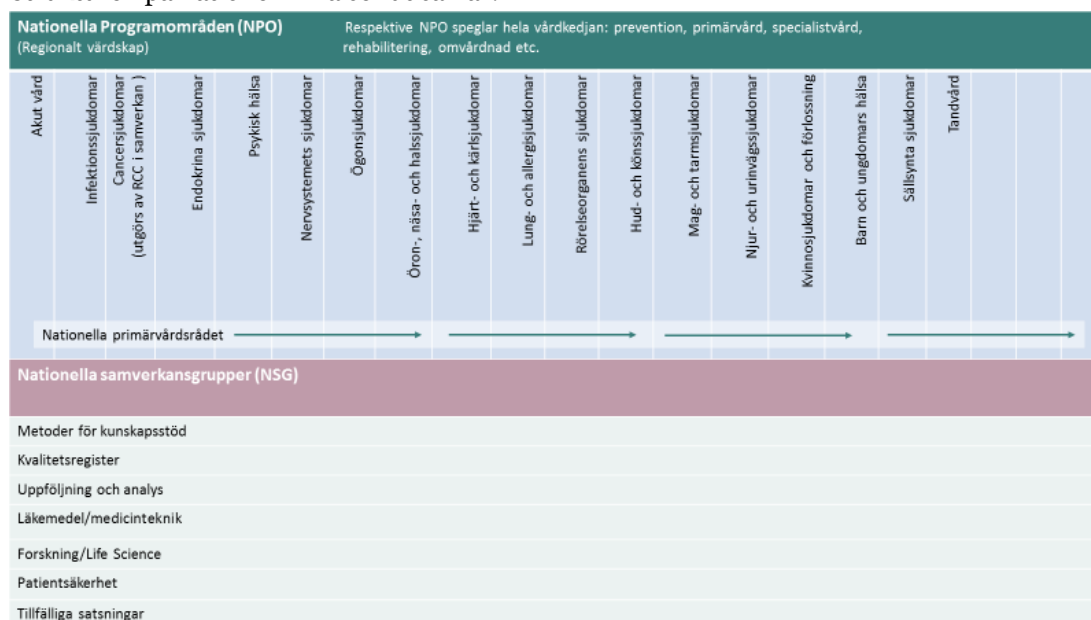
5 Nationell – regional och lokal kunskapsstyrning

Kunskapsstyrning är att genom styr-, lednings- och stödåtgärder bidra till att bästa tillgängliga kunskap används i mötet med patienten. Det finns tre huvudkomponenter: Kunskapsunderlag, mätsystem och stöd till förbättring. Samverkan mellan de olika aktörerna på nationell, regional och lokal nivå är en förutsättning för kunskapsstyrning inom vård och omsorg, liksom utveckling av ledarskapets roll.

Vid regionstyrelsens möte i oktober 2017 antogs en rekommendation från SKL som innebär: att etablera en sammanhållen struktur för kunskapsstyrning i enlighet med förslaget i Etablering av en sammanhållen struktur för kunskapsstyrning – hälso- och sjukvård. För att den nationella kunskapsstyrningsmodellen ska få största möjliga nytta är förutsättningen att huvudmännen bygger upp regionala strukturer för mottagande och omsättning till regional och lokal nivå. Ytterst är meningen att effekten ska nå ut till patientmötet.

Hittills har detta beslut inneburit att Region Jämtland Härjedalen är med och finansierar regionala processledare som stöd till arbetet med detta. Regionens befolkningsandel av denna kostnad är ca 300 000 kr.

Strukturen på nationell nivå ser ut så här:



Vad utvecklingen av en regional och lokal organisation kring detta innebär resursmässigt är ännu för tidigt att beskriva. Dock bör beredskap finnas för att det kommer att kunna bli både personella resurser som tas i anspråk och troligen också finansiering av sjukvårdsregionala resurser. Syftet är dock god och jämlik vård.

6 Kompetensförsörjning 2018– 2023- 2029

Hälso- och sjukvård är regionens största verksamhet. Den är kunskapsintensiv och därmed blir kompetens en avgörande faktor för att lyckas med uppdraget. De stora utmaningarna vad gäller kompetensförsörjning finns också inom denna sektor. Yrkesgrupperna inom hälso- och sjukvård är relativt stora varav de största är sjuksköterskor inkl barnmorskor, specialistutbildade (ca 1300), undersköterskor, skötare, barnskötare, ambulanssjukvårdare (ca 700) och läkare (ca 500 totalt). Många av yrkena inom hälso- och sjukvård kräver högskole-/universitetsutbildning. Konkurrensen inom många yrkesgrupper är hög, från andra landsting och regioner, lokalt från kommunerna i länet samt privata arbetsgivare som t ex bemanningsföretag. Rekrytering enbart kommer inte att lösa framtida kompetensförsörjning. Regionens personalomsättning 2017 framförallt när det gäller allmänsjuksköterskor visar på att ytterligare fokus måste ligga på att kompetensutveckla och att behålla personal.

Handlingsplan för Attraktiv arbetsgivare är en del i det men arbetet med att behålla medarbetare handlar om allas engagemang. Studenter och elever ska få en bra utbildning i regionen via praktisk och verksamhetsförlagd utbildning och bli väl mottagna. 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.

Pågående åtgärder 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. I det arbetet är det nyöppnade KTC, kliniskt träningscenter, en viktig förutsättning. Programmet "Sjuksköterskans första år", ska stärka den nylegitimerade sjuksköterskan i sin nya roll. 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 (år 2018) är betydelsefullt för försörjning av specialistsjuksköterskor och barnmorskor.

Den årliga kompetenskartläggningen ger möjligheter för både regionen och verksamheterna att bättre kunna förutse kommande rekryterings- och kompetensbehov. SABA Cloud och struktur enligt RAK ger förutsättningar att lättare kunna styra mot behov av kompetensutvecklingsinsatser. Kompetenskartläggningen åtföljs av handlingsplaner både på områdes- och regionövergripande nivå.

6.1 Kompetenskartläggning

En kompetenskartläggning för perioden 2018 – 2023 (för läkare och tandvård 2018-2029) genomfördes under senare delen av 2017. I den efterfrågas vakanser som inte kunnat tillsättas, pensionsavgångar (medarbetare som fyller 65 år), övrig personalomsättning samt förändringar i verksamhet som kan påverka antal och fördelning av yrkesgrupper/kompetens.

Kompetenskartläggningen omfattade

- Specialist-, över- och distriktsläkare inom 30 specialiteter

- Sjuksköterskor inklusive specialistutbildade inom 15 specialiteter samt BMA och barnmorskor
- 15 yrken med akademisk utbildningsbakgrund
- 12 yrken med icke-gymnasial, gymnasial och eftergymnasial utbildningsbakgrund
- 3 yrken inom administration
- 3 yrken inom folktandvård
- Nationella prognoser – 2035

Kartläggningen visar på regionens och verksamheternas prognosticerade rekryterings- och kompetensbehov under angivna perioder. Kartläggningen åtföljs av områdesvisa och regionövergripande handlingsplaner. Svårigheten för verksamheterna har varit att förutse kommande behov av kompetensutveckling/-sammansättning utifrån förändrad verksamhet och på lång sikt. Många områden svarade att utifrån pågående arbete med RAK, framräkning av bemanningsmål e t c så går det inte redovisa vad det kommer att innebära i ändrad kompetenssammansättning och/eller behovet i antal. I dokumenten har Socialstyrelsen ”Bedömning av tillgång och efterfrågan på personal i hälso- och sjukvård och tandvård. Nationella planeringsstödet 2018” använts. Rapporten redovisar bland annat Arbetsförmedlingens och SCB:s bedömningar om framtida tillgång och efterfrågan av ett urval av legitimerade yrken.

6.2 Hälso- och sjukvård

Kartläggningen visade att vakanser av större omfattning återfanns i grupperna specialisläkare, överläkare och distriktsläkare, sjuksköterskor inklusive specialistsjuksköterskor, sjuksköterskor med specialistfunktion, barnmorskor samt psykologer. Även om verksamheterna rapporterat om svårigheter att rekrytera till andra yrkesgrupper så återfinns endast enstaka vakanser i vissa yrkesgrupper. Svårigheterna kan då lika väl handla om just en specifik befattning.

6.2.1 Läkare

För att klara försörjningen specialisläkare, överläkare och distriktsläkare satsar regionen och verksamheterna på att anställa och utbilda AT-, och ST-läkare. Verksamheternas behov av läkare ökar vilket också gäller nationellt. 2017 hade Region Jämtland Härjedalen fler, både antalsmässigt (+ 31) och årsarbetare (+28), jämfört med tidigare år. Kostnaderna för inhyrd personal 2017 motsvarade ca 52 årsarbetare. En minskning motsvarande ca 1 årsarbetare jämfört med 2016.

Kartläggningen baseras på 269 tillsvidareanställda specialisläkare, överläkare och distriktsläkare. För att få fram rekryteringsbehovet av specialisläkare, överläkare och distriktsläkare ställdes antalet klara ST-läkare i relation till de specialisläkare, överläkare och distriktsläkare som förväntas gå i pension eller slutar i regionen av andra orsaker. Utifrån nuvarande förutsättningar prognosticeras ett rekryteringsbehov av 54 specialisläkare, överläkare och distriktsläkare under perioden 2018-2029. Till det kommer en vakanssituation på 58 specialisläkare, överläkare och distriktsläkare. Bortsett från vakanserna visar kartläggningen på en övergripande nivå att bemanning av ST-läkare motsvarar i princip behovet t o m 2022. Därmed inte sagt att det överensstämmer på specialistnivå. Fortsatt satsning på att anställa ST-läkare för att klara försörjningen fr om 2023 och framåt är en framgångsfaktor.

Utmaningen ligger i att lösa vakanssituationen som till stor del täcks av inhyrda läkare. Rekrytering enbart kommer inte att lösa detta utan andra åtgärder måste till som är mer knutet till verksamhet.

Kartläggningen visar 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.

SOCIALSTYRELSENS ”BEDÖMNING AV TILLGÅNG OCH EFTERFRÅGAN PÅ PERSONAL I HÄLSO- OCH SJUKVÅRD OCH TANDVÅRD”

Bedömningen är att läkarbristen är kortsiktig och kommer att stabiliseras på lång sikt. Fram till 2035, bedöms tillgången på läkare matcha efterfrågan. Som grund för sin bedömning ligger den kraftiga ökningen av utbildningsplatser under 2000-talet samt ett nettoöverskott på omkring 500 invandrande läkare. Bedömningen bygger också på att ett antal andra förutsättningar uppfylls. I budgetpropositionen för 2018 finns ett förslag om ytterligare utökning av utbildningsplatser. Om förslaget går igenom kommer det att bidra till en ökad framtida tillgång på läkare. SCB:s prognos tar fasta på läkare rent generellt. Den långsiktiga tillgången på olika specialiteter kan variera.

6.2.2 Sjuksköterska, specialistsjuksköterska, barnmorska

Försörjningen av allmänsjuksköterskor sker genom rekrytering och i det är Mittuniversitet 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 måste behovet av specialistsjuksköterskor och barnmorskor tas med i underlaget.

2017 ökade både antalet (+21) sjuksköterskor inklusive specialistsjuksköterskor, sjuksköterskor med specialistfunktion samt barnmorskor och antalet årsarbetare (+7) i regionen jämfört med föregående år. Trots det klarade inte regionen att bemanna med sjuksköterskor i tillräcklig omfattning utifrån verksamheternas ökade behov av sjuksköterskor. Det har inneburit att bemanningsföretag har anlitat i ökande omfattning vad gäller allmänsjuksköterskor. 2017 motsvarade kostnaderna för hyrsjuksköterskor 42 årsarbetare, en ökning med motsvarande 19 årsarbetare jämfört med 2016.

Grundutbildade sjuksköterskor

Kartläggningen baseras på 524 tillsvidareanställda grundutbildade sjuksköterskor. Utifrån nuvarande förutsättningar finns ett prognosticerat behov av 415 grundutbildade sjuksköterskor under perioden 2018-2023 d v s 80 % av dagens antal. Till det kommer vakanser som vid kartläggningstillfället var 24.

Personalomsättning bland grundutbildade sjuksköterskor uppgick till 11 %, en alldeles för hög personalomsättning. Rekrytering enbart kommer inte att kunna lösa framtida behov. Stort fokus måste ligga på att behålla de som regionen rekryterar.

Specialistsjuksköterskor inklusive sjuksköterskor med specialistfunktion.

Kartläggningen baseras på 626 tillsvidareanställda specialistsjuksköterskor inklusive sjuksköterskor med specialistfunktion. Utifrån nuvarande förutsättningar framkommer ett prognosticerat behov av 359 specialistsjuksköterskor inklusive sjuksköterskor med specialistfunktion under perioden 2018-2023 d v s nästan hälften av dagens antal. Till det kommer vakanser som vid kartläggningstillfället var 42. Vissa av vakanserna var ersatta med grundutbildade sjuksköterskor.

Personalomsättningen inom de olika specialistsjuksköterskegrupperna varierade från 3 till 16 %.

Försörjningen av specialistsjuksköterskor består i hög grad av att redan anställda allmänsjuksköterskor specialistutbildar sig med studiemedel från regionen.

Rent generellt ser regionen fördelar med att medarbetare specialistutbildar sig inom ramen för en utbildningsanställning d v s medarbetaren studerar på 50 % och arbetar på 50% och med bibehållen

lön. Fördelarna är att medarbetaren kontinuerligt kan tillämpa och omsätta teori till praktik under utbildningstiden samt att inskolning i den nya befattningen är i princip genomförd i o m att utbildningen avslutad.

Barnmorskor

Kartläggningen baseras på 86 tillsvidareanställda barnmorskor och den visar på ett sammanlagt behov av 25 under perioden 2018 – 2023. Inga rapporterade vakanser inom denna grupp.

Socialstyrelsen nedan har uppgifter från Socialstyrelsens ”Bedömning av tillgång och efterfrågan på personal i hälso- och sjukvård och tandvård”

Bedömningen är att fram till 2035 kommer dagens bristsituation vad gäller grundutbildade sjuksköterskor att vara relativt oförändrad. Det förklaras av att efterfrågan väntas öka ungefär lika mycket som tillgången. Efterfrågan ökar främst på grund av fler äldre i befolkningen. Tillgången ökar genom tillskott av nyexaminerade och genom måttliga framtida pensionsavgångar bland dagens grundutbildade sjuksköterskor som är 45 år och äldre.

SCB bedömer att efterfrågan på specialistsjuksköterskor kommer att överstiga tillgången fram till 2035. Det förklaras bland annat av stora pensionsavgångar och en ökade andel äldre i befolkningen som kräver mer vårdinsatser både inom hälso- och sjukvård och inom äldreomsorgen. I rapporten redovisas bedömningar inom olika specialiteter.

SCB bedömer att brist på barnmorskor kvarstår till 2035. De förväntar sig inte att tillgången genom fler utbildningsplatser kan öka lika mycket som efterfrågan som orsakas av bl a pensionsavgångar och befolkningstillväxt.

SKL har också lyft fram utmaningar relaterad till barnmorskor. Det handlar om stora förväntade pensionsavgångar samtidigt som antalet förlossningar har ökat med 16 procent de senaste 10 åren. Antalet förlossningar varierar dessutom under året med 30 procent fler förlossningar under sommarmånaderna än under vintern.

6.2.3 Undersköterska, skötare, barnsköterska, ambulanssjukvårdare

Kartläggningen grundar sig 556 tillsvidareanställda undersköterskor/skötare varav skötare utgör ca 7 %.

Utifrån nuvarande förutsättningar prognosticeras ett rekryteringsbehov på 319 undersköterskor och skötare d v s mer än hälften av dagens antal.

Nationellt prognosticeras brist inom dessa grupper och då är kommunernas verksamhet inberäknad. Undersköterskor och skötare är en grupp med hög genomsnittsålder. Problemet under lång tid har varit att det är för få som utbildar sig på omvårdnadsprogrammet. Eftersom behovet beräknas öka på grund av en högre andel äldre i befolkningen prognostiserar SCB en kraftig brist på vård- och omsorgsutbildade på sikt.

Regionens satsning på RAK och kompetenskort är strategiskt viktigt både för att attrahera, behålla och nyttja kompetenser optimalt.

6.2.4 Psykolog

Kartläggningen baseras på 56 tillsvidareanställda psykologer. Den visar på ett rekryteringsbehov av 46 under perioden 2018-2023 och det beror främst på övrig personalomsättning d v s exklusive förväntade pensionsavgångar.

Konkurrenssituationen från övriga arbetsmarknaden påverkar regionens möjligheter att både rekrytera och behålla psykologer. Verksamheten anställer PTP-psykologer som ett led i att klara försörjningen av legitimerade psykologer. PTP-program med ansvarig studierektor har utarbetats.

En modell för karriärvägar som gjorts i samarbete med psykologer är beslutad. Den är en del i att göra det attraktivt att arbeta kvar i regionen.

Socialstyrelsen nedan har uppgifter från Socialstyrelsens ”Bedömning av tillgång och efterfrågan på personal i hälso- och sjukvård och tandvård”

Bedömningen är att tillgången på psykologer kommer att öka mer än efterfrågan till 2035 trots att befolkningstillväxten bedöms leda till en ökad efterfrågan på psykologer. Det förklaras med en fortsatt god tillförsel nyexaminerade samtidigt som pensionsavgångarna inte förväntas bli så stora.

6.3 Folktandvård

6.3.1 Distriktstandläkare

Kartläggningen baseras på 42 tillsvidareanställda distriktstandläkare. Den visar på ett relativt jämnt behov av distriktstandläkare inom perioden 2018-2029, sammanlagt 59 under perioden.

SOCIALSTYRELSEN NEDAN HAR UPPGIFTER FRÅN SOCIALSTYRELSENS ”BEDÖMNING AV TILLGÅNG OCH EFTERFRÅGAN PÅ PERSONAL I HÄLSO- OCH SJUKVÅRD OCH TANDVÅRD”

Bedömningen är att bristen på yrkeserfarna tandläkare är stor 2017. En stor del av de yrkesverksamma tandläkarna väntas också gå i pension inom kort. Bristen på både nyexaminerade och yrkeserfarna tandläkare har tilltagit mellan 2014 och 2017. I den långsiktiga prognos som SCB gör bedömer de att tillgång och efterfrågan kommer att öka lika mycket fram till 2035. Det gör att arbetsmarknadsläget bedöms likna dagens situation.

6.3.2 Tandhygienister

Kartläggningen baseras på 24 tillsvidareanställda tandhygienister. Rekryteringsbehovet är relativt jämnt under perioden, sammanlagt 29.

SOCIALSTYRELSEN NEDAN HAR UPPGIFTER FRÅN SOCIALSTYRELSENS ”BEDÖMNING AV TILLGÅNG OCH EFTERFRÅGAN PÅ PERSONAL I HÄLSO- OCH SJUKVÅRD OCH TANDVÅRD”

Det varierar nationellt vad gäller tillgång till tandhygienister. Bristen på både nyexaminerade och yrkeserfarna har dock ökat sedan 2013. I en långsiktig prognos bedömer SCB att efterfrågan av tandhygienister kommer att överstiga tillgången något fram till 2035.

6.3.3 Tandsköterskor

Kartläggningen baseras på 89 tillsvidareanställda tandsköterskor. Rekryteringsbehovet varierar under perioden men uppgår till sammanlagt 126. Det innebär fler än dagens antal. En förklaring är att antalet förväntade pensionsavgångar under perioden 2022-2024 är relativt hög, sammanlagt 25 av 86 tandsköterskor når en ålder av 65 år.

I december 2017 gick den första kullen ut från tandsköterskeutbildningen i Östersund, vilket gjort att det fanns stora möjligheter att rekrytera tandsköterskor till verksamheten. Ytterligare en utbildningsomgång startar i januari 2018, förhoppningen är därmed att kunna hantera kommande pensionsavgångar i tandsköterskegruppen

SOCIALSTYRELSEN NEDAN HAR UPPGIFTER FRÅN SOCIALSTYRELSENS ”BEDÖMNING AV TILLGÅNG OCH EFTERFRÅGAN PÅ PERSONAL I HÄLSO- OCH SJUKVÅRD OCH TANDVÅRD”

Socialstyrelsens har tidigare uttalat sig om att tandvården framöver måste organiseras så att färre tandläkare tar hand om fler patienter med stöd av tandhygienister. Man säger vidare att tandsköterskans roll kommer att få en ökad betydelse i framtiden. 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. Av största vikt är också att verksamheten lyckas behålla de medarbetare som anställts. En del i detta arbete är att kvalitativt säkerställa de nyanställdas introduktion och behov av handledning. Ett förbättringsarbete pågår.

6.4 Handlingsplaner regionövergripande och områdesvisa

Under 2018 har regionen och områdena utarbetat handlingsplaner för 2018-2019. I den regionövergripande finns vissa åtgärder som är generella för samtliga områden d v s ska ingå i de områdesvisa handlingsplanerna. Kartläggningarna och handlingsplanerna ska vara stödjande kompetensförsörjningen på olika organisatoriska nivåer. De ska årligen följas upp, revideras och uppdateras. Uppföljningarna får visa på fortsatta nödvändiga åtgärder.

7 Nationella satsningar – Region Jämtland Härjedalens användning

Vid Regionstyrelsen i april 2018 har användning för 2018 av ett antal nationella satsningsmedel beslutats. Flera av de nationella satsningarna kommer enligt regeringsbeslut att erhållas också för 2019-2020 också. Några av regionens besluten för 2018 avser verksamhet och kostnader som fortsätter även efter 2018. Dessa beslut behöver hanteras i kommande fördelningar av nationella satsningsmedel och vid hantering av finansplan och regionplan för 2019-2021. Nedan noteras det som för närvarande är kända:

Barnhälsovårds-satsningen (medel finns 2019 och 2020 inget beslut 2021)

- uppsökande verksamhet i socioekonomiskt utsatta områden – kan fortsätta nya ställningstaganden krävs först 2021

Civilförsvarsplanering (medel finns bara beslutade för 2018)

- Samordningskansliets enhet för krisberedskap, säkerhet och miljö har rekryterat en tjänsteman för hantering av detta nya uppdrag – om nationella medel kommer även 2019- 2021 kan verksamheten fortsatt annars krävs avveckling eller prioritering i finansplan från 2019.

Cancermedlen (medel finns bara beslutade för 2018)

- Ny verksamhet i form av Koordinatorcentrum inom område HIM 2,8 mkr kräver ställningstagande angående finansiering 2019-2020
- Två projektledare med finansiering enbart för 2018 får omprioriteras till andra uppdrag om medel inte kommer

Förlossningsmiljarden (medel finns 2019 och 2020 inget beslutat 2021)

- Utökad personalstyrka med 8,8 miljoner kräver annan finansiering 2021 alternativt minskad verksamhet

Våld i nära relationer (medel beslutade bara för 2018)

Samordnare får omprioriteras till andra uppdrag om medel inte kommer

Psykisk hälsa-medlen (medel finns 2019 och 2020 inget beslutat 2021)

Hela detta område kräver djupare analyser kring konsekvenser om medlen upphör. Startade verksamheter att beakta som finansieras med dessa medel är bl a:

- Barn Unga Vuxnas IKB-team
- BUPs slutenvårds/akutteam
- Vuxenpsykiatrins specialistpsykiatriska omvårdnadsteam
- Psykiatrisk traumavård till målgruppen asylsökande och nyanlända
- Ungdomsmottagningens filial i Strömsund

Professionsmiljarden (medel finns bara 2018)

- Sjukreseenheten, 1600 tkr
- Mobilt närvårdsteam, 2500 tkr
- projektledare Losus, 500 tkr
- samordnare PV, 500 tkr
- apotekare för Cosmic, 700 tkr
- delprojektledare RAK, 700 tkr
- koordinator osteoporos, 250 tkr

Personalmiljarden (medel finns 2019 - 2021)

- Fullmäktigebeslut april -2018 om öppnande av sal nummer 2 på Campus har följande beslutssats: "Den ökade driftskostnaden finansieras ur de medel som regionen erhåller enligt statens satsning "Goda förutsättningar för vårdens medarbetare", där ett av användningsområdena är kapacitets- och produktions-planering för effektivare vård med 2,3 mkr år 2018 och 8,2 mkr för år 2019 och framåt.

- Kliniskt träningscentrum – projekt beslutat som ska ta fram total ekonomisk kalkyl
- Personalförstärkning inom IT – 3,5 miljoner/år
- Sjuksköterskans första år – 0,5 mkr/år
- Sjukvårdsregional kunskapsstyrningsorganisation – 0,3 mkr/år
- Chefsutvecklare och chefsprogram – 1,5 mkr/år
- Resurs Saba Cloud – 0,3 mkr/år
- Karriärvägar – 0,3 mkr/år

Välfärdsmiljarden – flykting (medlen övergår successivt till generellt statsbidrag)

- Asylhälsa skapades i Regionfullmäktigebeslut 2017 med 4,0 mkr i finansiering ur dessa medel
- Asylhälsan psykisk hälsa
- Flyktingsamordnare och handläggare finansieras härifrån - får omprioriteras till andra uppdrag om medel inte prioriteras för fortsättning för funktionerna

Sjukskrivnings – rehab-medlen

2018 är sista året med denna överenskommelse. För år 2019 finns lagförslag om att koordineringsuppdraget ska bli ett lagreglerat åtagande för landstinget, inskrivet i Hälso- och sjukvårdslagen. Enligt förslaget ska Region Jämtland Härjedalen ersättas med ca 4,3 mkr för det utökade uppdraget. Detta innebär i praktiken att ersättningen till Region Jämtland Härjedalen minskar med ca 10 mkr år 2019 jämfört med år 2018 och tidigare år. Den ersättning som utgår ska endast finansiera koordineringsuppdraget. Inga utvecklingsinsatser i övrigt inom detta område föreslås finansieras av staten. Den patientmiljard som landstingen får del av ersätter enligt lagförslaget till viss del de medel som landstingen tidigare fått för utökade insatser för patienter med långvarig smärta och lindrig till måttlig psykisk ohälsa.

8 Fakta om nuvarande verksamheter

8.1 Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen

Inom förvaltningen finns 14 områden I det här avsnittet ges en bild av områdenas hälso- och sjukvårdsverksamhet - nuvarande innehåll och framtida utmaningar.

8.1.1 Område Primärvård

Primärvården består av följande hälsocentraler och antal listade per hälsocentral.

	Antal listade april 2018	Förändring sedan november 2017
2531 - Svenstaviks hälsocentral	3 907	-31
2533 - Myrvikens hälsocentral	3 307	-15
2551 - Bräcke hälsocentral	4 535	-91
2552 - Kälarne hälsocentral	1 395	-18
2571 - Svegs hälsocentral	5 600	-33
2573 - Funäsdalens hälsocentral	2 141	17
2591 - Krokoms hälsocentral	10 015	-154
2592 - Föllinge hälsocentral	1 497	43
2611 - Hammarstrands hälsocentral	3 839	-52
2612 - Stuguns hälsocentral	1 196	-21
2631 - Strömsunds hälsocentral	4 844	205
2633 - Backe hälsocentral	1 494	-3
2661 - Järpens hälsocentral	4 585	37
2662 - Åre hälsocentral	5 152	47
2663 - Hallens hälsocentral	1 417	-16
2681 - Zätagränds hälsocentral	11 877	-1 275
2682 - Frösö hälsocentral	12 466	-751
2683 - Odensala hälsocentral	11 170	-519
2684 - Torvalla hälsocentral	4 597	-103
2685 - Lugnviks hälsocentral	7 914	-496
2686 - Lits hälsocentral	3 594	-10
2687 - Brunflo hälsocentral	8 597	-324
2574 - Fjällhälsan	2 481	-4
2593 - Hälsorum Offerdal	2 255	-35
2635 - Närvård Frostviken	758	3
2636 - Nya Närvården	4 803	-508
2610 - Hälsocentralen Ripan	4 306	4 306
	129 742	199

I den regiondrivna primärvården finns också anslagsfinansierad verksamhet i form av

- 1177 Vårdguiden på telefon
- Ungdomsmottagningen
- Närvårdsavdelningen i Strömsund
- Korttidsplatser i Sveg
- Folkhälsan

Viktiga framtidsbilder för den regiondrivna primärvården:

En fast läkarbemanning på alla hälsocentraler och verksamheten helt stafettoberoende.

Inom regiondriven primärvård samarbetar vi med exempelvis olika utbud och bemanning.

Regiondriven Primärvård inom RJH ska vara attraktivt att söka sig till för personal inom hälso- och sjukvården.

Primärvården ska vara det självklara förstahandsvalet för befolkningen vid behov av sjukvård (inte Dr Kry eller andra alternativ som t ex egenremiss till sjukhuset för att inte behöva gå via HC).

Det digitala utbudet av vårdtjänster ska öka och vara lätt tillgängligt och självklart för befolkningen.

100% tillgänglighet genom flera vägar in till vården; telefon, digitalt, fysiskt – med och utan tidsbokning.

Ekonomi för den regiondrivna primärvården

Den regiondrivna primärvården finansieras på samma villkor som de privata hälsovalsaktörerna. Vid utgången av 2017 bedrevs verksamheten med ett underskott jämfört med budget.

	Resultat mot budget 2017
Anslagsfinansierad primärvård	1 762 640
Gemensamt primärvård	-705 947
Primärvården Berg	-6 019 070
Primärvården Bräcke	-2 024 147
Primärvården Härjedalen	-4 122 675
Primärvården Krokom	-5 635 830
Primärvården Ragunda	-6 407 629
Primärvården Strömsund	-4 423 917
Primärvården Åre	-1 892 201
Primärvården Östersund	-52 678 334
SUMMA	-82 147 110

Största utmaning just nu för den regiondrivna primärvården

Finansiering motsvarar inte ambition, kraftig ekonomisk obalans. Vi vill göra mer men behöver göra mindre.

Pensionsavgångarna bland specialister i allmänmedicin fortsätter och det är tufft att komma ikapp med att få färdigutbildat tillräckligt många ST-läkare för att möta upp (men vi fortsätter försöka, vi har inte gett upp).

8.1.2 Område HIM (Hud, infektion, medicin)

Avdelning	Antal Vård platser
Infektionsavdelning	17
Lungavdelning	16
Medicinenheten	28
Lättvårdsavdelningen	10 *
SUMMA	71

*10 vårdplatser sedan 2/5-18 gemensamt med HNR/ort/kir. Plan att utöka till 19 vpl under hösten 2018

Mottagningar
Hud- och könsmottagning
Infektionsmottagn. inkl. smittskydd
Hematologi-mottagning
Dialys- njurmottagning
Lung- och allergi-mottagning
Medicinmottagning
Dietistmottagning

Viktiga framtidsbilder:

Översyn av vårdplatsstruktur och behov för de olika diagnosgrupperna.

Poliklinisera ytterligare, använda distansoberoende teknik i större utsträckning och mobila lösningar tex. MiNT, KOL-sjuksköterska ev i kombination med redan etablerad syrgassjuksköterska

Bibehålla kompetens och rekrytering i den omfattning som verksamheten kräver.

Ökad tillgänglighet med nya kontaktytor.

Arbeta efter produktions- och kapacitetsplanering i större utsträckning än idag samt individuella produktionsplaner med regelbunden individuell uppföljning.

Utmaning att möta den åldrande befolkningen som kommer att öka de närmaste åren

Ekonomi

2017 hade området en nettokostnad på 496 miljoner kronor, vilket var 65 miljoner högre än tilldelad budget.

2018 har området fått en budget som motsvarar årsprognos efter augusti 2017 utan uppräknningar vilket betyder en budget på 486 miljoner.

Största utmaning just nu

Budget i balans

Minska nettokostnadsutvecklingen

Bibehålla kompetens och rekrytera i den omfattning som verksamheten kräver.

Minska beroendet av hyrpersonal.

Kunna anpassa verksamheter och resurser till nya krav i snabbare takt för att möta nya behov och ekonomi.

Implementera nya arbetssätt utifrån rätt använd kompetens både inom sluten- och öppenvård.

Klara tillgängligheten både ny- och återbesök, utifrån vår resursbrist.

8.1.3 Område HNR (Hjärta, neurologi, rehabilitering)

Avdelning	Antal Vårdplatser
Hjärtenheten	23
Strokeavdelningen	19+1
Rehabavdelningen	22
SUMMA	65

Mottagning
Hjärtmottagning Består av flera olika delar för att hantera hjärtsjukvården i länet. Sviktmottagning AK mottagning Pacemakermottagning Flimmermottagning Infarktmottagning
Neurologimottagning
Rehaböppen vårdsmottagning
Reumatologimottagning
Strokemottagning
Smärtenheten

Viktiga framtidsbilder:

- Nytt IR-lab för pacemakerverksamheten.
- Framtida vision att sammanföra neurologi, stroke och rehab på ett mer tydligt sätt gällande flöden, resurser och lokaler.
- Hemtagning av trombekomverksamhet.
- Översyn av vårdplatsstruktur och behov för de olika diagnosgrupperna.
- Poliklinisera ytterligare, använda distansoberoende teknik i större utsträckning och mobila lösningar tex. utökat neuroteam.
- Utökad rehabilitering kommer att efterfrågas och rekommenderas av b.la. nya nationella riktlinjer, då vissa patientgrupper idag saknar tillgång till rehab.
- Bibehålla kompetens och rekrytering i den omfattning som verksamheten kräver.
- Ökad tillgänglighet med nya kontaktytor.
- Arbeta efter produktions- och kapacitetsplanering i större utsträckning än idag samt individuella produktionsplaner med regelbunden individuell uppföljning.
- Utmaning att möta den åldrande befolkningen som kommer att öka de närmaste åren

Ekonomi

2017 hade området en nettokostnad på 387 miljoner kronor, vilket var 62 miljoner högre än tilldelad budget.

2018 har området fått en budget som motsvarar årsprognos efter augusti 2017 utan uppräknningar vilket betyder en budget på 383 miljoner.

Största utmaning just nu

- Budget i balans
- Minska nettokostnadsutvecklingen
- Bibehålla kompetens och rekrytera i den omfattning som verksamheten kräver.
- Minska beroendet av hyrpersonal.
- Kunna anpassa verksamheter och resurser till nya krav i snabbare takt för att möta nya behov och ekonomi.
- Implementera nya arbetssätt utifrån rätt använd kompetens både inom slutenvård och öppenvård.
- Klara tillgängligheten både ny- och återbesök, utifrån vår resursbrist.
- Lokalbrist för pacemakerverksamheten.

8.1.4 Område Barn- och ungdomsmedicin

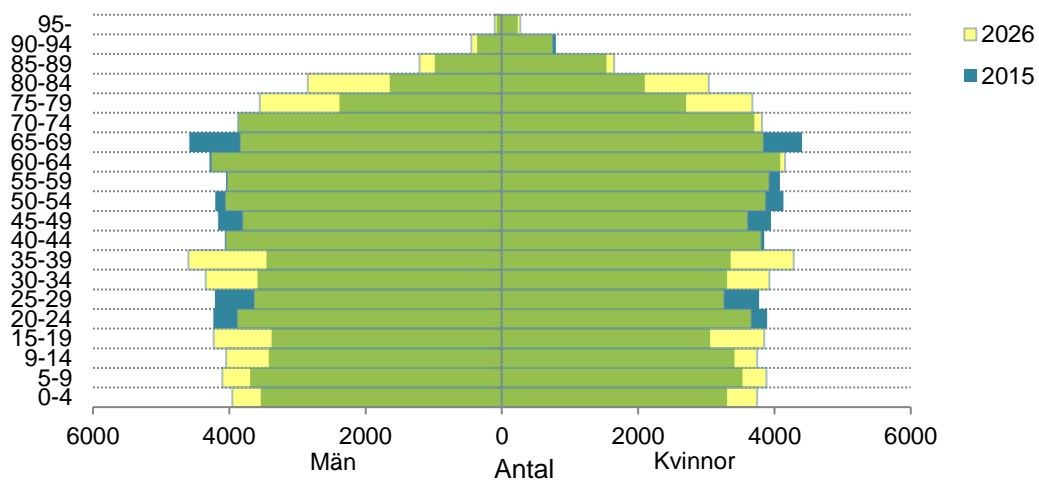
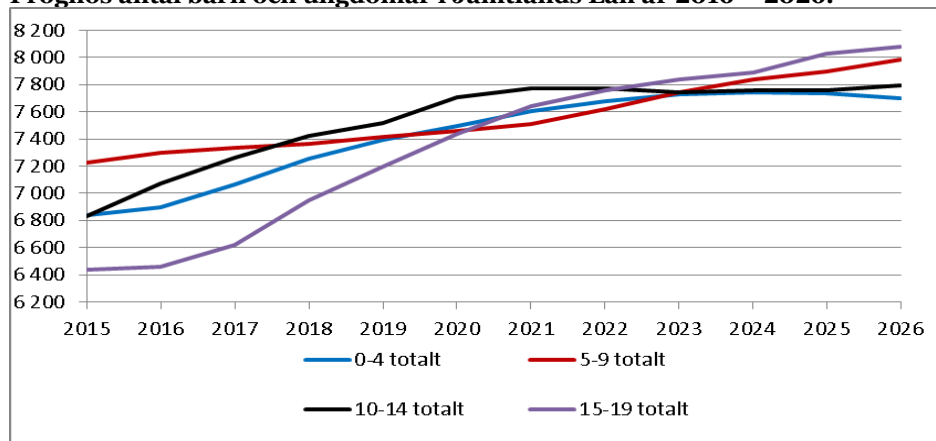
Avdelning	Antal Vårdplatser
Barn och ungdomsavdelningen	12
Neonatalavdelningen	8
SUMMA	20

Mottagning
Barn o ungdomsmottagningen
Barn o ungdom - dagvård
Neonatal - dagvård
Neomottagning

Viktiga framtidsbilder:

Statistik från Statistiska Centralbyrån visar på förlossningstal på ca 1500 per år vid Östersunds Sjukhus under perioden 2016 – 2026. Samtidigt beräknas samtliga åldersgrupper, för barn- och ungdomar, öka i storlek under nämnd planeringsperiod.

Prognos antal barn och ungdomar i Jämtlands Län år 2016 – 2026.



Ett större antal barn ger ett ökat tryck på verksamheten under de kommande åren.

Kostnader för riks- och regionsjukvård uppvisar stora svängningar från år till år beroende på antalet barn som insjuknar med olika svåra diagnoser. Efterhand förväntas en successiv ökning av dessa kostnader pga. bland annat fler födda barn och nationella krav på centraliserad behandling och uppföljning av allt fler tillstånd.

Dyrare läkemedel. Kostnaderna förväntas öka för preparat för bl.a. barncancer, ett antal genetiska sjukdomar och ämnesomsättnings-sjukdomar samt för alla inflammatoriska tillstånd då utveckling av nya effektivare läkemedel fortskrider.

Insatserna mot barnfetma i regionen måste ökas för att erbjuda likvärdig vård med övriga landet.

Ekonomi

2017 hade området en nettokostnad på 131 miljoner kronor, vilket var 9 miljoner högre än tilldelad budget.

2018 har området fått en budget som motsvarar årsprognos efter augusti 2017 utan uppräkningsvilket betyder en budget på 123 miljoner.

Största utmaning just nu

Kompetensförsörjningen är en väldigt stor utmaning. Det råder en mycket stor brist- och konkurrenssituation i landet och länet när det gäller specialistutbildad personal inom barn- och ungdomssjukvården. Den enskilt största och viktigaste utmaningen under de närmsta åren är att behålla och rekrytera kompetenta medarbetare, att ge dem förutsättningar genom bra introduktion, handledning och utbildning för att upprätthålla hög patientsäkerhet.

8.1.5 Område Kvinna

Avdelning	Antal Vårdplatser
Gynekologiavdelning	7
BB-avdelningen	14

Mottagning
Gynekologisk mottagning
Specialist Mödravården = Spec MVC
Kvinnohälsan

Viktiga framtidsbilder:

*Fortsatt nationell nivåstrukturerings; nationellt mål är att 5% av den benigna gynekologin ska centraliseras. Detta skulle medföra stora svårigheter att behålla kompetenta gynekologer framöver. Effekten av detta är en risk för kompetenstapp i att handlägga akuta operationer i samband med förlossningar/sectio tex kunna akutoperera en patient med stora blödningar, bristningar i livmodern mm.

*Nivåstrukturerings av vulvacancer. All behandling (operation, strålbehandling, cytostatikabehandling) innebär merkostnad jmf avtal med Västerbotten. Sedan tillkommer stora resekostnader för varje patient. Denna patientgrupp kräver resa med flygambulans efter operation samt vid resorna för ev strålbehandling. Vid operation och behandling i Umeå reser patienterna med Ambuss.

*Assisterad befruktning. Patientgruppen som har rätt till regionfinansierad assisterad befruktning ökar utifrån politiska beslut. Nu diskuteras beslut år 2019 att man har rätt till assisterad befruktning för ett gemensamt barn även om parterna har egna barn var för sig innan.

Nya grupper kan tillkomma. Surrogatmödraskap??

*Fosterdiagnostik. Tidigt ultraljud för gravida kommer sannolikt att införas nationellt. Finns i enstaka landsting redan. Innebär tillkomst av ett besök för alla gravida. KUB (Kombinerat ultraljud och biokemi) till alla?
Intrauterin kirurgi ökar?

*Förlossningstalet. Enligt SCB kommer regionen ligga kvar på runt 1 500 födda barn per år, den närmaste 5-års perioden. En ytterligare utmaning är att förlossningstalet har under många år varit högst under juni, juli och augusti. Samtidigt ska verksamheten kombinera det med laglig rätt till 4 veckors sammanhängande semester under samma månader samt rätten att ta ut föräldraledigt.

*GCK (gynekologisk cellprovskontroll) Nytt nationellt vårdprogram inkluderande HPV-analyser kommer öka antalet besök vid gynekologiska mottagningen. En förhoppning är att vaccinationsprogrammet mot cervixcancer ska minska behovet på sikt. Datasystemet ”Cytburken” kommer efter införandet att underlätta hanteringen av provsvar. Regionen är beroende av när Västerbotten inför datasystemet.

*Bemötande av gravida kvinnors förväntan inför sin förlossning, önskar egen personal mm.

*Fortsatt rekrytering av barnmorskor inför pensionsavgångar inom området och i primärvården.

Ekonomi

2017 hade området en nettokostnad på 100 miljoner kronor, vilket var 3 miljoner lägre än tilldelad budget.

2018 har området fått en budget som motsvarar årsprognos efter augusti 2017 utan uppräknningar vilket betyder en budget på 103 miljoner.

Största utmaning just nu

*Tillgängligheten

-till behandling. Verksamheten behöver mer C-op tid än vad som tilldelats idag.

-till första besök, inflödet av remisser ökar både för gravida kvinnor och för gynekologisk undersökning.

*Köpt vård, nivåstrukturerad av vulvacancer innebär stora kostnader för operation och efterbehandling vid ett av de fyra sjukhusen som patienten ska behandlas vid (Skåne, Linköping, Stockholm eller Göteborg). Sedan tillkommer höga resekostnader för patienten. Hon måste resa med flygambulans efter operationen och vid ev strålbehandling.

*Behandling av cancer. Höga cytostatikakostnader för varje enskild patient. Behandlingarna planeras från onkologen i Umeå eller från det sjukhus där patienten opereras för vulvacancer enligt nivåstrukturerad.

*Det ökade förlossningstalet. Att klara bemanning av specialistläkare och barnmorskor och samtidigt bedriva en trygg och medicinskt säker vård.

8.1.6 Område Barn och unga vuxna

Mottagning
Föräldra- barn hälsan
Barn-ungdoms-habilitering (BUH)
Barn- och ungdomspsykiatri (BUP)
Nationellt center för Rett syndrom och näraliggande diagnoser

Viktiga framtidsbilder:

Antalet innevånare 0-18 år ökar närmsta åren. Psykisk ohälsa bland framförallt ungdomar och unga vuxna ökar fortfarande enligt flertalet rapporter i länet och nationellt. Ökad användning av ny distansoberoende teknik samt bättre och närmare samverkan med kommunerna, framförallt skola och socialtjänst är nyckelfaktorer för att möta ökade behov.

Ekonomi

2017 hade området en nettokostnad på 96 miljoner kronor, vilket var 4 miljoner högre än tilldelad budget.

2018 har området fått en budget som motsvarar årsprognos efter augusti 2017 utan uppräknningar vilket betyder en budget på 93 miljoner.

Största utmaning just nu

Minskad budget 2018 (med hänsyn till löneökningar) samt osäkerhet i tilldelning av resurser till området närmsta åren är en stor utmaning då vårdbehoven ser ut att öka parallellt. Antalet som söker vård till framförallt BUP har ökat stadigt senaste 3 åren och ser ut att öka ännu. Dels beroende på ökningen av innevånare 0-18 år men även beroende på allt fler ungdomar som söker vården för psykiska besvär. Förmågan att möta dessa behov beror dels på resurser men även på förmågan att behålla personal, implementera ny teknik/ nya arbetssätt och effektivt samverka med kommunerna.

8.1.7 Område Psykiatri

Avdelning	Antal Vård- platser
1B - Beroendeavdelningen	8
3B - Psykiatrisk akutvårdavdelning	10
4A - Psykosavdelning	10
4B - Allmänpsykiatrisk avdelning	10
SUMMA	38

Mottagning
Trauma-ångest mottagning
Psyk akutmottagning
Vuxenhabiliteringen
Ungdomspsykiatriska mottagningen
Mottagning för psykisk funktionsnedsättning
K2 Återhämtning
Neuropsykiatriska mottagningen
Ätstörningsenhet
Affektiva öppenvård
Beroende öppenvård
Äldrepsykiatri Öppenvård

Viktiga framtidsbilder:

Ser lovande ut på ekonomisidan till och med april. Området ligger 367 tkr bättre än budget per 2018-04.

Vi har påbörjat arbetet med att effektivisera och förbättra området, efter den genomlysning som har gjorts. Vi kommer att använda oss av befintliga resurser för utvecklingen.

I ett led att nå bemanningsmålen avseende hyrläkare, så har en planering för sommaren gjorts med hopslagning av öppenvårdsenheter. På så vis kan vi minska antalet stafettveckor samtidigt som vi testar att slå ihop enheter (något som vi planerar som permanent lösning framöver). Detta leder även till att använda resurserna (i form av annan vårdpersonal) effektivare och främjar även områdesövergripande samarbete.

Produktionsuppföljning med hjälp av programmet GOLI är igångsatt och kommer först att implementeras på läkaravdelningen samt på en öppenvårdsmottagning. En ny enhet är under

skapande; SPOT (specialistpsykiatriskt omvårdandsteam). Teamet ska fungera som en mellanvård mellan slutenvård och öppenvård med syftet att minska slutenvårdstider, minska tvångsvården samt höja vårdkvaliteten för patienten. Detta team byggs med befintliga resurser

Ekonomi

2017 hade området en nettokostnad på 251 miljoner kronor, vilket var 18 miljoner högre än tilldelad budget.

2018 har området fått en budget som motsvarar årsprognos efter augusti 2017 utan uppräknningar vilket betyder en budget på 246 miljoner.

Största utmaning just nu

Att genomföra de förändringar som krävs för en effektivare psykiatri med förbättrad kvalitet.

Psykiatrien är i stort akut behov av ett nytt larmsystem. Medel finns avsatta för 2018, men det saknas fortfarande en stor summa pengar.

8.1.8 Område Kirurgi

Slutenvård/vårdavdelningar	Antal Vårdplatser normalläge	Antal platser våren -18	Planerat antal from v 36
Avd urologi/ögon/öron och kirurgisk akutvård	21	22	18
Avd övre och nedre mag-tarmkirurgi	21	11	18
Avd kärl och bröst/endokrin kirurgi	21	22	18
SUMMA	63	55	54*

*Inklusive 8 palliativa kirurgiska vårdplatser

Mottagning / Öppenvård
Endoscopimottagningen
Kirurgi inskrivning/dagvård
Kirurgimottagning inkl Urologi
Uroterapimottagning
Stomiterapimottagning
Onkologimottagning
Storsjöggläntan
Palliativa konsultteamet

Viktiga framtidsbilder:

Område Kirurgi är inne i ett förändringsarbete där vi arbetar för ökad poliklinisering, färre vårdplatser, mer differentierade vårdnivåer för att mer effektivt nyttja hela sjukhusets resurser och för effektivare flöden där var och en i vårdkedjan är rätt person, på rätt plats, vid rätt tid och gör rätt sak. Det kan låta enkelt men är en utmaning och ett arbete över tid.

Kirurgin har blivit allt mer subspecialiserad, och det är en utveckling som fortsätter. Utmaningen i framtiden är att forma kirurger som är allmänna nog att vara bakjourer och samtidigt subspecialiserade för att hänga med i det utvecklingstempo som är inom respektive område. Det är också viktigt att förstå att dagens och framtidens kirurger vill balansera arbete med familj och fritid, och att man inte är lika benägen som förr att offra annat för arbetet.

Vidareutbildning av sjuksköterskor inom området är en förutsättning för stimulerande kompetensutveckling och tillvaratagande av individer. Specialistsjuksköterskor i kirurgi på våra vårdavdelningar som tar ansvar för utveckling av vården. Valfungerande verksamheter uppbyggda av uroterapeuter, stomiterapeuter, skoperande sköterskor, kontaktsjuksköterskor, onkologisjuksköterskor, med flera. Vi ser att mer verksamhet kan byggas kring sköterskor för att avlasta läkarresurser.

Den palliativa vården förstärks allt mer efter att palliativ medicin blivit en egen specialitet. Vi har en adjungerad professor i palliativ medicin, en snart blivande specialist, ytterligare en specialist på gång under 2019, och en ST-läkare på gång. Så Storsjögläntans verksamhet, palliativa konsultteamet och tillskapandet av palliativa vårdplatser har goda framtidsutsikter med fortsatt högkvalitativ vård. Vår första onkolog blir klar under 2018. Nästa ST-läkare forskar på halvtid och dröjer därför något med sin specialistexamen, och ytterligare ST ska rekryteras. Allt i enlighet med pågående onkologiprojekt. Ju mer onkologin stärks lokalt har vi ett allt bättre läge för ytterligare rekrytering och vidare utveckling av verksamheten. Fortsatt gott forskningsklimat är en viktig framgångsfaktor för Regionen och område Kirurgi. Det är dels en förutsättning för att kunna bedriva läkarutbildningen lokalt, men också oerhört viktigt för verksamheterna i stort med den kompetens det innebär, med efterfrågan av evidens, ifrågasättande och analytisk förmåga som driver verksamheterna framåt.

Ekonomi:

2017 hade området en nettokostnad på 349 miljoner kronor, vilket var 63 miljoner högre än tilldelad budget.

2018 har området fått en budget som motsvarar årsprognos efter augusti 2017 utan uppräknningar vilket betyder en budget på 338 miljoner.

Största utmaning just nu:

Områdets största utmaning just nu är den stora personalomsättning som har varit och är bland sjuksköterskor och undersköterskor, framförallt på våra vårdavdelningar. Den stabilitet och kontinuitet vi hade tidigare är kanske en svunnen tid med yngre generationers större ombytthet men bättre stabilitet än den vi ser idag är inte orealistiskt. Stabilitet tar dock tid att bygga upp och för närvarande ser jag inte att vi kan bromsa pågående trend och få ro att börja bygga inför framtiden. Den omsättning som är och har varit de senaste åren är tärande för chefer och övrig personal då självklarheter inte längre är självklara, mycket tid läggs på inskolning och stödjande åtgärder, ständig rekrytering och ständiga bemanningssvårigheter. Stort fokus läggs på bemanning och rekrytering, vilket tar tid från verksamhetsutveckling, framåtblickande och framförhållning.

Vi lever också i en tid där den medicinska utvecklingen går våldsamt fort, med nya behandlingsmöjligheter både med teknik och läkemedel. Vi kommer att ha möjligheter och krav att behandla mer och fler i högre ålder och med en ökande andel äldre i populationen som genererar ökade medicinska behov blir det dramatiska effekter på kostnaderna i vården. Den medicinska utvecklingen är spännande men kostsam och vi landar i dilemmat att vi kan göra oerhört mycket, vi ska göra det vi kan, men pengarna räcker inte. Vem ska prioritera mellan diagnoser och behandlingar? När det kommer nya rön hur diagnoser ska behandlas och följas upp, med resurser från radiologi, patologi och kirurgi, vem ska då jämföra horisontellt med andra diagnoser och beakta undanträngningseffekter däremellan? Vem ska gå först och vem ska stå tillbaka? Vad ska avgöra om en individ ska få en behandling eller inte? Så intressekonflikten mellan behandlingsmöjligheter och resursbrist är påtaglig. Ännu så länge behandlar vi, enligt principen ”lika vård för alla”, men det kommer att krävas nationella prioriteringar, och det snart.

8.1.9 Område Ögon Öron

Mottagning
Ögonmottagning 24000 besök varav 1300 operationer/behandlingar
Öron-näsa-hals 15500 besök varav 1200 operationer
Logopedmottagningen 2500
Hörcentralen inkl ped.hörselvården 12000 besök
Tolkcentralen för döva 500 tolkupdrag
Syncentralen 2700 besök

Viktiga framtidsbilder:

- Nya bättre behandlingsmetoder, nationella vårdprogram, livslånga behandlingar, kopplat till den demografiska utvecklingen, = större patientvolym (målbild enligt ovanstående)
- Behov av utvecklad IT och journalsystem med integrerade svarsmallar som ex.
- Sviktande intäkter och högre produktion som kostar mer. Gratis vård (högkostnadsskydd och >85 år)
- Kostnadsdrivande delar för området: Köpt vård, operationsmaterial, läkemedel, hjälpmedel, utvecklad diagnostik – teknik
- Svårrekryterade kompetenser. Det krävs att vi i vissa fall bekostar deras utbildning inkl uppdragsutbildning

Ekonomi

2017 hade området en nettokostnad på 133 miljoner kronor, vilket var 29 miljoner högre än tilldelad budget.

2018 har området fått en budget som motsvarar årsprognos efter augusti 2017 utan uppräknningar vilket betyder en budget på 126 miljoner.

Största utmaning just nu

- Överföra genomförd produktions och kapacitetsplanering till schemaläggning och tidsböcker.
- Utbildning av professionerna, ST (ST 1/2 effektivitet inkl handledning), specialist-ssk (uppdragsutb), RLU, = minskad effektivitet i produktion
- Administrativ tid, inkl indirekt patientvård, enligt gjorda analyser på alla enheter.
- Behov av utvecklad IT och journalsystem med integrerade svarsmallar som ex.
- Sviktande intäkter och högre produktion som kostar mer. Gratis vård (högkostnadsskydd och >85 år)
- Kostnadsdrivande delar för området: operationsmaterial, läkemedel, hjälpmedel, utvecklad diagnostik – teknik och köpt vård
- Föråldrat journalsystem? Ej effektivt nyttjande av alla kompetenser.
- Teknik medger mer patientnära vård – framtagen potential (krockar med sänkt ambition PV)
- Uppdrag harmoniserar ej med budget. Bristande dialog om konsekvenser av utökade uppdrag
- Brist på specialister vilket bygger på en tidigare dålig strategisk planering. Rekrytering fasta läkare för att ta bort stafetterna.
- Analys visar på tydligt behov av fortsatt RAK arbete.
- Lokaler anpassade för 1990-talets flöden....
- Tilldelningen av operationssalsutrymme Öron på C-Op (samt Campus)
- Lokalprojekt Öron (lönsam investering) – effektivt flöde Öronmott inkl Logoped och Hörcentral samt efterfrågad op-kapacitet med 4,5 års avskrivningstid.

8.1.10 Område Ortopedi

Avdelning	Antal Vårdplatser
Avd 209 - ortopedi	24
Avd 409 - ortopedi	24
SUMMA	48*

42 öppna pga personalbrist

Mottagning
Ortopedmottagningen

Ryggkirurgisk mottagn
Specialistvården Campus

Viktiga framtidsbilder:

Förändring vad avser kapacitet i och med utökningen av Specialistvården Campus.
Samverkan i norra sjukvårdsregionen kring nyttjande av resurser.

Ekonomi

2017 hade området en nettokostnad på 206 miljoner kronor, vilket var 15 miljoner högre än tilldelad budget.

2018 har området fått en budget som motsvarar årsprognos efter augusti 2017 utan uppräknningar vilket betyder en budget på 206 miljoner.

Största utmaning just nu

Bemanning på sköterskesidan vad avser ortopedavdelningen, och även bemanningen av arbetsterapeuter på enheten arbetsterapi/sjukgymnastik.

Sen är tillgängligheten det största orosmolnet, och har varit alltför länge, då framförallt vad avser operationer.

8.1.11 Område Akutsjukvård

Området ansvarar för att fullgöra regionens sjukvårds-, utvecklings- och utbildningsuppdrag avseende:

- Prehospital sjukvård i vägambulans- och helikopterverksamhet
- Bemanna Ambuss med leg sjuksköterska
- Akutmottagning med observationsplatser
- Intensivvård
- Operations- och anestesiverksamhet inkl. läkarkompetens inom anestesi och intensivvård samt smärtrehabilitering
- Initial postoperativ vård
- Sterilgodshantering
- Tillhandahålla funktionen vårdplatskoordinator
- Bemanna uppdragen för donationsansvarig läkare samt donationsansvarig sjuksköterska
- Tillhandahålla sjukvårdsgrupper vid behov

Ambulanssjukvården består av 11 ambulansstationer och en helikopterbas. Länet har 12 dygnsbemannade ambulanser, en dagambulans och en dygnsbemannad helikopter. Ambulanserna är stationerade på följande orter: Bräcke, Gäddede, Hammarstrand, Funäsdalen, Hede, Järpen, Krokom, Sveg, Svenstavik, Strömsund och Östersund 2 bilar. Under vintersäsongen utökas antalet ambulanser med 2 st säsongsbilar placerade i Åre och Vemdalen.

Viktiga framtidsbilder:

För att klara av att ge medborgare i länet tillgång till god vård, framförallt i glesbygd, behöver samverkan mellan olika aktörer öka. Samverkan mellan ambulans, primärvård och kommunal sjukvård är den viktigaste delen att få till stånd. För att öka trygghet och tillgänglighet i akuta situationer i extrem glesbygd behöver samverkan med andra aktörer utvecklas och förstärkas ex med ambulanssjukvård i Norge, polis/fjällräddning och räddningstjänsten.

Det påbörjade arbetet i Nära vård med att ta fram kriterier för hänvisning av patienter till rätt vårdnivå är av största vikt för att minska belastning på akutmottagningen och sjukhusvården. För att klara av att göra bra bedömningar som styr till rätt vårdnivå krävs sjuksköterskor med hög kompetens i prehospital verksamhet. Start av lättakuter i Östersund kommer förhoppningsvis att ge effekt med minskat antal besök på akutmottagningen.

Behovet av operationsutrymme och anestesiservice ökar vilket ställer krav på området att tillhandahålla mer timmar med anestesiläkarkompetens, anestesisjuksköterskor och operationssjuksköterskor.

Intensivvården, IVA, klarar idag av att behandla fler och äldre patienter. Det innebär att behovet av intensivvårdsplatser inte kommer att minska. Idag finns ingen vårdnivå på sjukhuset mellan IVA och "vanlig" vårdavdelning vilket i många fall skulle vara rätt vårdnivå.

Områdets verksamhet är till stor del beroende av tillgång till specialistsjuksköterskor. För att klara av att rekrytera är av vikt att vi är en attraktiv arbetsgivare. En viktig del i att vara attraktiv är att ge möjlighet för sjuksköterskor att specialistutbilda sig med lön under utbildning och att vi kan erbjuda utbildningsanställningar.

Ekonomi

2017 hade området en nettokostnad på 344 miljoner kronor, vilket var 32 miljoner högre än tilldelad budget.

2018 har området fått en budget som motsvarar årsprognos efter augusti 2017 utan uppräkningsvilket betyder en budget på 345 miljoner.

Största utmaning just nu

Behovet av rekrytering och budget är inte överensstämmande

Vikande intäkter – Områdets stora intäkter kommer från utomlänspatienter som åker ambulans eller besöker akutmottagningen. Hur många av våra uppdrag som är utomlänsuppdrag styr vi inte över. Att minska kostnader för ambulansverksamheten och övrig akut verksamhet är inte möjlig trots att intäkterna minskar, behovet av resurserna kvarstår.

Ökade fasta kostnader för ambulanshelikoptern – nya helikoptern har ökat fasta kostnader och den årliga indexuppräknings ligger ofta på 4 - 5 %. Dessa kostnader är svåra att ta igen när intäkterna minskar trots höjd utomlänsavgift.

Ökande efterfrågan från klinikerna på anestesiresurser - utifrån områdets ekonomi kommer det att vara svårt att tillgodose.

Kompetensförsörjning på IVA – det är svårt att locka sjuksköterskor till specialistutbildning i intensivvård och avdelningen står inför pensionsavgångar. Utmaning blir att klara verksamheten med egen personal.

Investeringsbehovet är stort– sterilcentralen behöver byta all utrustning, IVAs övervakningssystem närmar sig behov av utbyte mm

8.1.12 Område Diagnostik, teknik och service

Område diagnostik, teknik och service ansvarar för att fullgöra Region Jämtland Härjedalens uppdrag avseende;

- radiologisk verksamhet inom medicinsk röntgen
- klinisk fysiologi, neurofysiologi och nuklearmedicin
- laborieverksamhet inom klinisk kemi och transfusionsmedicin med blodcentral samt klinisk mikrobiologi
- vara landstingets kontakt mot NUS för klinisk patologi/cytologi
- medicinteknisk utrustning
- enligt strålskyddsorganisationen ansvara för verksamhet med joniserande strålning följer lag, förordning och föreskrifter
- bedriva blodverksamhet enligt gällande lag och Socialstyrelsens och Läkemedelsverkets föreskrifter
- lokalvård
- lokalförsörjning
- tvätt och textil
- patientkost, restaurang-, café- och intern cateringverksamhet.

- vakt
- inre transporter, post och bud
- avfallshantering
- förråd och transport
- reception, kontakt mot patienthotell
- tryckeri, kopiering och skyltning
- arkiv och scanning samt sjukhusfotograf
- hjälpmedelscentral
- lagerhålla och distribuera sjukvårdsartiklar för den mellan landstinget och kommunerna gemensamma politiska nämnden för upphandling
- lagerhållning och distribution av sjukvårdsartiklar inom Jämtlands län
- vårdnära service ; kost, förråd, städ och patienttransporter
- ambussverksamheten
- sjukreseservice
- internt servicecenter för hela Regionen Jämtland Härjedalens medarbetare

De uppgifter som utförs inom området får inte utföras inom någon annan enhet i Region Jämtland Härjedalen om inte annat särskilt beslutats. Det innebär att Område diagnostik, teknik och service uppträder som huvudleverantör, och endera utför verksamheten i egen regi, genom annan leverantör eller i samverkan med länets kommuner.

Viktiga framtidsbilder:

- Förändring av hela områdets varuförsörjningsverksamhet för bästa möjliga effektivitet samt minsta möjliga ”störande” av vårdverksamheterna.
- Områdets verksamheter skall bli en naturlig del att ta hänsyn till när beslut fattas om olika verksamhetsförändringar
- Genomföra den tänkta fastighetsutvecklingsplanen
- Automatisering av stora delar av laboratoriemedicins verksamhet.
- Använda nya IT-verktyg för att underlätta och effektivisera områdets och övriga delar av sjukvårdens verksamheter.

Ekonomi

Området har en omsättning på ca 790 mkr 2018. 2018 har området fått ett ekonomiskt krav som innebär att de inte fick höja sina internpriser för 2018.

Största utmaning just nu

- Införande av den nya metoden cook chill för matproduktion
- Utveckla och utöka den vårdnära servicen enligt det uppdrag som beslutats
- Lyckas med rekrytering av alla kategorier av medarbetare som arbetar inom området
- Att ändra områdets uppdrag och skapa resurser för att kunna bidra till att vården av patienter flyttas närmare hemmet eller till hemmet. Det gäller t ex transportresurser, hantering av medicinteknisk utrustning m m.
- Att hantera fastighetsutvecklingsbehoven med en investeringsram som långt ifrån täcker behoven.

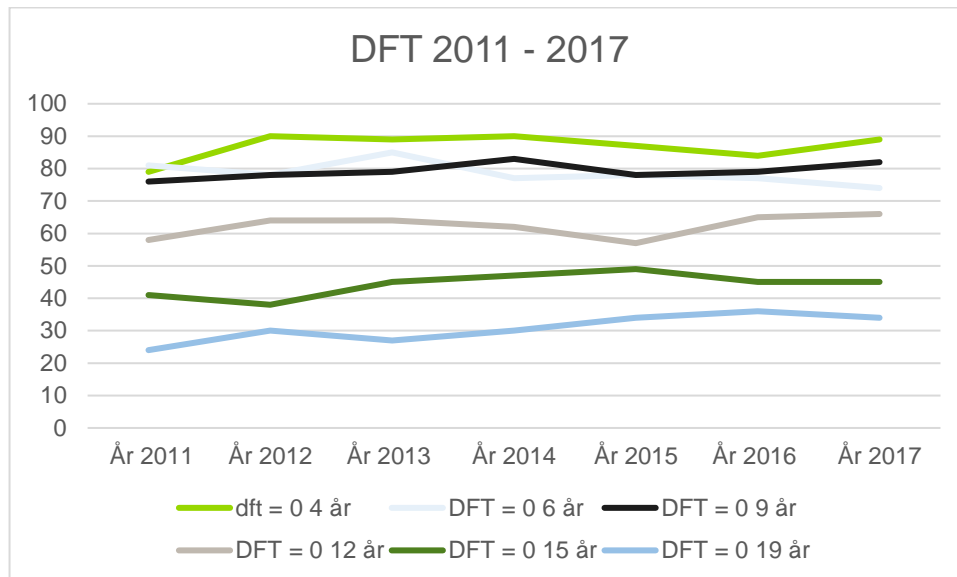
8.1.13 Område Folktandvård

Folktandvården finns i hela Jämtlands län, från Gäddede i norr till Sveg i söder. Totalt finns 15 kliniker. I Östersund finns specialist- och sjukhustandvården. Följande kliniker, specialiteter finns, med 2017 års ekonomiska resultat.

Kostnadsställe	Diff resultat mot budget
2000 - Gemensamt folktandvården	199 879
2001 - Folktandvårdsstaben	3 796 986
2010 - Folktandvården Berg	-498 386
2012 - Folktandvården Bräcke	-1 128 748
2014 - Folktandvården Sveg	-1 079 241
2016 - Folktandvården Funäsdalen	-527 240
2017 - Folktandvården Hede	-698 950
2018 - Folktandvården Krokomb	-621 035
2022 - Folktandvården Hammarstrand	-942 219
2023 - Folktandvården Strömsund	-1 068 729
2026 - Folktandvården Hoting	487 795
2027 - Folktandvården Gäddede	-270 861
2028 - Folktandvården Järpen	941 472
2029 - Folktandvården Åre	-209 267
2032 - Folktandvården Frösön	-2 473 697
2033 - Folktandvården Campus	2 751 046
2036 - Folktandvården Brunflo	-1 584 445
2052 - Specialisttandvården käkkirurgi	-424 510
2053 - Specialisttandvården tandreglering	645 223
2054 - Specialisttandvården parodontologi	-165 666
2055 - Specialisttandvården protetik	-766 742
2056 - Sjukhustandvården	-220 037
2057 - Specialisttandvården gemensamt	-995 059
2058 - Specialisttandvården barntandvård	-990 598
2061 - Specialisttandvården bettfysiologi	-267 335
2062 - Specialisttandvården röntgen	-112 473
Totaler	-6 222 835

Detta resultat är efter att Folktandvården redovisat in det avkastningskrav på 4 miljoner som är områdets krav.

Tandhälsa



Generellt har Sverige en mycket god tandhälsa. Inom region Jämtland Härjedalen har utvecklingen av tandhälsan för 19-åringar förbättrats från 2011 då 24 % av våra 19 åringar var kariesfria till 2017 då 34 % av våra 19 åringar var kariesfria.

Andelen kariesfria 12-åringar och 6-åringar minskar i hela riket. Kariesfria 6-åringar i riket var 75 procent 2015, en minskning med tre procentenheter jämfört med 2010. Utvecklingen för 6-åringen inom region Jämtland Härjedalen liknar övriga Sveriges men för 12-åringen ökar däremot andelen kariesfria.

Den vuxna befolkningens tandhälsa har blivit bättre. Sedan 2009 har antalet ej intakta tänder för personer i åldern 22–65 minskat med 2,8 tänder samtidigt som antalet kvarvarande tänder varit relativt stabilt.

Antalet kvarvarande tänder bland personer i åldern 60–90 år har ökat med i genomsnitt 1,5 tänder. I åldersgruppen 60–74 år utgörs det ökande antalet tänder av intakta tänder medan det i åldersgruppen 75–90 år ofta utgörs av en ej intakt tand.

Med fler ej intakta tänder i munnen ökar behovet av förebyggande tandvård. Idag är det få i Sverige som är helt tandlösa och en stor andel, även bland de äldre, har 20 eller fler egna tänder. Till exempel har cirka 60 procent av personer i åldern 80–89 år, 20 eller fler egna tänder.

Befolkningsutveckling

I framtiden kommer den arbetsföra befolkningen minska samtidigt som andelen äldre blir fler. Flera scenarier har beskrivit de problem detta kommer innebära när det gäller kompetensförsörjning. I offentlig sektor, en sektor som redan idag brottas med bemanningsproblem och ekonomiska svårigheter blir vikten av att ses som en attraktiv arbetsgivare än mer avgörande. Om länets arbetsföra befolkning minskar kommer verksamheten påverkas i form av minskad möjlighet att rekrytera.

Ekonomi

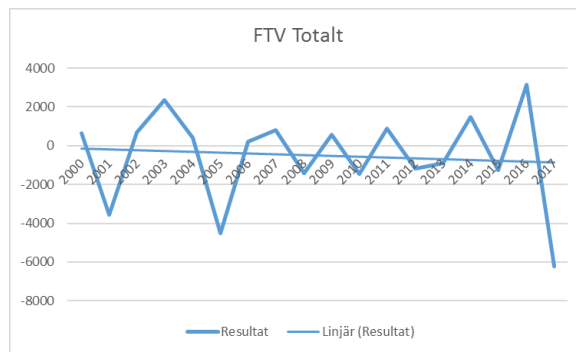
Allmäntandvården har tidigare finansierat till ca 13 % av ram, 21% av kapiteringsersättning för barntandvård och resterande 66% av ersättning för utförda åtgärder enligt tandvårdstaxan. Den ekonomiska trenden för allmäntandvården har varit positiv. Kostnadsminskningar, bl a nedläggning av 12 kliniker sedan år 2000 samt goda intäkter.

Under de senaste åren har dock förutsättningarna förändrats. Det ena är att allmäntandvården ålagts att leverera ett överskott på 4000 tkr årligen. Det andra är att åldern för fri barntandvård förändrats stegvis från 19 år, 2016 till 23 år, 2019. Kapiteringsersättningen för barntandvård ger

betydligt sämre kostnadstäckning för utförd vård än debitering enligt taxa. Att andelen kapiteringsersättning ökar med ca 3-4% försvagar intäktssidan.

Specialisttandvården är ramfinansierad till ca 50% resterande finansieras med utförda åtgärder enl. tandvårdstaxan. Den ekonomiska trenden för specialisttandvården är negativ. Största orsaken är att utbudet ökat med fler specialiteter med oförändrade ekonomiska ramarna.

Summerat har Folk tandvårdens ekonomi under 2000-talet en nedåtgående trend. Från och med 2016 tillkom ett resultatkrav på 4000 tkr som är inkluderat som en kostnad i resultatet. Att ett trendbrott skulle ske närmaste tiden är svårt att se med förändrade förutsättningar i finansieringen och utökat utbud inom specialisttandvården. Att hitta kostnadsminskningar som ger någon större effekt är svårt. De största kostnadsposterna är inte påverkbara i någon större utsträckning, ex IT, hyror, underhåll av utrustning. En viktig grundsten är dock kompetensförsörjningen där det idag finns brister samt att ständigt förbättra arbetssätt och flöden.



Största utmaning just nu

Tandvårdslagen

Tandvårdslagen styr över vilka patientgrupper som ska prioriteras inom Folk tandvården. Högst i prioriteringsordningen är tandvård till de med akuta behov, och till barn. Förändring i tandvårdslagen innebär att ökande åldrar för unga vuxna med kostnadsfri tandvård har införts från och med 2017. Från och med 1 januari 2019 ska kostnadsfri tandvård erbjudas unga vuxna upp till och med 23 år. Det här innebär att tandvården ägnar mera tid åt att titta på friska barn, ungdomar och unga vuxna, medan det finns sjuka vuxna som får stå och vänta pga. att tandvården har resursbrist. Vuxna revisionspatienter är inte en prioriterad grupp vilket i sin tur påverkar möjligheten att öka intäkterna i tider då de personella resurserna inte räcker till

Åldrande befolkning

Region Jämtland Härjedalen har en åldrande befolkning där fler har egna tänder och där allt fler är beroende av hjälp i sitt dagliga liv. Det innebär en stor framtida utmaning för Folk tandvården och kräver planering och resurser.

Nysvenskar med omfattande kariesangrepp

En växande grupp som tandvården möter är nysvenskar med omfattande kariesangrepp och ett stort vårdbehov. Dessa personer behöver också ofta tolkstöd och mertid vid behandling. För att uppnå en god och jämlik tandhälsa hos nyanlända behövs riktade insatser till asylsökande och nyanlända. Genom att bland annat öka information om tand- och munhälsa samt om hälsosamma levnads- och kostvanor. Att arbeta i förebyggande syfte gör det möjligt att upptäcka och åtgärda tecken på sjukdomar i munhålan i ett tidigt stadium.

Bemannning

Folk tandvården har under lång tid haft svårt att rekrytera. I och med ny tandsköterskeutbildning gäller nuvarande brist främst tandläkare och tandhygienister. I en situation där det är svårt att

rekrytera måste ett intensifierat arbete bedrivas där rätt kompetens används till rätt uppgift. En del i arbetet är den produktions- och kapacitetsplanering som pågår.

Från och med 2018-06-01 har regionen ett ökat ansvar för ST utbildning av tandläkare. Detta innebär mer planerings- och handledningsansvar än tidigare.

8.1.14 Område Patientsäkerhet

Område patientsäkerhet innehåller - Smittskydd och vårdhygien, - Chefläkare och vårdutvecklare, och Strategiska läkemedelsfrågor

Viktiga framtidsbilder och utmaningar nu:

Vi går mot en framtid där patientdelaktigheten bör och ska öka. Patienterna kommer i allt högre utsträckning att ta över sin vård själva och vård kommer i betydligt högre grad att ske i hemmet. Digitaliseringen innebär stora möjligheter men ställer krav på att lagar och regelverk hänger med. När patienten allt mer står för vård/bedömning av vård och behandling själv kommer **vårdskadebegreppet** att kvarstå?

Hur möter vi upp ökad **vård i hemmet avseende Vårdhygieniskt behov?**

Kompetens, eller **brist på kompetens** ser vi redan idag genom rapporterade incidenter och händelser och vi ser tendenser till ökning. Stor omsättning på personal, inskolning av personer som själva nyligen inskolats eller inskolning som leds av stafetter gör att kunskap om rutiner och riktlinjer inte sprids, erfarenhetskunskapen sprids inte, kunskap vid rimlighetsbedömningar saknas osv. Brist på kunskap om rutiner och åtgärder gör att följsamhet till förebyggande omvårdnadsinsatser som trycksårsprofylax, munhygien och nutrition inte verkställs. Proaktiva insatser som NewS, Pews, Meows följs inte.

Allt färre vårdplatser leder till risk för tidig hemgång och återinskrivning eller till utlokalisering. Senaste SKL rapporten baserad på Markörbaserad journalgranskning visar att **frekvens av vårdskador hos patienter som utlokaliserats är 75 procent** högre än för patienter som vårdades på en enhet med specifik kompetens och ansvar för patienten. Utlokaliseringar av patienter ger en ökad risk för vårdskador eftersom det inte alltid finns tillräcklig kompetens och kapacitet för att möta patientens behov. Detta är en kunskap som vi måste ha med och hantera inför kommande utveckling av LÄVA!

Vi gör **Patientsäkerhetskulturmätningar** men åtgärdar inte kulturen. Ofta förekommer ”vi hinner inte” och så avstår man från åtgärder som som förändrar. Den upplevda tidsbristen leder till risk för eller inträffade händelser, eller skjuter över arbetsuppgifter på andra yrkeskategorier eller funktioner.

Ökad resistensutveckling, brist på **verksamma antibiotika**, fler **smittspårning**, ökat behov av **enkelrum** för att förhindra nosokomial smittspridning är stora framtidsutmaningar.

Nivåstruktureringen i vården är en allvarlig utmaning för ett sjukhus som vårt!

Ekonomi

2017 hade området en nettokostnad på 15 miljoner kronor, vilket var 2 miljoner lägre än tilldelad budget.

2018 har området fått en budget på 17 miljoner.

8.2 Regionala utvecklingsförvaltningen

Regionala utvecklingsnämnden har hand om de regionala utvecklingsfrågorna och ansvarar för det regionala tillväxtansvaret som följer av lagen (2017:583) om regionalt utvecklingsansvar. Nämnden ansvarar också för kulturverksamhet, fattar beslut om regionala utvecklingsmedel och fullgör uppgiften som regional kollektivtrafikmyndighet. Nämnden ska också arbeta med internationella frågor, frågor om folkhälsa, utom hälso- och sjukvårdsrelaterad folkhälsa. Andra uppgifter är klimat, energi och miljö, ur ett regionalt perspektiv, jämställdhet- och mångfald ur ett regionalt perspektiv enligt uppdrag från staten.

Nämnden är också styrelse för folkhögskolorna. Utifrån sina uppgifter har nämnden både en beställar- och en utförarroll med fokus på medborgarnas behov, till exempel vad gäller infrastruktur, samt fokus på verksamheten utifrån nämndens utvecklingsansvar.

Nämnden har också ett uppdrag att arbeta för Europas sammanhållningspolitik och att utnyttja de möjligheter som de europeiska strukturfonderna ger.

Regeringen har tilldelat Region Jämtland Härjedalen det regionala tillväxtansvaret för Jämtlands län vilket innebär att regionen ska bidra till ett effektivt och resultatriktat genomförande av den regionala tillväxtpolitiken utifrån ett ekonomiskt, socialt och miljömässigt hållbart perspektiv. I uppdraget ligger att genomföra och följa upp den regionala utvecklingsstrategin samt att arbeta med integration / mångfald och utgå från ett jämställdhetsperspektiv i regionala tillväxtpolitiken. Från regeringen har regionen också uppdraget att handha och fördela regionala tillväxtmedel – 1:1 – till företags- och projektstöd, samordna bredbandsutbyggnaden, ansvara för infrastrukturplanering liksom att ansvara för det regionala programmet gällande kommersiell service på landsbygd samt arbeta med kompetensförsörjning. Framtaget handlingsprogram för miljö, klimat och energi ska implementeras. Regionen har också uppdraget att vara sekretariat för Socialfonden och Europeiska regionala utvecklingsfonden för tiden 2014 – 2020 för Jämtlands och Västernorrlands län. Detta uppdrag regleras i ett årligt villkorsbeslut och skall återrapporteras till regeringen enligt en särskild modell.

Operativt arbete sker via fyra områden som leds av respektive områdes-chef. Genomförandet av de politiska målen bygger på av förvaltnings- och områdeschefers givna skriftliga uppdrag där också samverkan mellan uppdragen är centralt. Förvaltningens organisation med fyra områden har som primär uppgift att vara en administrativ indelning och klargöra medarbetares tillhörighet när det gäller arbetsmiljö, anställningsförhållanden mm. Det faktiska arbetets genomförande sker utifrån olika sakfrågor där en samverkan över dessa organisationsgränser är avgörande. De fyra områdena är Näringsliv, Infrastruktur och kommunikationer, Välfärd klimat och kompetens samt Kultur. Nedan anges innehållet i de insatsområden som områdena tillsammans har att verkställa.

8.2.1 Insatsområde Företagande

- FÖ 1 – Utifrån förordningen och regionala prioriteringar handlägga och besluta om regionalpolitiska medel om 14 miljoner kr/år
- FÖ 2 – Utnyttja medel från Socialfonden och den regionala fonden genom mera riktade utlysningar
- FÖ 3 – Aktivt söka och finna möjligheter för de sökbara EU-medel som står till länets förfogande
- FÖ 4 – genomföra aktiviteter för att informera företag och organisationer om våra möjligheter till medfinansiering avseende projekt- och företagsstöd
- FÖ 5 – Aktivt stödja industri- och industrinäratjänsteföretag i deras strävan att utvecklas och växa

- FÖ 6 – Via serviceprogrammet ge stöd för att stärka servicen på landsbygden
- FÖ 7 – Skapa förutsättningar för etablering av nya företag tillsammans med länets kommuner
- FÖ 8 – Implementera regionens innovationsstrategi och dess handlingsprogram
- FÖ 9 – Via delägande i företag och ekonomiska underlätta och stimulera företagande,
- FÖ 10 – Skapa förutsättningar så att FoU-innovationer kan avknoppas till kommersiella produkter.
- FÖ 11 – Stärka företagandet inom Social ekonomi
- FÖ 12 – Utveckla KKN-näringarna inom t ex gastronomi, musik, design, litterär, artistisk och konstnärlig verksamhet.
- FÖ 13 – Insatser för kompetensutveckling för verksamma inom KKN-näringarna gällande affärsmodeller mm. Matchning och internationella praktikplatser vid Designcentrum
- FÖ 14 – Erbjuder designmetodik för hållbar samhällsutveckling
- FÖ 15 – Systematiskt och strukturerat kvalitetshöja företagens energieffektiviseringar med målsättningen att de ska stärka sin position på en konkurrensutsatt marknad.
- FÖ 16 – Driva nätverk inom fastighetsbranschen för att genom kunskap, inspiration och stöd stimulera energieffektivisering

8.2.2 Insatsområde Kompetensförsörjning

- KO 1 – Utveckla det regionala kompetensförsörjningsarbetet för bättre matchning mellan tillgång och efterfrågan.
- KO 2 – Ta fram ett regionalt kunskapsunderlag och utveckla en process för presentation och dialog utifrån underlaget.
- KO 3 – Utveckla förutsättningarna för fler näringslivsanpassade utbildningar t ex yrkesvux, yrkeshögskolan, kommunal vuxenutbildning, folkhögskoleutbildning och lärlingsutbildning
- KO 4 – Samordna och utveckla samverkansgrupperna BuZ, L-ifo och Barnarenan
- KO 5 – Samordna, driva utveckling och skapa samverkan för kommunernas Lärcentran.
- KO 6 – Ansvara för förvaltning, tjänstedrift, serverdrift samt utifrån kommunernas behov genomföra utvecklingsinsatser för Zappa-plattformen.
- KO 7 – Vidareutveckla folkhögskolornas roll och verksamhet i det livslånga lärandet
- KO 8 – Öka kunskap om uppföljning och utvärdering inom organisationen, samt sprida statistiska underlag och kunskap kring dess användning till interna och externa parter
- KO 9 – Erbjuder samordning av kurs- och konferensverksamhet för regionens kommuner
- KO 10 – Utveckla kvaliteten på yrkesutbildningar för att fler ska bli behöriga, söka och påbörja en yrkesutbildning samt att fler ska slutföra gymnasieskolans yrkesprogram.
- KO 11 – Jobba för att utrikes födda kommer in tidigare på arbetsmarknaden. Erbjuder utbildningsinsatser i språk-utvecklande arbetssätt, studiebesök, möten SFI- och yrkeslärare och ansvariga inom vuxenutbildningen.

- KO 12 – Stödja och stärka befintlig verksamhet i kommunerna som syftar till att få unga som varken arbetar eller studerar att komma närmare eller etablera sig på arbetsmarknaden
- KO 13 – Underlätta för personer i arbetslöshet och med låg utbildningsnivå att genom lågtröskelaktiviteter träda in på arbetsmarknaden.
- KO 14 – Öka kunskapen om vägen till studier och arbete och förbättrad samverkan mellan arbetsliv och utbildning, samt testa modeller för studie- och yrkesvägledning för att öka elevers valkompetens.
- KO 15 – Utveckla nya former för lärande i arbetslivet för att underlätta rekrytering av kompetens arbetskraft
- KO 16 – Utveckla kulturens pedagogiska arbete för det informella lärandet

8.2.3 Insatsområde Integration

- IN 1 – Följa upp den regionala strategin för ökad inflyttning och förbättrad integration
- IN 2 – Samordna och driva kommunernas integrationschefsnätverk
- IN 3 – Omvärldsbevaka, samverka och informera internt och externt gällande vad som händer inom området integration
- IN 4 – Jobba för att utrikes födda kommer in tidigare på arbetsmarknaden genom att erbjuda utbildningsinsatser i språkutvecklande arbetssätt, studiebesök och möten för SFI- och yrkeslärare och verksamhetsansvariga inom vuxenutbildningen.
- IN 5 – Underlätta för personer i arbetslöshet och med låg utbildningsnivå att genom lågtröskelaktiviteter träda in på arbetsmarknaden.
- IN 6 – Bidra till integrationsfrämjande insatser genom kultur.

8.2.4 Insatsområde Välfärd

- VÄ 1 – Via kunskapscentrat FoU Jämt vara en öppen och inkluderande mötesplats, där olika aktörer kan utbyta erfarenheter, lära av varandra och utveckla processer som kan göra socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården mer kunskapsorienterad och kunskapsbaserad.
- VÄ 2 – Genom strukturerad och regional samordning samt gemensamma aktiviteter verka för en förbättrad psykisk hälsa i länet
- VÄ 3 – Genom samordning och drivande av utvecklingsarbeten i etablerade samverkansarenor bidra till kvalitet, förändringsarbete och kontaktskapande. Arbetet utgår från av grupperna prioriterade områden.
- VÄ 4 – Inom ramen för arbetet med handlingsplanen för psykisk hälsa, bevaka att brukare finns med i de sammanhang de ska finnas med, samt bjuda in och erbjuda deltagande i konferenser och utbildning.
- VÄ 5 – Främja hälsa genom konst och kultur där kultur och upplevelser av konst ska erbjudas i vården

- VÄ 6 – Strukturera regionala och lokala träffar för Vård- och omsorgscollege, jobba med viktiga strategiska frågor för att kvalitetssäkra utbildningen samt under 2018 driva omcertifiering av Vård och omsorgscollege

8.2.5 Insatsområde Fossilbränslefritt

- FO 1 – Via kunskapsförmedling till olika aktörer öka produktionen av förnybar energi samt underlätta övergången till elmobilitet
- FO 2 – Tillsammans med länsstyrelsen driva processer för medvetandegörande, klimatanpassning och utsläppsreduktioner i bred samverkan med näringsliv, myndigheter och civilsamhället via Klimatrådet
- FO 3 – Via nätverket VA-Z öka kunskapen om energieffektivisering inom VA-verksamhet, samt att bidra till att åtgärder inom energieffektivisering genomförs
- FO 4 – Informera små och medelstora företag i regionen om möjligheten för stöd till att göra energikartläggningar
- FO 5 – Delta i utvecklingen av energi- och klimatrådgivningen så att den blir mer samhällsekonomiskt effektiv, bland annat genom kompetensutveckling, samordning och stöttning till länets rådgivare.
- FO 6 – samordnande och kompetensutvecklande verksamhet av den kommunala energi- och klimatrådgivningen.
- FO 7 – Genom energi- och klimatrådgivningen verka för effektivare energianvändning och minskade utsläpp av växthusgaser
- FO 8 – Motivera företag till att genomföra energieffektiviseringsåtgärder och därmed bidra till att öka takten för energieffektivisering i små företag.
- FO 9 – Genom att skapa och driva företagsnätverk öka graden av genomförda energieffektiviseringsåtgärder.
- FO 10 – Minska CO₂ utsläppen i kollektivtrafiken genom övergång till fossilfria bränslen som HVO och el.
- FO 11 – Hålla hög medvetandegrad för energieffektiva transporter vid turnerandet av scenkonst
- FO 12 – Genom representation och regionala prioriteringar påverka EU-kommissionen i miljö och hållbarhetsfrågor

8.2.6 Insatsområde Kultur

- KU 1 – främja de nationella kulturpolitiska målen
- KU 2 – besluta, förvalta och redovisa om statliga medel till kultur om totalt ca 30 miljoner kr/år
- KU 3 – i samverkan med kommunerna och civilsamhället komplettera, stödja utveckling och bidra till ett dynamiskt utbud av konst och kultur i hela regionen som en integrerad del i det regionala utvecklingsarbetet bl a genom att erbjuda stöd/bidrag till kulturaktiviteter.
- KU 4 – Samverka med civilsamhället genom befintliga samverkansarenor och genom att erbjuda stöd/bidrag till kulturaktiviteter
- KU 5 – löpande genomföra uppföljningsdialoger med kulturverksamheter, kommuner och inom ramen för KulturZ
- KU 6 – erbjuda ett tillgängligt, professionellt kulturutbud och demokratifrämjande kulturutbud i hela regionen

- KU 7 – via verksamhetsrådets egna verksamheter *Scenkonst(Estrad Norr)*, *Bildkonst*, *Design*, *Film*, *Hemslöjd* samt *Regional biblioteksverksamhet* bidra till övriga insatsområden
- KU 8 – samverka med huvudmännen för de statsbidragsberättigade verksamheterna; *Stiftelsen Jamtli*, *Föreningsarkivet J/H* och *Riksteatern J/H*
- KU 9 – samverka med Gaaltije för att synliggöra samisk kultur, konst och språk
- KU 10 – samverka med norrlandslänen för turnésamverkan och metodutveckling
- KU 11 – verka för ett jämställdhets-, HBTQ- och normkritiskt perspektiv i kultursammanhang
- KU 12 – Samverka med akademien för kunskapsutveckling kring kulturens och kreativitetens roll i regional utveckling, genom tematisk samverkan med Lunds Universitet, Miun m.fl.aktörer
- KU 13 – Insatser för att öka andel kvinnliga musiker på scen vid Estrad norrs skolkonserter

8.2.7 Insatsområde Tillgänglighet

- TI 1 – Följa upp att åtgärder i Länstransportplan 2018-2029 genomförs samt medverka och initiera till samverkan, projekt, nätverk och påverkansarbete som syftar till utveckling och förbättringar av infrastrukturen och tillgängligheten i och till och från länet.
- TI 2 – Fungera som regional kollektivtrafikmyndighet, där Länstrafiken i Jämtlands län AB och Norrtåg AB verkar på regionens uppdrag.
- TI 3 – Verka för bättre fjärrtågsanslutningar och tillgänglighet, framför allt nattåg.
- TI 4 – underlätta elektrifieringen av transportsektorn genom att verka för ökad laddinfrastruktur för laddfordon.
- TI 5 – leda arbetet med en uppdaterad digital agenda för regionen samt att ta fram handlingsplaner för utvecklade digitala tjänster och dess användning.
- TI 6 – verka för att det regionala och nationella bredbandsmålen nås. Detta bland annat genom samverkan, samordning och samarbete och med de aktörer som berörs av detta.
- TI 7 – Följa upp Trafikförsörjningsprogrammet och utreda och fatta beslut om allmän trafikpakt inför trafikupphandlingar.
- TI 8 – Prioritera investeringar i gång-och cykelvägar som kan bidra till minskat bilåkande på korta avstånd
- TI 9 – Genom folkbiblioteken verka för ökad digital kunskap

8.2.8 Insatsområde Attraktivitet

- AT 1 – systematiskt arbeta med jämställdhetsintegrering gällande alla samhällsområden.
- AT 2 – erbjuda ett kvalitativt utbud av kultur
- AT 3 – främja ett starkt förenings- och organisationsliv
- AT 4 – Fortsätta arrangörsutvecklingsarbetet med inriktning mot alla arrangörer
- AT 5 – I samarbete med privata och offentliga organisationer, fortsatt arbete på temat mat/gastronomi, kultur och turism för att öka lönsamheten och konkurrenskraften och som en attraktion för turism och inflyttare till regionen

- AT 6 – Utifrån Programmet för långsiktig befolkningsutveckling forma en handlingsplan för genomförande av aktiviteter samt påbörja genomförandet tillsammans med kommuner mfl
- AT 7 – Utifrån handlingsplanen för Jämställd regional tillväxt tex jobba med att öka kompetensen bland förvaltningens medarbetare och politiker samt öka antal ärenden som beretts utifrån framtagen rutin för jämställdhet och jämlikhet.

Ekonomi

Regionala utvecklingsförvaltningen budget 2018 är 321 miljoner med följande områdesfördelning

Förvaltningschefen	4,9 mkr
Näringsliv	22,9 mkr
Välfärd klimat och kompetens	27,3 mkr
Infrastruktur och kommunikationer	208,8 mkr
Kultur	57,1 mkr
TOTALT	321,2 mkr
Utöver regionens egna medel beslutar RUN om fördelning av statliga regionalutvecklingsmedel	114,0 mkr

Viktiga framtidsbilder:

De risker för samhället – och därmed myndigheten Region Jämtland Härjedalen – som scenarierna gällande klimatförändringar målar upp har största relevans. Stora delar av näringslivet såsom besöksnäring, jord- och skogsbruk, transportberoende tillverkning mm måste möta utmaningarna via nya metoder och beteenden. Regionala utvecklingsförvaltningen har via sitt tillväxtuppdrag en viktig roll att bistå aktörer att möta den utmaningen.

Näringslivet och offentlig sektor står inför stora pensionsavgångar och redan idag finns stora svårigheter att rekrytera rätt kompetenser. Utbildningssystemet måste vara flexibelt och snabbfotat vilket ställer krav på regelverk, utbildningsaktörer och samverkan dem emellan

Mot bakgrund av både klimatscenarier och målet om en välfungerande landsbygd / mindre samhällen är en modern och behovsoptimerad kollektivtrafik av stor betydelse. Även kollektivtrafiken efter de större och genomgående stråken E45 och E14 behöver utvecklas vidare då vi där har en yngre befolkning och näringslivet är i expansionsfas.

Många undersökningar vidimerar att jämställdhet är en framgångsfaktor. Ett konsekvent arbete i all utåtriktad verksamhet gällande tillväxtarbetet sår frön hos andra aktörer och bör i många sammanhang vara villkorsställt. En region som omtalas som reellt jämställd är vinnare.

Antalet skattebetalande medborgare är en grundläggande parameter för att kunna bibehålla efterfrågad samhällsservice i form av vård, omsorg, kultur mm. Befolkningstalen för Jämtlands län har ökat under senare år helt beroende på utrikes inflyttning. En ny nationell invandringspolitik stryker denna ökningskälla och en markant minskning av ökningstakten syns redan i början av 2018. Om inte strategiska samverkande och långsiktiga insatser genomförs för inflyttning och större kvarstannande kommer sannolikt befolkningstalet för länet inom kort att stabiliseras för att därefter ånyo börja minska. Det innebär minskande skatteintäkter.

Största utmaning just nu

För att kunna möta scenarierna gällande klimatförändringarna behövs skarp nationell lagstiftning och för regionens verksamhet är det nödvändighet med en tydligt utsläpps begränsande resepolicy där efterlevandet är A och O, vilket innebär ett tydligt uppdrag till personer i ledningsposition. Förståelse för situationen är viktigt för att kunna åstadkomma beteendeförändringar.

En viktig insats för att minska problemen runt kompetensförsörjningen är att nyanlända medborgare i länet snabbt finner vägar att komma in på arbetsmarknaden med tillräcklig

svenskspråklig kompetens. Då arbetsmarknaden är i snabb förändring via digitalisering och automatisering måste en öppenhet för nya lösningar stimuleras.

Inom vissa branscher finns en stor etablerings- och expansionsvilja. Även företagare utanför Jämtlands län visar intresse för att etablera sig här av olika skäl. För att kunna möta detta intresse är det angeläget att aktiviteterna kring etableringsfrämjande åtgärder fortsätter och skalas upp.

Region Jämtland Härjedalen har en stor påverkansmöjlighet för ett mer jämställt företagande och samhälle genom de tillväxtmedel vi disponerar. Genom att villkora stöd och vara tydliga i rådgivning och uppföljning kan vi påverka i den riktning som höjer länets attraktivitet ur ett flertal aspekter, där jämställdhet är en av de viktigaste.

Medborgarnas förväntan kring kollektivtrafiken är stor och dess fortsatta utveckling vad gäller såväl linjenät, turtäthet, fordonstyper som betalssystem måste hela tiden svara mot skäliga behov. De kostnadsökningar som sker är ofta svåra att kompensera med höjda taxor. Fortsatta effektiviseringar i systemet och ökat resandeantal är viktiga delar för att möta utmaningarna. De kostnadsökningar som ses nu för 2019 uppgår till 9 miljoner för Länstrafiken och 5 miljoner för Norrtåg. För Norrtåg kan nya fordon och utökad trafik bli aktuell från 2020.

Stiftelsen Jamtli ersätts för basuppdraget av region Jämtland Härjedalen och Östersunds kommun enligt fördelning 65/35. Jamtli har en ansträngd likviditet och framtida underhåll av fastigheter och kulturhus samt driften av Nationalmuseum Jamtli från 2019 är stora utmaningar att beakta.

För att förebygga ett stagnerande befolkningstal måste olika aktörer i länet gå samman och förebygga inbördes konkurrens om befolkningen mellan kommuner. Det bör särskilt uppmärksammas hur yngre personer, inkl studenter från andra län studerande här, ser länet som en bra plats att leva och bo på. Det måste vara ett fortsatt professionellt fokus på inflyttning men kvarstannandet är en lika viktig sida på myntet. Att nå framgång i det arbetet kräver en rörelsebudget.

8.3 Regionstaben

Regionstaben utgör regionens samlade centrala administration sedan innevarande organisation beslutades 2016-01-01.



Regionstaben har två huvuduppgifter, stödjande ledning och förvaltningarna.

Ledningsstödet utgörs av:

- stöd för ledning, styrning, uppföljning och effektivisering,
- långsiktig planering,
- upprätthålla och säkerställa regionens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete,
- svara för kvalitetssäkring av de gemensamma stödprocesserna inom sina respektive funktionsområden,
- avseende uppföljning; utgöra controllerfunktion,
- omvärldsbevakning inom funktionsområdet och
- i dialog med chefer ta fram underlag för olika beslut.

Ledningsstödet ska tillsammans med områdeschefer svara på frågor från den politiska organisationen och tjänstemannaledningen.

Förvaltningsstödet utgörs av:

- alla former av administrativa funktioner som behövs för att kärnverksamheten ska kunna fungera på avsett sätt,
- stöd för och styrning av enhetliga och gemensamma arbetsprocesser,
- stöd för och utveckling av arbetet med ständiga förbättringar och kvalitetsutveckling,
- stöd till verksamheten med regionövergripande funktioner såsom hälso- och sjukvård, regional utveckling, forskning, utbildning, ekonomi, personal, kommunikation, miljö samt planering och administration.

Ekonomi

Regionstabens budgetomslutning för 2018 är:

Kommunikation	9 841
E-hälsa och IT	78 319
Samordningskansliet	27 068
Hälso- o sjukvårdspolitiska avdelningen	13 180
Forskning utveckling utbildning	36 859
Ekonomi- och personalavdelning	76 396
Regionstabsövergripande (tidigare uppräknig)	-4 200
Regiondirektör	2 474
Särskild lönesatsning	13 384
Utvecklingsanslag Regiondirektör	1 000
SUMMA TOTAL RAM 2018	254 320

Viktiga framtidsbilder:

- hantera ny politisk organisation
- stöd till verksamheten, särskilt kring beslutsstöd och produktion-/kapacitetsplanering
- Digitaliseringen – vara tillräckligt agila och offensiva för att klara denna omställning
- Chefsutveckling

Största utmaning just nu

Ekonomi och de allt högre kraven på administrativt stöd, både mot verksamhet och nationellt. Regionstaben har många krav och behov som är svåra att uppfylla på allra bästa sätt p.g.a besparingar och flera singelfunktioner som blir sårbart och utgör flaskhalsar. Det är i princip omöjligt att förstärka någonstans då de ekonomiska förutsättningarna inte finns.

9 Befolkning Jämtlands län kvartal 1 2018

Län resp. Kommun	Folkmängd	Folk-ökning	Lev. födda	Döda	Födelse-överskott	Inflyttade			Utflyttade			Flyttningsnetto					
						Totalt	Derav från		Totalt	Derav till		Totalt	Derav mot				
							Egna länet	Övriga Sverige		Utlandet	Egna länet		Övriga Sverige	Utlandet	Egna länet	Övriga Sverige	Utlandet
Riket	10 142 886	22 444	28 169	26 558	1 611	31 380		31 380	11 237		11 237	20 143		20 143			
Stockholm	2 315 612	7 469	7 012	4 529	2 483	18 819		9 801	9 018	14 021		10 063	3 958	4 798	-262	5 060	
Skåne	1 348 607	3 918	3 918	3 582	336	10 204		5 282	4 942	6 703		4 575	2 128	3 501		687	2 814
V Götaland	1 694 723	3 941	4 812	4 336	476	11 257		6 134	5 123	7 893		6 178	1 715	3 364		-44	3 408
Jämtland	129 873	67	339	429	-90	1 146		823	323	995		907	88	151		-84	235
Berg	7 111	-11	31	23	8	79	32	30	17	101	52	46	3	-22	-20	-16	14
Bräcke	6 478	-23	18	34	-16	87	26	26	35	100	49	47	4	-13	-23	-21	31
Härjedalen	10 149	-5	16	40	-24	136	23	94	19	115	23	88	4	21	0	6	15
Krokom	14 902	-23	34	35	-1	217	112	56	49	236	145	80	11	-19	-33	-24	38
Ragunda	5 414	-30	13	23	-10	48	18	21	11	68	23	43	2	-20	-7	-22	9
Strömsund	11 776	-15	29	61	-32	124	26	64	34	107	36	63	8	17	-10	1	26
Åre	11 298	30	27	32	-5	210	47	100	63	172	52	114	6	38	-5	-14	57
Östersund	62 745	144	171	181	-10	834	307	432	95	685	209	426	50	149	98	6	45

- Riket har ökat med 22 444 invånare varav 20 143 är en nettoökning gällande inflytt från utlandet. I gruppen in- och utflytt i förhållande till utlandet är rörligheten stor, drygt 31 000 inflyttade och drygt 11 000 utflyttade, det är färre inflyttade och fler utflyttade än motsvarande period 2017. Rikets befolkningsökning har dämpats, en effekt av en skärpt asylpolitik. Norrland 4 har ökat med 99 personer vilket är 8% av ökningen kvartal 1 2017, både Norrbotten och V-norrland backar. Tillsammans har Norrland 4 ökat med 0,01% vilket är en bråkdel av rikets ökningstakt, vi fortsätter att tappa position. De senaste 10 åren har Jämtland fått 0,33% av rikets ökning, totalt sett. 68% av rikets ökning sker i de tre storstadsregionerna och 56% av de nyfödda föds där. Stockholms län backar nu i inrikes flyttnetto, Stockholms stad minskar markant medan de kranskommuner som har byggt mycket växer; Järfälla, Nacka och Upplands Bro. Omflyttningen är ett direkt utslag av bostadssituationen.
- Inom länet tappar nu alla kommuner utom Åre och Östersund. Länets ökning är liten, 67 st, vilket är oroande. Ökningstakten från 2016 och 2017 faller snabbt. Antalet födda är färre än kv 1 2017 men samma som kv 1 2016. Östersunds ökning beror nu på 70% av inflyttning från länets övriga kommuner. I den nationella flyttbalansen har Härjedalen och Östersund svagt positiva balans, + 6. Östersund som några år varit en av Sveriges snabbast växande residensstäder sticker inte ut längre utan har ett mönster som övriga. Luleå och Sundsvall/Härnösand står i stort stilla. Umeå fortsätter växa. Länet "har varit på väg" mot födeseöverskott, det har nu brutits genom ökat antal döda och färre födda. Åre har fortsatt en stor andel inflyttade från utlandet, avvecklingen av asylboendet Continental Inn kommer sannolikt att bryta den positiva bilden.
- Sammantaget för länet ser vi en kraftigt minskad ökningstakt, extrapolerat på helåret indikeras ökningen bli ca 1/5 jämfört med de två sista åren. Det är fortsatt oerhört angeläget att nyanlända snabbt kommer ut på arbetsmarknaden. Men i och med att vi inte lyckas vända den nationella flyttbalansen till vår fördel samtidigt som andelen äldre ökar riskerar vi att vara tillbaka i negativ befolkningstal inom något år. Ett kraftfullt strategiskt arbete gällande inflyttning och kvarstannande måste starta omgående i samverkan mellan flera aktörer och med tilldelade ekonomiska muskler. Att inte göra det är länsdestruktivt!