Kallelse/föredragningslista
Regionstyrelsen
2016-08-24

Tid: kl. 08:30
Hörsalen 23/8
Plats: Styrelserummet 24/8

Ordförande
Ann-Marie Johansson (S)

Ledamöter
Bengt Bergqvist (S), 3:e vice ordförande
Robert Uitto (S)
Anders Frimert (S)
Ella Wallberg (S)
Christer Siwertsson (M), Vice ordförande
Susanné Wallner (M)
Jan-Olof Andersson (M)
Thomas Andersson (C)
Elin Lemon (C), 2:e vice ordförande
Anton Nordqvist (MP)
Jörgen Blom (V)
Bengt-Åke Arendolf (SD)

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

Övriga

1. Val av justerare och tid för justering

2. Fastställande av föredragningslista

3. Regiondirektörens rapport 2016 (RS/7/2016)

Ärendebeskrivning

- Redovisning av åtgärder för att minska beroendet av stafett- och bemanningsföretag
- Lägesrapport sommaren
- Uppföljning professionsmiljarden
- Uppföljning övergripande handlingsplaner
- Uppföljning av åtgärdsförslag från chefsdagen den 11 november
- Status flytt och lokalfrågor inom regionstaben

4. Månadsrapport maj och månadsrapport juni 2016 (RS/8/2016) Bo Carlbark

Ärendebeskrivning

Prognostiserat resultat för 2016 på -230 miljoner kronor kvarstår. Resultatet per maj 2016 var -59,4 mkr (2015 -60,9 mkr) och per juni 2016 -96,2 mkr (2015 -100,9 mkr). Nettokostnadsökningen första halvåret 2016 jämfört med samma period 2015 uppgick till 1,9 procent (okorrigerat 3,5 procent), vilket var högre än i tertialrapport april 2016. Minskningen i utförd tid jan-maj 2016 jämfört med jan-maj 2015 var inte lika stor som vid tidigare mätningar i år. Omräknat till helårseffekt minskade arbetade timmar motsvarande 18 årstjänster (i tertialrapporten 148 årstjänster). Verksamhetens intäkter ökade med 8,5 procent det första halvåret 2016 jämfört med samma period 2015. Det beror bl a på höjningen av patientavgifterna samt större bidrag från Migrationsverket. Bruttokostnaderna ökade med 3,8 procent, varav bemanningsföretag 35 procent, riks- och regionvård 9,6 procent och läkemedel 12,7 procent. Genomförande av beslutade handlingsplaner pågår.

Likviditeten minskade med ca 100 miljoner kronor första halvåret 2016. Upplåningsbehov förutses uppstå hösten 2016.

Inga större förändringar har skett vad gäller tillgängligheten till vården.

Förslag till beslut

Månadsrapport maj 2016 och månadsrapport juni 2016 godkänns.

Expedieras till

Ekonomidirektör

Beslutsunderlag

- Månadsrapport maj och juni 2016
- Månadsrapport maj 2016
- Månadsrapport juni 2016

5. Regionstyrelsens uppföljning 2016 om läkemedel (RS/1072/2016)

Karin Lindgren

Ärendebeskrivning

Regionstyrelsen har ett övergripande ansvar för att leda och samordna planering och uppföljning av verksamheten. I regionstyrelsens verksamhetsplan och uppföljningsplan för 2016 anges vilka uppföljningsområden som har valts ut för 2016. Enligt den ska regionstyrelsen på sitt möte 23-24 augusti bland annat följa upp läkemedel. Denna uppföljningsrapport ger en nulägesbeskrivning av läkemedelsområdet.

Läkemedelskostnaderna ökar i hela landet, men under första halvåret 2016 är den procentuella kostnaden högre i Jämtland Härjedalen jämfört med övriga riket. Den nya organisationen möjliggör dock större påverkan till kostnadsdämpande åtgärder.

Förslag till beslut

Regionstyrelsens uppföljning av läkemedel godkänns.

Expedieras till

Läkemedelsstrateg

Beslutsunderlag

- Regionstyrelsens uppföljning 2016 om läkemedel (RS/1072/2016)
- Regionstyrelsens uppföljning 2016 om läkemedel

6. Regionstyrelsens uppföljning 2016 om sjukresor (RS/1075/2016)

Berit Eriksson

Ärendebeskrivning

Regionstyrelsen har ett övergripande ansvar för att leda och samordna planering och uppföljning av verksamheten. I regionstyrelsens verksamhetsplan och uppföljningsplan för 2016 anges vilka uppföljningsområden som har valts ut för 2016. Enligt den ska regionstyrelsen bland annat följa upp sjukresor. Denna uppföljningsrapport ger en nulägesbeskrivning av målet att sänka sjukresekostnaderna som regionstyrelsen tog beslut om i mars 2016.

Förslag till beslut

Regionstyrelsens uppföljning av sjukresor godkänns.

Expedieras till

Områdeschef infrastruktur och kommunikationer
Infrastrukturstrateg

Beslutsunderlag
- Förslag till beslut Uppföljning 2016 av sjukresor
- Uppföljning 2016 av sjukresor

7. Regionstyrelsens uppföljning 2016 av barnens rättigheter (RS/1076/2016) — Sofia Kling

Ärendebeskrivning
Regionstyrelsen har ett övergripande ansvar för att leda och samordna planering och uppföljning av verksamheten. I regionstyrelsens verksamhetsplan och uppföljningsplan för 2016 anges vilka uppföljningsområden som har valts ut för 2016. Enligt den ska regionstyrelsen på sitt möte 23-24 augusti bland annat följa upp barnens rättigheter. Denna uppföljningsrapport redovisar måluppfyllelsen utifrån handlingsplan för barnkonventionen och regiondirektörens verksamhetsplan.

Förslag till beslut
Regionstyrelsens uppföljning av barnens rättigheter godkänns.

Expedieras till
Utvecklingsstrateg

Beslutsunderlag
- Förslag till beslut Uppföljning 2016 av barnens rättigheter
- Rapport Uppföljning av barnens rättigheter 2016

8. Regionstyrelsens uppföljning 2016 av nationella minoriteter (RS/1077/2016) — Sofia Kling

Ärendebeskrivning
Regionstyrelsen har ett övergripande ansvar för att leda och samordna planering och uppföljning av verksamheten. I regionstyrelsens verksamhetsplan och uppföljningsplan för 2016 anges vilka uppföljningsområden som har valts ut för 2016. Enligt den ska regionstyrelsen på sitt möte 23-24 augusti bland annat följa upp nationella minoriteter. Denna uppföljningsrapport redovisar måluppfyllelsen utifrån handlingsplan för nationella minoriteter och regiondirektörens verksamhetsplan.

Förslag till beslut
Regionstyrelsens uppföljning av nationella minoriteter godkänns.

Expedieras till
Utvecklingsstrateg

Beslutsunderlag
- Förslag till beslut Uppföljning 2016 av nationella minoriteter
- Rapport Uppföljning av nationella minoriteter 2016

9. Uppföljning av arbetet mot våld i nära relationer — Anna Ebenmark

(RS/1092/2016)

Ärendebeskrivning
Målformuleringar avseende arbetet mot våld i nära relationer går att återfinna både i regionplanen, regionstyrelsens verksamhetsplan samt regiondirektörens verksamhetsplan för 2016. I regionplanen står ”Hälso- och sjukvårdens verksamheter ska identifiera våldsutsatta personer och erbjuda ett väl fungerande omhändertagande.” I regionstyrelsens verksamhetsplan har ovanstående brutits ned till: ”Fortsätta implementera rutinen ”Att ställa frågan om våld och hantera svaret.” Fram till 5 juli 2016 hade dokumentation i mallen våldsutsatthet och/eller oro för barn skett på totalt 244 patienter inom Region Jämtland Härjedalen, 215 kvinnor och 29 män. På 21 patienter har dokumentation skett på sökordet oro för barn. Det är långt ifrån alla vårdinrättningar som dokumenterat om våldsutsatthet i mallen. Ett antal åtgärder är redan vidtagna för att arbetet ska intensifieras och förstärkas. Bland annat ett antal informationsinsatser till utvalda målgrupper om vikten av att dokumentera i korrekt mall i COSMIC, utbildningar om våld i nära relation och våra lokala rutiner är planerade att genomföras under hösten och med stöd av statliga utvecklingsmedel har det beslutats att förstärka arbetet med två halvtidstjänster. Deras arbete påbörjas från och med 1 september 2016. I övrigt se bifogad fil Uppföljningsrapport arbetet mot våld i nära relationer.

Förslag till beslut
Regionstyrelsens uppföljning av våld i nära relationer godkänns.

Expedieras till
Utvecklingsstrateg

Beslutsunderlag
- Uppföljning av arbetet mot våld i nära relationer
- Uppföljningsrapport arbetet mot våld i nära relationer

10. Svar på föreläggande i mål Lennart Ledin ./. Region Jämtland Härjedalen angående laglighetsprövning av regionfullmäktiges beslut 2016-06-14--15, § 84 om deltagande i förberedelsearbetet för regionbildning inom ramen för NRF. (RS/1369/2016)

Ärendebeskrivning
Förvaltningsrätten i Härnösand har förelagt Region Jämtland Härjedalen att yttra sig över Lennart Ledins begäran om laglighetsprövning av regionfullmäktiges beslut 2016-06-14--15, § 84 om deltagande i förberedelsearbetet för regionbildning inom ramen för NRF. Lennart Ledin har anfört dels att beslutet fattats på ett underlag som strider mot lag, dels att förberedelsearbetet strider mot den kommunala kompetensen och dels att beslutet saknar uppgift om hur utgiften ska finansieras vilket strider mot lag. Han har också begärt att domstolen beslutar att beslutet inte får verkställas. Förvaltningsrätten har avslagit begäran om att beslutet inte får verkställas.

Region Jämtland Härjedalen bestrider överklagandet eftersom beslutet inte fattats med ett underlag som strider mot lag, att deltagande i förberedelsearbetet omfattas av den kommunala kompetensen och att beslutet inte saknar uppgift om hur utgiften ska finansieras.

Ett förslag till svar har upprättats inom samordningskansliet. Samråd har skett med de övriga berörda landstingen vid upprättande av svaret.

Förslag till beslut
Svar lämnas till Förvaltningsrätten i Härnösand enligt upprättat förslag.

Expedieras till
Regionjurist

Beslutsunderlag
- Förslag till belsut Svar på överklagande av fullmäktiges beslut om deltagande i projekt för förberedelse för regionbildning
- Svar på föreläggande
- Borttagen på grund av PUL.
- Finansplan 2016 - 2018

11. Svar på remiss av Socialstyrelsens rapport: Assisterad befruktning utanför kroppen med donerade könsceller (RS/777/2016)

Ärendebeskrivning
Region Jämtland Härjedalen har getts möjlighet att lämna synpunkter på Socialstyrelsens rapport Assisterad befruktning utanför kroppen med donerade könsceller. Enligt gällande regelverk får befruktning utanför kroppen med donerade könsceller endast utföras vid universitetssjukhus. Socialstyrelsen föreslår i sin utredning att befruktning utanför kroppen med donerade könsceller ska få utföras vid andra vårdenheter än universitetssjukhus. Som grund för förslaget föreligger jämförelser mellan universitetssjukhus och andra vårdenheter avseende hälsoutfall för barn och föräldrar. Jämförelsen bygger på resultat från svenska register, vetenskapliga studier och rapporter från Danmark, Finland och England. Dessa jämförelser har inte påvisat skillnader i utfall beroende på utförare.
Ett förslag till svar har upprättats inom Hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen.

Förslag till beslut
1. Svar på remiss skickas till Socialdepartementet enligt upprättat förslag.
2. Paragrafen förklaras omedelbart justerad.

Expedieras till
Chef hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen

Beslutsunderlag
- Svar på remiss av Socialstyrelsens rapport Assisterad befruktning utanför kroppen med donerade könsceller
- Remissvar: Assisterad befruktning utanför kroppen med donerade könsceller

- Missiv till Remiss: Remittering av Socialstyrelsens rapport: Assisterad befruktning utanför kroppen med donerade könsceller
- Socialstyrelsens rapport: Assisterad befruktning utanför kroppen med donerade könsceller

12. Svar på granskning av regionens finansförvaltning (RS/368/2016)

Helena Edström

Ärendebeskrivning

Vid revisionsplaneringen för 2015 bedömde Regionens revisorer i sin risk – och väsentlighetsanalys att det var angeläget att genomföra en granskning av den interna kontrollen i finansförvaltningen. En granskning har genomförts av revisionsbyrån EY under projektledning av regionens revisionskontor under december 2015 till februari 2016.

Finansförvaltningen hade redan påbörjat en revidering och utveckling av befintligt regelverk för finansförvaltningen där samtliga synpunkter från denna granskning redan tagits i beaktande samt ytterligare ett antal förbättringar framtagits.

Förslag till beslut

Svar på granskning av regionens finansförvaltning skickas till regionens revisorer enligt upprättat förslag.

Expedieras till

Ekonomidirektör Finansekonom

Beslutsunderlag

- Förslag till beslut Svar på granskning av regionens finansförvaltning
- Svar på regionens revisorers skrivelse om regionens finansförvaltning
- Reglemente avseende finansiering och skuldförvaltning samt förvaltning av likviditet och pensionsmedel
- Granskning av regionens finansförvaltning
- Bilaga: Revisionsrapport från EY: "Granskning av finansförvaltningen"

13. Svar på granskning av Vårdprogram avseende återbesök (RS/598/2016)

Ärendebeskrivning

Regionens revisionskontor har med hjälp av Capire Consulting AB under perioden december 2015 till mars 2016 genomfört en granskning av vårdprogram avseende återbesök. Granskningen omfattar återbesök utifrån vårdprogram för fyra patientgrupper: stroke, hjärtinfarkt, höftfraktur samt äldrepsykiatri – ångest och depression. En redovisning av vilka åtgärder regionstyrelsen avser att vidta med anledning av granskningsresultatet ska lämnas till revisorerna.

Ett förslag till svar har upprättats inom Hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen.

Förslag till beslut
Svar på granskning av Vårdprogram avseende återbesök lämnas till Revisorerna i Region Jämtland Härjedalen enligt upprättat förslag.

Expedieras till
Revisorerna i Region Jämtland Härjedalen

Beslutsunderlag
- Granskning av vårdprogram avseende återbesök
- Förslag till svar Granskning av vårdprogram avseende återbesök
- Granskning av vårdprogram avseende återbesök
- Revisionsrapport: Granskning av vårdprogram avseende återbesök

14. Svar på skrivelse om Tillgänglighetsguide - projektsamverkan mellan kommunerna i Jämtlands län (RS/423/2016)

Ärendebeskrivning
Handlingar lämnas senare.

Beslutsunderlag
- Tillgänglighetsguide - projektsamverkan mellan kommunerna i Jämtlands län

15. Val av ledamöter till styrgrupp och arbetsgrupper i förberedelsearbetet för regionbildning (RS/854/2016)

Ärendebeskrivning
Tjänsteskrivelse lämnas senare.

Beslutsunderlag
- Inbjudan att nominera till regionbildningsarbetet
- Protokollsutdrag regionfullmäktige 2016-06-14--15, § 84 Deltagande i förberedelsearbetet för regionbildning inom ramen för NRF

16. Nominering av nya allmänrepresentanter till Regionala Etikprövningsnämnden i Umeå (RS/1118/2016)

Ärendebeskrivning

Utbildningsdepartementet har anmodat Västerbottens läns landsting att inkomma med förslag på nya allmänrepresentanter (ledamöter och ersättare) till Regionala Etikprövningsnämnden i Umeå för perioden 2017-2019.

Västerbottens läns landsting ska lämna förslag på minst 9 nya allmänrepresentanter. Innan förslag lämnas ska samråd ske med de landsting som ingår i nämndens upptagningsområde. Regeringen utser sedan ledamöter och ersättare utifrån inkomna nomineringar.

Västerbottens läns landsting föreslår att respektive landsting lämnar förslag på tre allmänrepresentanter vardera, så att nomineringen blir totalt 12 representanter. Förslagen ska vara Västerbottens läns landsting tillhanda senast 12 september.

Förslag till beslut

Region Jämtland Härjedalen nominerar xx, yy och zz till allmänrepresentanter i Regionala Etikprövningsnämnden.

Expedieras till

Sofia Jonsson, Västerbottens läns landsting

Beslutsunderlag

- Förslag till beslut Nominering av nya allmänrepresentanter till Regionala Etikprövningsnämnden
- Nominering av nya ledamöter och ersättare till Regionala Etikprövningsnämnden
- Bifogad fil: "Anmodan att komma in med förslag på nya ledamöter och ersättare till Regionala etikprövningsnämnden i Umeå inför förordnande för perioden 2017-2019"
- Bilaga: Svensk etikprövning av forskning - en kort beskrivning
- Bifogad fil: "Personuppgifter formulär landstingen 2016.doc"

17. Anmälan av delegationsbeslut till regionstyrelsen 2016 (RS/2/2016)

Ärendebeskrivning

Beslut fattade av regiondirektör/ bitr. regiondirektör
Fördelning av ansvar för informationssäkerhet (RS/1978/2016).
Beslut om användning av det ofördelade utrymmet i investeringsbudget, övriga investeringar 2016 (RS/1246/2016).
Delegationsbestämmelser för regiondirektören i Region Jämtland Härjedalen, ver.4 (RS/235/2015).
Beslut fattade regionstyrelsens ordförande eller vice ordförande
Ann-Marie Johansson (S) är beviljad att delta i överläggning med S-landstingsledning 25-26 augusti 2016 (RS/349/2016).
Elin Hoffner (V) är beviljad att delta på öppet hus Barn- och ungdoms HAB, 15 april 2016 (RS/349/2016).
Susanné Wallner (M) är beviljad att delta på En Exklusiv dag för toppolitiker som är kvinnor (RS/349/2016).

Jörgen Blom (V) är beviljad att delta på studieresa till Trondheim 13 juni 2016 (RS/349/2016).

Beslut fattade av chefer

Anställningsbeslut för perioden 2016-04-15—05-12

Förslag till beslut

Information om delegationsbeslut enligt upprättad förteckning noteras till protokollet.

18. Anmälan av inkomna handlingar till regionstyrelsen 2016 (RS/3/2016)

Ärendebeskrivning

Pensionärsrådet: Protokoll från sammanträde 2016-05-19.
Utskottet för hälso- och sjukvård: Protokoll från sammanträde 2016-05-04.
Utskottet för hälso- och sjukvård: Protokoll från sammanträde 2016-06-07.
Landstingsbostäder: Protokoll från sammanträde 2016-02-25.
Landstingsbostäder: Protokoll från sammanträde 2016-04-07.
SKL: Förbundsavgift år 2017 till Sveriges kommuner och landsting.
Justitieombudsmannen: Beslut från JO gällande allvarlig kritik för behandling av patient.
Norrlandstingens regionförbund: Protokoll från sammanträde 2016-06-01.
SKL: Överenskommelse mellan staten och SKL om läkemedelsförmånerna m.m. för år 2016.
Patientnämnden: Protokoll från sammanträde 2016-05-19.
Valmyndigheten: Information angående landstingens indelning i valkretsar.

Förslag till beslut

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

19. Informationssäkerhetspolicy (RS/775/2016)

Ärendebeskrivning

Informationssäkerhetspolicy LS/1508/2012 har reviderats och anpassats till Region Jämtland Härjedalens verksamhet. Policyn följer även nuvarande formalia för utformning av en policy. Förtydligande har skett gällande att regionstyrelsen ansvarar för omfattning och inriktning av Region Jämtland Härjedalens informationssäkerhetsarbete samt att nödvändiga resurser avsätts för samordningen av detta. Bestämmelser om ansvar inom informationssäkerhet har förflyttats till ”Ansvarsfördelning inom informationssäkerhet”. Regler för användning av SMS funktion för påminnelser och kallelser i hälso- och sjukvård samt tandvård i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter är även den förflyttad till ett annat regelverk, ”Regler för SMS-påminnelser”.

Ett förslag till beslut har utarbetats inom samordningskansliet.

Förslag till beslut
Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

Informationssäkerhetspolicy antas.

Expedieras till
Sanna Othman
Anna-Lena Alfreds

Beslutsunderlag
- Förslag till beslut Informationssäkerhetspolicy
- Informationssäkerhetspolicy

20. Ändring av beslut för möjlighet till avgiftsfri uppdelning av betalning av patientavgift vid besök inom öppenvård (RS/200/2015)

Ärendebeskrivning
Regionfullmäktige beslutade 2016-02-09—10, §10 att möjlighet till avgiftsfri uppdelning av betalning inom en bestämd tidsrymd ska införas.

Vid regionfullmäktiges möte 2016-04-11--12, §60 beslutades regler för betalning av patientavgifter inom öppenvård. Huvudregeln för betalning av patientavgifter för öppenvård är att avgiften betalas i samband med besöket. Region Jämtland Härjedalen erbjuder två alternativ till huvudregeln där patienten endast kan välja ett av alternativen.
Alternativ 1. Om en patient önskar att få avbetala ett öppenvårdsbesök ska patienten erbjudas att avgiftsfritt flytta fram betaldatum 60, 90 eller 120 dagar från besökstillfället. Patienten kan delbetala summan under perioden fram till betaldatumet.

Alternativ 2. En patient kan i samband med det första besöket köpa ett frikort på avgiftsfri avbetalning för en frikortsperiod på 12 månader. Patienten ska då ingå en överenskommelse med Region Jämtland Härjedalen med villkor om avbetalningstider. Faktureringsavgift ska inte tas ut av patienten vid betalning enligt de två alternativen.

I beslutet framgår att reglerna också ska gälla för de privata vårdgivarna. De privata vårdgivare som nu har avtal med Region Jämtland Härjedalen är reglerade enligt Lagen (2007:1091) om offentlig upphandling (LOU), Lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi (LOF), Lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning (LOL) samt Lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV). Även privata tandläkare hanterar patientavgifter enligt hälso- och sjukvårdtaxa.

För vårdgivare verksamma enligt LOL och LOF kan ovanstående krav inte ställas då de helt är styrda av lag och förordning och de flesta av dessa vårdgivare är enskilda vårdgivare som inte har möjlighet att investera i system som kan hantera beslut enligt ovan.

Därför föreslås privata vårdgivare att undantas från beslutet att erbjuda avbetalning och köp av frikort.

Förslag till beslut
Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

Regionfullmäktiges beslut, 2016-04-11--12, § 60, om avgiftsfri uppdelning av betalning för vårdavgifter och köp av frikort med avgiftsfri avbetalning gäller inte för privata vårdgivare.

Expedieras till
Ekonomidirektör
Beställarchef

Beslutsunderlag
- Ändring av beslut till avgiftsfri uppdelning av betalning av patientavgift

21. Regler för Region Jämtland Härjedalen som ägare i bolag och medlem i föreningar. (RS/467/2015)

Ärendebeskrivning
Region Jämtland Härjedalens är ägare till bolag och medlem i föreningar som bedriver verksamhet för regionen. Region Jämtland Härjedalens bör vara en aktiv ägare eller medlem i de bolag och föreningar som regionen är engagerad i. Reglerna bör omfatta ledningsorganisation och styrinstrument, uppföljning och information, principer för utseende av styrelse, regler för hur inflytande ska utövas på bolagsstämmor och årsmöten och styrning och samordning av verksamhet.

Ett förslag till regler för Region Jämtland Härjedalen som ägare i bolag och medlem i föreningar har arbetats fram inom regionstaben och regionala utvecklingsförvaltningen.

Förslag till beslut
Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

Regler för Region Jämtland Härjedalen som ägare i bolag och medlem i föreningar antas.

Expedieras till
Regionstyrelsen
Regionala utvecklingsnämnden

Beslutsunderlag
- Förslag till beslut Regler för Region Jämtland Härjedalen som ägare i bolag och medlem i föreningar
- Regler för Region Jämtland Härjedalen som ägare i bolag och medlem i föreningar

22. Svar på motion från Lars-Erik Olofsson (KD) om att tillvarata pensionerade läkares kompetens och erfarenhet (RS/212/2016)

Ärendebeskrivning

Lars-Erik Olofsson (KD) har lämnat in en motion om att tillvarata pensionerade läkares kompetens och erfarenhet. I motionen föreslås att Region Jämtland Härjedalen aktivt och uppsökande ska arbeta för att läkare, efter pension och om så önskas, får en möjlighet till en skräddarsydd tjänst inom primär-/slutenvård.

Region Jämtland Härjedalen har en ’Utbildningsplan för läkare’. Planen beskriver struktur och funktioner som stödjer processen vad gäller utbildning av läkarstudenter, AT- och ST-läkare. Stödjande funktioner i organisationen är verksamhetschef, övergripande studierektor, klinikstudierektor, huvudhandledare och handledare. Funktionerna innehas av medarbetare som i regler har detta som en del i ordinarie befattning.

Rent generellt ställer sig verksamheterna positiva till att medarbetare inom bristyrken arbetar även efter uppnådd pensionsålder. Att arbeta som mentor och handledare inom ramen för ’Utbildningsplan för läkare’ kan vara en sådan arbetsuppgift. Idag arbetar 20 läkare som är 65 år eller äldre på månadslön. Inklusive medarbetare som arbetar på timlön/arvodesanställning är antalet 31 läkare. Varje verksamhet har ansvar att bemanna sin verksamhet utifrån uppdrag inklusive utbildningsuppdrag. Om behov finns av kompetens hos medarbetare som uppnått pensionsålder är det verksamheternas ansvar att tillfråga dessa medarbetare om intresse av att arbeta längre inom ramen för existerande struktur och uppdrag. Personalavdelningen har för avsikt att lägga in frågor om intresse att arbeta efter pension i mallarna för både medarbetarsamtal och avslutningssamtal.

Ärendet behandlades av Utskottet för personal den 3 juni 2016. Utskottet föreslår att motionen ska bifallas i avseende att det ska vara obligatoriskt att fråga efter intresse att arbeta efter pension vid avlutningssamtal med medarbetare.

Förslag till beslut

Utskottet för personal föreslår regionstyrelsen

Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

Motionen bifalls i avseende att det ska vara obligatoriskt att fråga efter intresse att arbeta efter pension vid avlutningssamtal med medarbetare.

Expedieras till

Regionfullmäktige

Beslutsunderlag

- Förslag till beslut Svar på motion från Lars-Erik Olofsson (KD)
- Protokollsutdrag Utskottet för personal 2016-6-03, § 22 Motion från Lars-Erik Olofsson (KD) om att tillvarata pensionerade läkares kompetens och erfarenhet

- Motion från Lars-Erik Olofsson (KD) om att tillvarata pensionerade läkares kompetens och erfarenhet

23. Svar på motion från Jörgen Larsson (C) om att förlänga möjligheten för fullmäktigeledamöter att ställa frågor (RS/321/2016)

Ärendebeskrivning

Jörgen Larsson (C) har lämnat in en motion till regionfullmäktige om möjligheten att förlänga tiden för fullmäktiges ledamöter att ställa frågor under punkten fullmäktiges frågestund. Efter majoritetsskiftet har mängden frågor ökat och Jörgen Larsson vill därför att tiden för frågestunden utökas från 30 minuter till 1 timme.

Fullmäktiges frågestund infördes på försök i dåvarande landstingsfullmäktige redan 2005 för att göra fullmäktigearbetet livligare och mer dagsaktuellt och har sedan permanentats. I arbetsordningen för regionfullmäktige punkt 15 Frågor från fullmäktigeledamöter (fullmäktiges frågestund) står skrivet:
Vid varje fullmäktigesammanträde ska ledamot eller tjänstgörande ersättare få tillfälle att ställa frågor i dagsaktuella ämnen som berör regionens verksamhet eller roll i samhället till någon ledamot i regionstyrelsen. Frågorna ska vara korta och muntliga liksom svaren. Frågor och svar begränsas till två minuter vardera. En följdfråga får ställas och besvaras.
Fullmäktiges frågestund, som inte ska användas till debatt, ska genomföras vid varje fullmäktigesammanträde vid en tidpunkt som anges i programmet för fullmäktigesammanträdet. Frågestunden får vara högst 30 minuter vid varje sammanträde.

Statistiken från 2012-2016 visar att antalet frågor legat kring 5-7 stycken per sammanträde och tiden för fullmäktiges frågestund har varit ca 10-15 minuter per sammanträde men både antalet frågor och tiden har ökat sedan majoritetsskiftet i oktober 2015. Om det är en tillfällig ökning eller om det kommer att se lika ut resten av mandatperioden är svårt att förutsäga.

Ledamöterna har utöver fullmäktiges frågestund möjlighet att ställa frågor genom att lämna interpellationer och frågor. Svaren på dessa har vid ett flertal tillfällen bordlagts på grund av tidsbrist. En utökning av tiden för fullmäktiges frågestund skulle sannolikt innebära en ytterligare inskränkning av tiden för behandling av interpellationer och frågor. Eftersom tiden på fullmäktige ofta är knapp finns idag inte möjlighet att utöka tiden för fullmäktiges frågestund till en timme per sammanträde.

Fullmäktiges presidium behandlade ärendet den 2016-05-31, §44 och föreslår att motionen avslås.

Förslag till beslut

Fullmäktiges presidium föreslår regionstyrelsen

Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

Motionen avslås.

Expedieras till
Jörgen Larsson (C)

Beslutsunderlag
- Förslag till beslut Svar på motion från Jörgen Larsson (C) om att förlänga möjligheten för fullmäktigeledamöter att ställa frågor
- Statistik webbsändning Fullmäktiges frågestund
- Motion från Jörgen Larsson (C) om att förlänga möjligheten för fullmäktigeledamöter att ställa frågor
- Protokollsutdrag fullmäktiges presidium 2016-05-31, § 44 Svar på motion från Jörgen Larsson (C) om om att förlänga möjligheten för fullmäktigeledamöter att ställa frågor

24. Svar på motion från Eva Hellstrand (C) om angående Landstingsbostäder och Region Jämtland Härjedalens fastigheter (RS/741/2016)

Ärendebeskrivning
Eva Hellstrand (C) föreslår i en motion att regionstyrelsen får i uppdrag att utvärdera om det är möjligt att lägga alla fastigheter i ett bolag och återkomma till regionfullmäktige med en rapport. Hon skriver vidare att centerpartiet anser att om regionen väljer att sälja tillgångar är det klokt att också använda det till kommande investeringar. Centerpartiets förslag är att samla alla fastigheter i ett bolag – hyresfastigheter, sjukhuset och andra verksamhetslokaler. Om man sedan säljer hyresfastigheter kan man använda vinster till investeringar i verksamhetslokaler.

Ett uppdrag att se över möjligheten att sälja Landstingsbostäder AB och bolagets lägenhetsbestånd har getts av den politiska majoriteten och slutsatsen blev att en försäljning inte är aktuell för närvarande. En försäljning skulle ge en förhållandevis liten ekonomisk vinst samt dessutom en förlust i att inte längre kunna erbjuda svårrekryterad personal och studenter boende. Den 27-28 april 2016 beslutade regionstyrelsen att avslå ett initiativärende från Anna Hildebrand (MP) om försäljning av Landstingsbostäder, av skälen enligt ovan.

Eva Hellstrands förslag är inte ointressant, men bygger på att en försäljning ska ske. Eftersom en försäljning inte är aktuell bedöms det inte vara försvarbart att avsätta utredningsresurser till att göra den utredning som motionären föreslår.

Förslag till beslut
Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

Motionen avslås.

Expedieras till
Eva Hellstrand (C)
Ekonomidirektör

Beslutsunderlag

- Förslag till beslut Svar på motion från Eva Hellstrand
- Motion från Eva Hellstrand (C) angående Landstingsbostäder och Region Jämtland Härjedalens fastigheter

25. Informationer

Ärendet i korthet

- Redovisning från konferenser, utskott mm

- Dialog med regionens revisorer

4

Månadsrapport maj och månadsrapport juni 2016

RS/8/2016

Tjänsteskrivelse
Regionstyrelsen

2016-08-03

Samordningskansliet
Annika Jonsson
Tfn:
E-post:

RS/8/2016

Månadsrapport maj och månadsrapport juni 2016

Ärendebeskrivning

Prognostiserat resultat för 2016 på -230 miljoner kronor kvarstår. Resultatet per maj 2016 var -59,4 mkr (2015 -60,9 mkr) och per juni 2016 -96,2 mkr (2015 -100,9 mkr). Nettokostnadsökningen första halvåret 2016 jämfört med samma period 2015 uppgick till 1,9 procent (okorrigerat 3,5 procent), vilket var högre än i tertialrapport april 2016. Minskningen i utförd tid jan-maj 2016 jämfört med jan-maj 2015 var inte lika stor som vid tidigare mätningar i år. Omräknat till helårseffekt minskade arbetade timmar motsvarande 18 årstjänster (i tertialrapporten 148 årstjänster). Verksamhetens intäkter ökade med 8,5 procent det första halvåret 2016 jämfört med samma period 2015. Det beror bl a på höjningen av patientavgifterna samt större bidrag från Migrationsverket. Bruttokostnaderna ökade med 3,8 procent, varav bemanningsföretag 35 procent, riks- och regionvård 9,6 procent och läkemedel 12,7 procent. Genomförande av beslutade handlingsplaner pågår.

Likviditeten minskade med ca 100 miljoner kronor första halvåret 2016. Upplåningsbehov förutses uppstå hösten 2016.

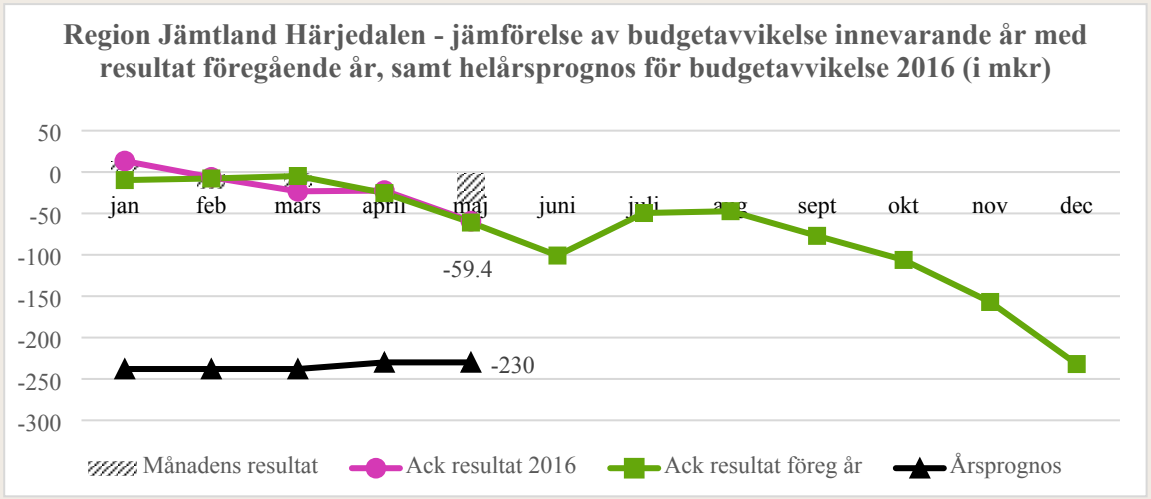
Inga större förändringar har skett vad gäller tillgängligheten till vården.

Regiondirektörens förslag

Månadsrapport maj 2016 och månadsrapport juni 2016 godkänns.

Utdrag till

Ekonomidirektör



Aktuell nettokostnadsutveckling: 1,5 % Utveckling ökningstakt jämfört med december 2015 ↘

Sammanfattning

Verksamhet

Trycket fortsätter sedan tidigare i år på verksamheten från ökat patientinflöde, fler ambulanstransporter mm. Större volymer jämfört med 2015 rapporteras också när det gäller diagnostik, framför allt inom klinisk fysiologi, laboratorie- och nuklearmedicin. Det kan delvis kopplas till mer asylvård och stafettläkare som ordinerar provtagning i större utsträckning.

Flertalet områden når inte tillgänglighetsmålen. Område psykiatri, barn- och ungdomsmedicin, hud infektion medicin, samt barn och unga vuxna uppnådde dock i maj målet *genomfört första besök inom 60 dagar för minst 75 procent av patienterna*.

Ifråga om jämlik vård vid hjärt- respektive neurologi-mottagningen, genomförs kvinnornas besök i tid i högre grad än männens. Skillnaderna, som behöver analyseras, är markanta - med mellan 30-60 procent.

Inom regional utvecklings verksamhet har utlysningar i de nya strukturfondsprogrammen gett ny fart i projektverksamheten, där betydande hävstångseffekter av satsade regionala medel blir tydligt synliga.

Personal

Flera områden beskriver att man har fortsatta problem att bemanna verksamheten och nyttjandet av bemanningsföretag är markant högre än samma period 2015. Även specialistsjuksköterskor blir nu allt svårare att rekrytera och kostnaderna för att hyra dem stiger.

Antalet arbetade timmar perioden jan- maj 2016 var mindre än under samma period 2015. Orsaker är färre timmar nedlagda på arbete med Cosmic, vakanser, neddragning av tjänster centralt, samt att en del av den tid som 2015 utfördes av anställda, nu utförs av inhyrd personal.

Ekonomi

Regionens resultat -59,4 mkr var marginellt bättre än samma period 2015 (-61 mkr). Nettokostnadsökningstakten uppgick till 1,5 procent, korrigerat för jämförelsestörande poster 2015 (okorrigerat 3,4 procent). En liten ökning av personalkostnader exkl pensioner (+0,6 procent), samt stor ökning av verksamhetens intäkter (+6,1 procent) förklarar nettokostnadsökningstakten. Ökningstakten vad gäller kostnader för inhyrd personal (+36,6 procent), läkemedel (+11 procent) och riks- och regionvård (+5,8 procent) var dock fortsatt hög. För att nå ett nollresultat krävs en negativ nettokostnadsökningstakt, d v s minskade kostnader.

Område kirurgi har försämrat sin prognos samtidigt som Regionen informerats om att läkemedelsbidraget blir högre än budgeterat. Med tillämpande av försiktighetsprincipen och med hänsyn till den stora osäkerheten kring SKLs skatteunderlagsprognos, kvarstår tidigare helårsprognos för Regionen på -230 mkr. Områdena fortsätter att genomföra kostnads-minskande åtgärder, vilket kan leda till ett bättre resultat om de hinner få effekt under 2016.

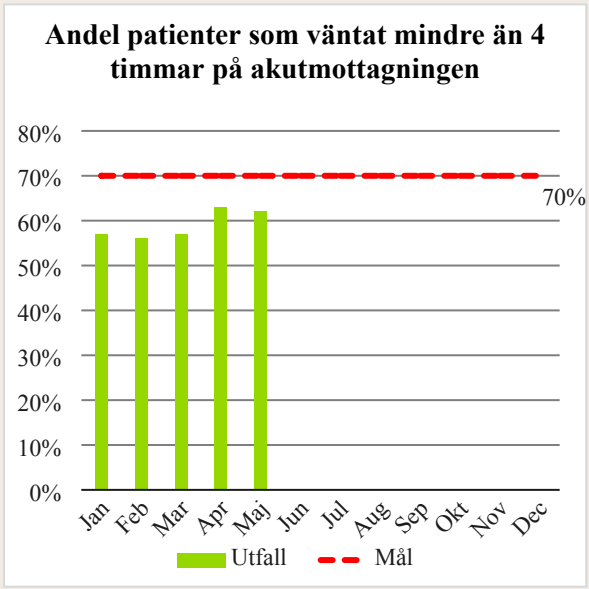
Tillgänglighet - specialistvården

Väntetider inom specialistvårdens akutmottagning

Lokalt är målet att 70 procent av patienterna ska vara klara (dörr till dörr) inom 4 timmar.
För maj månad var 62 procent klara inom 4 timmar, kvinnor 60 procent och män 64 procent.

Område medicin: Vecka 20 började en medicin-specialist i triaget för att effektivisera flödet på akuten samt minska inläggningarna. Resultaten visar hittills på tio procent färre inläggningar och kortare ledtid inom akutens process.

Verksamheterna Ögon och Öron har klarat målet på akutmottagningen under årets alla månader, likaså barnmottagningen.



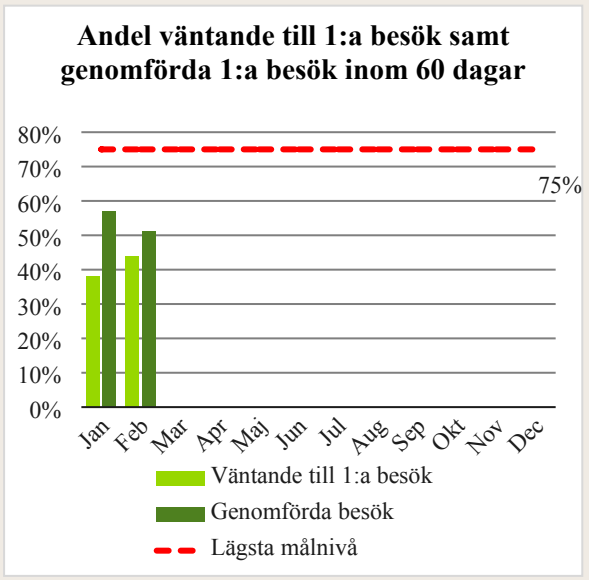
Tillgänglighet besök och behandling specialiserad vård

Första besök:

Flertalet verksamheter har fortsatt svårt att uppnå målet för nybesök. Område psykiatri klarade dock målen för första besök inom 60 dagar i maj. Även barn- och ungdomsmedicin, hud infektion medicin och barn och unga vuxna uppnådde i maj målet för genomförda besök inom 60 dagar. Folktandvården uppnådde målet 100 procent för revisionspatienter barn.

Område medicin: Åtgärder för att ytterligare förbättra resultaten pågår, bl a genomgång av väntelistor för att identifiera felbokningar mm. Upphandling av ultraljudsapparat på hjärtenheten beräknas bli klar under sommaren.

Område ortopedi har fortsatt svårt att uppnå målet för nybesök. Extrarum på ryggmottagningen har tagits i bruk 1½ dag vissa veckor och stormottagning på fredagar har genomförts. Nybesöken har ökat. Väntelistorna ses över då flera patienter som står där har ”patientvald väntan”.

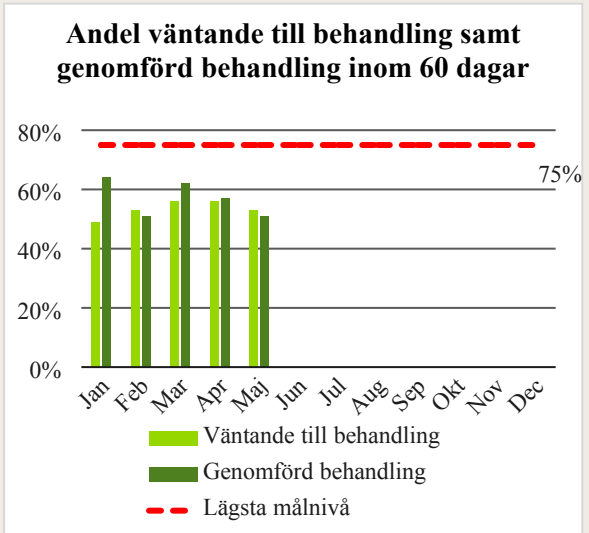


Behandling:

Samtliga verksamheter har fortsatt svårt att uppnå målet för behandling.

Område ortopedi: Färre strykningar av operationer har skett under 2016, då verksamheten till stor del haft 1-2 fler akutsalar på c-op/vecka. Sjukgymnaster ska ta återbesök av vissa fotpatienter och som tidigare vissa ny- och återbesök av axelpatienter.

Ögon har trots resursbrist minskat antalet väntande till behandling.



Tillgänglighet - primärvården

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

Tillgänglighetmålet nåddes inte för maj månad. Måluppfyllelsen för hela primärvården var 78 procent

Tillgängligheteten i den regiondrivna primärvården för besök inom 7 dagar varierade mellan 46 -97 procent.

Arbete med förändrade arbetssätt pågår och fortsätter på flera hälsocentraler, bl a utveckling av triage, öppen mottagning för distriktssköterske-besök, samt översyn av vem som gör vad i vården, där man tittar på vad andra yrkeskategorier kan göra för att omprioritera och underlätta för läkarna.

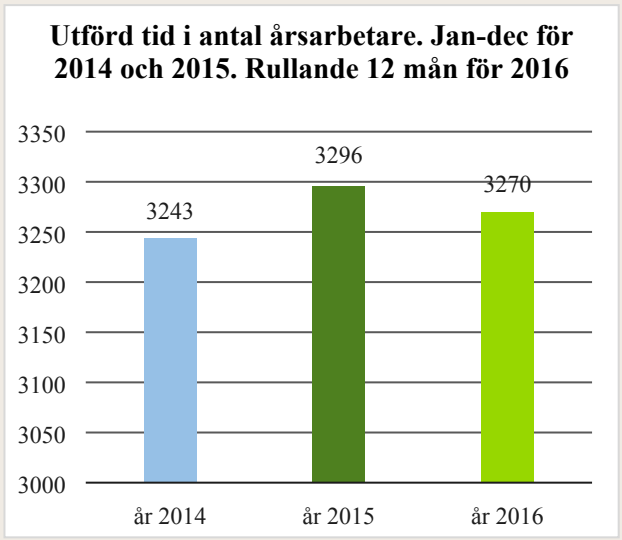
I den privata primärvården varierade besökstillgängligheten mellan 64 – 89 procent

Vårdenhet	Andel läkarbesök inom 7 kalenderdagar
Myrvikens HC	83
Svenstavik HC	87
Bräcke HC	46
Kälarne HC	72
Funäsdalens HC	90
Sveg HC	73
Föllinge HC	57
Krokoms HC	82
Hammarstrands HC	69
Backe HC	96
Strömsunds HC	92
Hallens HC	71
Järpens HC	94
Åre HC	97
Brunflo HC	78
Frösö HC	73
Lits HC	89
Lugnviks HC	84
Odensala HC	92
Z-gränds HC	78
Fjällhälsan	64
Offerdals HC	68
Nya Närvården	83
Närvård Frostviken	89

Medarbetare

Utförd tid t o m föregående månad

(Utförd tid i majrapporten visar tiden maj 2015 – april 2016. Eftersläp med en månad för att alla timmar ska hinna registreras.)



Minskningen beror på bl a på att Cosmic-införandet, som genererade en ökning av utförd tid under 2015, nu är slutfört. Två avdelningar på område HIM har slagits samman till en avdelning och många områden har vakanshållningar p g a svårigheter att rekrytera personal.

Åtgärder som vidtas för att minska den utförda tiden

Flera områden hänvisar till pågående uppdrag att minska utförd tid till 2013 års nivå samt särskild redovisning vad gäller resultatförbättrande åtgärder. Arbete med ”vem gör vad” och Cosmicinförandet som nu är slutfört, kommer att minska den utförda tiden.

Bemanningskostnader

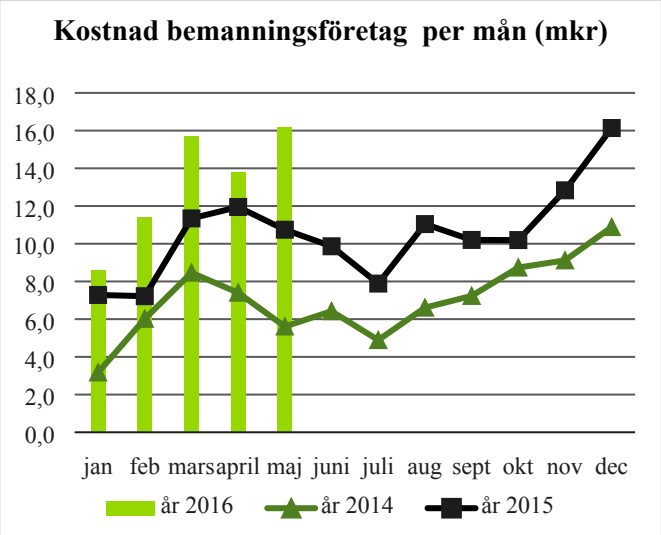
Nyttjande av bemanningsföretag

Kommentar till köpt bemanning läkare:
Vakanser är den största anledningen till köp av läkare via bemanningsföretag. Införandet av PCI, brist på subspecialister är andra orsaker som nämns.

Kommentar till köpt bemanning sjuksköterskor:
Vakanssituationen som inte går att lösa via rekryteringsinsatser är orsak till köpt bemanning av sjuksköterskor.

Vidtagna åtgärder för att minska köp från bemanningsföretag:
Område primärvård har utarbetat en ny beredskapsorganisation. Område psykiatri har en handlingsplan för att halvera köp to m 2017 06 och med målet att vara oberoende fr o m 2018 06. ”Vem gör vad”, sammanslagning av två avdelningar inom område HIM, anställning av ST-läkare är andra åtgärder som områdena redovisar.

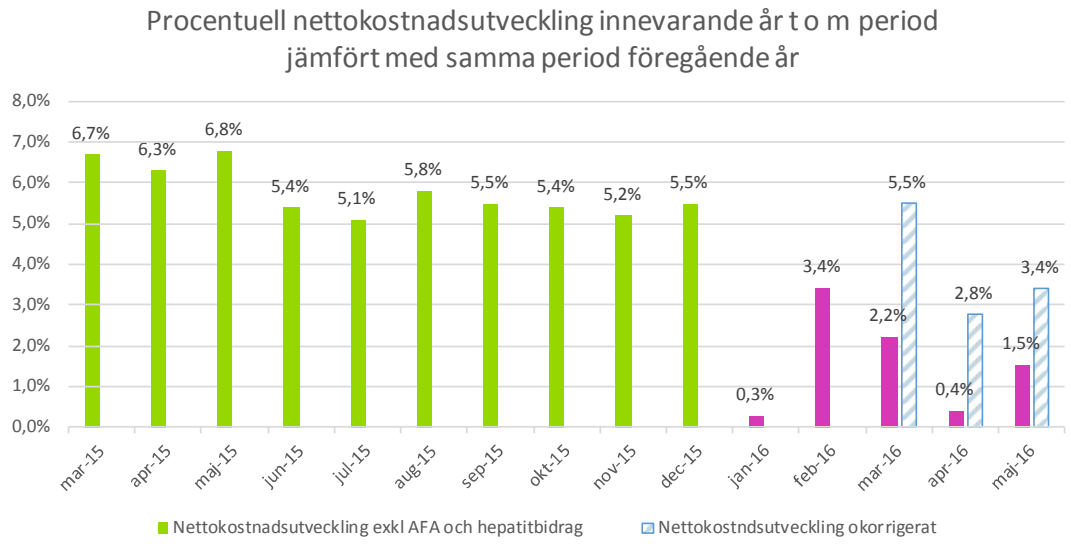
Nationellt i SKLs regi pågår ett omfattande arbete med att vidta åtgärder som medför minskade kostnader. Regionen deltar i detta arbete. Inom Regionen pågår ett flertal aktiviteter.



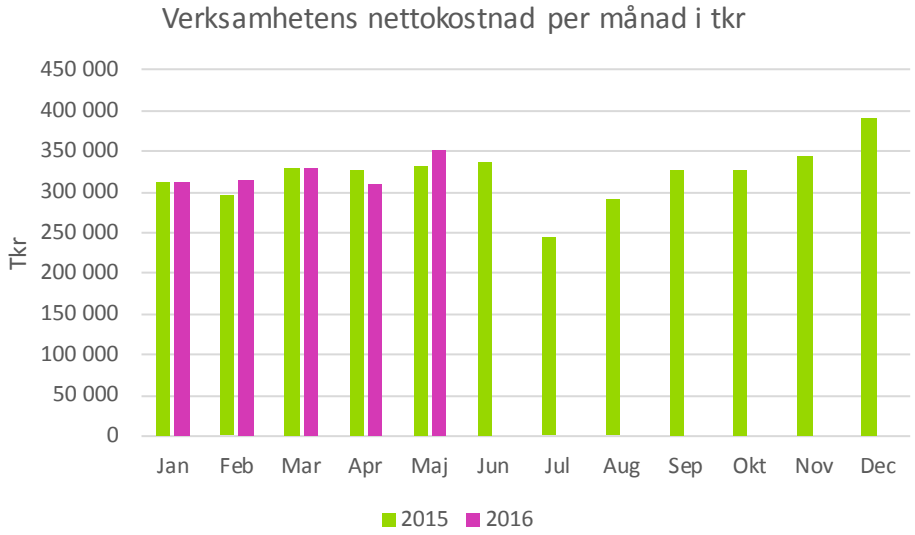
Kostnad bemanning s-företag (mkr)	jan-maj 2015	jan-maj 2016	Föränd-ring (mkr)	Föränd -ring (%)
Övrig personal	1,5	2,9	+ 1,4	+91 %
Läkare	41,3	55,0	+ 13,7	+33 %
Sjuksköters kor	5,7	8,4	+ 2,7	+46 %
Totalt	**48,5**	**66,3**	**+ 17,8**	**37 %**

Utvecklingen av Regionens ekonomi januari-maj 2016

Regionens ackumulerade resultat per maj 2016 var -59,4 miljoner kronor, vilket var marginellt bättre än det ackumulerade resultatet per maj 2015 som var -60,9 miljoner kronor. Regionens finansiering i form av skatter, generella statsbidrag, läkemedelsbidrag och finansnetto ökade med 54,8 miljoner kronor (+3,6 procent) samtidigt som Regionens nettokostnader ökade med 45,8 miljoner kronor (+3,4 procent). Låga finansiella kostnader på pensionsskulden (som ingår i finansnettot) bidrog till den jämförelsevis stora ökningen i Regionens finansiering.



Efter korrigering av nettokostnaderna jan-maj 2015 för effekten av engångsåterbetalning av AFA-medel och ett statsbidrag för Hepatit-C som avsåg 2014, hamnade nettokostnadsökningen januari-maj 2016 på 1,5 procent. Den lägre nettokostnadsökningstakten 2016 håller fortfarande i sig, framför allt beroende på låg ökning av personalkostnader exkl pensioner, samt stor ökning av verksamhetens intäkter.



Nettokostnadsökning per förvaltning/område	I mkr	I %
Akutvård	0,1	0%
Barn- och ungdomsmedicin	-2,9	-6%
Kirurgi, ögon och öron	14,9	8%
Hud, infektion och medicin	11	6%
Psykiatri	-0,8	-1%
Hjärta, neurologí och rehabilitering	2,9	2%
Kvinna	-1,6	-4%
Barn och unga vuxna	-1,7	-4%
Ortopedi	-1,1	-1%
Folktandvård	-3,6	-18%
Primärvård	2,7	7%
Hälso- och sjukvårdsövergripande kostnader	1,1	5%
Patientsäkerhet	1	17%
Diagnostik, teknik och service	-3,4	-45%
Summa Hälso- och sjukvårdsförvaltningen	**18,6**	**1,7%**
Regionala utvecklingsförvaltningen	**-1**	**-0,8%**
Regionstaben	**4,4**	**4,8%**
Patientnämnden	0,0	0,0%
Förtroendevalda politiker	-1	-9,3%
Landstingsrevisionen	0,1	5,6%
Vårdvalsnämnden	5,7	2,2%
Motsedda mm (AFA-återbetalningen 2015)	26,6	
TOTALT REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN	**53,4**	**3,4%**

Kommentar om nettokostnadsutvecklingen januari - maj 2016

Verksamhetens nettokostnader perioden januari-maj 2016 var 53,4 miljoner kronor högre än under motsvarande period 2015. Det ger en nettokostnadsökning för Region Jämtland Härjedalen på 3,4 procent (okorrigerat för AFA och hepatit C-bidrag).

Nettokostnadsökningstakten för hälso- och sjukvården har sjunkit avsevärt jämfört med 2015, men det råder stora variationer mellan olika områden. Tre områden står ut, med mycket hög ökningstakt – kirurgi ögon öron +14,9 miljoner kronor (+8 procent), hud infektion medicin +11 miljoner kronor (+6 procent) och primärvården +2,7 miljoner kronor (+7 procent). Hela hälso- och sjukvårdsförvaltningen ökade med 18,6 miljoner kronor (+1,7 procent).

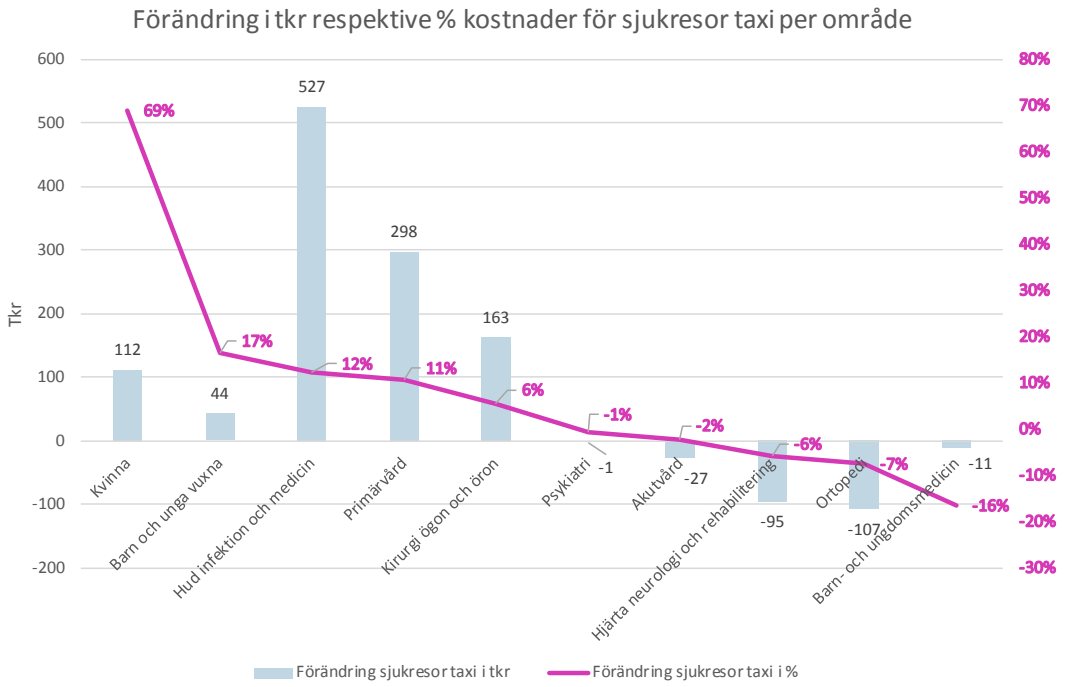
Bruttokostnaderna fördelade sig enligt följande tabell:

Jämförelse perioden jan maj	2015	2016	Förändring	i %
Bruttokostnader totalt	**1 878,9**	**1 943,4**	**64,4**	**3,4%**
Varav personalkostn exkl pensioner	886,7	892,1	5,4	0,6%
Varav pensionskostn	113,7	124,9	11,2	9,9%
Varav riks- och regionvård	128,6	136,1	7,5	5,8%
Varav läkemedel	148,9	165,4	16,4	11,0%
Varav sjukresor taxi	15,0	15,9	0,9	6,0%
Varav stafett/hyrpersonal	48,5	66,3	17,8	36,6%

Ökningstakten avseende kostnader för hyrpersonal är fortsatt mycket hög. I kronor räknat stod primärvården för den största ökningen +9,2 miljoner kronor (+39 procent). Den största procentuella ökningen hade däremot diagnostik, teknik och service +2,3 miljoner kronor (+206 procent), som under 2016 börjat hyra in specialistläkare inom klinisk fysiologi. Även Kirurgi ögon öron ökade kostnaderna för hyrläkare kraftigt med +1,4 miljoner kronor (+115 procent.

Andra kostnadsslag som ökade mer än den totala bruttokostnadsökningen på + 3,4 procent, var kostnaderna för pensioner +11,2 miljoner kronor (+9,9 procent), riks- och regionvård +7,5 miljoner kronor (+5,8 procent) och läkemedel + 16,4 miljoner kronor (+11 procent).

Enligt det beslut om åtgärder för att förbättra följsamheten till sjukresereglerna, som styrelsen fattat, skulle resultatet enligt beräkningar bli minskade kostnader på 5 miljoner kronor för sjukresor med taxi 2016. Utfallet t o m maj 2016 visar att kostnaderna för sjukresor med taxi tvärtom har ökat med nästan en miljon kronor (+ 6 procent).



En uppdelning av kostnader för sjukresor taxi på de olika områdena i hälso- och sjukvården uppvisar en stor variation vad gäller kostnadsförändringen. Några områden har minskat dessa kostnader, medan andra har kraftigt ökade kostnader. På område kvinna har sjukresor taxi ökat med ett belopp som i kronor inte är så stort, men i jämförelse med 2015 innebär en ökning på 69 procent. För Hud infektion medicin handlar det dock om mer än en halv miljon kronor i högre kostnader (+17 procent).

Verksamhetens intäkter fördelade sig enligt följande tabell:

Jämförelse perioden jan maj	2015	2016	Förändring	i %
Verksamhetens Intäkter totalt	**304,9**	**323,4**	**18,5**	**6,1%**
Verksamhetens Intäkter totalt exkl AFA o hepatitbidrag (2015)	275,9	323,4	47,5	17,2%
Varav patientavgifter exkl tandvård	24,1	28,8	4,7	19,4%
Varav specialdestinerade statsbidrag	80,6	105,8	25,2	31,2%
Varav försäljning hälso- och sjukvård	89,3	101,6	12,2	13,7%

Verksamhetens intäkter ökade med 18,5 miljoner kronor (+6,1 procent).

Om man korrigerar jämförelsesiffrorna för 2015 genom att från dem ta bort engångsåterbetalningen av AFA-medel och hepatit C-statsbidraget som avsåg 2014, blir intäktsökningen ännu större, +17,2 procent. Regionen har under de första fem månaderna fått betydligt högre specialdestinerade statsbidrag +25,2 miljoner kronor (+31,2 procent) och det rör sig framför allt om bidrag från Migrationsverket för hälsoundersökningar och vård till asylsökande och flyktingar.

Effekten av beslutet att höja patientavgifterna syns tydligt i ökningen av dessa med 4,7 miljoner kronor (+19,4 procent).

Jämförelse av resultat mot budget och mot utfall föregående år, samt årsprognos 2016

Verksamhet i miljoner kronor, per förvaltning/område	Avvikelse ack utfall mot ack budget maj 2016	prognos budget-avvikelse	jämfört med föreg prognos
Akutvård	-12,2	-32	0
Barn- och ungdomsmedicin	1,7	0	0
Kirurgi, ögon och öron	-33,6	-67,5	-10
Hud, infektion och medicin	-19,6	-48	0
Psykiatri	-2,5	-6	0
Hjärta, neurologi och rehabilitering	-22	-50	0
Kvinna	2,2	0	0
Barn och unga vuxna	0,8	-2,1	0,0
Ortopedi	-8,4	-19,2	0
Folktandvård	1,8	4	0
Primärvård	-28,4	-49	0
Hälso- och sjukvårdsövergripande kostnader	-4,3	0	0
Patientsäkerhet	0	0	0
Diagnostik, teknik och service	8,2	4	0
Summa Hälso- och sjukvården	**-116,3**	**-265,8**	**-10,0**
Regionala utvecklingsförvaltningen	**-0,8**	**0,5**	**0**
Regionstaben	**10,3**	**5**	**5,6**
Patientnämnden	-0,1	0	0
Förtroendevalda politiker	0,6	0	0
Landstingsrevisionen	0,3	0	0
Vårdvalsnämnden	5,7	0,6	0
Motsedda mm	53,4	13,7	4,4
SUMMA VERKSAMHETEN	**-46,9**	**-246,0**	**0,0**
Finansförvaltningen	6,6	16,0	0
TOTAL AVVIKELSE MOT BUDGET REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN	**-40,3**	**-230,0**	**0,0**

För helåret 2016 lämnar områdena inom hälso- och sjukvården en prognos på sammanlagt minus 246 miljoner kronor. Område kirurgi ögon öron har försämrats sin prognos sedan tertialrapporten med 10 miljoner kronor p g a stora ökningar i kostnader för riks- och regionvård, läkemedel och bemanningsföretag.

Överenskommelsen mellan staten och SKL om 2016 års läkemedelsbidrag är nu klart och innebär att Regionen får 26 miljoner kronor mer än budgeterat.

Med hänsyn till osäkerheten kring utvecklingen av några av hälso- och sjukvårdens områden, bl a kirurgi ögon öron, samt den osäkerhet som SKL påtalat när det gäller prognosen för skatteintäkter och generella statsbidrag, görs ingen justering per maj månad, utan prognosen på minus 230 miljoner kronor för 2016 ligger kvar. I detta belopp finns vissa kostnadsbegränsande åtgärder medtagna, som är under införande i verksamheten. Men därutöver arbetar verksamheterna med att ta fram ytterligare åtgärder som, om de hinner få effekt under 2016, kan leda till ett bättre resultat än minus 230. Däri ingår att reducera arbetade timmar till 2013 års nivå enligt beslut från regionstyrelsen.

Likviditetsutvecklingen

Likviditeten var per den sista maj 2016 40 miljoner kronor lägre än vid årsskiftet.

Regionens väntade lånebehov har skjutits fram något i tiden, då nettokostnadsutvecklingen har varit lägre än prognostiserat.

All formalia med Kommuninvest är avvklarat, vilket gör att ledtiden för att få tillgång till likviditet vid lånebehov är kort. Detta gör att Regionen kan vänta med att ta upp lån för att inte behöva ligga på överlikviditet i onödan.

Månadsrapport juni 2016 Region Jämtland Härjedalen

Sammanfattning Region Jämtland Härjedalens verksamhet per juni 2016

Denna månadsrapport är en av de förenklade månadsrapporter som enligt tidplanen för 2016 ska lämnas för mars, juni, september och november. Rapporten utarbetas i regionstaben och baseras inte på inlämnade rapporter från områdena. Fokus ligger på regionens ekonomi och faktorer som påverkar ekonomin.

Prognostiserat resultat för 2016 på -230 miljoner kronor, som redovisades i månadsrapport maj, kvarstår.

Det ackumulerade resultatet per juni 2016 var -96,2 miljoner kronor.
Sedan det låga värdet[1] 0,4 procent, som uppmättes per april, har nettokostnadsökningstakten stigit till 1,9 procent för perioden jan-juni. Det är fortfarande lägre än de 5,4 procent som nettokostnaderna ökade med under första halvåret 2015 .

Den stora minskningen av antalet arbetade timmar som uppmättes för perioden jan-mars 2016 har minskat från 148 till 18 årstjänster, när de räknas om till helårseffekt. Det är sannolikt en effekt av att Cosmic-införandet 2015 orsakade mest merarbete årets första månader 2015. Höjning av patientavgifter oc h bidrag från Migrationsverket medförde en kraftig ökning av verksamhetens intäkter (8,5 procent). Samma kostnadsslag som tidigare under 2016 ökat kraftigt, har fortsatt att uppvisa hög ökningstakt. Jämfört med 2015 steg kostnader för bemanningsföretag med ca 35 procent. Kostnader för riks- och regionvård ökade med 9,5 procent, läkemedel med12,7 procent och sjukresor taxi med 7 procent.

Likviditeten har minskat med ca 80 miljoner kronor det första halvåret och upplåning beräknas ske hösten 2016.

Tillgängligheten inom akutvården låg på 60 procent jämfört med målet på minst 70 procent. Tillgänglighetsmålen för specialistvården uppnåddes inte, men andelen genomförda nybesök blev något större det första halvåret 2016. Inom primärvården var det stora variationer mellan olika hälsocentraler ifråga om tillgänglighet.

[1] Korrigerad för engångsåterbetalning AFA mars 2015 och Hepatit-C bidrag 2015 avseende 2014.

Utförd tid

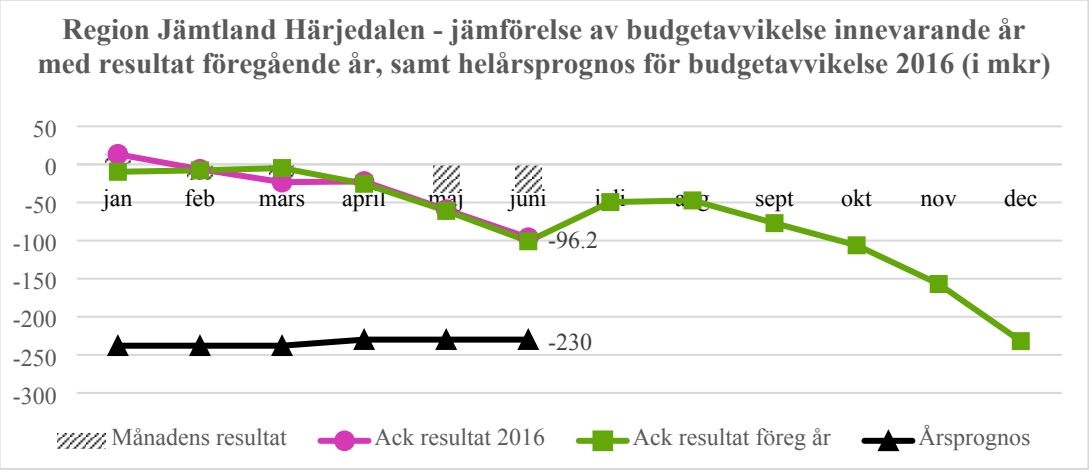
Arbetade timmar perioden januari-maj 2016 jämfört med samma period 2015 innebar en minskning motsvarande 8 helårstjänster. Om minskningen håller i sig skulle det motsvara 18 färre årsarbeten för hela 2016. I mätningen av arbetade timmar perioden jan-mars, som redovisades i tertialrapport per april 2016, var minskningen 37 helårstjänster (omräknat till helår 148 tjänster). Det innebär att gapet mellan arbetade timmar 2016 och 2015 håller på att minska, vilket går i motsatt riktning mot det beslut som styrelsen tog i mars om att minska utförd tid ned till 2013 års nivå.

Utförd tid i tjänster	Differens mellan jan-maj 2015 och jan-maj 2016	Omräknat till helår
Total utförd tid	**-8**	**-18**
Fördelat på		
Ledning	2	5
ÖvL/SpecL	-5	-12
ST-läkare	2	4
Underläkare	4	9
Sjuksköterskor	4	10
Undersköterskor	-7	-16
Med.sekreterare	1	2
Psykolog Psykoterap	0	-1
Paramed	-1	-2
Admin personal	-7	-18
Övrigt	0	-1

Läget efter maj 2016 var att antalet arbetade timmar sedan årsskiftet var betydligt högre än jan-maj 2013. I helårstjänster motsvarade det 42 tjänster. Om nivån håller i sig hela året ut i år, motsvarar det ca 100 fler tjänster 2016 jämfört med 2013. Till det bör läggas att kostnaderna för bemanningsföretag ökat kraftigt sedan 2013, vilket innebär att antalet arbetade timmar egentligen ökat ännu mer.

Den stora ökningen i utförd tid kan främst kopplas till sjuksköterskor och undersköterskor.

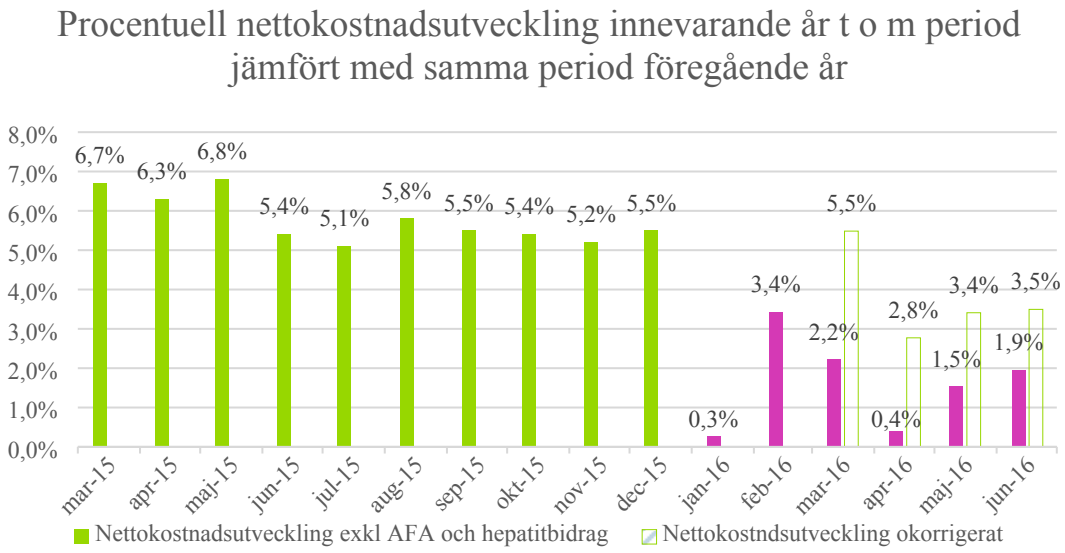
Resultatutveckling

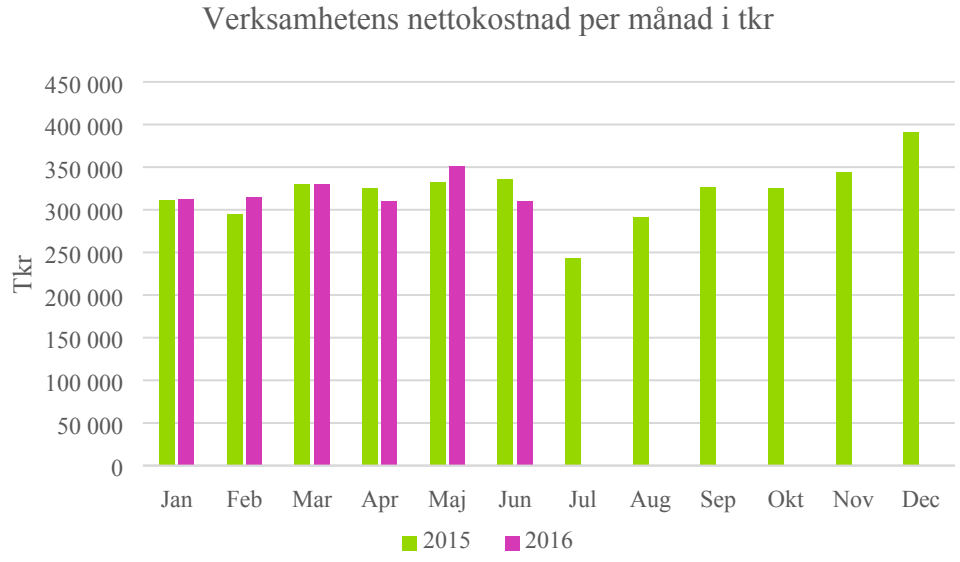


Det ackumulerade resultatet efter juni månad var -96,2 miljoner kronor. Resultatet för samma period 2015 var -100,9 miljoner kronor. I det resultatet ingick en engångsåterbetalning från AFA på 22 mkr och ett statsbidrag för Hepatit C på 7 mkr som avsåg 2014. Korrigerat för dessa jämförelsestörande poster hamnade resultatet t o m maj 2015 på -130,8 mkr. Även om regionens resultat per juni 2016 var negativt, innebär det att resultatet således var något mindre negativt jämfört med 2015.

Nettokostnadsutveckling

Den korrigerade nettokostnadsutvecklingen t o m juni 2016 har bromsats upp jämfört med samma period 2015, men är högre än under mars och april 2016. Det är i överensstämmelse med lämnad årsprognos i tidigare månadsrapporter 2016 samt tertialrapporten per april. Prognostiserat resultat 2016 på – 230 miljoner kronor byggde på en nettokostnadsökning i intervallet 2-3 procent.





Förklaringen till att nettokostnadsökningstakten är lägre 2016 än under 2015 är färre arbetade timmar och högre intäkter i verksamheten.

Utveckling av kostnader och intäkter

Regionens totala kostnader ökade med 3,8 procent jan-maj 2016 jämfört med samma period 2015. Personalkostnaderna exklusive pensioner ökade med 1,3 procent, vilket är en måttlig takt, men för hög med hänsyn till att Regionen behöver *minska totalkostnaderna i absoluta tal*, d v s inte enbart minska *kostnadsökningstakten*. Nettokostnadsutvecklingen behöver således vara negativ.

De stora kostnadsslagen riks- och regionvård samt läkemedel fortsätter att öka i en takt som vida överstiger den allmänna prisutvecklingen. Riks- och regionvård ökade med 9,6 procent och läkemedel med 12,7 procent.

Jämförelse perioden jan juni	2015	2016	Förändring	i %
Bruttokostnader totalt	**2 259,1**	**2 346,0**	**86,9**	**3,8%**
Varav personalkostn exkl pensioner	1 056,9	1070,2	13,3	1,3%
Varav pensionskostn	144,6	149,5	4,9	3,4%
Varav riks- och regionvård	157,6	172,7	15,2	9,6%
Varav läkemedel	177,4	199,8	22,5	12,7%
Varav sjukresor taxi	17,7	18,9	1,2	7,0%
Varav stafett/hyrpersonal	58,4	79,0	20,6	35,2%

Ökningstakten vad gäller kostnader för inhyrd personal låg kvar på samma höga nivå per juni 2016. Beslutet om förändrad jourorganisation i primärvården, som förväntas bromsa ökningen, träder inte i kraft förrän i höst. För övrigt pågår ett omfattande arbete med olika åtgärder i syfte att minska kostnaderna för bemanningsföretag, såväl inom primärvård som inom somatisk vård.

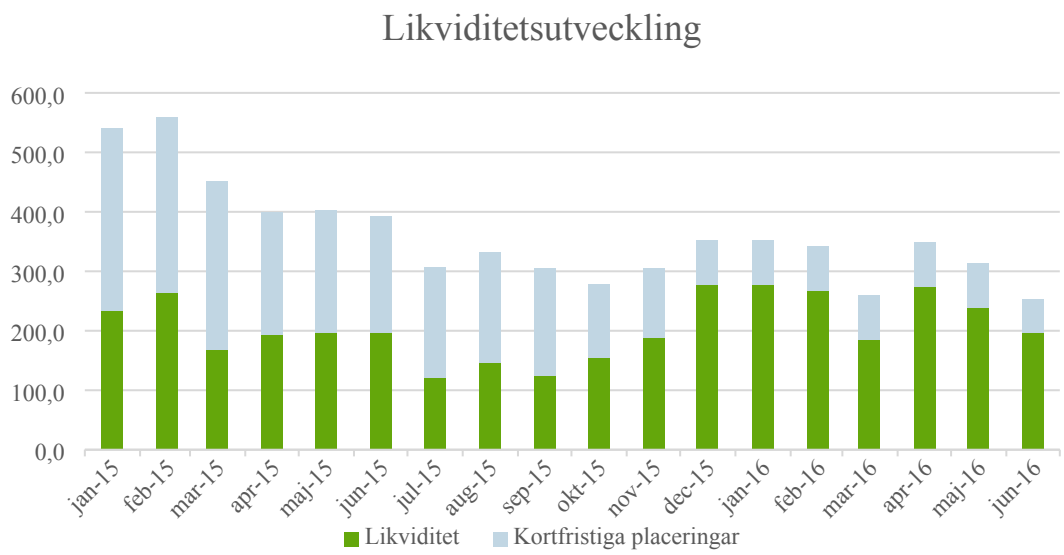
Jämförelse perioden jan juni	2015	2016	Förändring i Mkr	i %
Inh pers f verkshankn tj	2,6	3,6	1,0	38,1%
Inh läk f verkshankn tjänst	49,9	65,6	15,7	31,5%
Inh sjuksk f verkshankn tjänst	5,9	9,8	3,9	65,7%
Summa hyrpersonal	**58,4**	**79,0**	**20,6**	**35,2%**

Verksamhetens intäkter ökade med 8,5 procent minskade jämfört med samma period 2015. I mars 2015 fick Regionen tillbaka pengar från AFA och statsbidrag för hepatit-C som avsåg 2014. Om dessa jämförelsestörande poster tas bort, har intäkterna istället ökat med 18,4 procent (+ 58 miljoner kronor).

Jämförelse perioden jan juni	2015	2016	Förändring	i %
Verksamhetens Intäkter totalt	**347,0**	**376,4**	**29,5**	**8,5%**
Verksamhetens Intäkter totalt exkl AFA o hepatitbidrag (2015)	318,0	376,4	58,5	18,4%
Varav patientavgifter exkl tandvård	31,1	36,1	5,0	16,2%
Varav specialdestinerade statsbidrag	94,3	120,6	26,3	27,9%
Varav försäljning hälso- och sjukvård	98,2	112,2	14,0	14,2%

Likviditetsutveckling

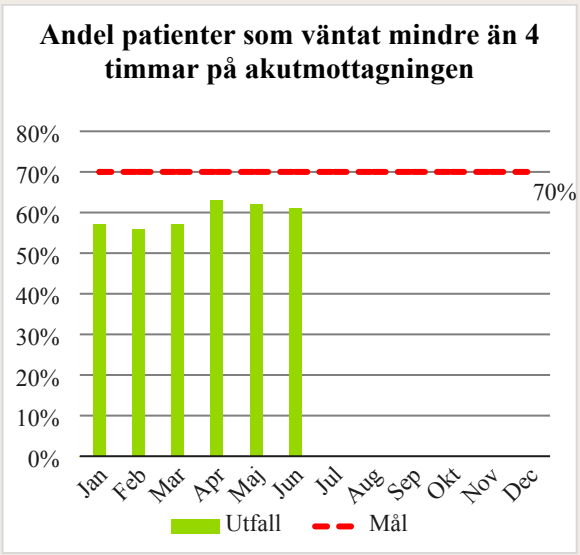
Likviditeten, mätt som medel i kassa och på bank samt kortfristiga placeringar, minskade med ca 100 miljoner kronor under det första halvåret 2016. I minskningen ingår en flytt av 14 miljoner kronor från den korta portföljen till pensionsportföljen. Med hänsyn till nuvarande likviditetssituation och prognoser för in- och utbetalningar, förväntas behov av upplåning att uppstå under hösten 2016.



Tillgänglighet - specialistvården

Väntetider inom specialistvårdens akutmottagning
https://jllvdiver/diveport#page=a0656

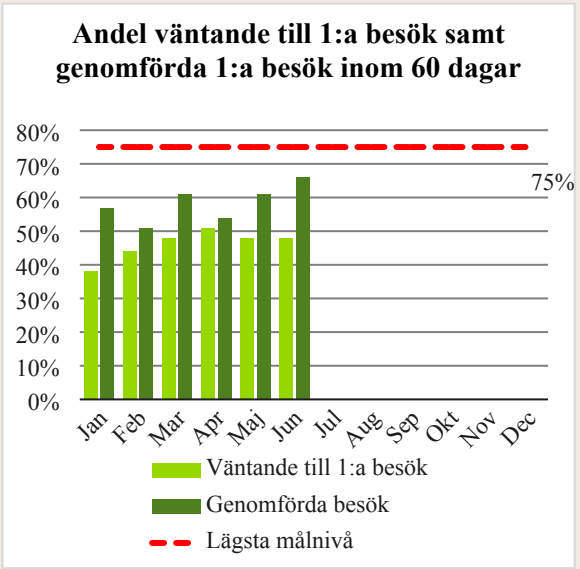
Lokalt är målet att 70 % av patienterna ska vara klara (dörr till dörr) inom 4 timmar.
För juni månad var 61 % klara inom 4 tim.
Kvinnor 60 % och män 62 %.



Tillgänglighet besök och behandling specialiserad vård
https://jllvdiver/diveport#page=a0842

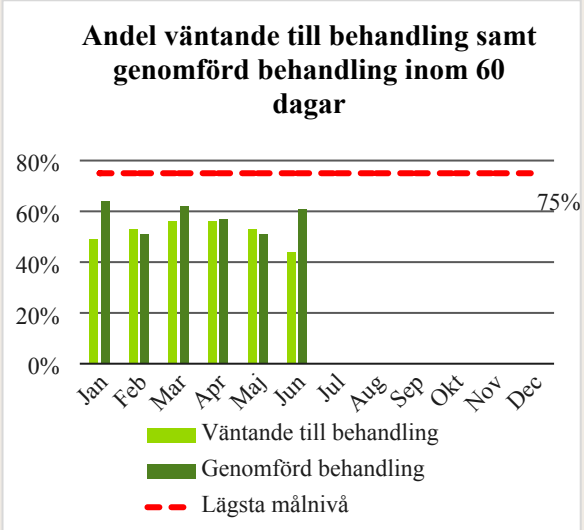
Första besök:
Samtliga verksamheter har fortsatt svårt att uppnå målet för nybesök, men andelen genomförda nybesök ökade något under det första halvåret.

Andel väntande till första besök:
Kvinnor 49 % och män 47 %
Andel genomförda första besök:
Kvinnor 65 % och män 66 %



Behandling:
Samtliga verksamheter har fortsatt svårt att uppnå målet för behandling.

Andel väntande till behandling:
Kvinnor 43 % och män 46 %
Andel genomförda första besök:
Kvinnor 60 % och män 62 %



Tillgänglighet – primärvården

Läkarbesök inom 7 dagar – 7:an. Mål 100 %.
https://jllvdiver/diveport#page=a0838

Tillgänglighetmålet uppnåddes inte i juni. Måluppfyllelsen för hela primärvården juni månad var 83 %

Tillgängligheteten i den regiondrivna primärvården för besök inom 7 dagar varierade mellan 60 - 99%.

I den privata primärvården varierade besökstillgängligheten mellan 66-100 %.

	7:an
	Juni
Myrvikens hc	84
Svenstavik hc	87
Bräcke hc	72
Kälarne hc	85
Funäsdalens hc	92
Sveg hc	83
Föllinge hc	70
Krokoms hc	79
H-strands hc	75
Backe hc	93
S-sunds hc	92
Hallens hc	88
Järpens hc	92
Åre hc	99
Brunflo hc	74
Frösö hc	71
Lits hc	60
Lugnviks hc	85
O-sala hc	84
Z-gränds hc	84
Fjällhälsan	82
Offerdals hc	66
Nya Närvården	87
Närvård Frostviken	100

5

Regionstyrelsens uppföljning 2016 om läkemedel

RS/1072/2016

Tjänsteskrivelse
Regionstyrelsen

2016-08-03

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

RS/1072/2016

Regionstyrelsens uppföljning 2016 om läkemedel

Ärendebeskrivning

Regionstyrelsen har ett övergripande ansvar för att leda och samordna planering och uppföljning av verksamheten. I regionstyrelsens verksamhetsplan och uppföljningsplan för 2016 anges vilka uppföljningsområden som har valts ut för 2016. Enligt den ska regionstyrelsen på sitt möte 23-24 augusti bland annat följa upp läkemedel. Denna uppföljningsrapport ger en nulägesbeskrivning av läkemedelsområdet.

Läkemedelskostnaderna ökar i hela landet, men under första halvåret 2016 är den procentuella kostnaden högre i Jämtland Härjedalen jämfört med övriga riket. Den nya organisationen möjliggör dock större påverkan till kostnadsdämpande åtgärder.

Regiondirektörens förslag

Regionstyrelsens uppföljning av läkemedel godkänns.

I tjänsten

Björn Eriksson
Regiondirektör

Maria Omberg
Chef Område Patientsäkerhet

Utdrag till

Läkemedelsstrateg

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

2016-06-28

RS/1072/2016

Regionstyrelsens uppföljning 2016 om läkemedel

Uppföljningsrapporten ger en nulägesbeskrivning av läkemedelsområdet.

Patientens samlade läkemedelslista: Alla patienter ska ha en komplett läkemedelslista i COSMIC/Pascal

Ur Regiondirektörens verksamhetsplan samt övergripande handlingsplan läkemedel.

Region Jämtland Härjedalen har haft en lång tradition av att upprätthålla en gemensam läkemedelslista för patienten. Till stor del beror detta på Läkemedelskommitténs goda arbete och engagerade förskrivare, samtidigt som nästan alla vårdgivare i Jämtlands län varit anslutna till samma journalsystem. Vid övergången till ett nytt journalsystem har bilden delvis förändrats.

Ett sätt att säkerställa att patienten har en samlad läkemedelslista är att genomföra enkel läkemedelsgenomgång. Det nya journalsystemet möjliggör uppföljning.

AKTIVITET	MÄTETAL (SÖKORD I COSMIC)	UTFALL 2016-06 ACK
Genomföra enkla läkemedelsgenomgångar.	Fler läkemedelsgenomgångar än föregående år.	2015: 194 st 2016 : 4 506 st

Ur Regiondirektörens verksamhetsplan samt övergripande handlingsplan läkemedel.

Statistiken visar på en ökad användning av *sökordet* enkel läkemedelsgenomgång i COSMIC. Förståelsen för att genomföra enkla läkemedelsgenomgångar samt att använda sökordet varierar mellan enheter och individer. Det finns behov av att öka förståelsen för varför enkla läkemedelsgenomgångar ska genomföras samt dokumenteras under rätt sökord. Användningen av sökorden leder till en förbättrad kvalité av patienternas läkemedelsbehandling genom en bättre struktur på läkemedelsdokumentation. Det blir enklare att hitta informationen i journalsystemet.

Problem kvarstår med att patienter inte fått alla sina läkemedel överförda från gamla till nya journalsystemet, men minskar i takt med receptförnyelser och upprättande av läkemedelslistor i slutenvården. För patienter som är inneliggande på sjukhuset kommer läkemedelsjournalen på papper att fasas ut när uppgradering av COSMIC sker. Ett annat ökande problem är att utsatta läkemedel finns kvar på läkemedelslistan.

Dospatienter har sin läkemedelslista i Pascal. En stor risk finns att detta inte uppmärksammas av förskrivare, vilket medför att patienten kan få dubbla läkemedelslistor (en i Pascal och en i COSMIC).

I slutet av april påbörjades ett projekt på Medicinenheten Plan 8, där kliniska apotekare hjälper till att förbereda en enkel läkemedelsgenomgång. Apotekarna har, under en månad, arbetat 2 timmar dagligen på enheten och träffat cirka 60 patienter. Till hösten kommer arbetet att utvecklas. I teamarbete med vården kan farmaceuter bidra till en säker läkemedelsbehandling. De flesta landsting/regioner i Sverige har kliniska apotekare anställda. Internationellt sett är klinisk farmaci vanligt förekommande. I länder som USA och Storbritannien är det en självklarhet att ha kliniska farmaceuter i vården.

AKTIVITET	MÄTETAL	UTFALL 2016 T1
Ökat stöd av apotekare vid läkemedelsgenomgångar.	Antal läkemedelsgenomgångar med stöd av apotekare.	Ca 60 st

Ur övergripande handlingsplan läkemedel.

Säkrare läkemedelsanvändning – rätt läkemedel till rätt person vid rätt tillfälle.

Ur övergripande handlingsplan läkemedel.

KVALITETSGRANSKNING AV LÄKEMEDELSHANTERINGEN

I Region Jämtland Härjedalen är kvalitetsgranskning genom egenkontroll en del av det kontinuerliga kvalitetsarbete, som ska genomföras på alla enheter som hanterar läkemedel. I maj genomförde primärvården och folktandvården sin årliga egenkontroll. En del av den kontrollen innebär att svara på en enkät, både för enhetens egen utveckling men även för att läkemedelsteamet centralt ska få en nulägesbild över hur lagefterlevnaden är och var insatsen för läkemedelsexpertis behövs som mest. Sammanställning av svaren pågår, men svarsfrekvensen är låg. Slutenvården kommer att genomföra sin egenkontroll under hösten.

AKTIVITET	MÄTETAL	UTFALL 2016-06 ACK
Kvalitetsgranskning av läkemedels-hanteringen. (Alla enheter som hanterar läkemedel.)	Antal genomförda kvalitetsgranskningar.	Enkät PV: 9 st (av ca 25) Enkät FTV: 10 st (av 16)

Ur övergripande handlingsplan läkemedel.

Som komplement till egenkontrollen sker löpande granskningar på plats. Varje enhet ska besökas minst var tredje år. Under våren har dessa granskningar tagit fart. Resultatet visar på brister i läkemedelshanteringen, vilket innebär dålig lagefterlevnad.

Under senaste åren har det funnits brister inom narkotikahanteringen i regionen. I vår har det eskalerat. Det brister i kontroller och rutinkunskap, vilket kan innebära en patientsäkerhetsrisk. Det har förekommit en hel del svinn där narkotikaklassade läkemedel har försvunnit. När svinn uppmärksammas inleds ett omfattande arbete på

enheten med läkemedelsteamet som stöd. Åtgärder kan vara tätare kontroller, dubbelsignering och polisanmälan.

Sammantaget visar enkätsvaren och granskningarna på plats att förståelsen är relativt låg till att egenkontrollen av läkemedelshanteringen behöver göras. Kunskapen kring det regelverk som omfattar läkemedel saknas. Det finns ett stort behov av kompetensutveckling inom området. Läkemedelsteamet behöver resurser till att finnas ute på enheterna för en mer verksamhetsnära diskussion.

För att öka kunskapen och informera om läkemedel och läkemedelshantering samlar läkemedelsteamet läkemedelsansvariga sjuksköterskor 1-2 gånger per termin. Tyvärr är närvaron ofta låg, dels på grund av tidsbrist men också för att det saknas läkemedelsansvariga sjuksköterskor på flera enheter. Enhetscheferna måste vara medvetna om de risker som är förenade med läkemedelshantering. Det måste utses läkemedelsansvarig sjuksköterskor på varje enhet som får tid avsatt till att arbeta med rutiner, introduktion och kunskapsinhämtning.

LÄKEMEDELSUTBILDNING

Under två dagar i maj hölls Läkemedelsstämman för sjuksköterskor i Hörsalen på Östersunds sjukhus. Det är ett välbesökt tillfälle för sjuksköterskor inom öppenvård, slutenvård och kommun att få information och utbildning inom läkemedelsområdet. I år samlades ca 200 deltagare för att lyssna till behandling med nya antikoagulantia, läkemedelshantering och patientsäkerhet, osteoporos, hepatit-C, diabetes samt funderingen om vi har råd med alla nya dyra läkemedel.

LÄKEMEDELSBERÄTTELSE

AKTIVITET	MÄTETAL	UTFALL 2016-06
Förbättra följsamheten till rutin för utskrivningsinformation respektive besöksinformation med läkemedels-berättelse och läkemedelslista.	Ökad andel som fått utskrivningsinformation jämfört med föregående år.	Se nedan

Ur övergripande handlingsplan läkemedel och övergripande handlingsplan för patientsäkerhet.

Andelen patienter som erhåller utskrivningsinformation inklusive läkemedelsberättelse är fortsatt hög inom område medicin. Inom övriga områden ökar användningen i olika grad.

Minskad antibiotika förskrivning – minskad antibiotika resistens

Ur Regiondirektörens verksamhetsplan samt övergripande handlingsplan läkemedel.

Förskrivningen av antibiotika i Region Jämtland Härjedalen har minskat med 1 % jämfört med föregående år. Vid nationell jämförelse är det fortsatt endast Västerbottens län som har en lägre förskrivning.

Inom regionen finns det en skillnad i förskrivning mellan hälsocentralerna, men skillnaden har blivit mindre då de hälsocentraler som tidigare haft hög förskrivning börjat minska under senaste åren. För att fortsatt ha bra resultat av antibiotikaanvändningen inom primärvården gäller det att inte släppa taget om det goda arbete som pågår. Under hösten kommer Strama i Jämtland Härjedalen arbeta med de hälsocentraler som har behov av att minska sin förskrivning. Bristen på fasta läkare påverkar förskrivningsmönstret. Det är viktigt att fler yrkeskategorier deltar i utbildning och diskussioner på hälsocentralerna.

Strama (strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens) i Jämtland Härjedalen arbetar nu också mer aktivt mot slutenvården bland annat riktat mot klinikerna och genom att implementera nya nationella riktlinjer gällande antibiotikabehandling på akutmottagningen. Riktlinjerna skall vara klara nästa år och kommer då också i app och webb form.

Läkemedelskommittén

Under första halvåret 2016 har Läkemedelskommittén besökt 12 av länets hälsocentraler. Vid besöken har förskrivningsstatistik (med betoning på de dyraste preparaten för respektive hälsocentral), nya Z-läkemedel samt de nya behandlingsföreskrifterna om astma och KOL diskuterats. Besöken är inte tvingande utan det är upp till varje hälsocentral att själva boka in ett besök.

AKTIVITET	MÄTETAL	UTFALL 2016 T1
Verksamheten ska bjuda in Läkemedelskommittén för diskussion och uppföljning av förskrivningsmönstret.	Antal informationstillfällen i verksamheten.	12 st

Ur övergripande handlingsplan läkemedel.

Behandlingsmålen ”golven & taken”

Det finns områden där förskrivningen av rent medicinska skäl bör öka och där den bör minska. Behandlingsmål har, sedan många år, formulerats i ”golv” och ”tak”, det vill säga där utfallet av förskrivningen bör ligga över respektive under en viss nivå. Var den optimala nivån ligger är omöjligt att säga, men som norm för golven och taken har satts föregående års genomsnittliga förskrivning i Jämtlands län. Behandlingsmålen omvärderas fortlöpande. Sedan våren 2016 redovisas statistiken könsspecifikt.

AKTIVITET	MÄTETAL	UTFALL 2016 -08 ACK
Primärvården ska arbeta med Läkemedelskommitténs behandlingsmål, de så kallade ”golven och taken”.	Antal DDD/TIN eller antal patienter per HC enligt målens utformning.	Se nedan

Ur övergripande handlingsplan läkemedel.

Under årets Hälsovals uppföljning fokuserade Område Patientsäkerhet på golven och taken. Vid nationella jämförelse ligger det genomsnittliga resultatet för Jämtland Härjedalen bra, förutom de mål som nedan är markerade med fet stil.

Golven är:

- Läkemedel mot högt blodtryck till invånare över 40 år. Regionen har bättre resultat än riket.
- Statinbehandling (blodfettsänkande) till invånare mellan 40 och 79 år. Förskrivningen ökar i samma takt som i riket.
- Metformin (diabetesläkemedel) till invånare över 50 år. Regionen har bättre resultat än riket.
- **Peroral antikoagulantiabehandling** (blodförtunnande) till invånare över 70 år. Sämre resultat än riket.

Taken är :

- **Protonpumpshämmare** (magsyrereducerande) **till patienter under 65 år.** Sämre resultat än riket.
- Antibiotika mätt i antal recept per 1000 invånare. Bättre resultat än riket.
- Kinoloner (antibiotika) till kvinnor. Förskrivningen har ökat senaste åren.
- Olämpliga läkemedel till äldre över 80 år. Länet har historiskt sett bra siffror och minskar fortsatt förskrivningen.
- **Beroendeframkallande läkemedel till invånare under 50 år.** Resultatet är sämre än riket, och det finns inga tecken på minskad förskrivning i länet.

De diskussioner som följer vid redovisning av resultaten ute på respektive HC, ger flera mervärden med följdeffekter även inom andra områden. Till exempel så har förskrivningen av olämpliga sömnmedel till äldre minskat, utan att förskrivningen av andra sömnmedel ökat – den förskrivningen har också minskat. I Regionen har vi en kompetent distriktsläkarkår med intresse för läkemedelsfrågorna. På de HC där fasta läkare saknas försvåras uppföljningen och arbetet med att förbättra resultaten.

Kostnadsutveckling

Den totala kostnaden för läkemedel, (inklusive recept, rekvisition, patientens egenavgifter samt specialsubventioner såsom smittskyddsläkemedel och p-piller), uppgick till ca 231 miljoner kronor det första halvåret 2016. Det motsvarar en ökning med 9,2 % jämfört med samma period föregående år. Den genomsnittliga ökningen i riket samma period var 4,7 %.

Den stora ökningen förklaras av nya dyra läkemedel som introducerats både nationellt och i Jämtland Härjedalen. Eftersom Jämtland Härjedalen jämförelsevis har en liten läkemedelsbudget så slår behandling med nya dyra läkemedel på ett fåtal patienter större på totala läkemedelskostnaden än i övriga landet. En annan känd ökning av läkemedelskostnaderna är den nya subventionen för barn upp till 18 år. Jämtland Härjedalen avviker genom en högre ökning inom orala antikoagulantia (blodförtunnande). Inom den gruppen kom för några år sedan nya läkemedel som konkurrerade med den äldre Waran-behandlingen. Först nu har förskrivningen av dessa läkemedel tagit fart i Jämtland Härjedalen.

De dyraste läkemedelsgrupperna både nationellt och lokalt är immunsuppressiva läkemedel (hämmar immunförsvarets aktivitet), och då framför allt gruppen TNF-

hämmare, som används mot reumatologiska sjukdomar, mag-tarm- sjukdomar och olika hudsjukdomar.

Kostnaderna för läkemedel fortsätter att öka i Sverige. Introduktion av nya dyra läkemedel samt allmän ökad läkemedelsanvändning är de största orsakerna. Inom de närmaste åren kommer nya dyra läkemedel att vara mest kostnadsdrivande, till exempel kommer nya mer effektiva läkemedel mot höga blodfetter och mot hjärtsvikt, vilket berör stora patientvolymer. Kostnadsdämpande faktorer är Tandvårds- och Läkemedelsförmånsverkets omprövningar för att pressa priserna samt den så kallade 15-års regeln som innebär att läkemedel äldre än 15 år och utan konkurrens är tvungna att sänka sina priser med minst 7,5%. Utvecklingen av trepartssamarbete mellan TLV, läkemedelsindustrin samt landstingen/regionerna är en viktig del för att hantera kostnadsutvecklingen och försöka pressa priserna. Förhoppningsvis kommer nationella rekommendationer och patientobunden information kring switch av biologiska läkemedel från original till kopian biosimilar kraftigt sänka kostnaderna inom bland annat gruppen TNF-hämmare.

I den nya organisationen i Region Jämtland Härjedalen finns Område Patientsäkerhet och läkemedelsteamet i Hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Det tillsammans med att Styrgrupp Läkemedel nu består av verksamhetschefer och att MLA utses på alla områden, möjliggör större påverkan till kostnadsdämpande åtgärder.

6

Regionstyrelsens uppföljning 2016 om sjukresor

RS/1075/2016

Tjänsteskrivelse
Regionstyrelsen

2016-08-03

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

RS/1075/2016

Regionstyrelsens uppföljning 2016 om sjukresor

Ärendebeskrivning

Regionstyrelsen har ett övergripande ansvar för att leda och samordna planering och uppföljning av verksamheten. I regionstyrelsens verksamhetsplan och uppföljningsplan för 2016 anges vilka uppföljningsområden som har valts ut för 2016. Enligt den ska regionstyrelsen bland annat följa upp sjukresor. Denna uppföljningsrapport ger en nulägesbeskrivning av målet att sänka sjukresekostnaderna som regionstyrelsen tog beslut om i mars 2016.

Regiondirektörens förslag

Regionstyrelsens uppföljning av sjukresor godkänns.

I tjänsten

Björn Eriksson
Regiondirektör

Ruth Eriksson
Områdeschef infrastruktur och kommunikationer

Utdrag till

Områdeschef infrastruktur och kommunikationer
Infrastrukturstrateg

RS/1075/2016Dnr:

Berit Eriksson
Tfn:063-14 75 51 063-14 66 07
E-post:

2016-07-18

Uppföljning av målet att sänka sjukresekostnaderna

I mars 2016 beslutade regionstyrelsen om åtgärder för försöka sänka kostnaderna för sjukresor.

För att säkerställa att vårdpersonal har rätt kunskaper för utfärdande av sjukreseintyg och för beställningar av sjukresor har under våren en webb-baserad certifierings-utbildning i regelverket för sjukresor upprättats. I och med detta har också kravet på medicinsk bedömning inför sjukresor skärpts. För att få en dyrare sjukresa, med taxi, betald av Region Jämtland Härjedalen krävs en bedömning som säger att patienten inte klarar att åka kollektivt eller på annat sätt. Under sommaren har på grund av bemanningsläget en mjukare övergång tillämpats för några avdelningar till de skärpta kraven.

Ett flertal mottagningar och avdelningar har under en längre period påtalat den höga arbetsbelastningen kring sjukreseadministrationen. Därför inrättas från 1 oktober en ny sjukresefunktion med uppgift att fungera som stöd och avlastning för vårdpersonalen i frågor kopplade till sjukresor. Medel ur professionsmiljarden används för att införa funktionen som kommer att pågå under en försöksperiod på två år.

Utredning om att eventuellt köra en del av sjukresorna i egen regi har påbörjats. Främst är det liggande transporter som utreds då dessa resor är de i särklass dyraste. Samtal med transportörer inom Region J H pågår om detta skulle vara möjligt och kostnadseffektivt. Nuvarande avtal ligger i två år till och utredning om eventuell egen regi eller andra alternativ kommer att redovisas i god tid innan avtalstiden går ut.

De ekonomiska resultaten hittills i år visar på ökande kostnader för sjukresor. Långa resor ökar mest. En grundlig analys om orsakerna till detta håller på att tas fram. När det gäller sjukresor till och från asylboenden så kostnadsförs de separat och belastar inte den ordinarie budgeten. Region Jämtland Härjedalen får schablonersättning för vårdkostnader för flyktingar/asylsökande från staten. Där ingår bland annat kostnader för sjukresor.

Ett förbättrat resultat med anledning av de skärpta kraven för sjukresor torde visa sig om någon månad.

7

Regionstyrelsens uppföljning 2016 av barnens rättigheter

RS/1076/2016

Tjänsteskrivelse
Regionstyrelsen

2016-08-03

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

RS/1076/2016

Regionstyrelsens uppföljning 2016 av barnens rättigheter

Ärendebeskrivning

Regionstyrelsen har ett övergripande ansvar för att leda och samordna planering och uppföljning av verksamheten. I regionstyrelsens verksamhetsplan och uppföljningsplan för 2016 anges vilka uppföljningsområden som har valts ut för 2016. Enligt den ska regionstyrelsen på sitt möte 23-24 augusti bland annat följa upp barnens rättigheter. Denna uppföljningsrapport redovisar måluppfyllelsen utifrån handlingsplan för barnkonventionen och regiondirektörens verksamhetsplan.

Regiondirektörens förslag

Regionstyrelsens uppföljning av barnens rättigheter godkänns.

I tjänsten

Björn Eriksson
Regiondirektör

Lars Eriksson
Chef Utvecklingsenheten

Utdrag till

Utvecklingsstrateg

Forskning, utbildning och utvecklingsavdelningen
Sofia Kling
Tfn: 063-14 76 22
E-post: sofia.kling@regionjh.se

2016-08-03

RS/1076/2016

Rapport Uppföljning av barnens rättigheter 2016

I handlingsplan för barnkonventionen finns följande mål uppsatta:

1. Regionens barnkonventionsarbete utmärks av kunskap bland beslutsfattare om barnkonventionen, liksom av en organisation som främjar implementering av barnkonventionen i all verksamhet. Organisationen är förberedd på att barnkonventionen blir svensk lag.
2. En professionell hälso-, sjuk- och tandvård för barn och unga som blivit utsatta för våld, bevittnat våld i hemmet eller varit utsatta för omsorgssvikt.
3. En hälso- och sjukvård som uppmärksammar och ger stöd till barn och unga som kommer till sjukvården i egenskap av nära anhöriga till allvarligt sjuka patienter.
4. En hälso-, sjuk- och tandvård som bjuder in barn och unga att vara delaktiga i sin egen vård.
5. En verksamhet som är välkomnande och tillgänglig för alla barn – oavsett ålder, kön, nationalitet eller funktionsförmågor.

I RD:s verksamhetsplan finns följande aktivitet:

6. Inrätta fler barnombud inom Region Jämtland Härjedalen.

<u>Måluppfyllelse</u>

Mål 1. Enligt beslut i ledningsgrupp ska nuläget inom samtliga hälso- och sjukvårdsförvaltningens områden kartläggas, med fokus på kunskap om barnkonventionen och implementering av de mest centrala artiklarna. Kartläggningen ska följas av ett utbildningstillfälle per områdesledning. Detta genomförs med början i augusti och därefter i den takt som är rimlig.

SKL har erbjudit sig att komma till Östersund och hålla en utbildning för politiker och högre tjänstemän med anledning av barnkonventionens förändrade juridiska status. Arbete pågår för att hitta ett lämpligt datum för detta. (Se RS/1183/2016)

En särskild informationssatsning, med anledning av att barnkonventionen blir lag, har föreslagits äga rum under 2017. Tillsammans med kommunikationschef har ansvarig utvecklingsstrateg beräknat att en eventuell särskild satsning på barnkonventionen under 2017 (inför att BK blir lag i mars 2018) kommer att kosta cirka 50-70 000 kr utöver det anslag som barnkonventionsområdet brukar få. Då omfattas främst ett internt kunskapshöjande arbete.

På länsnivå arbetar det regionala nätverket för att under hösten ta fram en länsgemensam verksamhetsplan för barnkonventionsarbetet. Region Jämtland Härjedalen är aktiva i detta arbete och ingår i den arbetsgrupp som bereder arbetet.

Mål 2. Ett omfattande arbete har genomförts för att ta fram en central rutin för orosanmälan och diarieföring av densamma. En central aspekt i arbetet har varit framtida öppna journaler vilket kräver ett nytt sätt att dokumentera oro för barn. Diarieföring innebär också ett nytt arbetssätt. Arbetet är i slutskedet och implementering kommer att ta vid under hösten.

Mål 3. Här finns fortfarande en hel del att göra. En satsning på BRA-samtal har gjorts och regionen har i nuläget två utbildade BRA-samtalsutbildare. Det innebär att vi är certifierade att genomföra egna utbildningar. Personal inom psykiatri och cancervård prioriteras. Arbetet går ganska långsamt framåt. (BRA-samtal är en enkel modell för hur samtal med sjuka föräldrar och anhöriga barn kan genomföras. Modellen är framtagen av Allmänna Barnhuset.)

Mål 4. Bildkallelser har tagits fram inom barnhälsovården.

Mål 5. En inventering ska genomföras, i första hand inom de områden där barnombud finns. Detta har inte påbörjats (se nedan).

Aktivitet 6. Barnombud finns i nuläget inom område psykiatri och inom rehabiliteringen. Dessa barnombud ska erbjudas utbildning. Dessutom behöver fler områden utse barnombud. Det går långsamt framåt.

8

Regionstyrelsens uppföljning 2016 av nationella minoriteter

RS/1077/2016

Tjänsteskrivelse
(Ange instans)

2016-08-03

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

RS/1077/2016

Regionstyrelsens uppföljning 2016 av nationella minoriteter

Ärendebeskrivning

Regionstyrelsen har ett övergripande ansvar för att leda och samordna planering och uppföljning av verksamheten. I regionstyrelsens verksamhetsplan och uppföljningsplan för 2016 anges vilka uppföljningsområden som har valts ut för 2016. Enligt den ska regionstyrelsen på sitt möte 23-24 augusti bland annat följa upp nationella minoriteter. Denna uppföljningsrapport redovisar måluppfyllelsen utifrån handlingsplan för nationella minoriteter och regiondirektörens verksamhetsplan.

Regiondirektörens förslag

Regionstyrelsens uppföljning av nationella minoriteter godkänns.

I tjänsten

Björn Eriksson
Regiondirektör

Lars Eriksson
Chef Utvecklingsenheten

Utdrag till

Utvecklingsstrateg

Forsknings, utbildning och utvecklingsavdelningen
Sofia Kling
Tfn: 063-14 76 22
E-post: sofia.kling@regionjh.se

2016-08-03

RS/1077/2016

Rapport Uppföljning av nationella minoriteter 2016

I handlingsplan för de nationella minoriteterna finns följande mål:

1. Region Jämtland Härjedalen synliggör aktivt sydsamisk kultur, språk och berättelser
2. Beslutsfattare inom Region Jämtland Härjedalen har god kunskap om de nationella minoriteternas rättigheter
3. En hälso- och sjukvård med god samisk kompetens vilket möjliggör ett gott bemötande av samiska patienter
4. Ökade möjligheter för patienter/besökare/medborgare att möta samt använda samiska i kontakt med Region Jämtland Härjedalen
5. Region Jämtland Härjedalen kommunicerar och upprätthåller en god dialog med länets samiska befolkning

I RD:s verksamhetsplan finns följande aktiviteter:

6. Utveckla samverkan med Västerbottens läns landsting och Norrbottens läns landsting om stärkt psykisk hälsa bland samer
7. Utarbeta riktlinjer för kommunikation och begriplig information för samtliga målgrupper med särskilt beaktande för äldre, nyanlända svenskar samt funktionshindrade.

Måluppfyllelse

Mål 1. Regionen samverkar med Gaaltije och bidrar genom detta samarbete till att synliggöra samisk kultur. Ett viktigt medel för att synliggöra samiskt språk är skyltar, något som också betonas av den samiska befolkningen. Här går det långsamt framåt och en tydligare prioritering skulle vara värdefull, framförallt när det gäller samisk fasadskyltning på fjällnära hälsocentraler.

Mål 2. Två utbildningskoncept ska tas fram (ett kortare och ett längre) men detta har än så länge inte gjorts. Kunskapen bedöms vara ganska låg bland cheferna. Intresse finns dock.

Mål 3. Vi fortsätter att utbilda personal i samisk kulturförståelse. Psykiatri, primärvård och personal som möter barn prioriteras. Under våren har ett studiebesök genomförts på SANKS (med fem deltagare härifrån) liksom två veckolånga auskultationer. Under hösten planeras ett utbildningstillfälle för personalen i Funäsdalen m.fl. och ett i samverkan med Östersunds kommun, för personal som möter barn. Ingen ST-läkare har hittills randat sig vid SANKS, vilket förmodligen beror på informationsbrist. Detta är en aktivitet som prioriteras.

HC Strömsund har i uppdrag att utveckla hälsocentralen särskilt för den samiska befolkningen. En särskild referensgrupp är knuten till detta arbete.

Samisk kompetens beaktas inte vid nyrekryteringar, vilket vore önskvärt i åtminstone vissa verksamheter.

Ett personalnätverk för samisk personal har inrättats i syfte att kunna tillvarata den samiska kompetens som redan finns i organisationen på ett bättre sätt.

Mål 4. Vi sjösätter nu en satsning på bvc-kontroller med integrerad samiska. Den framtagna modellen testas och utvärderas under hösten.

Det går inte att ringa till regionen och få prata samiska. Enligt lag har enskilda rätt till detta.

Väntrum förses kontinuerligt med samiska tidskrifter, barnböcker och annat relevant material. Angående skyltning, se ovan.

Mål 5. Regionen genomför fyra samrådsmöten med samerna per år. Dessa är välfungerande.

Sedan hösten 2015 produceras ett nyhetsbrev med främsta syfte att informera länets samiska befolkning om regionens arbete. Nyhetsbrevet skickas ut fyra gånger/år till samebyar, sameföreningar, samiska organisationer och andra intresserade. Det trycks också upp och läggs ut i väntrum på hälsocentralerna.

En enkät har under våren undersökt samiska behov.

Aktivitet 6. Med medel från Socialdepartementet har en överenskommelse mellan de tre norrlandstingen tagits fram. Överenskommelsen har titeln ”Att samverka och handla för psykisk hälsa i Sápmi” och är i skrivande stund inte undertecknad. Arbetet har samordnats av Region Jämtland Härjedalen.

Norrlandstingen tillsammans med Sametinget och samiska organisationer verkar för etableringen av ett nätverksbaserat centrum för samisk hälsa. Ett förslag på ansökan till Socialdepartementet är framtagen av VLL. Denna kommer att diskuteras under möte i september.

9

Uppföljning av arbetet mot våld i nära relationer

RS/1092/2016

Tjänsteskrivelse
Regionstyrelsen

2016-07-06

Forsknings-, utbildnings- och utvecklingsavd
Anna Ebenmark
Tfn: 063-14 76 32
E-post:

RS/1092/2016

Uppföljning av arbetet mot våld i nära relationer

Ärendebeskrivning

Målformuleringar avseende arbetet mot våld i nära relationer går att återfinna både i regionplanen, regionstyrelsens verksamhetsplan samt regiondirektörens verksamhetsplan för 2016. I regionplanen står *”Hälso- och sjukvårdens verksamheter ska identifiera våldsutsatta personer och erbjuda ett väl fungerande omhändertagande.”* I regionstyrelsens verksamhetsplan har ovanstående brutits ned till: *”Fortsätta implementera rutinen ”Att ställa frågan om våld och hantera svaret.”* Fram till 5 juli 2016 hade dokumentation i mallen *våldsutsatthet och/eller oro för barn* skett på totalt 244 patienter inom Region Jämtland Härjedalen, 215 kvinnor och 29 män. På 21 patienter har dokumentation skett på sökordet *oro för barn.* Det är långt ifrån alla vårdinrättningar som dokumenterat om våldsutsatthet i mallen.

Ett antal åtgärder är redan vidtagna för att arbetet ska intensifieras och förstärkas. Bland annat ett antal informationsinsatser till utvalda målgrupper om vikten av att dokumentera i korrekt mall i COSMIC, utbildningar om våld i nära relation och våra lokala rutiner är planerade att genomföras under hösten och med stöd av statliga utvecklingsmedel har det beslutats att förstärka arbetet med två halvtidstjänster. Deras arbete påbörjas från och med 1 september 2016.

I övrigt se bifogad fil *Uppföljningsrapport arbetet mot våld i nära relationer.*

Regiondirektörens förslag

Regionstyrelsens uppföljning av våld i nära relationer godkänns.

I tjänsten

Björn Eriksson
Regiondirektör

Lars Eriksson
Chef utvecklingsenheten

Utdrag till

Utvecklingsstrateg

Forsknings-, utbildnings- och utvecklingsavd
Anna Ebenmark
Tfn: 063-14 76 32
E-post: anna.ebenmark@regionjh.se

2016-07-05

RS/1092/2016

Uppföljningsrapport arbetet mot våld i nära relationer

Uppsatta mål

Målformuleringar avseende arbetet mot våld i nära relationer går att återfinna både i regionplanen, regionstyrelsens verksamhetsplan samt regiondirektörens verksamhetsplan för 2016. I regionplanen står (kopplat till målet *Patientsäker vård av god kvalitet efter behov*):

”Hälso- och sjukvårdens verksamheter ska identifiera våldsutsatta personer och erbjuda ett väl fungerande omhändertagande.”

I regionstyrelsens verksamhetsplan har ovanstående brutits ned till:

”Fortsätta implementera rutinen ”Att ställa frågan om våld och hantera svaret.”

Och i regiondirektörens verksamhetsplan finns följande:

”Inom de verksamheter som ska ställa frågan på rutin utifrån medicinska rutiner och Socialstyrelsens allmänna råd ska alla individer fått frågan om utsatthet för våld utifrån gällande rutin ”Att ställa frågan om våld och hantera svaret”. Antalet individer som fått frågan om utsatthet för våld utifrån gällande rutin ”Att ställa frågan om våld och hantera svaret” inom övriga verksamheter ska öka. Under 2016 ska arbete med att implementera aktuell rutin fortsätta för att sedan mäta resultat från 2017. Genomföra baslinjemätning 2016.”

När ska frågan ställas utifrån gällande rutin?

Fram till 20 juni 2016 var beslutet att frågan om våldsutsatthet ska ställas utifrån symptom som anges i rutinen ”Att ställa frågan om våld och hantera svaret”. De symtom som ska föranleda en fråga om våldsutsatthet till en vuxen patient är:

- huvudvärk
- bäckensmärta
- sexuellt överförbar infektion
- sömnstörning
- yttre skador
- missbruk
- PTSD (post traumatiskt stress syndrom)
- oönskad graviditet

- gynekologiska besvär
- depression/ångest
- ryggsmärta
- mag-tarmproblem
- kronisk smärta

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter Våld i nära relationer (SOSFS 2014:4) ska varje vårdgivare fastställa de rutiner som behövs för att utveckla och säkra kvaliteten i arbetet med våldsutsatta och barn som bevittnat våld. Den 20 juni 2016 beslutade styrgruppen för jämställd och jämlik verksamhet, med anledning av detta, att Region Jämtland Härjedalen ska börja ställa frågan om våldsutsatthet på rutin inom mödrahälsovården, psykiatrin, inom samtliga ärenden inom barn- och ungdomspsykiatrin samt till alla patienter som står inför sjukskrivning. Beslutet fattades i enlighet med Socialstyrelsens vägledning *”Att vilja se, vilja veta och att våga fråga – vägledning för att öka förutsättningarna att upptäcka våldsutsatthet”* angående vilka patientgrupper som bör få frågan rutinmässigt men med tillägget patienter som står inför sjukskrivning. Övriga patienter ska få frågan om våldsutsatthet i enlighet med gällande rutin.

Även om det i regiondirektörens verksamhetsplan fanns angett att Socialstyrelsens vägledning ska gälla har det inte funnits ett tydligt fattat beslut på att frågan ska ställas rutinmässigt gentemot vissa patientgrupper. Nu finns det dock det.

Mödrahälsovården har sedan lång tid tillbaka ställt frågan om våldsutsatthet rutinmässigt så där fortsätter arbetet som tidigare.

Måluppfyllelse

Fram till 5 juli 2016 hade dokumentation i mallen *våldsutsatthet och/eller oro för barn* skett på totalt 244 patienter inom Region Jämtland Härjedalen, 215 kvinnor och 29 män. På 21 patienter har dokumentation skett på sökordet *oro för barn.* Det är långt ifrån alla vårdinrättningar som dokumenterat om våldsutsatthet i mallen. Inom primärvården är det totalt åtta hälsocentraler samt Ungdomsmottagningen som använt mallen. Ungdomsmottagningen är den mottagning som dokumenterar absolut mest inom Primärvården. De åtta hälsocentralerna hade dokumenterat i mallen för våldsutsatthet och/eller oro för barn på 22 patienter och Ungdomsmottagningen på 62 patienter. Inom specialistvården är det kvinnosjukvården, psykiatrin, föräldrabarnhälsan samt barn- och ungdomspsykiatrin som dokumenterar våldsutsatthet i avsedd mall i högst utsträckning. De tillsammans hade dokumenterat på totalt 156 patienter.

Jämfört med 2015, då totalt under året 152 patienter (varav 143 kvinnor och nio män) hade någon form av dokumentation i mallen om våldsutsatthet och/eller oro för barn går arbetet framåt. Mycket arbete återstår dock eftersom uppföljningen visar att det är enbart ett fåtal enheter/mottagningar som regelbundet verkar följa upprättade rutiner för dokumentation.

Observera att i ovanstående siffror inkluderas inte mödrahälsovården eftersom den dokumentationen sker i ett annat system.

Eftersom 2016 främst är en baslinjemätning så finns det inga uppsatta målvärden vilket gör att det är svårt att kommentera om måluppfyllelsen är uppnådd. Att konstatera är att det är många verksamheter inom hälso- och sjukvården som antingen inte ställer frågan om våldsutsatthet till aktuella patienter eller inte dokumenterar i avsedd mall i journalsystemet. Oavsett anledning är det allvarligt. Att patienterna inte får frågan är allvarligt eftersom vi då riskerar att missa grundorsaken till patientens mående och symtom och därmed inte kan vidta rätt åtgärder. Är det så att frågan ställs men dokumenteras på annan plats i journalen är även det allvarligt eftersom det gör att informationen om våldsutsatthet/oro för barn inte kan blockeras när det blir öppen journal på nätet från och med 2017. Detta gör att det behövs ytterligare insatser på området.

Åtgärder

Ett antal åtgärder är redan vidtagna för att arbetet ska intensifieras och förstärkas;

En rad åtgärder kommer att vidtas under hösten för att förstärka dokumentationen och att den sker i korrekt journalmall i COSMIC. Bland annat kommer ytterligare informationsinsatser för olika målgrupper att ske med syftet att tydliggöra hur och var dokumentationen om våldsutsatthet och oro för barn ska ske i COSMIC. Inom ramen för införandet av journal på nätet informeras också om vikten av att dokumentera våldsutsatthet i avsedd journalmall av patientsäkerhetsskäl.

Uppföljningen av dokumentationen av våld i nära relation och oro för barn har förbättrats genom att uppföljningsrapporten numera finns tillgänglig i diveport. Det gör att var och en kan gå in och följa sitt eget resultat där.

Två utbildningstillfällen om våld i nära relation planeras till hösten. Diskussion pågår även kring en webutbildning med fokus på våra egna lokala rutiner.

Under våren har Region Jämtland Härjedalen rekvirerat utvecklingsmedel från Socialstyrelsen med syfte att kvalitetsutveckla arbetet mot våld i nära relationer och stöd till våldsutsatta kvinnor och barn mm. Med stöd av dessa har beslut tagits om att förstärka arbetet med två halvtidstjänster från och med 1 september. Förstärkningen av arbetet pågår under den tid som externa medel möjliggör detta och syftet är främst att utgöra stöd för implementeringen av gällande rutiner och höja kompetensen i organisationen om våld i nära relationer.

Analys utifrån ett jämställdhets, - jämlikhets- och barnrättsperspektiv samt miljö

Som redan nämnts ovan finns kopplat till regionplanens mål *”Patientsäker vård av god kvalitet efter behov”* skrivningen *”Hälso- och sjukvårdens verksamheter ska identifiera våldsutsatta personer och erbjuda ett väl fungerande omhändertagande.”*

Jämställdhets- jämlikhets- och barnrättsperspektiv

Det kan konstateras att de insatser som idag genomförs eller planeras att genomföras bidrar till att uppnå uppsatta mål mot våld i nära relationer. Majoriteten av de som utsätts för våld är kvinnor vilket kan förklara varför det är flest kvinnor som

våldsutsatthetsmallen har använts på. I gällande rutiner finns dock ingen betoning på att kvinnor ska få frågan om våldsutsatthet i högre utsträckning än män. Däremot är en del av dem symtom som ska föranleda frågan om utsatthet för våld i nära relation vanligare hos kvinnor än hos män. En annan förklaring till att kvinnor i högre utsträckning har någon form av dokumentation i mallen för våldsutsatthet kan vara att en verksamhet som i hög utsträckning ställer frågan om våldsutsatthet är Kvinnosjukvården.

När frågan ska börja ställas på rutin ska den givetvis ställas till både kvinnor, män och transpersoner vilket gör att skillnaden mellan antalet kvinnor och män som får frågan bör jämnas ut något. Men det lär med stor sannolikhet inte bli en helt jämn fördelning eftersom kvinnor utgör majoriteten inom de verksamheter där frågan ska ställas på rutin; mödrahälsovården, psykiatrin samt inför sjukskrivningar. Inom barn- och ungdomspsykiatrin återstår att se hur könsfördelningen kommer att falla ut. Även om antalet orosanmälningar avseende barn ökar jämfört med föregående år förefaller det ändå vara relativt få. Av den anledningen är det viktigt att följa utvecklingen och också få klarhet i om det finns några upplevda hinder, utöver de som redan är kända, för att göra orosanmälningar när behov finns och därefter vidta lämpliga åtgärder.

Möjlighet att registrera en annan könsidentitet än ”kvinna” respektive ”man” finns inte i nuvarande version i COSMIC.

För att bidra till ett jämställt samhälle har det givetvis stor betydelse att hälso- och sjukvården i högre utsträckning än idag identifierar våldsutsatta patienter och barn som bevittnat våld och ger en god vård och ett gott stöd och också kan hänvisa vidare till andra samhällsinstanser. En annan viktig del är att förebygga utövandet av våld. Idag finns inga sådana åtgärder planerade men inom ramen för det utvecklingsarbete som Socialstyrelsens direktiv styr finns också en avsikt att stärka det universellt och selektivt förebyggande arbetet samt genomföra insatser för att nå våldsutövare.

Miljöpåverkan
Ovan nämnda åtgärder för att stärka arbetet mot våld i nära relationer bedöms inte påverka klimatet i någon större utsträckning. Eventuellt kan antalet tjänsteresor komma att öka i och med att ökade informations- och utbildningsinsatser inom hela primärvården. Videolänk kan givetvis utgöra ett alternativ i många fall men det går inte att helt utesluta att antalet tjänsteresor ökar något vilket givetvis medför en extra belastning på miljön. Vid eventuella tjänsteresor utanför länet ska tåg nyttjas i så hög utsträckning som möjligt.

I tjänsten,
Anna Ebenmark

10

Svar på föreläggande i mål Lennart Ledin ./. Region Jämtland Härjedalen angående laglighetsprövning av regionfullmäktiges beslut 2016-06-14--15, § 84 om deltagande i förberedelsearbetet för regionbildning inom ramen för NRF.

RS/1369/2016

Tjänsteskrivelse
Regionstyrelsen

2016-08-02

Samordningskansliet
Helge Jonsson
Tfn: 063-14 76 36
E-post: helge.jonsson@regionjh.se

RS/1369/2016

Svar på föreläggande i mål Lennart Ledin ./. Region Jämtland Härjedalen angående laglighetsprövning av regionfullmäktiges beslut 2016-06-14--15, § 84 om deltagande i förberedelsearbetet för regionbildning inom ramen för NRF.

Ärendebeskrivning

Förvaltningsrätten i Härnösand har förelagt Region Jämtland Härjedalen att yttra sig över Lennart Ledins begäran om laglighetsprövning av regionfullmäktiges beslut 2016-06-14--15, § 84 om deltagande i förberedelsearbetet för regionbildning inom ramen för NRF. Lennart Ledin har anfört dels att beslutet fattats på ett underlag som strider mot lag, dels att förberedelsearbetet strider mot den kommunala kompetensen och dels att beslutet saknar uppgift om hur utgiften ska finansieras vilket strider mot lag. Han har också begärt att domstolen beslutar att beslutet inte får verkställas. Förvaltningsrätten har avslagit begäran om att beslutet inte får verkställas.

Region Jämtland Härjedalen bestrider överklagandet eftersom beslutet inte fattats med ett underlag som strider mot lag, att deltagande i förberedelsearbetet omfattas av den kommunala kompetensen och att beslutet inte saknar uppgift om hur utgiften ska finansieras. Ett förslag till svar har upprättats inom samordningskansliet. Samråd har skett med de övriga berörda landstingen vid upprättande av svaret.

Regiondirektörens förslag

Svar lämnas till Förvaltningsrätten i Härnösand enligt upprättat förslag.

I tjänsten

Björn Eriksson
Regiondirektör

Mikael Ferm
Regionstabschef

Utdrag till

Regionjurist

Helge Jonsson
Samordningskansliet
Tfn: 063-14 76 36
E-post: helge.jonsson@regionjh.se

2016-07-20 Dnr RS/1369/2016

Förvaltningsrätten i Härnösand

Box 314
871 27 Härnösand

Svar på föreläggande i mål Lennart Ledin ./. Region Jämtland Härjedalen angående laglighetsprövning av regionfullmäktiges beslut 2016-06-14--15, § 84, deltagande i förberedelsearbetet för regionbildning inom ramen för NRF.

Mål nr 2349-16

Region Jämtland Härjedalen bestrider begäran om laglighetsprövning och yrkar att överklagandet avslås.

Bakgrund

Sveriges regering beslutade den 2 juli 2015 att tillsätta en kommitté för att föreslå en ny läns- och landstingsindelning som innebär att Sverige ska delas in i väsentligt färre län och landsting. Kommittén antog namnet Indelningskommittén. Indelningskommittén har genomfört sitt arbete i öppen dialog med flera berörda parter, bland andra landstingen.

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) bjöd, efter dialog med kommittén, in samtliga landsting att utse representanter till en samrådsgrupp med uppgift att ta ett särskilt ansvar för att samordna diskussionerna i länet och att företräda länet vid nationella överläggningar och direkta kontakter med kommittén i kommitténs arbete.

Med anledning av SKLs inbjudan beslutade regionstyrelsen den 30 september 2015, § 196, att utse Ann-Marie Johansson (S) och Christer Siwertsson (M) för Region Jämtland Härjedalen och Ann-Sofie Andersson (S) för Östersunds kommun som kontaktpersoner för arbetet med ny regional indelning.

Indelningskommittén har haft 4 möten med samrådsgruppen. Kommittén har också haft ett flertal möten med representanter för Region Jämtland Härjedalen och länets kommuner och Region Jämtland Härjedalen har lämnat svar på frågor från kommittén. Kommittén presenterade i januari 2016 ett utkast till utgångspunkter för en indelning och i mars 2016 ett diskussionsunderlag i form av en kartbild. Kommittén lämnade den30 juni 2016 ett delbetänkande, Regional indelning, SOU 2016:48. I betänkandet föreslår kommittén bland annat att ett nytt län bildas av de

fyra nordligaste länen, benämnt Norrlands län, och att ett nytt landsting bildas av de fyra nordligaste landstingen, varav Region Jämtland Härjedalen är ett, benämnt Norrlands läns landsting.

Region Jämtland Härjedalen och tidigare Jämtlands läns landsting har sedan lång tid deltagit i diskussioner och förberedelser i samband med ändrad indelning av landstingen. Landstinget har också vid flertal tillfällen lämnat yttrande över remisser av förslag till ändrad indelning eller ändrade uppgifter för landstingen.

Grunder för bestridande

Det överklagade regionfullmäktigebeslutet innebär att Region Jämtland Härjedalen ska delta i ett projekt för förberedelsearbetet gällande regionbildning 2019, att arvode ska utgå till vissa ledamöter i styrgruppen och arbetsgrupperna, att kostnaderna för övergripande projektorganisation och politiska ledamöter finansieras inom anslaget för politisk organisation och att val av ledamöter delegeras till regionstyrelsen.

Klaganden har anfört att regionfullmäktiges beslut dels bygger på olagligt beslutsunderlag, dels strider mot den kommunala kompetensen och dels att utgiften saknar finansiering. Klagandens grunder bemöts nedan i den ordningen.

Olagligt beslutsunderlag

Punkten 1 i det överklagade beslutet innebär att Region Jämtland Härjedalen deltar tillsammans med Norrbottens läns landsting, Västerbottens läns Landsting och Landstinget Västernorrland i ett gemensamt projekt för förberedelsearbetet infor regionbildning 2019. Projektet ska styras och bedrivas enligt ett förslag som presenterades vid förbundsstyrelsens för Norrlandstingens Regionförbund möte den 19 april 2016.

Ärenden i regionfullmäktige får väckas, bland andra, av ledamöter och tjänstgörande ersättare i fullmäktige, regionstyrelsen och nämnderna. Ärenden i regionstyrelsen får väckas ledamöterna och tjänstgörande ersättare. Regiondirektören får också väcka ärenden i regionstyrelsen. Kommunalförbund har självfallet rätt att väcka ärenden hos medlemmarna, men har ingen rätt att få ärenden prövade i sak i fullmäktige, styrelsen eller nämnd i medlemskommun. Det är upp till respektive medlem att besluta om vad som ska ske med ärendet.

Den nu aktuella frågan om ändrad indelning av landstingen har diskuterats inom och mellan partierna som är representerade i fullmäktige i Region Jämtland Härjedalen och informella diskussioner har förts mellan företrädare för landstingen i de fyra nordligaste länen. En del av dessa diskussioner har av praktiska skäl förts i samband med träffar i Norrlandstingens Regionförbund, där samtliga landsting är representerade. Dessa diskussioner har, med hänsyn till den tidplan som regeringen lämnat i direktiven till indelningskommittén och uttalanden från kommittén, lett till att representanterna har velat påskynda arbetet med förberedelserna infor en eventuell ändrad indelning av landstingen. Representanterna har, på goda grunder, dragit slutsatsen att det mesta talar för att det blir en ändrad indelning och att den kan träda i kraft den 1 januari 2019. Diskussionerna har lett fram till att ett underlag för förberedelsearbetet har av praktiska skäl tagits fram med hjälp av förvaltningen i Norrlandstingens Regionförbund. Underlaget presenterades vid ett möte i Norrlandstingens Regionförbund i april 2016. För att påskynda arbetet beslutade

Förbundet vid sammanträdet att rekommendera landstingen och Region Jämtland Härjedalen att besluta genomföra arbetet i enlighet med det framarbetade underlaget.

Norrbottens läns landsting, Västerbottens läns Landsting, Landstinget Västernorrland och Region Jämtland Härjedalen har vart och ett tagit beslut om att inleda samarbetet om förberedelser infor en ny indelning av landstingen. Ärenden har väckts internt i vart i och ett av landstingen utifrån det gemensamt framdiskuterade underlaget. Det har inte varit en förutsättning för ärendena att Norrlandstingens Regionförbund beslutat att lämna rekommendation till landstingen och Region Jämtland Härjedalen att besluta i frågan. Eventuella rättslig brister i Norrlandstingens Regionförbunds beslutsfattande medför inte att det framtagna underlaget inte kan användas som beslutsunderlag i landstingens eller Region Jämtland Härjedalens ärenden. Beslutsunderlaget kan därför inte sägas vara olagligt. Rättslig grund saknas för att upphäva beslutet på grund av eventuella brister i Norrlandstingens Regionförbunds beslutsfattande.

Uppgiften strider mot den kommunala kompetensen

Enligt 1 kap 2 § kommunallagen omfattar varje landsting ett län om inte annat särskilt föreskrivits. Enligt 1 kap 3 § samma lag anges att föreskrifter om indelningsändringar finns i lagen (1979:411) om ändringar i Sveriges indelning i kommuner och landsting. Enligt lagen i dess nu gällande lydelse har landsting, liksom medlem i landsting tillerkänts rätt att ta initiativ till förändringar i landstingens indelning, 2 kap 8 §. Även enligt dess nya lydelse som träder i kraft 1 augusti 2016 (riksdagsbeslut den 15 juni 2016) har denna rätt tillerkänts landsting och dess medlemmar, 2 kap 4 §. Indelningsändring är en angelägenhet som alltid har anknytning till landstingets område eller medlemmar. Kompetensen är inte beroende av någon aktivitet från statens sida. Detta gäller även om det är regeringen som fattar beslut i frågan.

Enligt 1 kap 17 § lagen om ändringar i Sveriges indelning i kommuner och landsting ska om indelningsändringen innebär att ett nytt landsting uppstår regeringen besluta att det nya landstinget ska företrädas av indelningsdelegerade från det att dessa utser fram till dess att det nya fullmäktige börjar sin tjänstgöring. De indelningsdelegerade och ersättare för dessa ska enligt 3 kap 2 § samma lag utses från varje landsting vars område helt eller delvis ska ingå i landstinget enligt den nya indelningen (ändringsberörda landsting). Enligt 3 kap 11 § den lagen får indelningsdelegerade anlita nämnder och beredningar i ändringsberörda landsting om det behövs för beredning av ärenden och verkställighet av beslut. Även i detta hänseende omfattar en ändring av indelningen den kommunala kompetensen i de ändringsberörda landstingen.

Det överklagade beslutat innebär att ett projekt tillsätts för förberedande arbete med utredningar och beslutsunderlag för det nya landstinget. Projektet ska redovisa sitt arbete till landstingen Region Jämtland Härjedalen. Projektresultatet ska överlämnas till de indelningsdelegerade som underlag för de beslut som de med nödvändighet måste fatta under tiden från de att de har valts till dess det nya fullmäktige börjar sin tjänstgöring. Med nuvarande tidplan beräknas valet kunna ske i januari 2018. Det nya fullmäktige börjar sin tjänstgöring den 15 oktober 2018. Med tanke på antalet beslut som måste tas av de indelningsdelegerade och omfattningen det arbete med

ärendeberedning som måste föregå detta blir det hart när omöjligt att hinna med allt på den tid som de indelningsdelegerade har till sitt förfogande. Med hänsyn till detta måste även den typ av förberedande arbete som projektet ska utföra omfattas av den kommunala kompetensen hos ändringsberörda landsting.

I detta fall hade regeringen vid tidpunkten för fullmäktigebeslutet väckt frågan om indelningsändring inom ramen för sin befogenhet. Det fanns ett regeringsärende i form av beslut om tillsättande av en kommitté och kommittédirektiv. Staten har således påbörjat arbetet med en indelningsändring. Detta är inte nödvändigt för bedömningen om frågan rums inom den kommunala kompetensen, men det stärker bedömningen. Att utredningen inte lämnat något betänkande eller regeringen inte fattat något slutligt beslut i frågan påverkar inte bedömningen. Eftersom frågan om indelningsändring omfattas av den kommunala kompetensen saknas det grund för att upphäva beslutet med hänvisning till bristande kommunal kompetens.

Utgiften saknar finansiering

Punkten 3 i det överklagade beslutet innebär att finansieringen av den nya utgiften ska ske inom ramen för den finansiering som beslutats i regionplanen för 2016 för område förtroendevalda politiker. Anslaget till detta område uppgår för år 2016 till 24,8 miljoner kronor.

Såsom klaganden anför innehåller budgeten år 2016 redogörelse för finansieringen av verksamheten i enlighet med bestämmelserna i 8 kap 5 § kommunallagen (tabell 18 i finansplan 2016-2018). Redogörelsen är dock på en sådan nivå att det inte går att utläsa hur den fördelar sig på de olika anslagsposterna till nämnderna eller område förtroendevalda politiker. Beslut om finansiering av anslaget till förtroendevalda politiker finns således.

Kravet som finns i bestämmelsen i 8 kap 12 § kommunallagen på att ange finansiering för utgifter som beslutas under budgetåret ska läsas mot bestämmelsen i 5 § samma kapitel. Det är således samma typ av redogörelse för finansieringen som ska göras i ett beslut om ny utgift som för de utgifter som anses omfattas av budgetbeslutet.

Det finns inget krav på att en ny utgift under budgetåret ska motsvaras av en ny finansiering, utan en ny utgift kan mycket väl rymmas inom ramen för redan beslutad budget och finansiering. Det finns heller inget krav om att varje beslut om ny utgift måste medföra beslut om tilläggsanslag. Budgeten omfattar inte bara vid tidpunkten för budgetbeslutet beslutade utgifter i verksamheten. Utgiftsbeslut tas löpande under verksamhetsåret på olika nivåer i verksamheten och så måste det helt naturligt vara om verksamheten ska fungera. Skulle man tolka bestämmelsen i 8 kap 12 § på det sätt som klaganden anför skulle det innebära att samtliga utgiftsbeslut under löpande verksamhetsår skulle följas av ett beslut om tilläggsanslag och innehålla redogörelse för ny finansiering.

Den faktiska innebörden av fullmäktigebeslutet är att de utgifter som deltagande i projektet medför ska rymmas inom den budgetram som fullmäktige anslagit till område förtroendevalda politiker och att utgiften därmed också omfattas av den budget som har beslutats och den redogörelse för finansieringen som finns i

budgetbeslutet. Punkten 3 i det överklagade beslutet strider därför inte mot bestämmelsen i 8 kap 12 § kommunallagen.

Klaganden har inte anfört några omständigheter som kan ligga till grund för upphävande av fullmäktigebeslutet varför överklagandet ska avslås.

REGIONSTYRELSEN

Ann-Marie Johansson
Ordförande

Björn Eriksson
Regiondirektör

Bilaga: Finansplan 2016-2018

Finansplan 2016-2018

BUDGET OCH EKONOMISKA RAMAR 2016

VERSION 1 2015-05-12
DNR:RS/822/2015
BESLUTAD AV: REGIONFULLMÄKTIGE 2015-06-17 § 89
ÄGARE: REGIONFULLMÄKTIGE

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

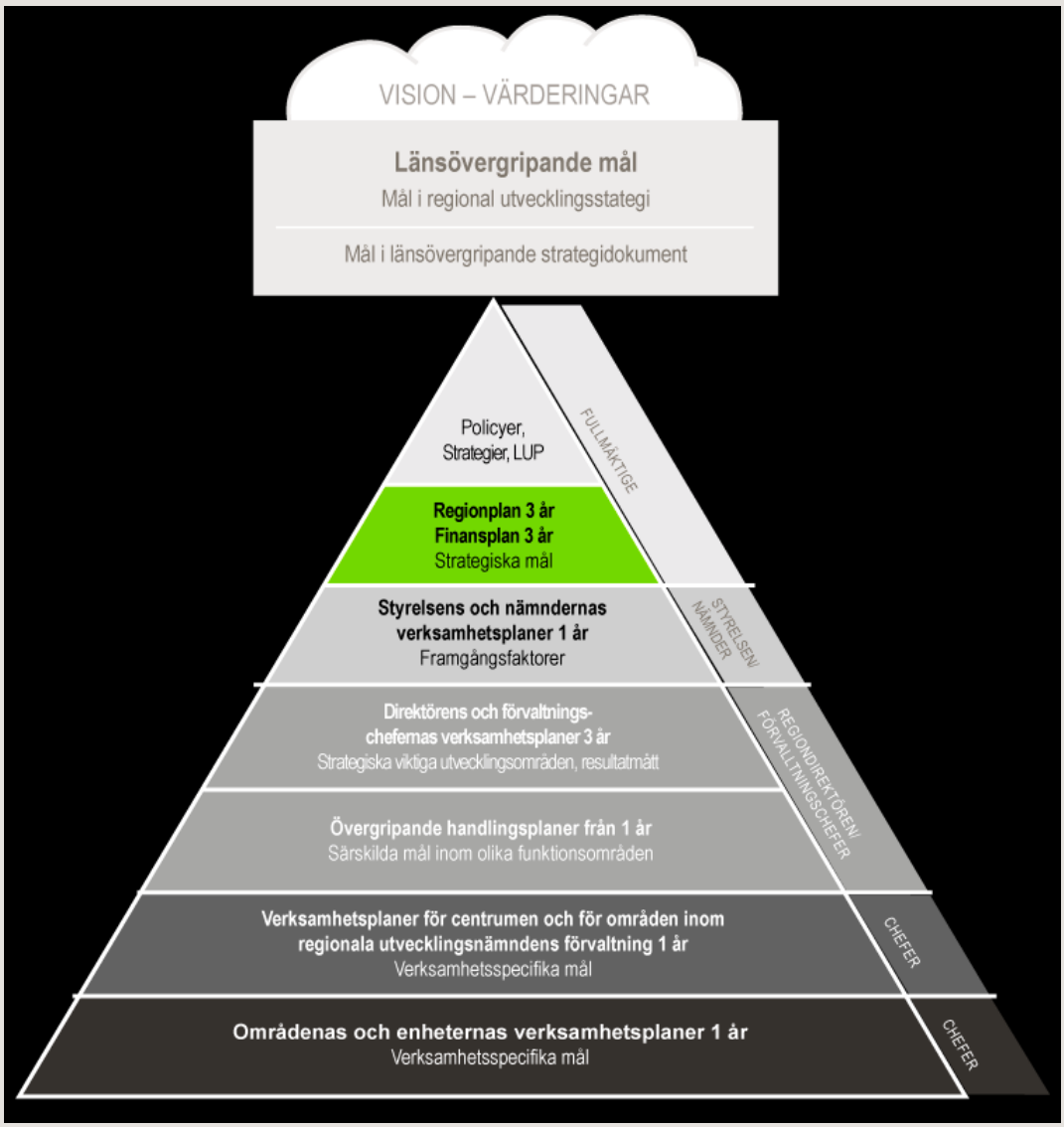
Finansplan

Finansplanen innehåller finansiella mål och planer för åren 2016-2018 samt budget, ekonomiska ramar, investeringsplan och taxor och avgifter för 2016.

Finansplanen hör ihop med regionplanen (Dnr RS/495/2015). De två planerna innehåller de övergripande mål som regionstyrelsen och de olika nämnderna har att utgå från i sitt arbete. Finansplanen utgår från policyer, mål i regionplanen, långsiktiga utvecklingsplan för god ekonomisk hushållning och andra övergripande styrdokument.

I bilaga 4 i regionplanen finns regionens styrmodell beskriven och där framgår vilka styrdokument som finns för Region Jämtland Härjedalen och hur de hör ihop.

Figur: Styrmodellen - styrdokument



Innehåll

Finansplan 2016-2018 1

Finansplan 2

Mot en ekonomi i balans genom politisk kraftsamling och samarbete över partigränserna 4

Planeringsförutsättningar 2016-2018 5

Planeringsförutsättningar 2016-2018 6

Regionens ekonomiska utveckling 6

Den samhällsekonomiska utvecklingen 7

Befolkningsutveckling 8

Region Jämtland Härjedalens finansiering 9

Skatteintäkter 10

Utjämningssystemet 10

Generella statsbidrag 10

Finansiella intäkter och kostnader 10

Budgetramar per nämnd samt finansiering 2016-2018 11

Ekonomimodell 12

Budgetramar 12

Förändring budgetramar 15

Avkastningskrav 15

Resultatförbättrande åtgärder 15

Investeringstak 16

Finansiella mål samt resultat-, balans- och finansieringsbudget 17

Finansiella mål 18

Långsiktigt hållbar ekonomi 18

Kostnadskontroll 18

Avtalstrohet 18

Investeringstak 18

Resultat-, balans- och finansieringsbudget 19

Resultatbudget 19

Balansbudget 20

Finansieringsbudget 21

Bilagor 22

Bilaga 1: Fastighetsinvesteringsplan 2016-2018 23

Bilaga 2: Avgifter och taxor 25

Bilaga 3: Regionens engagemang i bolag, stiftelser och förbund 29

Bilaga 4: Ordlista och förkortningar 30

Mot en ekonomi i balans genom politisk kraftsamling och samarbete över partigränserna

Vård efter behov som är likvärdig övriga landet. Så ska sjukvården i Region Jämtland Härjedalen vara. Den medicinska utvecklingen går snabbt och vi kan göra allt mer för allt fler allt högre upp i åldrarna.

Den allt bättre vården ska finansieras och det har vi inte klarat i Jämtlands läns landsting. De senast fyra åren har sjukvården haft stora underskott och den ekonomiska situationen är väldigt allvarlig. Region Jämtland Härjedalen är ytterst nära ett läge där löner måste betalas med lånade pengar. Det är inte ett alternativ. Varje generation måste betala den vård och välfärd den förbrukar.

Underskottet i vården påverkar också övriga områden i Region Jämtland Härjedalens verksamhet. Finansplanen är ytterst återhållsam och innehåller inga åtgärder eller förbättringar som kräver ökad finansiering.

Steg för steg ska Region Jämtland Härjedalen närma sig god ekonomisk hushållning. Det allvarsamma läget kräver en politisk kraftsamling och samarbete över partigränserna. Partierna i regionfullmäktige tar ansvar för nutid och framtid och ett samarbete har påbörjats.

Ann-Marie Johansson
Regionstyrelsens ordförande

Planeringsförutsättningar 2016-2018

I detta kapitel redovisas förutsättningar som är viktiga för Region Jämtland Härjedalens ekonomiska planering inför åren 2016 - 2018

Planeringsförutsättningar 2016-2018

- Region Jämtland Härjedalens ekonomiska läge är allvarligt. Resultat 2014 var– 162 miljoner kronor, prognos 2015 är – 265 miljoner kronor, prognos för ackumulerat underskott 2015 att återställa enligt balanskravet är 602 miljoner kronor.
- Övergripande finansiell inriktning är att uppnå en stabil ekonomi som kännetecknas av långsiktighet och hållbarhet.
- Region Jämtland Härjedalens samlade intäkter sätter gränser för hur stora kostnaderna kan tillåtas vara.
- Anpassning till givna ramar är överordnat vid en eventuell målkonflikt med verksamhetens omfattning.
- I finansplanen fastställer regionfullmäktige finansiella ramar för respektive nämnd, skattesats samt resultat-, balans- och finansieringsbudget.
- Regionens ekonomiska utveckling.

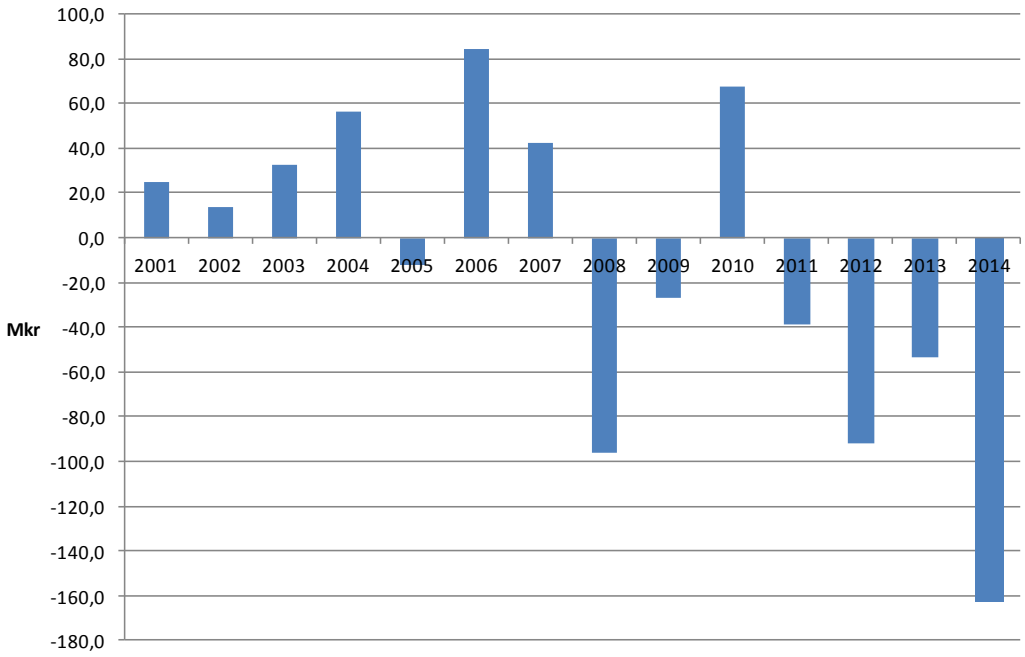
Regionens ekonomiska utveckling

Med undantag för 2010, då det tillfälliga konjunkturbidraget räddade ekonomin, har Region Jämtland Härjedalen (fram till 2015 Jämtlands läns landsting) de senaste sju åren haft ekonomiska underskott som blivit allt större. Förklaringen kan sammanfattas med en mycket svag utveckling av skatteintäkter och utjämningsbidrag, samt en nettokostnads-utveckling som ökat jämfört med tidigare låga nivåer. Regionen har under flera år det senaste decenniet fått ett lägre totalt utjämningsbidrag än år 2005. Fortfarande 2015, mer än tio år efter den omfattande förändringen av utjämningssystemet, får Region Jämtland Härjedalen mer än 100 miljoner kronor mindre från kostnadsutjämningen (inklusive strukturbidrag) än 2005.

Nettokostnadsökningen beror på en ökad efterfrågan på vård som följd av en större andel äldre medborgare. Dessutom har ett antal kostnadsslag ökat mer än den allmänna prisutvecklingen. Ett exempel är kostnaden för drivmedel vilket har bidragit till mycket högre kostnader för alla transporter – både kollektivtrafik och sjukresor och ambulanstransporter. Kostnaderna för den högspecialiserade riks- och regionvården tar också en allt större del av resurserna i anspråk. Riks- och regionvården har de senaste åren ökat med över sex procent per år. På grund av stora svårigheter att rekrytera läkare har regionens kostnader för stafettläkare ökat kraftigt. Under slutet av 2014 kom även bristen på sjuksköterskor att innebära köp från bemanningsföretag. Den trenden har även förstärkts under inledningen av 2015.

Ovanstående kostnadsökningar ger en extra stor effekt på Region Jämtland Härjedalens ekonomi på grund av regionens unika struktur. Utöver det har även bemanning med egen personal ökat, vilket inneburit en hög kostnadsutveckling. Utförd tid ökade ca 2,5 % jämfört med 2013.

Jämtlands läns landstings resultat, inklusive tillfälligt konjunkturbidrag 2010, exkl RIPS-effekter 2001-2014



De kostnader som Region Jämtland Härjedalen lättare har kunnat kontrollera, har hållits nere under lång tid. Fastighetsinvesteringarna är exempelvis på en mycket låg nivå jämfört med övriga regioner och landsting. Nu är behoven stora att bygga om sjukhuset för att anpassa det efter nutida krav på logistik och patientsäkerhet – investeringar som skulle underlätta en effektivisering av vården.

Mot bakgrund av nya prishöjningar för vissa varor och tjänster inför 2015, **saknar Region Jämtland Härjedalen nu enligt prognos i april 2015 ca 265 miljoner kronor för att nå en ekonomi i balans**. Om en god ekonomisk hushållning ska uppnås, behövs ytterligare 60-70 miljoner kronor, det vill säga **mer än 300 miljoner kronor**.

Vid en jämförelse med övriga landsting har Region Jämtland Härjedalen haft den sämsta utvecklingen av det egna kapitalet sedan 2003, trots att regionens nettokostnadsökning under samma period legat under ökningstakten i övriga landsting.

Den samhällsekonomiska utvecklingen

Den svenska konjunkturen går överraskande bra. Till och med exportnäringen som länge legat relativt stilla ökade under fjärde kvartalet 2014. Framför allt ökade tjänsteexporten. Ekonomin väntas nu växa där hushållen tillsammans med bygginvesteringar är viktigt motorer. Detta bidrar till att arbetsmarknaden förbättras ytterligare och sysselsättningen väntas öka med ca 1,5 % 2015. Inflationen förblir låg och kommer ligga långt under Riksbankens mål (2%). Inflationsmålet är och ses som en central hörnsten i svensk ekonomisk politik. Den skapar stabila spelregler och bidrar till en god och långsiktigt stabil tillväxt.

Globalt är bedömningen att det huvudsakligen är de så kallade mogna ekonomierna som driver tillväxten. Det låga oljepriset är givetvis en viktig stimulans för alla dessa länder. Att oljepriset närmast har halverats stärker de amerikanska hushållens köpkraft. USA: s BNP bedöms växa med lite drygt 3 % under 2016.

Även tillväxttakten inom eurozonen har förbättrats. Givetvis gynnas även euroländerna av det låga oljepriset. Orosmolnen är dock fortsatt många med skuldsättningen som är mycket hög inom flera områden och handelsrestriktioner och recession i Ryssland påverkar export och investeringsviljan negativt. Viktigt är givetvis att ekonomin ljusnar för tysk ekonomi och att den spanska återhämtningen fortgår. BNP-utvecklingen bedöms med tanke på detta bli blygsam och uppgå till ca 1,5 % för 2016.

SKL bedömer att skatteunderlaget totalt 2016 kommer realt att öka med 2,1 %, vilket är betydligt mer än normalt. Skatteunderlagstillväxten beror främst på att den automatiska balanseringen av allmänna pensioner ger en extra höjning av pensionsinkomsterna. Även höjningen av taket för arbetslöshetsersättningen som regeringen föreslog i vårändringsbudgeten slår igenom med en helårseffekt och påverkar ökningen av skatteunderlaget kommande år.

Befolkningsutveckling

Prognosen för den framtida befolkningsutvecklingen är en svag ökning. Den demografiska sammansättningen har inneburit att andelen äldre ökat, och med det ett ökat behov av hälso- och sjukvård.

Inkomstutjämningsbidraget som fördelas mellan landsting/regioner baseras på antalet invånare 1 november föregående år. En förutsättning för en positiv utveckling av bidraget är att länets befolkning måste procentuellt öka mer än rikets för att inte de invånarrelaterade bidragen ska urholkas. För Region Jämtland Härjedalen bedöms befolkningsökningen bli lägre än genomsnittet för riket vilket innebär en urholkning av bidraget.

Inom landstingssektorn konstaterar SKL sambandet mellan befolkningsutveckling och ekonomiskt resultat. Alla landsting som redovisar överskott vart och ett av de senaste tio åren har haft en positiv befolkningsutveckling.

Region Jämtland Härjedalens finansiering

I det här avsnittet redovisas förutsättningar för hur Region Jämtland Härjedalens verksamhet finansieras avseende skatteintäkter, utjämningssystem samt finansiella intäkter och kostnader.

Skatteintäkter

Skatteintäkterna motsvarar ca 64 % av Region Jämtland Härjedalens totala intäkter. Skatterna är beroende av samhällsekonomins utveckling samt den skattesats som fastställs av regionens förtroendevalda. För att uppfylla regionfullmäktiges mål om god ekonomisk hushållning och genomföra planerade investeringsvolymer krävs en resultatnivå på ca 60-70 miljoner kronor. Preliminär skatt för 2016 budgeteras enligt prognos för det slutliga skatteunderlaget 2014, uppräknat till 2016 års nivå. Budget för preliminärskatt och avräkning utgår från SKL:s prognos i april. Skattesatsen för 2016 föreslås vara 11,20 vilket är oförändrat jämfört med 2015. I beräkningarna har antagits att länets befolkning är oförändrad i antal jämfört med 1/11 2014.

Finansiering (miljoner kronor)	Utfall 2014*	Prognos 2015	Budget 2016	Plan 2017	Plan 2018
Skatteintäkter	2 427	2 619	2 739	2 831	2 924
varav					
Preliminärskatt	2 431	2 612	2 739	2 831	2 924
Avräkning skatteintäkter	-4	7	0	0	0
Utjämningssystemet	646	659	657	660	665
varav					
Inkomstutjämningsbidrag	529	564	579	594	612
Kostnadsutjämningsbidrag	48	49	49	50	52
Strukturbidrag	101	101	101	101	101
Regleringsavgift	-32	-55	-72	-85	-100
Läkemedelsbidrag	287	305	292	292	292

*Avser endast Jämtlands läns landsting 2014

Utjämningssystemet

Beloppen i utjämningssystemet baseras på preliminära uppgifter enligt SKL:s prognos i april 2015. Det slutliga utfallet av utjämningen 2016 fastställs i december 2015. Totalt för 2016 erhålls preliminärt 657 mkr för utjämningen. Utjämningen för 2016 påverkas av Region Jämtland Härjedalens förändringar i skatteunderlag samt kostnadsstruktur.

Generella statsbidrag

I mars 2015 godkände Sveriges Kommuner och Landstings styrelse en överenskommelse om statens bidrag till landstingen för läkemedelsförmånerna m m. Överenskommelsen gäller för år 2015. I bidraget ingår bland annat ersättning för 70 % av den beräknade kostnaden för hepatitläkemedel 2015 (för regionen ca 11 mkr). Överenskommelsen innehåller en vinst- och förlustdelningsmodell där återbetalning eller ytterligare statlig finansiering kan komma ifråga om kostnaderna avviker mer än 3 % av överenskommet belopp. Detta gäller landstingens kostnad som helhet. För 2016 och framåt finns ingen överenskommelse och därför budgeteras läkemedelsbidraget till Region Jämtland Härjedalen på samma nivå som överenskommits 2015.

Finansiella intäkter och kostnader

Budgeten för finansiella kostnader åren 2016-2018 avser till största delen pensionsförvaltarens prognostiserade finansiella kostnad för intjänandedelen på pensionsskulden för respektive år. Den finansiella kostnaden för pensioner består av ränte- och basbeloppsuppräkningar. För 2016 beräknas den finansiella kostnaden för pensioner till 15,7 miljoner kronor.

Övrig finansnetto avser framförallt ränteintäkter på likvida medel samt avkastning på placeringar.

Realisationsvinster och förluster budgeteras inte.

Budgetramar per nämnd samt finansiering 2016-2018

I det här avsnittet redovisas hur Region Jämtland Härjedalens ekonomiska ramar fördelats mellan nämnder samt det investeringstak som gäller för regionen som helhet.

Ekonomimodell

De ekonomiska ramarna utgår från en skattesats som är 11,20 kronor. 2016-2018 års ekonomiska ramar har, förutom när det gäller läkemedelskostnader i primärvården, räknats upp med 2,4 % vilket motsvarar Landstingsprisindex (LPIK inkl läkemedel) i SKL:s aprilprognos. Läkemedelskostnaderna i primärvården har inte räknats upp.

Vid regionfullmäktige i juni fastställs finansplan med budgetramar per nämnd enligt nedan.

Under hösten pågår arbetet med att fördela budgetramar inom respektive nämnd. Inom nämnderna är ramuppräkningen differentierad avseende t ex lönekostnader, riks- och regionvård, läkemedel och övriga kostnader. I november beslutar respektive nämnd om fördelning av budgetram inom nämnden.

Vid fullmäktiges möte i november tas beslut om eventuella justeringar i finansplanen.

Budgetramar

Speciella satsningar / Ofinansierade behov / Inprioriteringar etc

I nedanstående tabell beskrivs satsningar och behov där beslut tagits om eventuellt införande, avslag, hantering och eventuell finansiering.

Nämnd (tkr)	Objekt	2016	2017	2018	Genomförs ja/nej	Finansiering
Region styrelse	Prio-grupp 1. Patienter i behov av postoperativ vård och övervakning, Natt öppen uppvakningsavdelning	2600	2600	2600	Nej	-
Region styrelse	Prio-grupp 1. Akuta tillstånd i behov av ambulanstransporter. Utöka ambulansresurser.	2400	2400	2400	Nej	-
Region styrelse	Prio-grupp 1. Osteoporos patienter. Läkemedel/injektionsbehandling hos patienter över 75 år som har haft en kot- eller höftfraktur	1400	1400	1400	Nej	-
Region styrelse	Kranskärlssjukdom. Fysisk träning inom hjärtrehabilitering.	450	450	450	Nej	-
Region styrelse	Prio-grupp 1. Funktionsnedsättning i form av trötthet, nedsatt koncentrationsförmåga, oro, psykisk diagnos eller demens. Införande av tyngdtäcke i Hjälpmedelscentralens sortiment	900	900	900	Ja	Finansieras via omfördelning inom befintlig budgetram. Inget ramtillskott.
Regional utvecklingsnämnd	Infrastruktur Norrtåg. Bolagsadministration, internet ombord, hjulsvarv i Umeå.	900	900	900		Beslut tas i regionala utvecklingsnämnden. Inget ramtillskott.

Nämnd (tkr)	Objekt	2016	2017	2018	Genomförs ja/nej	Finansiering
Regional utvecklingsnämnd	Infrastruktur Länstrafiken. Trafikavtal Ragunda, Underskott Bussgods, Förstärkningskostnad, rabatt för ungdom och seniorer, förberedelse för kontantfritt.	2600	2600	2600		Beslut tas i regionala utvecklingsnämnden. Inget ramtillskott.
Regional utvecklingsnämnd	Infrastruktur Länstrafiken Varumärke. Strategi, info, fordonslackering med kringkostnader, hållplatsstoppar m m	5575			Nej	-
Regional utvecklingsnämnd	Kompetens och utbildning Integrationssamordnare. Regionen har ett samordnings- och utvecklingsansvar för främst kommunernas insatser inom ramen för samverkansavtalet mellan kommunerna och regionen	700	700	700		Beslut tas i regionala utvecklingsnämnden. Inget ramtillskott.
Regional utvecklingsnämnd	Kompetens och utbildning Kompetensplattformen. Regeringsuppdrag till regionerna utan särskild finansiering.	120	700	700		Beslut tas i regionala utvecklingsnämnden. Inget ramtillskott.
Regional utveckling nämnd	Attraktion och livsmiljö Demografi. Basverksamhet med två heltidstjänster inkl vissa kringkostnader. Ex samordning inflyttningsfrågor, statistikunderlag gällande befolkning, Medflyttarservice m m	1500	1500	1500		Beslut tas i regionala utvecklingsnämnden. Inget ramtillskott.
Regional utvecklingsnämnd	Attraktion och livsmiljö Samordnare mobilisering. Mobilisering mot droger. Nuvarande finansiering täcker endast 60 % av behovet.	450	450	450		

Nämnd (tkr)	Objekt	2016	2017	2018	Genomförs ja/nej	Finansiering
Regional utvecklingsnämnd	Nationalmuseum Norr Investeringsbidrag	500	1000	1700	Ja	Beslut Regionplan 2015-2017. Omfördelning budgetram mellan år.
Regional utvecklingsnämnd	Driftbidrag. Förskjutning ett år jämfört med beslut i Regionplan 2015-2017.			500	Ja	Beslut Regionplan 2015-2017. Omfördelning budgetram mellan år.
Finansförvaltningen	Hälsoval ersättning till privata entreprenörer	2000	1500	2800	Ja	Finansförvaltningen. Ramtillskott.

Budgetramar per nämnd samt finansiering

Budgetram enligt RF juni Miljoner kronor	Budget 2015	Budget 2016	Plan 2017	Plan 2018
Regionstyrelsen	2 423,9	2 529,5	2 590,2	2 668,0
Regionala utvecklingsnämnden	300,7	306,8	314,6	325,2
Vårdvalsnämnden	648,6	646,4	658,2	673,2
Revision	5,1	5,2	5,4	5,5
Patientnämnden	3,0	2,8	2,8	2,9
Förtroendevalda politiker	25,3	24,8	25,0	25,4
Finansförvaltningen	264,4	170,8	167,4	144,5
SUMMA BUDGETRAM ENLIGT RF juni 2015	3 671	3 686	3 764	3 845
FINANSIERING ENLIGT RF JUNI 2015				
Skatteintäkter	2 615	2 738	2 830	2 923
Inkomstutjämning	562	582	598	616
Kostnadsutjämning	55	46	47	49
Regleringsavgift/bidrag	-44	-72	-85	-100
Strukturbidrag	101	101	101	101
Läkemedelsbidrag	288	292	292	292
Finansiella intäkter	18	15	15	15
Finansiella kostnader	-20	-16	-34	-51
SUMMA FINANSIERING ENLIGT RF juni 2015	3 575	3 686	3 764	3 845
RESULTAT	-96	0	0	0

Förändring budgetramar

Regionstyrelsen: Under 2015 ska 12,9 miljoner omfördelas från Vårdvalsnämnden. 6 mkr har tillförts avseende kommande utvecklingskostnader för det vårdadministrativa systemet COSMIC samt 2,7 mkr avseende gemensam landstingsfinansiering av strålkanon på Akademiska sjukhuset. 25 mkr i medel för dyra vårdfall, i riks- och regionvården, har fördelats ut från Finansförvaltningen till verksamheterna i Regionstyrelsen. Inför 2016 har budgetramen minskats med 8,3 mkr avseende tillfälliga medel 2015 för bland annat varumärkesarbete i samband med regionbildning. Sänkning av internräntan har minskat budgetramen med 9,4 mkr. Från Regionstyrelsen har 5,6 mkr av uppräkningen för löner omfördelats till Finansen för eventuella riktade lönesatsningar.

Regionala utvecklingsnämnden: Budgetramen har sänkt med 0,5 mkr avseende internränta när det gäller internt hyrda lokaler. Anslag på 0,6 mkr till avseende Nationalmuseum Norr har flyttats fram till 2017 och 2018.

Vårdvalsnämnden: Under 2015 ska medel motsvarande 12,9 mkr avseende upphandlade privata vårdgivare föras över till Regionstyrelsen.

Revision: Anslaget 2016 har räknats upp med 2,4 % jämfört med 2015.

Patientnämnden: 0,3 mkr i tillfälliga medel för införande av nytt datasystem 2015 har återtagits. I övrigt har budgetram 2015 räknats upp med 2,4 %

Förtroendevalda politiker: 2015 års budget har räknats upp med 2,4 % exklusive de delar som avser arvoden. Frysning av arvoden under mandatperioden medför en kostnadssänkning med ca 2,1 mkr under planperioden 2016-2018. Budgetramen har även räknats ned med 0,8 mkr som avsåg tillfälliga medel för utbildning av nytt fullmäktige 2015.

Finansförvaltningen: Budgetramen förändras bland annat beroende på nya prognostiserade kostnader för pensioner samt med de omfördelningar som gjorts av budgetramar till andra nämnder.

Avkastningskrav

Inom regionstyrelsens verksamhet har Folktandvården ett avkastningskrav för 2016 på 5 miljoner kronor.

Resultatförbättrande åtgärder

Med anledning av att regionen prognostiserar (aprilprognos 2015) ett underskott för 2014 på –265 miljoner kronor har beslut tagits om ett antal resultatförbättrande åtgärder.

I den Långsiktiga utvecklingsplanen för god ekonomisk hushållning finns resultatförbättrande åtgärder motsvarande 10 miljoner kronor 2015, 38 mkr 2016, 30 mkr 2017 samt 29 mkr 2018.

Målsättningen är att uppnå god ekonomisk hushållning från och med år 2020.

Utöver detta har Regionstyrelsen i april 2015 beslutat om följande åtgärder:

- Genomlysning avbemanningssituationen. Målet är att under 2015 reducera ökningen av antalet årsarbetare 2014 med 50 % vilket skulle ge en besparing på ca 20 miljoner kronor.
- Översyn av effektivitet i styrningen med rådande organisatoriska indelning.
- Inleda en fördjupad diskussion med landstinget Västernorrland om samverkan och samordning av verksamhet och funktioner.
- Generell översyn av områden inom regionen som kan samordnas och därigenom ge en ökad kostnadseffektivitet.
- Inrättande av särskilt kompetenskonto där medel tillförs baserat på resultatförbättringens storlek

Investeringstak

Region Jämtland Härjedalen ska prioritera investeringar som kan bidra till att visionerna för regionen kan uppnås.

Regionfullmäktige ska fastställa ett tak för investeringar varje år. Det teoretiska investeringstaket utgörs av summan av årets resultat och avskrivningar. Det innebär att om resultatet är negativt och underskottet är större än årets avskrivningar finns egentligen inget teoretisk utrymme för investeringar. Därför är det viktigt att regionfullmäktige beslutar hur regionens totala investeringar ska vara.

För 2016 ska investeringstaket vara 96 miljoner kronor varav 36 miljoner kronor avsätts till fastighetsinvesteringar. 60 miljoner kronor avsätts till övriga investeringar.

Enligt regionens nya regler för investeringar kommer ett investeringsråd att driva en prioriteringsdiskussion och bland annat lämna förslag till lokala potter (till exempelvis centrum, förvaltningar, fastigheter, IT) samt större strategiska investeringar.

Finansiella mål samt resultat-, balans- och finansieringsbudget

I fullmäktiges uppgifter ingår enligt kommunallagen, 8 kap 5§, att för ekonomin ange de finansiella mål som är av betydelse för god ekonomisk hushållning. De målen preciseras i det här avsnittet. I det här avsnittet redovisas också resultat-, balans- och finansieringsbudget.

Finansiella mål

Långsiktigt hållbar ekonomi

För att uppnå det övergripande målet om en långsiktigt hållbar ekonomi krävs på längre sikt positiva ekonomiska resultat.

Mätetal	Mål för planperioden	Mål på längre sikt
Ekonomiskt resultat efter finansnetto som procentandel av verksamhetens budgeterade nettokostnader	0 %	2 %

Kostnadskontroll

God kostnadskontroll är viktigt för att uppnå god ekonomi. Därför sätts mål för hur stor nettokostnadsökningen maximalt får vara. Målet för nettokostnadsutvecklingen är baserat på de resultatförbättrande åtgärder som planerats.

Mätetal	Budget 2016	Plan 2017	Plan 2018	Mål på längre sikt
Nettokostnadsutveckling jämfört föregående år	0 %	0 %	0 %	Ej högre än ökningen av skatter och generella statsbidrag

Avtalstrohet

Ett verktyg för att begränsa nettokostnadsökningen är att i största möjliga mån göra inköp mot regionens upphandlade avtal. Avtalstroheten mäts som den andel av inköpen som skett mot upphandlade avtal.

Mätetal	Mål 2016	Mål 2017	Mål 2018	Mål på längre sikt
Avtalstrohet	90 %	92 %	95 %	Minst 95 %

Investeringstak

På lång sikt är målet att självfinansieringsgraden av investeringar ska vara 100 %. På kort sikt kommer inte detta att uppnås och därför blir det av regionfullmäktige beslutade investeringstaket begränsningen.

Mätetal	Mål 2016	Mål 2017	Mål 2018
Investeringstak	96 mkr	96 mkr	100 mkr

Resultat-, balans- och finansieringsbudget

Resultatbudget

Nedanstående resultatmål förutsätter besparingar i nivån 250-300 miljoner kronor

Miljoner kronor	Resultat 2014*	Budget 2015	Prognos 2015**	Budget 2016	Plan 2017	Plan 2018
Verksamhetens intäkter	519,0	578,0	590,4	586,0	598,0	610,0
Verksamhetens kostnader	-3 939,7	-4 138,0	-4 316,9	-4 163,3	-4 252,6	-4 345,7
Avskrivningar	-105,2	-109,0	-118,1	-109,0	-109,0	-109,0
Verksamhetens nettokostnader	**-3 525,9**	**-3 669,0**	**-3 844,6**	**-3 686,3**	**-3 763,6**	**-3 844,7**
Skatteintäkter	2 427,2	2 615,4	2 619,0	2 737,7	2 829,7	2 923,2
Statsbidrag läkemedel	287,3	287,9	304,6	292,0	292,0	292,0
Generella statsbidrag ***	645,6	671,8	659,3	657,3	660,9	665,2
Finansiella intäkter	19,0	17,9	18,2	15,0	15,0	15,0
Finansiella kostnader	-14,9	-20,0	-21,5	-15,7	-34,0	-50,7
Årets resultat	**-161,8**	**-96,0**	**-265,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**

* Avser endast organisationen Jämtlands läns landsting

** Prognos efter april 2015

***) Generella statsbidrag	Budget 2016	Plan 2017	Plan 2018
Inkomstutjämning	582,6	597,8	615,9
Kostnadsutjämning	48,7	50,0	51,5
Regleringsavgift/bidrag	-72,3	-85,1	-100,5
Strukturbidrag	101,1	101,1	101,1
Överföring statsbidrag till kommunerna	-4,1	-4,1	-4,1
LSS statsbidrag/barnhabilitering landstingets del	1,2	1,2	1,2
Summa	**657,3**	**660,9**	**665,2**

Balansbudget

I plan 2016-2018 förutsätts att avsättningar görs till pensionsportföljen för att på sikt motsvara avsättningen till kommande utbetalningar av pensioner (exklusive ansvarsförbindelsen för pensioner).

Miljoner kronor	Budget 2016	Plan 2017	Plan 2018
TILLGÅNGAR			
Anläggningstillgångar			
Fastighet och inventarier	897,1	886,1	877,1
Värdepapper, andelar mm	53,8	53,8	53,8
Långfristiga fordringar	0	0	0
Summa anläggningstillgångar	**950,9**	**939,9**	**930,9**
Omsättningstillgångar			
Förråd	14,0	14,0	14,0
Kortfristiga fordringar	52,7	27,7	52,7
Kortfristiga placeringar	302,7	302,7	302,7
Pensionsportföljen	821,0	1046,0	1271,0
Likvida medel	78,6	93,8	102,9
Summa omsättningstillgångar	**1269,0**	**1484,2**	**1743,3**
SUMMA TILLGÅNGAR	**2219,9**	**2424,1**	**2674,2**
SKULDER			
Eget kapital			
Eget kapital	263,4	263,4	263,3
Årets resultat	0,0	0,0	0,0
Summa eget kapital	**263,4**	**263,3**	**263,4**
Avsättningar			
Avsättning pensioner	1 186,8	1 291,1	1 441,1
Summa avsättningar	**1 186,8**	**1 291,1**	**1 441,1**
Skulder			
Långfristiga skulder	104,0	203,9	303,9
Kortfristiga skulder	665,7	665,8	665,8
Summa skulder	**769,7**	**869,7**	**969,7**
SUMMA EGET KAPITAL, AVSÄTTNINGAR OCH SKULDER	**2219,9**	**2424,1**	**2674,2**
Ansvarsförbindelse pensioner	1920	1899	1895
Ansvarsförbindelse löneskatt	466	461	460

Finansieringsbudget

Köp av värdepapper avser placering i pensionsportfölj.

Miljoner kronor	Budget 2016	Plan 2017	Plan 2018
Tillförda medel			
Internt tillförda medel	185,9	213,3	259,0
Förändring av kortfristiga placeringar	0,0	0,0	0,0
Förändringar av kortfristiga fordringar	50,0	25,0	-25,0
Minskning av långfristiga fordringar	0,0	0,0	0,0
Ökning av långfristiga skulder	100,0	100,0	100,0
Summa tillförda medel	**335,9**	**338,3**	**334,0**
Använda medel			
Nettoinvesteringar	-96,0	-98,0	-100,0
Köp av värdepapper	-225,0	-225,0	-225,0
Minskning av långfristiga skulder	0,0	0,0	0,0
Summa använda medel	**-321,0**	**-323,0**	**-325,0**
Förändring likvida medel	**14,9**	**15,3**	**9,0**

Internt tillförda medel, år 2015, miljoner kronor.	
Årets resultat	0,0
Avskrivningar	109,0
Ökning pensionsskuld inkl räntekostnader	76,9
Summa	**185,9**

Bilagor

Bilaga 1 Fastighetsinvesteringsplan 2016-2018
Bilaga 2 Avgifter och taxor
Bilaga 3 Regionens engagemang i bolag, stiftelser och förbund etc
Bilaga 4 Ordlista

Bilaga 1: Fastighetsinvesteringsplan 2016-2018

(150422)

År/Investering tkr				
	2016	**2017**	**2018**	
Aktivitet/Lokal	**40000**	**40000**		**Kommentarer**
Tillgänglighetsanpassningar	200	200	200	Kontinuerlig tillgänglighetsanpassningar av vårt fastighetsbestånd.
Energiåtgärder	2 000	2 000	2 000	Större investeringar som syftar till att minska energikostnader för landstinget (belysning, vent, klimatskal). Viktigt för att klara energimålen.
Hissar	5 500	5 000		Nya hissar i höghuset totalkostnad ca 18 miljoner varav 7,5 miljoner avsatt 2015. En hiss ska brandklassas för säkrare brandinsats.
Ombyggnad plan 6 mm	7 500	20 000	10 000	Ombyggnad av lokaler för kirurgi och ortopedmottagning samt anpassning av övriga ytor inom sjukhuset som är en förutsättning för ombyggnaden på plan 6. Projektet pågår sedan 2013.
Odensala HC	2 500			Uppdatering av Odensala HC, projektet pågår och 2,5 miljoner är avsatt 2015.
Centraloperation	2 000			Ombyggnad av 4 salar för bättre flöde och uppdukning samt förbättrad mottagning. 5 miljoner avsatt under 2015.
Trådlöst nätverk	4 000			Installation samt anpassning av huset för att möjliggöra ett heltäckande trådlöst nätverk.
Renovering av pannrum las	1 500	1 000		Teknisk livslängd av utrustning i "pannrummet" i Östersunds sjukhus har gått ut, stort investeringsbehov som ej ryms i vanliga underhållsbudgeten.
Akuten	500			Förändrad patientmottagande för triage med seniorläkare samt höjd säkerhet beträffande inpassage till akutvården av patienter och anhöriga.
Psykiatri	1 000			Ombyggnad och anpassning för att uppfylla myndighetskravet att separera barn och vuxna i vården.
Plan 8	4 000	1 000		Anpassning av lokalen för färre inneliggande patienter och ökad dagvård. Ombyggnad av två avdelningar till en verksamhet.
Funäsdalens HC	5 000	?		Bygga om lokalen så att nuvarande brister avseende patientflöde, hygien och arbetsmiljö förbättras.

År/Investering tkr				
	2016	**2017**	**2018**	
Aktivitet/Lokal	**40000**	**40000**		**Kommentarer**
Specialisttandvården		11 000		Förändring av logistik och utökade lokaler i hus 12 för att klara tandvårdens uppdrag
"Regionlokaler"				Anpassning av lokaler för gemensam regionbildning, lösning ej klar ännu.
BUP				Rivningskostnad för att använda tomten på annat sätt.
Produktionskök				Nytt produktionskök samt anpassning av alla patientkök kostar ca 40 miljoner och finansieras på annat sätt och belastar inte denna investeringsplan.
Summa	**35 700**	**40 200**	**12 200**	

Bilaga 2: Avgifter och taxor

Avgifter och taxor specificeras i Region Jämtland Härjedalens avgiftshandbok. Arbete för att förändra avgifts- och taxesystemet pågår.

Öppen vård		**Avgift 2016 (kr)**
Läkarbesök		
Primärvård	Dagtid	150
	Asylsökande	50
Privata offentligt finansierade allmänläkare	Jourtid	250
	Hembesök dagtid	200
Specialiserad vård **Privata offentligt finansierade specialistläkare**	Akuta besök utan remiss	300
	Akuta besök med remiss	0
	Planerade besök:	
	Första besök efter remiss	100
	Preoperativ bedömning inför inläggning	100
	Övriga besök (återbesök)	250
Primär- och specialiserad vård	Provtagningar, utan koppling till planerat besök	0
	Röntgen, utan koppling till planerat besök	0
	Telefonrecept, remiss för fotvård	60
	Kvalificerad telefonrådgivning som ersätter ett besök	100
	Oplanerade återbesök på grund av försämrat tillstånd inom 24 timmar	0
Sjukvårdande behandling		
Besök hos distrikts-/sjuksköterska, sjukgymnast, logoped, psykolog, dietist, fotterapeut, kurator, arbetsterapeut m.fl. yrkeskategorier som utövar sjukvårdande behandlingar.		100
Besök sjukvårdande behandling asylsökande		25
Avgifter i samband med intyg för körkort efter rattonykterhet		
	Läkarbesök	150
	Provtagning	100
	Intyg enligt timtaxa, se grupp 4 nedan.	
Intyg, Hälsokontroller		
Intyg och vissa hälsokontroller debiteras enligt följande gruppnivåer. **För intygen tillkommer moms.**		
Grupp 1		0

Öppen vård		Avgift 2016 (kr)
Grupp 2		300
Grupp 3	**Timtaxa**. Annan vårdgivare än läkare som självständigt utfärdar intyg.	500
Grupp 4	**Timtaxa**. Avser läkare, lägsta avgift 500 kr. Tid därutöver 250 kronor per påbörjad 15-minutersperiod.	1 000
Gynekologisk hälsokontroll		
Gyn cytologiskt cellprov		150
Screening		
Mammografi screening		150
Aortascreening		150
Vaccinationer		
Avgift vid vaccination ska alltid uttas med besöksavgift plus vaccinkostnad även när vaccinationen ges i samband med läkar- eller distriktssköterskebesök på grund av sjukdom.		
Läkarkontakt	Vaccinationskostnad tillkommer vid läkarkontakt.	300
Sjuksköterskekontakt	Vaccinationskostnad tillkommer vid sjuksköterskekontakt.	300
Riskgrupper och ålder över 65 år	Undantag ska gälla vid vaccination mot influensa till personer över 65 år samt medicinska riskgrupper, där en total avgift i stället tas ut.	75
Adoptionsresa	I samband med adoptionsresor ska varken besöksavgift eller avgift för vaccination uttas. Gäller föräldrar och syskon.	0
Resevaccination	Kostnad för vaccin samt en hanteringskostnad på 100 kronor per vaccin tillkommer.	300
Hjälpmedel		
Avgift vid första besöket plus en utprovning		100
Hörselhjälpmedel	Ordinationsavgift för hörapparat. Överskjutande kostnad över 3 500 kronor per hörapparat betalas av hörapparatbäraren.	500
	Utprovning av maskers	200
Synhjälpmedel	Avståndsglas alt bifokalglas/progressiva glas. Avgift per glasögonpar.	400
	Glasögonbidrag, per år, till barn 0-7 år	700
	Glasögonbidrag eller kontaktlinsbidrag, per år, till patienter som opererats för gråstarr.	1 000
Peruk och toupéer	Hanteras av hjälpmedelscentralen, se nedan.	
Ortopedtekniska hjälpmedel		
Avgift vid första besöket plus en utprovning		100
Egenavgift	Egenavgift resår-, termo- och tygkorsetter	600
Ortopediska skor	Egenavgift Vuxna	1 000
	Egenavgift Barn	300

Öppen vård		Avgift 2016 (kr)
Inlägg, ortoser		300
Hjälpmedelscentralens sortiment		
Hjälpmedelscentralens sortiment är uppdelat i: • **egenansvar/egenvårdsprodukter – kan inte fås som hjälpmedel** • **egenansvar med kostnadstak 300 kr** • **egenavgift – kan även vara årsavgift eller serviceavgift** • **deponeringsavgift – återbetalas när hjälpmedlet återlämnas** • **hjälpmedel som utlånas kostnadsfritt** **Hjälpmedelscentralens regler finns på www.jll.se**		
Tandvård		
Nedanstående patientavgifter ska gälla för nödvändig tandvård och tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling. Högkostnadsskyddet gäller för besöken. För barn och ungdomar till och med det kalenderår de fyller 19 år gäller den avgiftsfria barn- och ungdomstandvårdens regler. Från och med den 1 januari det år patienten fyller 20 år till 20-årsdagen ska ingen patientavgift tas ut.		
Allmäntandläkare	Dagtid	150
	Jourtid	250
Specialisttandläkare	Dagtid	250
	Övrig tid	250
Tandhygienist		100
Ambulanstransport		
Eventuell befrielse av avgift t ex flera transporter under kort tidsperiod enligt riktlinjer.		
Avgiften uttas ej av barn och ungdomar		
Avgift per ambulanstransport		150
Särskilda avgiftsbefrielser		
Barn & ungdomar	Avgiftsbefrielsen för barn och ungdomar intill 20-årsdagen ska fortsätta. Detta gäller för läkarbesök och sjukvårdande behandlingar inom primär- och länssjukvård samt hos privata, offentligt finansierade vårdgivare. För ungdomspsykiatrisk mottagning gäller avgiftsbefrielse intill 23-årsdagen.	-
	Uttag av patientavgift görs i dessa fall ej heller vid telefonrådgivning.	
Patienter utskrivna enligt LPT och LRV	I enlighet med vad som gällt under 2010 ska patienter som varit inskrivna på sjukhuset enligt LPT (lagen om psykiatrisk tvångsvård) och LRV (lagen om rättspsykiatrisk vård) vara befriade från patientavgift vid återbesök på psykiatriska kliniken inom sjukhuset.	-
Avgiftstak för patientavgift öppen vård		
Högkostnadsskydd	Avgiftstaket för sjukvårdsavgifter.	1 100
Debitering vid uteblivna patientbesök		
Patient som uteblir från ett bokat besök utan att ha meddelat mottagningen debiteras gällande patientavgift. Detta gäller även då patient har frikort, är avgiftsbefriad		

Öppen vård		Avgift 2016 (kr)
(barn/ungdom, värnpliktig eller smittskyddsfall) samt enligt nedanstående vid:		
Mödravårdscentraler	Barnmorska	100
	Läkare	150
Barnavårdscentraler	Sjuksköterska	100
	Läkare	150
Röntgenverksamhet		250
Vaccinationer	Besök hos sjuksköterska	300
	Besök hos läkare	300
Hörcentralen		100
Fys lab		250
Lab.undersökningar		100

Sluten vård		Avgift 2014 (kr)
Av patienter som intas enligt LPT (lagen om psykiatrisk tvångsvård) eller LRV (lagen om rättspsykiatrisk vård) uttas ej avgift. **Vid inläggning för operation, som inställs på grund av bristande kapacitet eller överbeläggning, uttas ej avgift.**		
Ålder:	0 - 19 år	0
	20 - 64 år	100
	65 år och äldre	80
Personer under 40 år med hel sjuk- eller aktivitetsersättning erlägger en och samma avgift från och med första vårddagen.		50
Avgifter då remittenten inte är verksam enligt lagen om läkevårdsersättning		
Patientavgiften avskaffas vid besök på röntgen, fys lab och isotoplab. Motsvarande avgift tas i stället ut av den remitterande läkaren.		
När patient besöker klin lab för provtagning, debiteras den remitterande läkaren 100 kr + avgift för analys av provet enligt prislista.		

Bilaga 3: Regionens engagemang i bolag, stiftelser och förbund

Region Jämtland Härjedalens verksamhet kan bedrivas i annan form än inom förvaltningsorganisationen om medborgarnyttan bedöms bli högre än om verksamheten drivits inom den egna organisationen. Samverkan med andra kan ibland vara ett alternativ. Arbetet med koncernfrågorna inom regionen utgår från den policy om ägarstyrning som antogs av landstingsfullmäktige i april 2006.

När Region Jämtland Härjedalen använder sig av begreppet ”koncernen” avses regionens verksamhet, hel- eller delägda aktiebolag, stiftelser där regionen är engagerat, bostadsrättsföreningar, kommunalförbund, finansiella samordningsförbund och gemensamma nämnder. I koncernredovisningen inkluderas företag där regionen utövar väsentligt inflytande. Med väsentligt inflytande menas att regionen har en röstandel motsvarande minst 20 procent eller tillsätter minst 20 procent av styrelseledamöterna.

Koncernen 2016

Bolag	
Landstingsbostäder i Jämtland AB	Helägt bolag, 100 procent.
Vattenbrukcentrum Norr AB	Delägt bolag, 20 %.
Almi Företagspartner Mitt AB	Delägt bolag, 24,5 %
Torsta AB	Delägt bolag, 40 %
Länstrafiken i Jämtlands län AB	Helägt bolag, 100 procent.
Stiftelser	
Stiftelsen Jamtli	Det regionala basbidraget till stiftelsens drift ersätts med, 65% av Region Jämtland Härjedalen och 35% av Östersunds kommun, vilket utgör ca 30% av stiftelsens ekonomiska årsomsättning.
Stiftelsen Zenit	Jämtkraft AB:s stiftelse för forskning, Östersunds kommun, Mittuniversitetet och Region Jämtland Härjedalen.
Bostadsrättsföreningar	
Bostadsrättsföreningen Åkerärtan	Region Jämtland Härjedalens andel 64 procent av andelskapitalet
Bostadsrättsföreningen Lugnviks centrum	Region Jämtland Härjedalens andel 10 procent
Bostadsrättsföreningen Torvalla centrum	Region Jämtland Härjedalens andel 16 procent
Övrigt	
Kommunalförbund och finansiellt samordningsförbund	Norrlandstingens regionförbund (medlemmar är de fyra norrlandstingen) Finansiellt samordningsförbund syftar till att ge förbundsmedlemmarnas aktörer (kommuner i Jämtlands län, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen samt Region Jämtland Härjedalen) bättre möjligheter att samordna och prioritera gemensamma insatser.
Gemensamma nämnder	Gemensam nämnd för upphandling, lagerhållning och distribution av sjukvårdsprodukter (Region Jämtland Härjedalen och alla kommuner i länet) Närvård frostviken (Strömsunds kommun och Region Jämtland Härjedalen)

Bilaga 4: Ordlista och förkortningar

Anläggningstillgång/omsättningstillgång
Ett landsting har två sorters tillgångar: anläggningstillgångar och omsättningstillgångar.

Anläggningstillgångar är avsedda att användas eller ägas av verksamheten under längre tid. Dessa kan delas in i:

- materiella – till exempel maskiner, inventarier och fastigheter
- finansiella– till exempel aktier i dotterbolag
- immateriella– till exempel goodwill, patent- och licensrättigheter.

Motsatsen är **omsättningstillgångar**. Dessa är avsedda att på kort sikt säljas, förbrukas eller på annat sätt omsättas i verksamheten. Exempelvis likvida medel (pengar), varor i lager eller fordringar på kunder och leverantörer.

Avsättning
En skuld som är oklar när det gäller beloppet eller vid vilken tidpunkt den förfaller. En avsättning ska redovisas i balansräkningen om företaget förväntar sig en händelse där det är troligt att det kommer krävas resurser för att klara av åtagandet – och att företaget kan göra en uppskattning av det beloppet. Ett exempel på avsättning är kostnaden för pensioner.

Eget kapital
Värdet av ett företags tillgångar med avdrag för skulder och avsättningar. Om regionens resultat är positivt (överskott) ökar det egna kapitalet, medan ett negativt resultat (underskott) minskar det egna kapitalet.

IB (Ingående balans)
Det sammanlagda värdet av organisationens tillgångar, skulder och eget kapital vid årets början.

Investering
Inköp av anläggningstillgångar (till exempel fastigheter, utrustning eller maskiner) som är tänkta att användas inom organisationen i över tre år och har inköpsvärde på minimum ett halvt basbelopp.

Regionkoncernen
Region Jämtland Härjedalen med dess förvaltning samt de aktiebolag, ekonomiska föreningar och stiftelser där regionen har ett väsentligt inflytande.

Likvida medel
Organisationens penningtillgodohavanden i kontanter: kassa, postgiro, bank och bankgiro men även utländska sedlar och erhållna checkar.

LPIK
Prisindex med kvalitetsjusterade löner för landsting. Indexet används som underlag vid beräkningen av kostnaderna för löne- och prisutvecklingen i fasta löner och priser.

Nettoinvestering
Årets investeringsutgifter efter avdrag för årets försäljning och utrangering.

Nettokostnad
Verksamhetens intäkter (avgifter och ersättningar) minus verksamhetens kostnader (personal, material, tjänster och avskrivningar). Nettokostnaden finansieras med skatter och generella statsbidrag.

Resultat
Skillnaden mellan intäkter och kostnader under en viss period.

Resultaträkning
Uppställning som visar hur vinsten eller förlusten för perioden har uppkommit.

Skuld
Åtagande att i framtiden betala eller på annat sätt fullgöra en ekonomisk förpliktelse till någon utomstående. Skulder som förfaller till betalning inom ett år benämns kortfristiga skulder, övriga skulder benämns långfristiga.

FOTO FRAMSIDA: SCANDINAV BILDBYRÅ

Region Jämtland Härjedalen │ Box 654 │ 831 27 Östersund
063-14 75 00 │ region@regionjh.se │ www.regionjh.se

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

11

Svar på remiss av Socialstyrelsens rapport: Assisterad befruktning utanför kroppen med donerade könsceller

RS/777/2016

Tjänsteskrivelse
Regionstyrelsen

2016-08-02

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

RS/777/2016

Svar på remiss av Socialstyrelsens rapport: Assisterad befruktning utanför kroppen med donerade könsceller

Ärendebeskrivning

Region Jämtland Härjedalen har getts möjlighet att lämna synpunkter på Socialstyrelsens rapport Assisterad befruktning utanför kroppen med donerade könsceller.

Enligt gällande regelverk får befruktning utanför kroppen med donerade könsceller endast utföras vid universitetssjukhus. Socialstyrelsen föreslår i sin utredning att befruktning utanför kroppen med donerade könsceller ska få utföras vid andra vårdenheter än universitetssjukhus.

Som grund för förslaget föreligger jämförelser mellan universitetssjukhus och andra vårdenheter avseende hälsoutfall för barn och föräldrar. Jämförelsen bygger på resultat från svenska register, vetenskapliga studier och rapporter från Danmark, Finland och England. Dessa jämförelser har inte påvisat skillnader i utfall beroende på utförare.

Ett förslag till svar har upprättats inom Hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen.

Regiondirektörens förslag

1. Svar på remiss skickas till Socialdepartementet enligt upprättat förslag.

2. Paragrafen förklaras omedelbart justerad.

Utdrag till

Chef hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen

Carsten Dencker
Hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen
Tfn: 063-153475
E-post: carsten.dencker@regionjh.se

2016-08-02

Dnr RS/777/2016
S2015/05931/FS

Socialdepartementet
s.registrator@regeringskansliet.se
s.fs@regeringskansliet.se

Svar på remiss av Socialstyrelsens rapport: Assisterad befruktning utanför kroppen med donerade könsceller – ska behandlingen få utföras vid andra vårdenheter än universitetssjukhus?

Region Jämtland Härjedalen har inget att erinra mot Socialstyrelsens förslag att befruktning utanför kroppen med donerade könsceller ska få utföras vid andra vårdenheter än universitetssjukhus.

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Ann-Marie Johansson
Regionstyrelsens ordförande

Björn Eriksson
Regiondirektör

REGERINGSKANSLIET

Remiss

2016-04-18

S2015/05931/FS

Socialdepartementet

Enheten för folkhälsa och sjukvård

REGION
JÄMTLAND HÄRJEDALEN
2016 -04- 19
Dnr...../...../20.....

Remittering av Socialstyrelsens rapport: Assisterad befruktning utanför kroppen med donerade könsceller – ska behandling få utföras vid andra vårdenheter än universitetssjukhus?

Remissinstanser

1. Riksdagens ombudsmän
2. Justitiekanslern
3. Inspektionen för vård och omsorg
4. Statens medicinsk-etiska råd
5. Barnombudsmannen
6. Barnrättsakademin vid Örebro universitet
7. Blekinge läns landsting
8. Dalarnas läns landsting
9. Gävleborgs läns landsting
10. Jämtlands läns landsting
11. Jönköpings läns landsting
12. Skåne läns landsting
13. Stockholms läns landsting
14. Uppsala läns landsting
15. Västerbottens läns landsting
16. Västra Götalands läns landsting
17. Örebro läns landsting
18. Östergötlands läns landsting
19. Akademiska sjukhuset i Uppsala
20. Karolinska universitetssjukhuset i Stockholm
21. Sahlgrenska universitetssjukhuset i Göteborg
22. Norrlands universitetssjukhus i Umeå
23. Skånes universitetssjukhus i Malmö
24. Universitetssjukhuset i Linköping
25. IVF Sverige AB
26. Nordic IVF Center
27. Carl von Linné-kliniken i Uppsala
28. Sophiahemmet i Stockholm

Postadress 103 33 Stockholm
Telefonväxel 08-405 10 00
E-post: s.registrator@regeringskansliet.se
Besöksadress Fredsgatan 8
Telefax 08-723 11 91

29. Stockholm IVF
30. Sveriges Kommuner och Landsting
31. Nationellt kvalitetsregister för assisterad befruktning (Q-IVF)
32. Svenska Läkaresällskapet
33. Läkarförbundet
34. Svensk förening för obstetrik och gynekologi
35. Svenska Barnmorskeförbundet
36. Sveriges Psykologförbund
37. Föreningen Barnlängtan
38. Föreningen Femmis
39. Riksförbundet för homosexuellas, bisexuellas, transpersoners och queeras rättigheter
40. Riksförbundet för sexuell upplysning
41. Rädda barnen

Remissvaren ska ha kommit in till Socialdepartementet senast **den 22 augusti 2016**. Vi vill att ni endast skickar dem i elektronisk form och då både i wordformat och pdf-format. Remissvaren ska skickas till följande e-postadresser:
s.registrator@regeringskansliet.se och s.fs@regeringskansliet.se.

I remissvaret ska Socialdepartementets diarienummer S2015/05931/FS anges.

Myndigheter under regeringen är skyldiga att svara på remissen. En myndighet avgör dock på eget ansvar om den har några synpunkter att redovisa i ett svar. Om myndigheten inte har några synpunkter, räcker det att svaret ger besked om detta.

För **andra remissinstanser** innebär remissen en inbjudan att lämna synpunkter.

Råd om hur remissyttranden utformas finns i Statsrådsberedningens promemoria *Svara på remiss – hur och varför* (SB PM 2003:2). Den kan laddas ner från Regeringskansliets hemsida: www.regeringen.se.

I den remitterade rapporten föreslår Socialstyrelsen att befruktning utanför kroppen (IVF) med donerade könsceller efter tillståndsprövning ska få utföras även vid andra vårdenheter än enheter vid universitetssjukhus. I remissen ligger att regeringen vill ha synpunkter på detta förslag.

Flera av de ovan angivna remissinstanserna är även remissinstanser när det gäller betänkandet Olika vägar till föräldraskap (SOU 2016:11, Ju2016/01712/L2). Där föreslås bl.a. att det nuvarande kravet på genetisk koppling tas bort, dvs. att det inte längre ska ställas krav på att antingen

ägget eller spermierna kommer från det par som genomgår behandlingen eller, vid behandling av en ensamstående kvinna, att ägget måste vara kvinnans eget. Vidare föreslås att sådan behandling, i enlighet med vad som nu gäller, enbart ska få utföras vid universitetssjukhus.

I utredningens uppdrag låg inte att överväga någon förändring när det gäller de nuvarande reglerna om var IVF-behandling med donerade könsceller får utföras. Denna fråga aktualiserades i samband med beredningen av regeringens förslag om möjlighet för ensamstående kvinnor att få tillgång till assisterad befruktning i svensk hälso- och sjukvård. I propositionen Assisterad befruktning för ensamstående kvinnor (prop. 2014/15:127) informerade regeringen om sin avsikt att i ett annat sammanhang överväga om behandling med donerade könsceller även bör få utföras vid andra sjukhus. Socialstyrelsen fick därför i uppdrag att utreda frågan och lämnade den 1 februari i år sitt förslag i den rapport som nu remitteras.

Socialstyrelsen har prövat denna fråga i relation till den lagstiftning som nu gäller enligt vilken genetisk koppling är ett krav vid behandling med donerade könsceller. Det har inte varit aktuellt att pröva frågan i relation till utredningens förslag angående den genetiska kopplingen, som presenterades efter det att Socialstyrelsen redovisat sitt uppdrag och som nu bereds inför ett ställningstagande till en eventuell lagändring i den delen. Socialstyrelsens förslag till ändring av 7 kap 4 § lagen (2006:351) om genetisk integritet m.m. avviker därför av naturliga skäl från det förslag som utredningen har lämnat i sitt betänkande. Denna remiss avser frågan om IVF med antingen ett donerat ägg eller donerade spermier ska få utföras av andra än universitetssjukhus.

Frågor under remisstiden besvaras av Bengt Rönngren, Socialdepartementet, Enheten för folkhälsa och sjukvård, 08-405 40 66, eller bengt.ronngren@regeringskansliet.se.

Torkel Nyman
Departementsråd

Assisterad befruktning utanför kroppen med donerade könsceller

Ska behandling få utföras vid andra vårdenheter än universitetssjukhus?

Socialstyrelsen

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se

Artikelnummer 2016-2-6
Publicerad www.socialstyrelsen.se, februari 2016

Förord

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att utreda om befruktning utanför kroppen med donerade könsceller ska få utföras vid andra vårdenheter än universitetssjukhus. Om myndigheten bedömer att sådana behandlingar bör få ges ska Socialstyrelsen lämna förslag som gör detta möjligt och beräkna förslagens ekonomiska konsekvenser för det allmänna. En utgångspunkt för Socialstyrelsens förslag ska vara att det ska finnas goda förutsättningar för kontroll, uppföljning och utvärdering av medicinska, psykologiska och sociala konsekvenser för barn, föräldrar och donatorer.

Jämförelser har gjorts mellan universitetssjukhus och andra vårdenheter avseende hälsoutfall för barn och föräldrar. Innehållet i rapporten bygger på resultat från svenska register, vetenskapliga studier och rapporter från Danmark, Finland och England. Uppdraget har utförts i samråd med representanter från Inspektionen för vård och omsorg, Myndigheten för internationella adoptionsfrågor, Vävnadsrådet, företrädare för IVF-verksamheter oavsett driftsform och patientföreningar (Femmis).

Rapporten kan vara av intresse för beslutsfattare, vårdgivare inom assisterad befruktning och patientorganisationer.

Projektgruppen vid Socialstyrelsen har bestått av projektledare Anastasia Nyman docent i epidemiologi, utredare Karin Källén professor i epidemiologi, Karin Gottvall sakkunnig inom reproduktiv och perinatal hälsa, Bengt Danielsson medicinsk sakkunnig, Charlotte Pihl och Birgitta Svensson hälsoekonomer och Dennis Jutterström och Mathias Wallin jurister.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord 3
Sammanfattning 7
Analys och lägesbeskrivning av assisterad befruktning i Sverige 8
Inledning 8
Utredningen utökade möjligheter till behandling av ofrivillig barnlöshet 9
Statistik och jämförelser mellan universitetssjukhus och andra vårdenheter 10
Donationsbehandlingar i Sverige 17
Kontroll och uppföljning av behandlingar med donerade könsceller 21
Rapporterade biverkningar och avvikelser 23
Ekonomiska konsekvenser 25
Uppskattat antal behandlingar i Sverige 25
Uppskattat antal kvinnor som genomgår behandling 28
Hälsoekonomiska beräkningar 29
Kostnader kring att öka antalet donatorer 31
Socialstyrelsens förslag 35
Referenser 37
Bilaga 1. Aktiviteter 40

Sammanfattning

Socialstyrelsen föreslår mot bakgrund av de jämförelser som gjorts att en utökning till andra vårdenheter än universitetssjukhus vad gäller befruktning utanför kroppen med donerade könsceller är möjlig att genomföra. Jämförelserna mellan universitetssjukhus och andra vårdenheter avseende förlossningsfrekvens, flerbörder och graviditetsutfall visar att det inte finns skillnader mellan vårdgivartyperna som skulle tala emot en sådan förändring. Socialstyrelsen redovisar i denna rapport förslag om lagändring i 7 kap 4 § andra stycket lagen om genetisk integritet mm samt förslag om att en utökning av möjliga vårdgivare också följs av ett krav på tillstånd från Inspektionen för vård och omsorg.

Socialstyrelsens utgångpunkt enligt uppdraget är att det finns goda förutsättningar till tillförlitlig kontroll, uppföljning och utvärdering ur medicinskt och psykosocialt perspektiv för barn, föräldrar och donatorer. Socialstyrelsen kan konstatera att uppföljning är möjlig att göra utifrån data från kvalitetsregistret för assisterad befruktning och medicinska födelseregistret för barn och föräldrar. Data visar att det finns en ökad risk för preeklampsier och postpartum blödningar hos kvinnor som fått en IVF-behandling med donerade ägg och att barn som blev till med donerade ägg har en större risk för prematuritet och lågviktighet. Dessa resultat överensstämmer med andra vetenskapliga studier. Det finns dock brist på kunskap vad gäller barns medicinska och psykosociala hälsa i tonåren eller i äldre åldrar.

Donatorer får enligt rekommendation donera könsceller till sammanlagt 6 familjer i Sverige. Syftet är att undvika möjlig inavel samt värna om barnens psykosociala hälsa. Vårdenheterna har dock svårt att följa donatorer för att se om detta efterföljs då centrala register saknas. Det är inte heller möjligt att kontrollera, följa upp och utvärdera samtliga donatorers hälsa i Sverige. De donatorer som kan följas är individer som ingår i vetenskapliga studier.

Inom detta uppdrag har Socialstyrelsen gjort en uppskattning om tänkbara ekonomiska konsekvenser vid en eventuell lagändring av 7 kap. 4§ om genetisk integritet mm. I dessa beräkningar har Socialstyrelsen gjort en uppskattning av antalet kvinnor som i dagsläget väljer att genomgå assisterad befruktning utanför Sveriges gränser. Då ensamstående kvinnor ges rätt till assisterad befruktning i Sverige berörs dessa kvinnor av den föreslagna lagändringen (Betänkande 2015/16:SoU3). Ökningen uppskattas till ungefär 800 kvinnor motsvarande cirka 3 400 behandlingar under det första året efter en eventuell lagändring. Rapporten redovisar vilka kostnader som tillkommer för både universitetssjukhus och andra vårdenheter.

Förslagen i denna rapport kan behöva revideras beroende på resultaten i en pågående utredning om utökande möjligheter till behandling av ofrivillig barnlöshet (Dir 2013:70) som ska redovisas den 15 februari 2016.

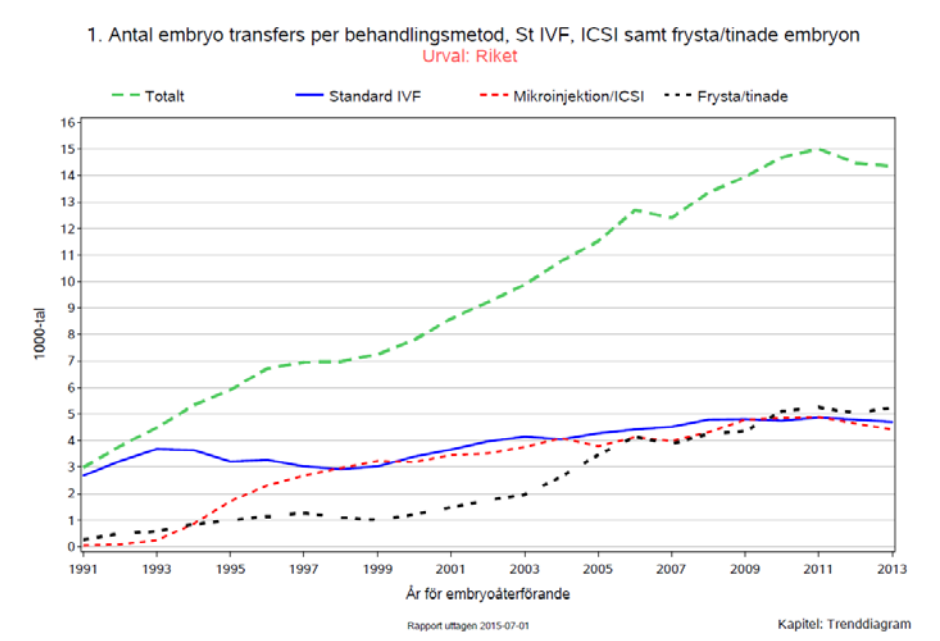
Analys och lägesbeskrivning av assisterad befruktning i Sverige

Inledning

Mer än 10 procent av befolkningen som försöker få barn lider idag av infertilitet (manlig eller kvinnlig). Det är estimerat att ungefär hälften av dessa söker hjälp i form av assisterad befruktning för att få hjälp med att bli med barn. Antal behandlingar per år med assisterad befruktning har ökat stadigt från år till år (figur 1).

Det finns olika former av assisterad befruktning. Spermier kan injiceras direkt i kvinnas livmoder (insemination). Könsceller kan också behandlas utanför kroppen. Ägg och spermier kan antingen föras samman i ett provrör (in vitro fertilisering, så kallad IVF) eller så kan en spermie föras in manuellt till ett ägg (intracytoplasmatisk spermieinjektion, så kallad ICSI) med avsikt att fertilisera ägget. Efter 2-5 dagars inkubation i odlingsmedia förs det utvecklade embryot in i kvinnas livmoder med förhoppning om att hon ska bli gravid. Donerade könsceller kan användas, dock finns lagkrav att barnet ska ha en genetisk koppling till åtminstone en förälder, se 7 kap. 3 § lag (2006:351) om genetisk integritet m.m.

Figur 1. Antal embryo-transfers per behandlingsmetod.



Källa: nationellt kvalitetsregister för assisterad befruktning (Q-IVF).

Av 7 kap. 4 § lagen om genetisk integritet m.m. framgår även att om ”ägget inte kommer från kvinnan, eller spermien inte från kvinnans make eller sambo, får befruktning och införande av ägg ske endast vid de sjukhus som upplåtit enhet för utbildning av läkare enligt avtal mellan de universitet som bedriver läkarutbildning och berörda landsting”. För insemination eller provrörsbefruktning med parets egna spermier, uppställs inga sådana krav. Skillnaden i krav på var behandling med donerade könsceller får utföras har motiverats med att man ansåg att det borde ske under former som ger goda möjligheter till tillförlitlig kontroll, uppföljning och utvärdering ur ett medicinskt och ett psykosocialt perspektiv eftersom insemination eller provrörsbefruktning med donerade spermier eller ägg inrymmer frågor av etisk och psykosocial natur. Det har ansetts nödvändigt med garantier för att assisterad befruktning med donerade könsceller genomförs under etiskt godtagbara former och på universitetssjukhus som har erfarenhet av barnlöshetsutredningar (prop. 1984/85:2 s. 9).

I samband med remitteringen av delbetänkandet (SOU 2014:29) har flera instanser ansett att befruktning utanför kroppen med donerade könsceller även bör kunna få utföras vid andra vårdenheter. Samtliga IVF-kliniker i dag rapporterar till det nationella kvalitetsregistret för assisterad befruktning (Q-IVF) vilket möjliggör en tillförlitlig kontroll, uppföljning och utvärdering av den medicinska och psykosociala hälsan för barn och föräldrar. Eftersom det är frivilligt att vara med i registret så kan man dock inte utesluta ett visst bortfall.

Socialstyrelsen har fått i uppdrag att utreda om befruktning utanför kroppen med donerade könsceller ska få utföras vid andra vårdenheter än de vid universitetssjukhus. Om Socialstyrelsen bedömer att sådan behandling bör få ges vid andra vårdenheter ska myndigheten lämna förslag som gör detta möjligt. Myndigheten ska även bedöma förslagens ekonomiska konsekvenser för det allmänna och föreslå hur dessa ska finansieras.

Utredningen utökade möjligheter till behandling av ofrivillig barnlöshet

Det pågår en utredning om utökade möjligheter till behandling av ofrivillig barnlöshet (Ju 2013:12, Dir 2013:70) där man bland annat ska ta ställning till om det ska krävas en genetisk koppling mellan barnet och den eller de tilltänkta föräldrarna vid assisterad befruktning. Utredningen ska redovisas den 15 februari 2016. En möjlig lagändring, där barnet inte längre behöver ha en genetisk koppling till föräldrarna kommer att ha konsekvenser för detta uppdrag då möjligheten för att donera embryon blir aktuell. Denna rapport utreder inte möjligheten för att donera embryon. Vid en eventuell lagändring bör även våra förslag för att möjliggöra en utökning av behandling med donerade könsceller revideras.

Statistik och jämförelser mellan universitetssjukhus och andra vårdenheter

Datakällor och definitioner

För att utreda lämpligheten i om befruktning utanför kroppen med donerade könsceller ska få utföras vid andra vårdenheter än de vid universitetssjukhus har Socialstyrelsen i denna rapport gjort en jämförelse mellan universitets-sjukhus och andra vårdenheter som bedriver IVF-verksamhet avseende vissa hälsoutfall för patienter som har fått behandlingar och deras barn (Tabell 1). Utöver data från Socialstyrelsens hälsodataregister innehåller rapporten data från kvalitetsregistret för assisterad befruktning, Q-IVF (http://www.ucr.uu.se/qivf/). Q-IVF har information om behandlingar som utförts i Sverige sedan 2007 och framåt. Dessa data har i denna jämförande analys länkats till medicinska födelseregistret (MFR) och patientregistret.

Tabell 1. Definitioner av barnutfall och graviditets-/förlossnings-komplikationer

Barnutfall	Definitioner
<28v	Född innan vecka 28
<32v	Född innan vecka 32
<37v	Född innan vecka 37
<1500g	Född under 1500 gram
<2500g	Född under 2500 gram
SGA (small for gestational age)	Född liten för tiden, dvs under 2 standard-avvikelser från normalkurvan för den specifika graviditetsveckan
LGA (large for gestational age)	Stor för tiden, dvs över 2 standardavvikelser från normalkurvan för den specifika graviditetsveckan
>4500g	Född över 4500 gram
>3SD	Född över 3 standard avvikelser från normal kurva
Apg5' < 7	Apgar[1] score vid 5 minuter under 7 poäng
Kejsarsnitt	Förlöst med kejsarsnitt
Perinatal död	dödfödd eller död 0-6 dygn efter födsel
Graviditets/förlossningskomplikationer	**ICD 10 koder**
Pre eklampsi	O11, O14
Gestationsdiabetes	O24.4, O24.9
pPROM (för tidig hinnbristning)	O42
Placenta praevia (föreliggande moderkaka)	O44
Ablatio (för tidig avlossning av moderkaka)	O45
Post-partum blödning (i efterbördsskedet)	O72

[1]Apgar är en skala som används vid förlossning för att poängsätta barnets tillstånd baserat på hudfärg, puls, reflex, muskeltonus och andningsfrekvens.

Bland de offentliga sjukhusen är det enbart universitetssjukhus som bedriver IVF-verksamhet idag. Universitetssjukhus är ett sjukhus som förutom sjukvård också bedriver medicinsk forskning och utbildning av olika yrkesgrupper inom sjukvården. I den analys som genomförts inom detta uppdrag studeras IVF-utfall uppdelat på universitetssjukhus och andra vårdenheter. Tabell 2 nedan visar vilka kliniker som är klassade i respektive regiform.

Tabell 2. Uppdelning av IVF-kliniker i universitetssjukhus och andra IVF-kliniker.

Universitetsjukhus	Andra vårdenheter
Linköping Reproduktionsmedicinskt centrum	Fertilitetscentrum Göteborg
Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Reproduktionsmedicin	Fertilitetscentrum Stockholm
IVF-kliniken Umeå[2]	IVF-kliniken CuraÖresund
Universitetssjukhuset Örebro, Fertilitetsenheten	Sophiahemmet, Stockholm
Karolinska Universitetssjukhuset, Reproduktionsmedicin	IVF-kliniken Stockholm
Akademiska Sjukhuset, Reproduktionscentrum	Carl von Linnékliniken
Universitetssjukhuset, Malmö, Reproduktionsmedicinskt centrum	

Patientsammansättning

Sammansättningen av patientgrupperna skiljer sig åt mellan universitetssjukhus och andra vårdenheter. Generellt sett så behandlar de andra IVF-klinikerna kvinnor som har sämre prognos för en lyckad graviditet än vad universitetssjukhusen gör. Visserligen behandlas även kvinnor med mycket bra prognos (de som tidigare har fått ett barn med hjälp av IVF) i högre utsträckning hos andra IVF-kliniker, men dessa grupper är förhållandevis små och har därför inte någon större inverkan på behandlingsutfall. För att möjliggöra rättvisa jämförelser mellan universitetssjukhus och andra vårdenheter så har Q-IVF enats om att redovisa behandlingsutfall i olika patientgrupper. De olika patientgrupperna är:

1. Kvinnor över 42 år
2. Kvinnor 40-41 år
3. Kvinnor 37-39 år >3 tidigare färska behandlingar[3]
4. Kvinnor <37 år, >3 tidigare färska behandlingar
5. Kvinnor 37-39 år, tidigare barn via IVF-behandling
6. Kvinnor <37 år, tidigare barn via IVF-behandling
7. Kvinnor 38-39 år (ej tidigare barn via IVF-behandling, ≤ 3 tidigare behandlingar)
8. Kvinnor 36-37 år (ej tidigare barn via IVF-behandling, ≤ 3 tidigare behandlingar)
9. Kvinnor 31-35 år (ej tidigare barn via IVF-behandling, ≤ 3 tidigare behandlingar)

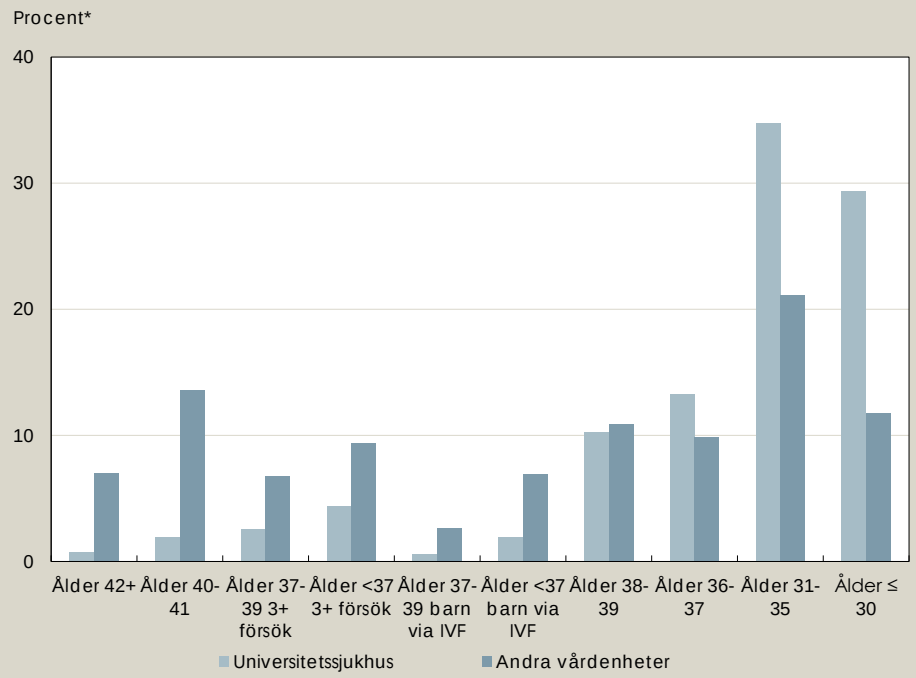
[2] Umeå IVF klinik är privatägd men utför en stor del offentliga behandlingar och har därmed klassats under de offentliga klinikerna

[3] En IVF-behandling där ett befruktat ägg införs i livmodern några dagar efter ägguttag.

10. Kvinnor <30 år (ej tidigare barn via IVF-behandling, ≤ 3 tidigare behandlingar)

Figur 2 visar hur andelen kvinnor är fördelade i varje patientgrupp stratifierat i universitetssjukhus respektive andra IVF-kliniker.

Figur 2. Andelen kvinnor i respektive patientgrupp uppdelat per kliniktyp



* x-axeln visar upp till 40% för synbarhets skull

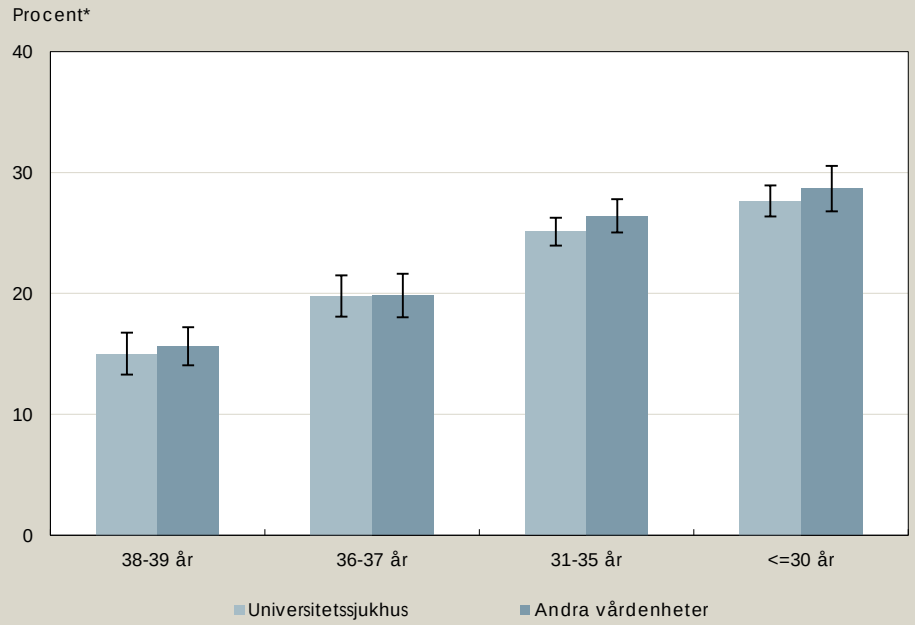
Källa: Q-IVF

För att jämföra utfall bland universitetssjukhus och andra vårdenheter kan det vara lämpligt att jämföra inom respektive patientgrupp. Som synes är det få fall hos universitetssjukhusen för patientgrupp 1-6, och därför har denna jämförelse inte gjorts mellan de två kliniktyperna i denna rapport. Därför presenteras endast jämförande behandlingsresultat år 2011-2013 mellan universitetssjukhus och andra IVF-kliniker i patientgrupperna 7-10, dvs kvinnor upp till 39 år, med max 3 tidigare IVF-behandlingar och inga tidigare barn via IVF-behandling. Trots att det finns data från 2007 så har dessa data inte jämförts eftersom uppgifter om tidigare födda barn via IVF-behandling, och antal tidigare misslyckade försök, är framräknade variabler som har fåtts fram genom att man har använt data från 2007-2010. Frysta cykler, d.v.s. behandlingar där ett fryst embryo från en tidigare IVF-behandling har frysts ner och tinats vid ett senare tillfälle för en återföring i kvinnas kropp, har inte heller tagits med eftersom urvalsmekanismer hade kunnat resultera i en skev jämförelse.

Förlossningsfrekvens och tvillingfrekvens

Som figur 3 visar så är andelen förlossningar per behandlingsstart bland universitetssjukhusen och andra vårdenheter i stort sett identisk för grupp 7 – 10 om man jämför utfallet inom varje patientgrupp.

Figur 3. Andel förlossningar per startad cykel, per patientgrupp och typ av klinik (färska behandlingar 2011-2013).

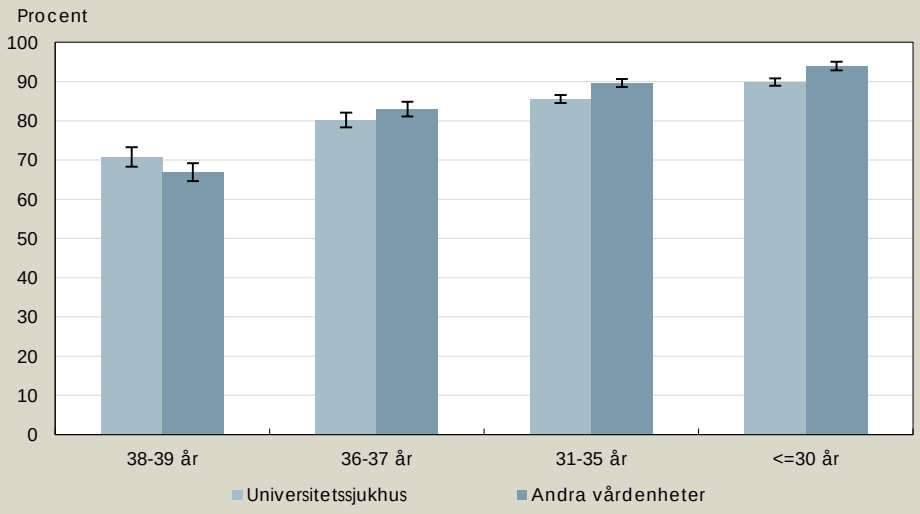


* X-axeln visar upp till 40% för synbarhets skull

Källa: Q-IVF, MFR

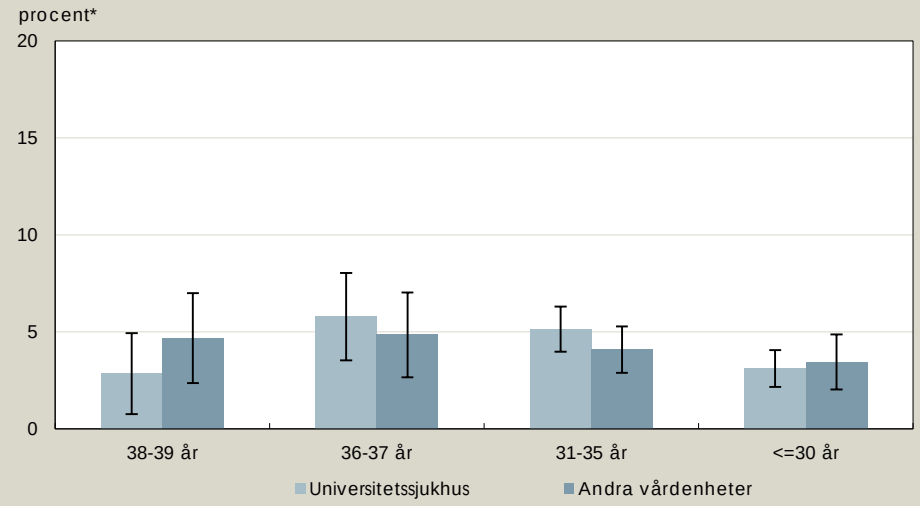
Socialstyrelsen har sedan 2003 rekommenderat att endast ett embryo (single embryo transfer, SET) skall föras tillbaka till livmodern för att minska andelen flerbörder genom IVF-behandling. Andelen SET är i stort sett lika mellan universitetssjukhus och andra vårdenheter. Det finns en viss tendens till en högre andel SET bland universitetssjukhusen i åldersgruppen 38-39 år och det motsatta i övriga grupper (se figur 4). Det som kanske är mest intressant att beakta är vilken flerbördsfrekvens som behandlingarna resulterar i, och denna skiljer sig inte åt mellan universitetssjukhus och andra vårdenheter (figur 5).

Figur 4. Andel single embro transfer per patientgrupp och typ av klinik.



Källa: Q-IVF

Figur 5. Andel tvillingfödslar per patientgrupp och typ av klinik.



* X-axeln visar upp till 20% för synbarhets skull

Källa: Q-IVF, MFR

Sammanfattningsvis konstateras att det, när patientgruppssammansättningen har beaktats, inte finns något som tyder på att förlossningsfrekvensen eller andelen tvillingfödslar skiljer sig åt mellan universitetssjukhus och andra vårdenheter.

Barnutfall

Data som sammanställts i tabell 3 visar inga tecken på att tidiga barnutfall (definitioner enligt tabell 2) såsom prematuritet, lågviktighet, liten för tiden (SGA), Apgar-score under 7, missbildningar och perinatal död skiljer sig efter behandling mellan universitetssjukhus och andra vårdenheter (justerat för ålder). Tvärtom, så är det färre barn som är prematurt födda, lågviktiga, eller små för tiden efter behandling vid andra vårdenheter. Behandling efter tining av ett fryst embryo bör beaktas då barnutfall efter dessa behandlingar har visat sig skiljas något avseende utfall jämfört med färska behandlingar. Riskestimaten som presenteras som oddskvoter i Tabell 3(universitetssjukhus jämfört med andra vårdenheter) ändrades dock endast marginellt efter korrigering för kvinnans ålder och tinad cykel (justerade oddskvoter). En logistisk regression användes för estimeringen av oddskvoter som presenteras med efterföljande 95 % konfidens intervall (Tabell 3). Signifikanta resultat markeras med fetstil i tabellen.

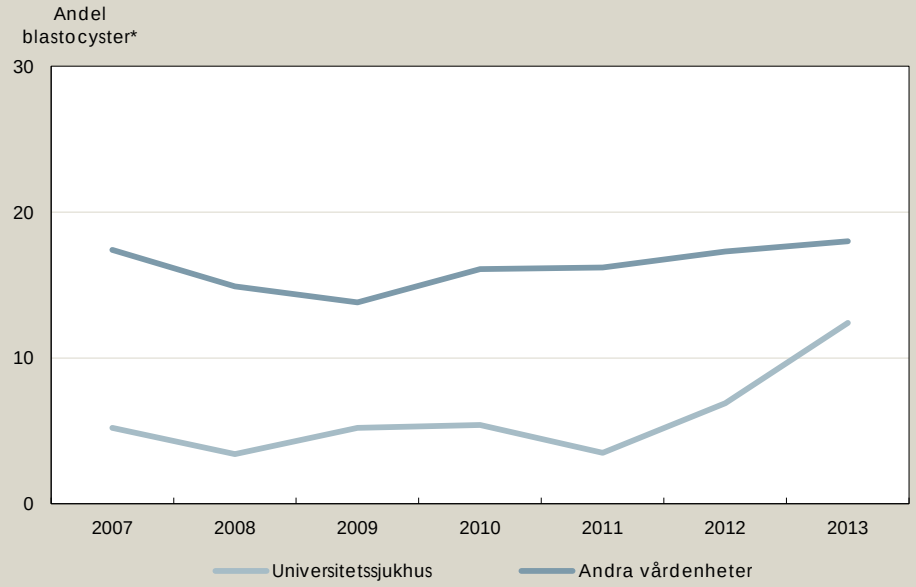
Tabell 3. Barnutfall från IVF-behandlingar utförda bland universitetssjukhus och andra vårdenheter bland kvinnor i åldersgrupp upp till 39 med högst 3 tidigare behandlingar och inga andra barn via IVF-behandling sen tidigare. Endast enkelbörder födda 2011-2013.

	Universitetssjukhus N=4 490		Andra vårdenheter N=4 572		Universitetssjukhus vs andra vårdenheter	
	n	(%)	n	(%)	Oddskvot (95% k.i.)	Justerad oddskvot (95% k.i.)
<28w	19	(0.4)	18	(0.4)	0.9 (0.5-1.8)	1.1 (0.6-2.1)
<32w	63	(1.4)	42	(0.9)	**0.7 (0.4-1.0)**	0.7 (0.5-1.0)
<37w	336	(7.5)	300	(6.6)	0.9 (0.7-1.0)	**0.7 (0.6-0.9)**
<1500g	53	(1.2)	34	(0.7)	**0.6 (0.4-1.0)**	0.7 (0.4-1.2)
<2500g	261	(5.8)	210	(4.6)	**0.8 (0.6-0.9)**	**0.6 (0.5-0.8)**
SGA	226	(5.0)	159	(3.5)	**0.7 (0.6-0.8)**	**0.5 (0.4-0.6)**
LGA	180	(4.0)	221	(4.8)	1.2 (1.0-1.5)	1.2 (1.0-1.4)
Apg5'<7	71	(1.6)	73	(1.6)	1.0 (0.7-1.4)	1.0 (0.7-1.4)
Missbildning	120	(2.7)	138	(3.0)	0.4 (0.1-1.6)	-
Kejsarsnitt	1100	(24.5)	1192	(26.1)	1.1 (0.9-1.4)	1.1 (0.9-1.5)
Perinatal Död	7	(0.2)	3	(0.1)	1.1 (1.0-1.2)	1.0 (0.9-1.1)

Blastocyst-behandlingar

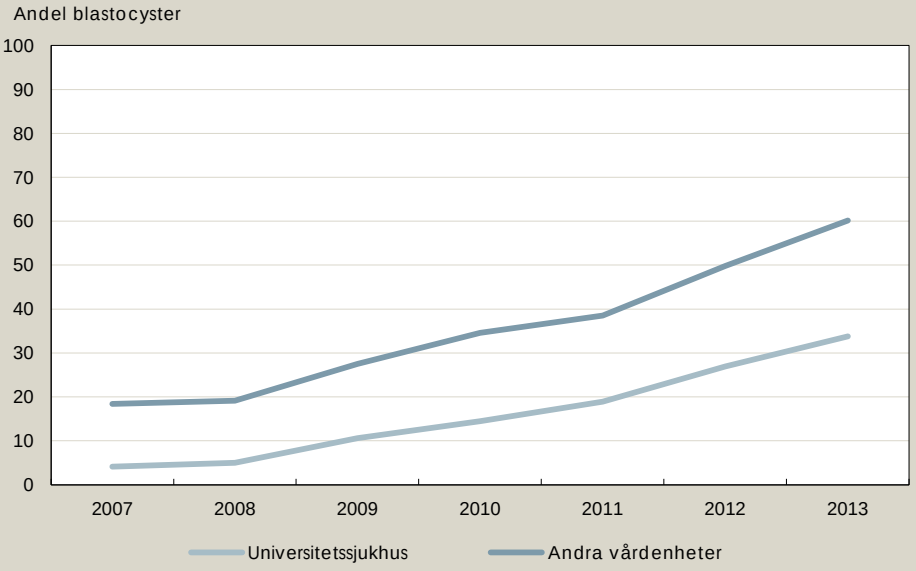
Vanligtvis under en IVF-behandling förs det befruktade ägget in i kvinnas kropp efter 2-3 dagars odling. Ett embryo som odlas utanför kvinnas kropp i ytterligare några dagar (5-7 dygn) växer så småningom till en så kallad blastocyst. Forskning har visat att graviditetsfrekvenser är något bättre vid införandet av en blastocyst jämfört med 2-3 dagars befruktat ägg[1]. Några studier har dock visat att blastocystodling är förknippat med högre risk för medfödda fel[2-4]. Data från Q-IVF visar att de andra vårdenheterna utför fler blastocyst-behandlingar jämfört med universitetssjukhusen (Figur 6 och 7).

Figur 6. Andel blastocyster per år och kliniktyp, efter färsk cykel.



* x-axeln visar upp till 30% för synbarhets skull
Källa: Q-IVF

Figur 7. Andel blastocyster per år och kliniktyp, efter fryst cykel.



Källa: Q-IVF

En svensk forskargrupp har bland annat undersökt sambandet mellan blastocyst och medfödda fel och funnit att det inte finns någon högre risk förknippat med blastocyst-behandlingar efter korrigeringar för mammans ålder

och BMI, paritet, rökning under graviditetens första trimester och fryscykel (Tabell 4, källa Q-IVF och MFR)[5].

Tabell 4. Antal och andel medfödda fel uppdelad i blastocyst, annan IVF/ICSI och spontana graviditeter 2002-2012.

	Blastocyst N=4 819		Annan IVF/ICSI N=25 747		Spontana graviditeter N=1 196 394	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Någon Missbildning	162	(3.4)	912	(3.5)	33735	(2.8)
Neuralrörsdefekter	4	(0.1)	10	(0.0)	287	(0.0)
Läpp-gomspalter	8	(0.2)	55	(0.2)	2026	(0.2)
Hjärtfel	60	(1.2)	325	(1.3)	12201	(1.0)
Tarmmissbildningar	4	(0.1)	46	(0.2)	1080	(0.1)
Reduktionsmissbild-ningar	1	(0.0)	17	(0.1)	526	(0.0)
Hypospadi	13	(0.3)	87	(0.3)	3363	(0.3)

Datakvalitet

Inrapporteringsgraden till kvalitetsregistret är problematisk att mäta eftersom det saknas en oberoende källa att jämföra med. Enligt Q-IVF finns ingen skillnad mellan universitetssjukhus och andra vårdenheter då det gäller kvalitet på det data som inrapporteras.

Tabell 5. Andel startade cykler där uppföljningen av utfallet inte rapporterades. Färska eller frysta behandlingar, 2007-2013, källa Q-IVF.

	Universitetssjukhus		Andra vårdenheter	
	n/N	(%)	n/N	(%)
Ej uppföljningsbara utfall, totalt	11/54104	(0.02)	95/59182	(0.2)
Behandlade, utrikes-patienter	258/54104	(0.5)	724/59182	(1.2)
Ej uppföljningsbara utfall, endast bosatta i Sverige	11/53846	(0.02)	85/58458	(0.1)

Som framgår av tabell 5, så är andelen behandlingar vars utfall inte går att följa upp försummande liten. Dock är den större bland de andra vårdenheterna än bland universitetssjukhusen, en skillnad som till viss grad kan förklaras av en högre andel utrikes-patienter (patienter som inte är bosatta i Sverige) vid de andra vårdenheterna.

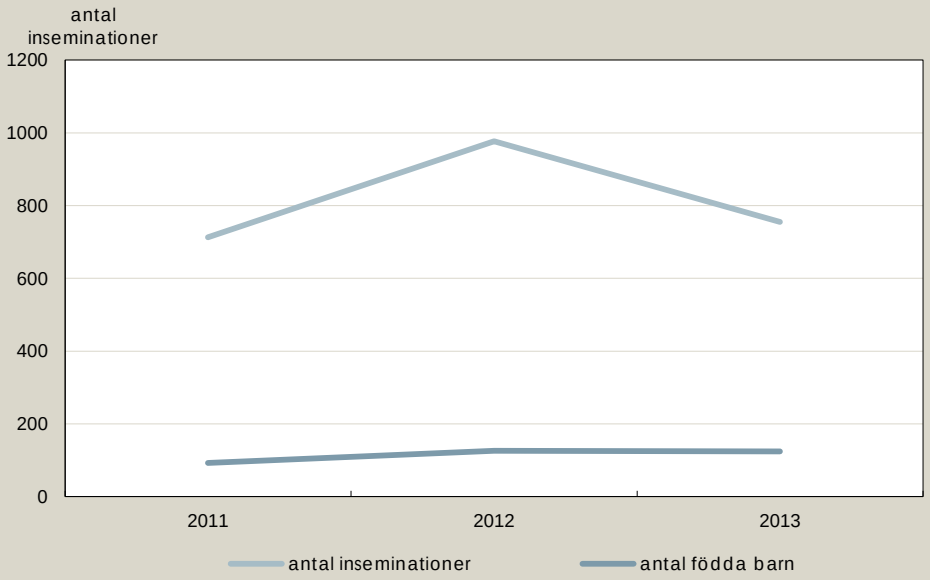
Donationsbehandlingar i Sverige

Statistiska trender i Sverige

Data om spermieinseminationer inkluderades inte i Q-IVF förrän år 2009, men det dröjde tills 2012 innan de flesta kliniker rapporterade in fullständiga data. Spermiedonationer vid IVF-behandlingar har rapporterats sedan starten av kvalitetsregistret 2007, men data för de frysta behandlingarna haltar de första åren. Således kan inga slutsatser dras om några trender vad gäller

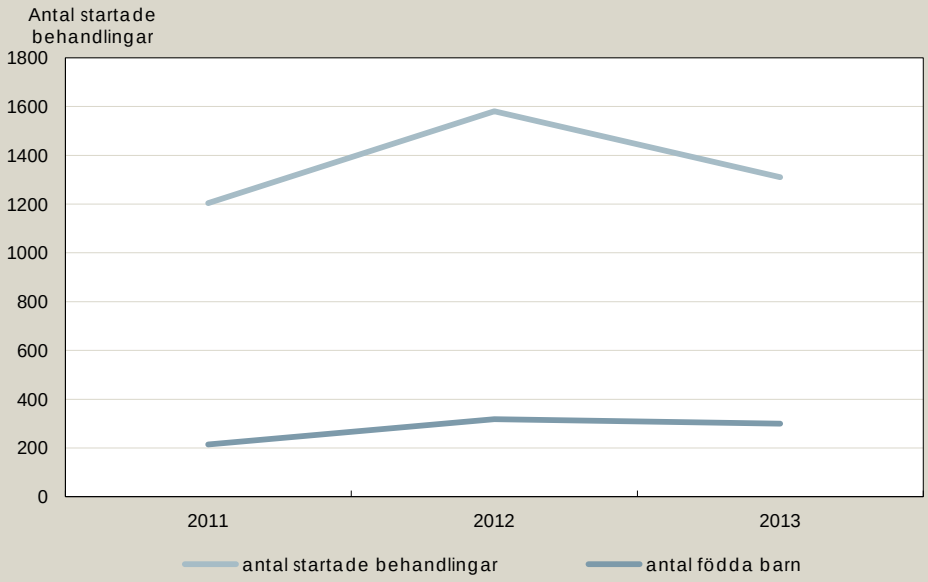
behandlingar med donerade spermier i Sverige. Figur 10 visar att behandlingar med donerade ägg har ökat under de senare åren med ett trendbrott för sista året (2013). Dock har antalet födda barn legat på mer eller mindre samma nivå under åren. För år 2013 visar siffrorna att det krävs i medel ungefär 5 försök (färsk eller fryst behandling) för att åstadkomma ett barn med donerade ägg.

Figur 8. Spermieinseminationer rapporterade i antal behandlingar och antal födda barn i Sverige år 2011-2013



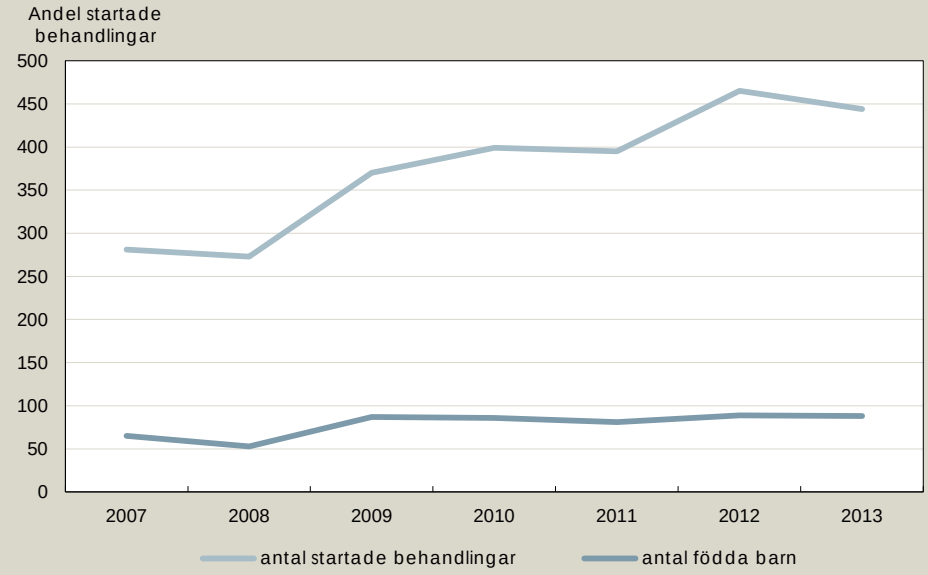
Källa: Q-IVF

Figur 9. Spermiedonationer i IVF/ICSI behandlingar rapporterade i antal cykler och antal födda barn i Sverige år 2007-2013, källa Q-IVF.



Källa: Q-IVF

Figur 10. Äggdonationer rapporterade i antal startade behandlingar och antal födda barn i Sverige år 2007-2013



Källa: Q-IVF

Barn och graviditetsutfall med donerade könsceller

År 2003 blev det tillåtet att utföra IVF-behandling med donerade ägg i Sverige, och omfattningen av sådana behandlingar har stadigt ökat de senaste åren (Figur 10). Tabell 6 visar en sammanställning av barn och graviditetsutfall från behandlingar med donerade ägg, IVF/ICSI med egna ägg och spontana graviditeter mellan år 2003-2012. Denna tabell är en del av en ännu inte publicerad studie (kommunikation med Prof Karin Källén, Lunds Universitet, källa Q-IVF och MFR).

Tabell 6. Barnutfall samt graviditets/förlossningskomplikationer efter återföring av embryo med donerade ägg, IVF/ICSI med egna ägg, samt bland spontant startade graviditeter. Enkelbörder 2003 – 2013.

	Donerade ägg N=388		IVF/ICSI egna ägg N=26 696		Spontana graviditeter N= 999 804	
Barnutfall	**n**	**(%)**	**n**	**(%)**	**n**	**(%)**
<28v	5	(1.3)	121	(0.5)	2687	(0.3)
<32v	13	(3.4)	325	(1.2)	7438	(0.7)
<37v	**45**	**(11.6)**	1831	(6.9)	49494	(5.0)
<1500g	11	(2.8)	269	(1.0)	6103	(0.6)
<2500g	**32**	**(8.2)**	1276	(4.8)	32105	(3.2)
SGA	19	(4.9)	790	(3.0)	22999	(2.3)
LGA	9	(2.3)	933	(3.5)	35657	(3.6)
>4500g	9	(2.3)	877	(3.3)	36606	(3.7)
>3SD	3	(0.8)	183	(0.7)	6986	(0.7)
Apg5'<7	10	(2.6)	415	(1.6)	12506	(1.3)
Kejsarsnitt	190	(49.0)	6882	(25.8)	163114	(16.3)
Perinatal död	2	(0.5)	92	(0.3)	4442	(0.4)
Graviditets/förlossningskomplikationer						
Pre eklampsi	**51**	**(13.1)**	1105	(4.1)	27912	(2.8)
Gestationsdiabetes	6	(1.5)	357	(1.3)	10615	(1.1)
Placenta praevia	5	(1.3)	453	(1.7)	2879	(0.3)
Ablatio	3	(0.8)	193	(0.7)	3567	(0.4)
pPROM	14	(3.6)	632	(2.4)	15717	(1.6)
Post-partum blödning	**67**	**(17.3)**	1879	(7.0)	49683	(5.0)

Det framgår att barn som tillkommit efter äggdonation har en väsentligt högre risk för prematuritet och lågviktighet än barn efter annan IVF/ICSI, eller efter spontant startade graviditeter (Tabell 6). Bland de maternella komplikationerna är det högst risk för pre-eklampsi och för post-partum blödningar för de kvinnor som fick en IVF-behandling med donerade ägg. Skillnaderna kvarstod efter justeringar för barnets födelseår, mammans ålder och BMI, paritet, rökning under graviditetens första trimester och antal år av ofrivillig barnlöshet. I jämförelsen mellan äggdonation och IVF/ICSI med egna ägg justerades det även för färsk/fryst cykel. Dessa resultat är jämförbara med andra vetenskapliga studier[6-8].

Kontroll och uppföljning av behandlingar med donerade könsceller

En utgångspunkt för Socialstyrelsen enligt regeringsuppdraget ska vara att det finns goda förutsättningar för kontroll, uppföljning och utvärdering av medicinska och sociala konsekvenser för barn, föräldrar och donatorer. Därför är det av intresse att ge en kort summering av det vetenskapliga underlaget främst från Sverige men även internationellt förutom de analyser som presenteras i rapporten. Det vetenskapliga underlaget kring barnets och donatorers psykosociala hälsa är väldigt begränsat i Sverige[9]. För att fortsätta kontrollera, följa upp och utvärdera barnets, föräldrarnas och donatorernas medicinska och psykosociala hälsa skulle ytterligare forskning inom området behövas.

Parens relationer

Önskan att få barn verkar inte skilja sig mellan relationstyper (olikkönade vs kvinnor i samkönade par) [10]. Forskning har visat att par som har en bra relation innan de får barn fortsätter att ha en bra relation även ett år efter födandet. Par som har kommunikationsproblem eller svårt att uttrycka känslor är mer känsliga för föräldraskapet [11, 12]. Inom ramen för en svensk studie om långtidsuppföljning av ägg- och spermiedonation i Sverige undersökte man samkönade och olikkönade pars relation innan och 2-5 år efter behandling. Samkönade par visade en högre tillfredställelse jämfört med olikkönade par, dock var tillfredställelsen inom relationen på en hög nivå innan IVF-behandling i båda relationstyperna[13]. Samma studie fann att relationer inom samkönade par var lika harmoniska som inom olikkönade par. Generellt är kvalitén i relationerna lika stabil när man jämför par som har genomgått assisterad befruktning med donerade spermier och par som använder sig av egna könsceller vid en fertilitetsbehandling[14]. Par som genomgår behandlingar med donerade ägg har en balanserad och solid uppfattning om deras relationer, och relationerna påverkades inte vare sig de fick barn eller inte efter behandling[14].

Graviditetsutfall

En nyligen publicerad svensk studie visar att graviditeter via donerade ägg löper större risk för hypertensiva sjukdomar, post-partum blödningar och oligohydroamnios jämfört med spontana graviditeter. Studien identifierade även en större risk för kejsarsnitt och inducerade förlossningar för graviditeter med donerade ägg jämfört med graviditeter med egna könsceller [6].

I en sammanfattande analys av 7 observationella studier fann man att kvinnor med donerade spermier löpte större risk för preeklampsi jämfört med kvinnor inseminerade med sin partners spermier[7]. En annan sammanfattande studie visade att graviditeter med donerade ägg har högre risk för graviditets-relaterad hypertension och högre risk för kejsarsnitt[8]. Hypotesen är att den höga hypertensionsrisken under graviditet kan bero på immunologiska faktorer och ett otillräckligt immunologiskt skydd mellan fostret och placentan[15]. En amerikansk studie visade dock att graviditeter med

donerade ägg visade bättre inplantations-, graviditets- och levande födda barn-frekvenser jämfört med graviditeter med egna könsceller[16].

Barnutfall

Det finns få vetenskapliga artiklar som undersöker och följer upp hälsa bland barn som tillkommit via IVF-behandling med donerade könsceller. En kinesisk studie visade färre medfödda fel bland barn från donerade könsceller jämfört med makens/sambons[17]. En tidigare nämnd sammanfattade studie visade att barn födda via donerade ägg utvecklades normalt och hade inga avvikelser vad gäller somatiska sjukdomar jämfört med andra barn som tillkommit via IVF-behandling (egna könsceller)[8]. En europeisk studie visade att mödrar till barn via donerade ägg eller IVF med egna könsceller uttryckte mer värme gentemot sina barn och interagerade mer med dem jämfört med mammor med barn genom spontana graviditeter[18]. Samma forskargrupp undersökte mer specifikt familjer med donerade ägg och fann att de hade högre psykologiskt välbefinnande inom paren, dock skiljde sig inte familjerna åt från andra familjer som fick hjälp via IVF-behandlingar eller familjer med adopterade barn vad gäller föräldraskap[19].

En relativt ny systematisk översikt av studier som undersökte relationen mellan föräldrar och barn i tonåren visade att tonåringar generellt hade ett bra psykologiskt välbefinnande i alla typer av familjer som genomgått IVF-behandlingar (egna jämfört med donerade könsceller)[20]. De fann dock att föräldrars kön och hur och när man avslöjar hur barnet blev till, är avgörande faktorer för föräldrars relation till sina barn [20, 21]. De efterlyser mer forskning kring familjer med barn från donerade könsceller[20].

Donatorer

Svenska vetenskapliga artiklar har undersökt donatorers attityder och preferenser vad beträffar avslöjande och kontakt med framtida barn som tillkommit via IVF-behandling. I en studie om ”Långtidsuppföljning av ägg- och spermiedonation i Sverige” framkom att donatorer var positivt eller neutralt inställda till att bli kontaktade av barn som tillkommit via IVF-behandling med deras donerade könsceller[22]. Spermadonatorer var mer positiva till att engagera sig i en eventuell kontakt med barnen som tillkommit via IVF-behandling än äggdonatorer. Väldigt få donatorer uttryckte ett behov för mer terapeutisk rådgivning/konsultation för framtida konsekvenser av deras donation [22]. Samtidigt rapporterar samma forskargrupp att donatorerna föredrar att bli kontaktade av IVF-kliniken innan ett avslöjande av donatorns identitet. En utav fyra uttryckte ett behov av kontakt med en terapeut inför ett möte med det genetiska barnet[23].

Kontroll och uppföljning idag

För att tillgodose kravet på en tillförlitlig kontroll, uppföljning och utvärdering av samtliga donatorers medicinska och psykosociala hälsa bör möjligheterna till en gemensam donatorsregister beaktas. En viktig aspekt med donerade könsceller som påpekas av vävnadsrådet och som efterlysts i de flesta europeiska länder är att en donator får inte ge upphov till barn i mer än 6 familjer[24]. Denna avgränsning har gjorts dels för att undvika möjlig

inavel, dels för att värna om barnets psykosociala hälsa[25]. Som det ser ut idag, är det svårt för universitetssjukhus och andra vårdenheter att följa upp om en donator har donerat till olika IVF kliniker. Det förekommer fall då donatorer söker sig till fler än en IVF-klinik. I extrema fall förekommer illegal försäljning på internet (http://donor.se/). I detta uppdrag har inte Socialstyrelsen haft möjlighet att ta detta i beaktning. Liknande register har dock etablerats i t ex Storbritannien (Human Fertilization and Embryology Authority-HFEA, UK, http://www.hfea.gov.uk/egg-and-sperm-donors.html) och Finland (Luoteri- registret som tillhandahålls av Valvira-tillstånd och tillsynsverket för social- och hälsovård, http://www.valvira.fi/web/sv/ halso-och-sjukvard/assisterad_befruktning).

Efterfrågan av spermier kommer att öka i och med en potentiell lagändring och möjligheten för ensamstående kvinnor att få IVF-behandling. Universitetsjukhusen har via kampanjer försökt rekrytera donatorer. Rekryteringar är kostsamma, tidskrävande och ger upphov till ett litet antal donatorer. Ungefär 10-20 procent av de potentiella donatorer som undersöks rekryteras sedan som donatorer. Erfarenheterna verkar vara liknande i andra europeiska länder[26]. De privata vårdenheterna beställer sperma från danska spermabanker. Danska spermabanksföretag har tidigare fått rapporter om barn som fötts med genetiska sjukdomar från deras donatorer[27]. Tillgången till sperma är inte jämlik eller säker alla gånger. Socialstyrelsen har inte haft möjlighet att utreda vidare denna fråga men anser att förutsättningar till en jämlik och säker tillgång och distribution av sperma över hela landet bör beaktas.

Rapporterade biverkningar och avvikelser

Verksamhet vid en vävnadsinrättning får endast bedrivas av den som har tillstånd från Inspektionen för vård och omsorg, vilket följer av 9 § lag (2008:286) om kvalitets- och säkerhetsnormer vid hantering av mänskliga vävnader och celler. I samma bestämmelse anges även att tillstånd får meddelas endast om verksamheten håller en hög kvalitet och säkerhet samt att den som bedriver en vävnadsinrättning ska systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamheten. Av 20 § ovan nämnda lag framgår att verksamhetschefen ska se till att misstänkta eller konstaterade allvarliga biverkningar och allvarliga avvikande händelser anmäls till IVO utan dröjsmål.

Biverkningar kan vara blödning efter ägguttag, infektion eller ovarial torsion. Enstaka pleuravätska och blodpropp kan också förekomma. Den vanligaste biverkningen är hyperstimulering av ovarierna (ovarian hyperstimulation syndrome, OHSS). Vid omkring 1-5 procent av alla hormonstimuleringar förekommer ovarial överstimulering. De vanligaste symptomen vid OHSS är ascites (vätska i buken), illamående, kräkningar, diarré och i svåra fall kan det även leda till svåra buksmärtor, dyspné och multipel organsvikt. IVO har i samband med sin tillsyn kommit fram till att IVF-klinikerna ska anmäla alla allvarliga OHSS som kräver sjukhusvård.

I ett försök att estimera hur många allvarliga OHSS som rapporteras till IVO jämfört med hur många sjukhusinläggningar som görs i sluten vård efter en IVF-behandling, länkades data från Socialstyrelsens slutenvårdsregister med data från Q-IVF kvalitetsregistret. Sjukhusinläggning definierades som att en patient är inlagd för vård i mer än 1 dag. Tabell 7 och 8 visar antal biverkningar rapporterade per år och vårdgivartyp (universitetssjukhus/andra vårdenheter) från sluten vård respektive IVO.

Tabell 7. Antal (procent) ovarial hyperstimuleringar i slutenvård per år och vårdgivartyp.

Vårdgivartyp	2011	2012	2013
Universitetssjukhus	25 (0.2)	30 (0.2)	19 (0.1)
Andra vårdenheter	23 (0.1)	13 (0.1)	16 (0.1)

Tabell 8. Antal ovarial hyperstimuleringar enligt inrapportering till IVO per år och vårdgivartyp.

Vårdgivartyp	2011	2012	2013
Universitetssjukhus	20	24	37
Andra vårdenheter	40	34	17

En jämförelse mellan tabell 7 och 8 visar att universitetssjukhus underrapporterade OHSS-biverkningar till IVO under åren 2011 och 2012. Ingen sådan skillnad kunde ses för 2013 för varken universitetssjukhus eller andra vårdenheter.

Avvikelser som rapporteras in till IVO vad gäller könsceller är framförallt att fel embryo har tinats, frysetiketten har ramlat av, bristande kommunikation mellan mottagning och laboratoriet i händelse av inställd embryo införsel (embryo transfer, ET), vilket medför att embryo tinats där det inte skulle tinas. Tabell 9 visar antal avvikelser per år och vårdgivartyp enligt uppgifter från IVO.

Tabell 9. Antal avvikelser per år och vårdgivartyp enligt uppgifter från IVO.

Vårdgivartyp	2011	2012	2013
Universitetssjukhus	5	16	11
Andra vårdenheter	4	3	5

Då det inte kan jämföras mot en annan källa ska detta ställas i förhållande till hur många behandlingar som utförs i universitetssjukhus och andra vårdenheter och med hänsyn till att inrapporteringen kan vara olika i de olika vårdgivartyperna.

Ekonomiska konsekvenser

Om lagen om genetisk integritet 7 kap. 4 § skulle komma att ändras så att assisterad befruktning utanför kroppen med donerade könsceller vid andra vårdenheter än vid universitetssjukhus blir möjlig kan det komma att få ekonomiska samt andra konsekvenser för befintliga vårdenheter. Inom detta uppdrag har Socialstyrelsen gjort en uppskattning om tänkbara ekonomiska konsekvenser vid en eventuell lagändring. I dessa beräkningar har Socialstyrelsen gjort en uppskattning av antalet kvinnor som i dagsläget väljer att genomgå assisterad befruktning utanför Sveriges gränser. Då ensamstående kvinnor ges rätt till assisterad befruktning i Sverige berörs dessa kvinnor av den föreslagna lagändringen (Betänkande 2015/16:SoU3).

Vidare antas att det idag finns en grupp av kvinnor (som lever i en olikkönad / samkönad relation) som söker sig utomlands för assisterad befruktning med donerade könsceller då det kan röra sig om att de inte uppfyller ålderskriterierna eller att det högst tillåtna antalet IVF-behandlingar i offentlig regi i Sverige är redan utnyttjad. Om förslaget med assisterad befruktning utanför kroppen med donerade könsceller skulle bli tillåtet på andra vårdenheter än universitetssjukhusen kan denna grupp av kvinnor söka sig till dessa vårdgivare istället för att söka sig utomlands för fortsatt behandling. En annan anledning till att genomgå assisterad befruktning utomlands kan vara bristen på donatorer inom vissa landsting, vilket resulterar i långa köer för assisterad befruktning med donerade könsceller[28].

Uppskattat antal behandlingar i Sverige

Assisterad befruktning i Sverige enligt Q-IVF

Enligt Q-IVF startades 8 171 IVF-behandlingar med egna könsceller på universitetssjukhus och 8 963 på andra vårdenheter år 2013. Det totala antalet utförda IVF-behandlingar med inkludering av behandlingar med donerade könsceller (n= 1 008) uppgick år 2013 till 18 142 behandlingar[29].

För inseminationer redogör Q-IVF endast för antalet genomförda inseminationer med donerade spermier varför det saknas en heltäckande bild över antalet genomförda inseminationer inom landet. Enligt uppgift finns det idag totalt 11 IVF-kliniker i Sverige som drivs i privat regi varav 9 av dem har rapporterat in data till Q-IVF. En anledning till detta är att klinikerna har startats efter år 2013, varför data ännu saknas. Tabell 10 visar antal behandlingar med assisterad befruktning i Sverige för år 2013 uppdelat i universitetssjukhus och andra vårdenheter.

Tabell 10. Antal behandlingar med assisterad befruktning uppdelat i universitetssjukhus och andra vårdenheter, år 2013.

Vårdenheter	Antal startade IVF-beh. m. egna könsceller	Antal startade IVF-beh. m. donerade könsceller	Antal donatorin-seminationer
Universitetssjukhus (n=7)	8 171	Ägg 453[4] Spermier 555	650
Andra vårdenheter (n=8)	8 963		
Totalt	17 134	1 008	650

Det finns ingen statistik uppdelat på antalet samkönade respektive olikkönade par som genomgår IVF-behandling samt insemination årligen i Sverige. Antalet IVF-behandlingar som genomförs med donerade könsceller utgör idag 5,6 % av samtliga IVF-behandlingar. Enligt uppgifter från universitetssjukhus så utförs ca 80 % av samtliga inseminationer på samkönade par[5]. De antas dock utgöra en liten del av det totala antalet kvinnor som genomgår IVF-behandling.

Inseminationer av svenska kvinnor utanför Sverige

I Danmark utfördes 2 000 inseminationer på svenska kvinnor år 2014 [30]. Detta utgör 9,9 % av samtliga genomförda inseminatoner i Danmark och 35 % av gruppen kvinnor bosatta i annat land än Danmark. Den angivna andelen visar att det är en betydande andel svenska kvinnor som årligen åker till Danmark för att genomgå assisterad befruktning. Dock finns inga uppgifter om hur många utav dessa inseminationer som utförts på ensamstående svenska kvinnor. Regeringen anger i sin utredning kring assisterad befruktning för ensamstående kvinnor att det under 2013 utfördes 1 296 inseminationer på ensamstående svenska kvinnor[6] i Danmark[31]. Av det totala antalet utförda inseminationer i Danmark[7] för år 2014 antas det att det utfördes 1 296 inseminationer på ensamstående kvinnor och 704 inseminationer på samkönade och olikkönade par (totalt 2 000 inseminationer). Ett antagande görs utifrån svenska uppskattningar om att ungefär 80 % av inseminationerna görs på samkönade par[5].

Finska Institutet för hälsa och välfärd publicerade nyligen siffror om omfattningen av assisterade befruktningar i Finland. Totalt genomfördes 13 500 assisterade befruktningar år 2013 (67 % IVF och 33 % inseminationer) varav 560 av dessa behandlingar utfördes på personer från Norge, Sverige och Ryssland[32]. Om ett antagande görs utifrån exemplet för Danmark om att andelen svenska kvinnor (35 %) som genomgår inseminationer i Finland (33 %) uppgår antalet inseminationsbehandlingar på svenska kvinnor till 65

[4] IVF-kliniken i Umeå samarbetar med kvinnokliniken vid Norrlands Universitetssjukhus behandling med donerade könsceller får göras och därmed inkluderas bland de offentliga.

[5]

[6] Uppgifter för antalet svenska ensamstående kvinnor baseras på data från fem sjukvårdsinrättningar fördelat över Danmark. En av de inkluderade vårdenheterna är Storkkliniken i Köpenhamn som är en av de största vårdenheterna och som majoriteten av svenska kvinnor söker sig till.

[7] Genom att subtrahera 2 000 med 1 296 återstår 704 inseminationsbehandlingar som antas utföras på samkönade samt olikkönade par.

stycken. Tabell 11 visar antalet utförda inseminationer på svenska kvinnor i Danmark och Finland enligt Socialstyrelsens estimeringar och antaganden.

Tabell 11. Antal estimerade inseminationer av svenska kvinnor i Danmark och Finland.

	Danmark	Finland	Totalt
Ensamstående kvinnor	1 296 (65 %)	42 (65 %)	1 338
Samkönade par	563 (28 %)	18 (28 %)	581
Olikkönade par	141 (7 %)	5 (7 %)	146
Totalt	2 000 (100 %)	65 (100 %)	2065

IVF-behandlingar av svenska kvinnor utanför Sverige

Under 2014 genomfördes ca 11 900 IVF- behandlingar i Danmark varav 19 % (2 261 IVF-behandlingar) genomfördes på kvinnor bosatta utanför Danmark. Utifrån exemplet för antalet svenska kvinnor som genomgår insemination i Danmark (35 %) bland utländska kvinnor, görs samma skattning för IVF vilket resulterar i totalt 791 påbörjade IVF-behandlingar på svenska kvinnor i Danmark. Andelen kvinnor som är ensamstående, lever i samkönad eller olikkönad relation och som genomför IVF i Danmark beräknas utifrån det angivna antalet om 301 genomförda IVF-behandlingar på ensamstående kvinnor i Danmark år 2013 och med antagandet om att 80 % av behandlingar utförs på kvinnor som lever i en samkönad relation[8]. Antalet IVF-behandlingar på svenska kvinnor i Finland har estimerats utifrån exemplet för Danmark och resulterar i 131 påbörjade IVF-behandlingar (Tabell 12).

Tabell 12. Antal estimerade IVF-behandlingar utförda på svenska kvinnor i Danmark och Finland[9]

	Danmark	Finland	Totalt
Ensamstående kvinnor	301 (38 %)	50 (38 %)	351
Samkönade par	392 (49,5 %)	65 (49,5 %)	456
Olikkönade par	98 (12,5 %)	16 (12,5 %)	114
Totalt	791 (100 %)	131 (100 %)	921

Antalet kvinnor som söker sig utomlands för assisterad befruktning söker sig även till andra länder utöver Danmark och Finland. Enligt Försäkringskassan sökte 5 kvinnor ersättning för EU-vård via Försäkringskassan för assisterad befruktning år 2014 och 6 kvinnor för 2015. Utöver Danmark och Finland sökte kvinnor ersättning för EU-vård i Grekland, Spanien, Tyskland samt Kina för assisterad befruktning. Då underlaget kring antalet som genomgår assisterad befruktning i andra länder än Danmark och Finland är litet så har Socialstyrelsen valt att inte inkludera denna grupp av kvinnor i sina uppskattningar och beräkningar.

[8] 301/791=0.38, 791-301 = 490, 0.8x490= 392, 490-392= 98

[9] Ingen uppdelning över fördelning kring donerade eller egna könsceller

Under ett samrådande möte med representanter från IVO, vävnadsrådet, företrädare för IVF-verksamheter oavsett driftsform och patientföreningar (Femmis) den 8 december 2015 (bilaga 1) redogjordes för att det finns ett antal kvinnor som inhandlar donerade könsceller (sperma) direkt över disk eller per post från spermabanker i Danmark (Källa Docent Kjell Wånggren, Reproduktionsmedicin, Karolinska Universitetssjukhus, från spermadonationskurs i Örebro). Dock saknas information kring uppskattningar av antalet, vilket gör det svårt för Socialstyrelsen att inkludera dessa siffror i sina beräkningar. Med bakgrund av detta kan alltså en underskattning ha gjorts av antalet kvinnor som söker hjälp via assisterad befruktning.

Uppskattat antal kvinnor som genomgår behandling

Enligt information från tidigare avsnitt uppgår det uppskattade antalet behandlingar på svenska kvinnor som söker sig till Danmark och Finland till 2 986 (n=2065 inseminationer från tabell 11och n=921 IVF från tabell 12) behandlingar per år beräknat på information från 2013/2014. Det uppskattade antalet kvinnor i Sverige som antas söka assisterad befruktning i Sverige vid en eventuell utökning av assisterad befruktning, samt att ensamstående kvinnor ges möjlighet till assisterad befruktning fr.o.m. 2016, har beräknats utifrån antalet ensamstående kvinnor som söker sig till Danmark och Finland för insemination (n=1 338 från tabell 11) samt samtliga svenska kvinnor som antas genomgå IVF-behandling i Danmark och Finland (n=921). Beräkning av antalet IVF-behandlingar med donerade könsceller som kvinnor gör utomlands baseras på antalet påbörjade IVF-behandlingar med donerade spermier i Sverige (n=555) dividerat med antalet kliniska graviditeter (n=203) vilket år 2013 uppgick till ca 3 behandlingar [33]. För antalet behandlingar vid insemination dividerades antalet påbörjade donatorinseminationer med antalet kliniska graviditeter vilket uppgick till ca 6 behandlingar. Om man dividerar antalet behandlingar i utlandet med antalet gensomsnittliga försök[10] för IVF respektive inseminationer, blir antalet kvinnor som söker sig utomlands för behandling 530 stycken.

Om en utvidgning av assisterad befruktning till andra vårdenheter genomförs, och assisterad befruktning tillåts för ensamstående kvinnor, kan det antas att det under det första året kommer bli en ökning i antalet kvinnor som vill göra assisterad befruktning inom den svenska hälso- och sjukvården, både för universitetssjukhus och andra vårdenheter. Då det inte finns några tillgängliga uppgifter om hur stor denna ökning förväntas bli görs ett antagande om en ökning med 50 % för antalet kvinnor som idag söker sig utomlands och som kan antas vilja genomgå assisterad befruktning i Sverige. Detta uppskattas på basen av antal inseminationer som genomförs på ensamstående kvinnor (n=1 338) och antal IVF på samtliga kvinnor (n=921) då det är dessa grupper som förväntas söka behandling vid eventuell utökning av behandlingar med donerade könsceller. Antalet uppskattas till totalt cirka 800 kvinnor innebärande en ökning om 3 389 behandlingar (2 007 insemination-

[10] 921/3= 307, 1 338/6= 223

er, 1 382 IVF-behandlingar) [11]. Ett antagande om en ökning görs utifrån att det finns kvinnor som inte haft möjlighet att söka sig utomlands för assisterad befruktning samt att det kan finnas en grupp som valt att avvakta i väntan på en eventuell lagförändring.

Hälsoekonomiska beräkningar

I Sverige utförs 5,6 % av samtliga IVF-behandlingar med donerade könsceller. Det är problematiskt att uppskatta hur stor ökning av IVF-behandlingar med donerade könsceller som kommer att ske om lagen om assisterad befruktning utanför kroppen kommer att inkludera andra vårdenheter än de vid universitetssjukhus. Idag är det en stor brist på donerade spermier och ägg, och väntetiderna för äggdonationer kan nå upp till 3 år i vissa landsting. Detta kan bidra till långa köer i väntan på behandling [28]. Man kan anta att antalet kvinnor som önskar genomgå IVF-behandlingar kommer att öka då de privat-finansierade vårdenheter i större utsträckning har möjlighet att köpa donerade könsceller från utlandet, exempelvis Danmark. Ett exempel (se nedan) redovisar kostnader som kan uppstå för en privat IVF-klinik om en ändring av lagen om assisterad befruktning utanför kroppen med donerade könsceller kommer att genomföras. Vissa kostnader berör även universitetssjukhusen, då en möjlig utökning av behandlingar till ensamstående kvinnor kommer att påfresta den offentliga vårdsektorn i första hand. I exemplet nedan räknas därför även kostnader för inseminationer för ensamstående kvinnor då regeringen förbereder en lagförändring för att göra detta möjligt.

Samtliga kostnadsberäkningar (om inte annat anges) baseras på data inkommen från olika universitetssjukhus och andra vårdenheter genom studiebesök och ett samrådande möte anordnat av Socialstyrelsen den 2015-12-08 (bilaga 1), samt per mail och telefon. Angivna lönekostnader är inhämtade från Statistiska centralbyråns lönedatabas per år 2014 och redovisar den genomsnittliga månadslönen per yrkeskategori som grundlön plus fasta och rörliga tillägg. Ett påslag för sociala avgifter om 44,13 % har gjorts (SKL:s rekommendation till landstingen för påslag av sociala avgifter). För samtliga redovisade lönekostnader har inga påslag för overhead-kostnader gjorts på grund av att uppgifter för detta saknas.

Merkostnad för en IVF klinik vid utökning

Exemplet med en fiktiv vårdenhet har gjorts utifrån en eventuell utökning av assisterad befruktning utanför kroppen med donerade könsceller för vårdenheter utanför universitetssjukhusen samt en eventuell ökad efterfrågan på assisterad befruktning bland ensamstående kvinnor. Nedan ges ett exempel kring kostnader för en fiktiv vårdenhet driven i privat regi om en utvidgning av den nuvarande verksamheten görs. Kostnader för utökad personalstyrka, utvidgning av befintligt laboratorium är kostnader som kommer att beröra även universitetsjukhus, då kvinnor kommer att söka sig i första hand till offentliga vårdsektorn (tabell 13-14). Kostnader kring framtagning av rutiner som krävs för att söka tillstånd att få ta emot och bedriva verksamhet kring

[11] 530x1,5= 795 (avrundas till 800 i rapporten), 921x1,5 ≈ 1 382, 1 338x1,5= 2 007

donerade könsceller och kostnader för behandling och inköp av donerade könsceller är kostnader som kan komma att uppstå i en privat IVF-klinik och redovisas (tabell 15-16).

Utifrån en fiktiv vårdenhet[12] görs ett antagande om en befintlig personalstyrka om 2,5 – 3 läkare/gynekologer, 4 barnmorskor, 1 undersköterska, 1 sekreterare, 5 embryologer och 1 psykolog. Vårdenheten ges möjlighet att utöka sin kapacitet om 150 inseminationer och 100 IVF-behandlingar inklusive IVF-behandlingar med donerade könsceller. Tabell 13 redovisar för det totala antalet yrkeskategorier som behöver utökas samt de ökade lönekostnaderna.

Tabell 13. Utökning av personalstyrka och kostnader

Yrke	Månadslön/pers[13]	Kostnad/pers/år	Totalt/år
2 barnmorskor	46 554	558 648	1 117 296
1 gynekolog	84 028	1 008 336	1 008 336
1 psykolog	51 454	617 448	617 448
2 embryologer	53 472	641 664	1 283 328
			4 026 408

Vidare behövs en utvidgning av laboratoriet göras för förvaring av donerade könsceller. För detta behöver en frystank köpas in[14]. Ett brandsäkert skåp behöver köpas in för förvaring av så kallade donationsböcker innehållande information om donatorn och som måste förvaras i 70 år. Tabell 14 ger en översikt av samtliga engångskostnader.

Tabell 14. Engångskostnader för att kunna ta emot donerade könsceller

	Frystank, mellanstorlek, 340 l	Brandsäkert skåp	Arkivpapper	Totalt
Kostnad (SEK)	170 000	15 000	520[15]	185 520

För att en vårdenhet ska få ta emot donerade könsceller behöver en ansökan till IVO göras. Utöver detta behöver också rutiner, informationsfoldrar och blanketter för donatorer utarbetas. Exemplet för kostnader samt tid som behöver läggas ned för detta och för vilka personalkategorier, baseras på information från en befintlig vårdenhet (Tabell 15).

[12] Baseras på information inkommen från en privat IVF-klinik.
[13] Samtliga angivna månadslöner baseras på lönestatistik från statistiska centralbyrån per år 2014, genomsnittlig månadslön redovisas som grundlön plus fasta och rörliga tillägg. Ett påslag för sociala avgifter om 44,13 % har gjorts enligt SKL:s rekommendationer till landstingen för påslag av sociala avgifter.
[14] Prisuppgifter för en mellanstor frystank har inhämtats från Fisher Scientific, leverantör av laboratorieutrustning.
[15] Prisuppgifter från Officedepot.

Tabell 15. Kostnad för vårdenheter för upprättande av rutiner och ansökan till IVO

Yrkeskategori	Antal	Antal timmar	Timlön	Kostnad
Barnmorska	3	288 (96 h/person)	269	77 472
Embryolog	1	32	309	9 888
Gynekolog	1	150	485	72 750
Totalt	5	470		**160 110**

Kostnader kring att öka antalet donatorer

Inköp av donerade könsceller från Danmark

För att möta den förväntade ökningen av antalet kvinnor som kommer söka sig till den svenska hälso- och sjukvården för assisterad befruktning med donerade könsceller behöver troligen antalet donatorer utökas. Enligt information från privata vårdenheter i Sverige kommer donerade könsceller främst köpas in från spermabanker i Danmark samtidigt som en del av de befintliga vårdenheterna även kommer ha möjlighet att rekrytera donatorer på vårdenheten. Nedanstående tabell redogör för kostnader vid inköp av donerade spermier från en spermabank i Danmark.

Tabell 16. Kostnad för vårdenheter vid inköp av donerade spermier

Inköp från Danmark	Donerade spermier	Pregnancy slot	Frakt
Kostnad	3 500 per strå	9 000	2 500

Kostnad per strå innebär kostnad per behandlingstillfälle innebärande att de totala kostnaderna ökar ju fler behandlingar som genomförs. Kostnaderna för frakt kommer variera beroende av antalet strån som köps in vid ett och samma tillfälle. Enligt information från en privat vårdenhet tillkommer en så kallad ”pregnancy slot”-avgift (typ av administrativ avgift) per donator, beroende av att en vårdenhet köper sig ensamrätten om en donators donerade könsceller. En donator får ge donerade könsceller till sammanlagt 6 familjer i Sverige. I Danmark finns inga sådana restriktioner varför en spermabank registrerad i Danmark ålägger en avgift för vårdenheter i Sverige. Detta görs för att säkerställa att de donerade könsceller från en och samma donator inte ska ge upphov till barn till fler än totalt 6 familjer i Sverige. Donatorn kan dock användas och ge upphov till barn i andra familjer i andra länder.

Kostnader för donerade könsceller

Kostnader för att ta emot donerade könsceller innefattar kostnad för utredning (pyskosocial- och medicinsk bedömning), ersättning till donatorn samt kostnader för läkemedel vid äggdonation (tabell 17).

Tabell 17. Vårdenheters kostnad per donator[16]

Donation	Utredning	Ersättning sperma-donator	Ersättning äggdonator	Kostnad för läkemedel vid äggdonation
Kostnad	5 500	550 x 10 = 5 500	6 600	10 000

Utöver detta tillkommer kostnader för infrysning av spermier. Denna kostnad uppskattas till cirka 8 000 kronor (enligt uppgift från SKL) plus provtagningskostnader för infektionsscreening. Ersättning till äggdonatorer varierar idag men i ett dokument från Vävnadsrådet framgår det att det är önskvärt att ersättningen bör ligga kring 6 600 kronor [34]. En spermadonator får mellan 300-550 kronor per donationstillfälle. En spermadonator lämnar sperma cirka 10 gånger varför en total ersättning kan röra sig om ca 5 500 kronor.

Den genomsnittliga tidsåtgången för en psykosocial och medicinsk utredning av en spermadonator uppskattas till 3,5 timmar och för en äggdonator till 6,8 timmar innebärande ökade kostnader givet det ökade antalet resurser (t.ex. personal) som kan komma att behövas vid en utredning. För att rekrytera donatorer till en vårdenhet kan kostnader för rekrytering även tillkomma. En insättning av en annons i en större dagstidning uppskattas kosta 16 000 kronor[17] i initiala kostnader och beräknas minska per dag givet ett ökat antal dagar för annonsering.

Efterfrågan av nya donatorer inom svensk hälso- och sjukvård

Idag varierar tillgången på donatorer och donerad sperma mellan olika landsting varför rekrytering av nya donatorer måste göras för att tillgodose en ökad efterfrågan av donerade könsceller[28]. Om en ökning om totalt 3 389 behandlingar med en uppskattning om att en donators sperma kan användas vid 10 behandlingar så behövs idag 339 nya donatorer (exemplet baseras enbart på kostnader för spermadonatorer). De totala kostnaderna för den svenska hälso- och sjukvården för att öka antalet nya donatorer uppskattas enligt nedanstående tabell 19.

Tabell 18. Total kostnad för att öka antalet donatorer i Sverige

Åtgärd	Kostnad (SEK)
Utredning	1 864 500
Ersättning (spermadonator)	1 864 500
Infrysning av sperma (8 000 kronor)	2 712 000
Total kostnad	**6 441 000**

Utöver ovan nämnda kostnader kan kostnader tillkomma för rekrytering av donatorer (med undantag för de vårdenheter som väljer att köpa in donerade spermier från Danmark). Utöver ovan redogjorda kostnader tillkommer kostnader för rekrytering för att kunna möta den ökade efterfrågan på donatorer. Givet information från ett universitetssjukhus, har man satsat 180 000 kronor i en kampanj för att öka antalet nya donatorer. Utfallet av

[16] Angivna kostnader baseras på information från både offentligt- och privat drivna IVF-kliniker.
[17] Enligt prisuppgift från Dagens Nyheter, ej begärd placering, annons mån-tors.

kampanjen skattas till totalt 35 nya donatorer innebärande en kostnad om ca 5100 per donator. Utöver detta kan antas tillkomst av kostnader för utredning (medicinsk och psykosocial) av potentiella donatorer som i slutändan faller bort på grund av olika anledningar.

De totala kostnaderna inkluderar det totala antalet nya donatorer som behövs vid en uppskattning om att 800 svenska kvinnor söker sig i framtiden till svensk sjukvård för assisterad befruktning med donerade könsceller (ensamstående kvinnor, samkönade och olikkönade par)[18].

Kostnader per patient

Vid en eventuell utökning av assisterad befruktning utanför kroppen med donerade könsceller vid andra vårdenheter än de vid universitetssjukhus kommer detta även innebära ökade kostnader för en vårdenhet vid utförandet av IVF-behandlingar med donerade könsceller. Tabell 19 redovisar för kostnader för IVF-behandling per patient.

Tabell 19. Kostnad för IVF-behandling per patient

	Fertilitets-utredning	IVF-behandling	Ultraljudskontroll vid IVF	Möte med psykolog[19]
Kostnad	4 000	25 400	2 800	2 000

Angivna kostnader för IVF-behandling baseras på kostnadsinformation från både universitetssjukhus och andra vårdenheter. Dock kan överskattningar om de faktiska kostnaderna ha gjorts då kostnader insamlat från de andra vårdenheterna har en vinstmarginal inräknat i de angivna kostnaderna.

Med bakgrund av att det för närvarande finns en begränsning kring antalet IVF-behandlingar (samt inseminationer) som erbjuds kvinnor i den offentligt finansierade vården är det ett alternativ att söka sig utomlands för fortsatt behandling. Om en utökning av IVF-behandlingar med donerade könsceller utvidgas till andra vårdenheter än de vid universitetssjukhus kan det innebära att ensamstående kvinnor, samkönade och olikkönade par som idag söker sig till Danmark och Finland kommer söka sig till vårdenheter utanför universitetssjukhusen (se avsnitt om uppskattat antal behandlingar).

Enligt Q-IVF genomförs ca 5,6 % (varav donerade spermier 3 %) av det totala antalet IVF-behandlingar med donerade könsceller. Om samma procentsats appliceras på andelen utförda IVF-behandlingar på svenska kvinnor som söker sig utomlands rör det sig om ett par enstaka behandlingar. I och med att ensamstående kvinnor ska ges möjlighet till assisterad befruktning från 2016 (Betänkande 2015/16:SoU3) kan man anta att dessa kvinnor i första hand kommer söka sig till den offentligt finansierade vården. De kommer troligtvis att söka sig till de andra vårdenheterna för IVF med donerade könsceller först när det högst tillåtna antalet IVF-behandlingar uppnåtts inom den offentligt finansierade vården.

[18] Ett antagande görs om att samtliga kvinnor utfört IVF med donerade könsceller. Så behöver dock fallet inte vara varför en överskattning av antalet kvinnor kan ha gjorts.

[19] Kostnader för möte med psykolog baseras på kostnad för möte med beteendevetare.

Kostnader för den svenska hälso- och sjukvården

Kostnader för inseminations- samt IVF-behandlingar varierar för olika landsting och vårdenheter, samt att det högst tillåtna antalet behandlingar för assisterad befruktning varierar mellan olika landsting [28, 31].

I samband med att ensamstående kvinnor ges möjlighet till assisterad befruktning innebär det ökade kostnader för den svenska hälso- och sjukvården. Givet att uppskattningen kring antalet ensamstående kvinnor som idag söker sig till Danmark och Finland för assisterad befruktning kommer att söka sig till svensk sjukvård och utifrån en beräkning för kostnad av en IVF- eller inseminationsbehandling samt utredning (Tabell 20), innebär det ökade kostnader om totalt ca 37 miljoner beräknat utifrån en ökning om totalt 2 540 behandlingar (2 007 inseminationer och 527 IVF)[20] på cirka 511[21] ensamstående kvinnor (Tabell 21). Till detta tillkommer kostnader för läkemedel samt för medicinska och psykosociala utredningar.

Tabell 20. Kostnad för svensk hälso- och sjukvården per IVF- och inseminationsbehandling

	Fertilitets-utredning	IVF-behandling	Insemination med donerade spermier
Kostnad	4 000	25 400	11 700

Tabell 21. Totala förväntade kostnader för svensk hälso- och sjukvård.

Åtgärd	Kostnad
Fertilitetsutredning	2 044 000
IVF-behandling	13 385 800
Insemination m donerade spermier	23 481 900
Total kostnad	**37 072 100**

För redogjorda kostnader inkluderas inte kvinnor som lever i en samkönad eller olikkönad relation då exemplet för kostnader endast redogör för ökade kostnader i samband med att ensamstående kvinnor ges möjlighet till assisterad befruktning. De totalt uppskattade kostnaderna redogör för kostnader för den offentligt finansierade hälso- och sjukvården.

[20] För ensamstående kvinnor 1338x1,5 =2007 inseminationer och 351x1,5≈527 IVF

[21] Antalet beräknas genom 2007/6≈335, 527/3≈176, 335+176=511 ensamstående kvinnor

Socialstyrelsens förslag

Socialstyrelsen har i denna rapport konstaterat att det inte finns några väsentliga skillnader mellan universitetssjukhus och andra vårdenheter i Sverige avseende förlossningsfrekvens och tvillingfödslar efter IVF-behandling. Kvalitetsregistret för assisterad befruktning samlar in uppgifter från samtliga IVF-kliniker i Sverige och även om det kan förekomma bortfall på grund av att det är frivilligt att vara med i registret, anses datakvalitén vara god.

Med bakgrund av detta föreslår därför Socialstyrelsen en utökning av möjligheten till IVF-behandlingar (befruktning utanför kroppen) med donerade könsceller till andra vårdenheter än de vid universitetssjukhus. Myndigheten föreslår:

En ändring i 7 kap. 4 § andra stycket lagen om genetisk integritet enligt följande:

> 4 § Befruktning av ägg från en kvinna, i vars kropp ägget ska införas, med spermier från kvinnans make eller sambo får inte utan tillstånd av Inspektionen för vård och omsorg utföras annat än vid offentligt finansierade sjukhus. Detta gäller också införande av ägget i kvinnans kropp.
>
> Kommer ägget inte från kvinnan eller spermien inte från kvinnans make eller sambo får *inte* befruktning och införande av ägg ske *utan tillstånd av Inspektionen för vård och omsorg annat än* vid de sjukhus som upplåtit enhet för utbildning av läkare enligt avtal mellan de universitet som bedriver läkarutbildning och berörda landsting**.**

Den nuvarande lydelsen i andra stycket är:

> Kommer ägget inte från kvinnan eller spermien inte från kvinnans make eller sambo får befruktning och införande av ägg ske endast vid de sjukhus som upplåtit enhet för utbildning av läkare enligt avtal mellan de universitet som bedriver läkarutbildning och berörda landsting. Lag (2013:1147).

Förutsättningar

De lagändringar som föreslås kommer att innebära en ökad efterfrågan på donerade könsceller, framför allt spermier. I denna rapport visar Socialstyrelsens beräkningar på att det kan komma att handla om upp emot 800 kvinnor som söker vård, motsvarande cirka 3 400 behandlingar under det första året efter en eventuell lagändring. I detta uppdrag har inte myndigheten analyserat hur denna ökade efterfrågan kan mötas. I Sverige har vissa IVF-kliniker försökt rekrytera donatorer och sådana rekryteringar är kostsamma, tidskrävande och ger upphov till få tillkommande donatorer. Det kommer därför att krävas ytterligare initiativ för att skapa ett fungerande system för donationer i

Sverige. Sådana initiativ kan handla om uppbyggnader av spermabanker, vilket idag pågår inom ett landsting men dess framtid är oklar. En kontroll, uppföljning och utvärdering av donatorer är idag inte möjlig att utföra i Sverige då ingen information finns tillgänglig för dessa individer förutom de som inkluderas i vetenskapliga projekt. Det kan även finnas behov av att öka möjligheterna till uppföljning av donatorer genom användandet av ett gemensamt register för donatorer av könsceller. Dessa frågor har inte ingått i Socialstyrelsens uppdrag men är frågor som bör uppmärksammas och som bedöms vara angelägna för att åstadkomma en ökad och säker tillgång till donerade könsceller samt säkra uppföljningen av donatorer.

Referenser

1. Glujovsky, D, Blake, D, Farquhar, C, Bardach, A. Cleavage stage versus blastocyst stage embryo transfer in assisted reproductive technology. Cochrane Database Syst Rev. 2012; 7:CD002118.
2. Dar, S, Lazer, T, Shah, PS, Librach, CL. Neonatal outcomes among singleton births after blastocyst versus cleavage stage embryo transfer: a systematic review and meta-analysis. Hum Reprod Update. 2014; 20(3):439-48.
3. Finnstrom, O, Kallen, B, Lindam, A, Nilsson, E, Nygren, KG, Olausson, PO. Maternal and child outcome after in vitro fertilization--a review of 25 years of population-based data from Sweden. Acta Obstet Gynecol Scand. 2011; 90(5):494-500.
4. Pinborg, A, Henningsen, AK, Malchau, SS, Loft, A. Congenital anomalies after assisted reproductive technology. Fertil Steril. 2013; 99(2):327-32.
5. Ginström, EE, Bergh, C, Khatibi, A, Källén, K, Westlander, G, Nilsson, S, et al. Neonatal and maternal outcome after blastocyst transfer - a population-based registry study. American Journal of Obstetrics and Gynecology (Accepted) 2016.
6. Elenis, E, Svanberg, AS, Lampic, C, Skalkidou, A, Akerud, H, Sydsjo, G. Adverse obstetric outcomes in pregnancies resulting from oocyte donation: a retrospective cohort case study in Sweden. BMC Pregnancy Childbirth. 2015; 15(1):247.
7. Gonzalez-Comadran, M, Urresta Avila, J, Saavedra Tascon, A, Jimenez, R, Sola, I, Brassesco, M, et al. The impact of donor insemination on the risk of preeclampsia: a systematic review and meta-analysis. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2014; 182:160-6.
8. Soderstrom-Anttila, V. Pregnancy and child outcome after oocyte donation. Hum Reprod Update. 2001; 7(1):28-32.
9. Isaksson, S. The child's best interest : Perspectives of gamete recipients and donors. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis; 2015.
10. Riskind, RG, Patterson, CJ. Parenting intentions and desires among childless lesbian, gay, and heterosexual individuals. J Fam Psychol. 2010; 24(1):78-81.
11. Lewis, JM. The transition to parenthood: II. Stability and change in marital structure. Fam Process. 1988; 27(3):273-83.
12. Lewis, JM. The transition to parenthood: I. The rating of prenatal marital competence. Fam Process. 1988; 27(2):149-65.
13. Borneskog, C, Lampic, C, Sydsjo, G, Bladh, M, Svanberg, AS. Relationship satisfaction in lesbian and heterosexual couples before and after assisted reproduction: a longitudinal follow-up study. BMC Womens Health. 2014; 14:154.
14. Sydsjo, G, Lampic, C, Bladh, M, Skoog Svanberg, A. Relationships in oocyte recipient couples - a Swedish national prospective follow-up study. Reprod Health. 2014; 11:38.
15. Lashley, LE, Haasnoot, GW, Spruyt-Gerritse, M, Claas, FH. Selective advantage of HLA matching in successful uncomplicated oocyte donation pregnancies. J Reprod Immunol. 2015; 112:29-33.

16. Yeh, JS, Steward, RG, Dude, AM, Shah, AA, Goldfarb, JM, Muasher, SJ. Pregnancy rates in donor oocyte cycles compared to similar autologous in vitro fertilization cycles: an analysis of 26,457 fresh cycles from the Society for Assisted Reproductive Technology. Fertil Steril. 2014; 102(2):399-404.
17. Liang, M, Zhang, B, Sun, W, Xu, P, Zhang, Z, Yang, XY, et al. [Safety evaluation of the offspring conceived by assisted reproductive technology with donor's semen]. Zhonghua Nan Ke Xue. 2011; 17(3):237-41.
18. Golombok, S, Brewaeys, A, Cook, R, Giavazzi, MT, Guerra, D, Mantovani, A, et al. The European study of assisted reproduction families: family functioning and child development. Hum Reprod. 1996; 11(10):2324-31.
19. Golombok, S, Murray, C, Brinsden, P, Abdalla, H. Social versus biological parenting: family functioning and the socioemotional development of children conceived by egg or sperm donation. J Child Psychol Psychiatry. 1999; 40(4):519-27.
20. Ilioi, EC, Golombok, S. Psychological adjustment in adolescents conceived by assisted reproduction techniques: a systematic review. Hum Reprod Update. 2015; 21(1):84-96.
21. Blake, L, Jadva, V, Golombok, S. Parent psychological adjustment, donor conception and disclosure: a follow-up over 10 years. Hum Reprod. 2014; 29(11):2487-96.
22. Lampic, C, Skoog Svanberg, A, Sydsjo, G. Attitudes towards disclosure and relationship to donor offspring among a national cohort of identity-release oocyte and sperm donors. Hum Reprod. 2014; 29(9):1978-86.
23. Isaksson, S, Sydsjo, G, Skoog Svanberg, A, Lampic, C. Preferences and needs regarding future contact with donation offspring among identity-release gamete donors: results from the Swedish Study on Gamete Donation. Fertil Steril. 2014; 102(4):1160-6.
24. Sydsjo, G, Kvist, U, Bladh, M, Nordgaard, A. The optimal number of offspring per gamete donor. Acta Obstet Gynecol Scand. 2015; 94(9):1022-6.
25. Janssens, PM, Thorn, P, Castilla, JA, Frith, L, Crawshaw, M, Mochtar, M, et al. Evolving minimum standards in responsible international sperm donor offspring quota. Reprod Biomed Online. 2015; 30(6):568-80.
26. Dhont, N. Hurdles to setting-up a sperm bank:organizational aspects. In: Donor Sperm banking: medical s-c, ethical and legal considerations, editor.: European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) Leuven, Belgium; 2015.
27. Haagerup, A. Danish sperm donor passed neurofibromatosis on to five children. BMJ. 2012; 345:e6570
28. (SKL), SKoL. Assisterad befruktning: UPPFÖLJNINGSRAPPORT MED DEFINITIONER, REKOMMENDATIONER OCH UTVECKLINGSOMRÅDEN. 2014.
29. Q-IVF, nkfab. Årsrapport, gäller behandlingar utförda 2013. Resultat-trender-öppna jämförelser. 2015.
30. Sundhedsdatastyrelsen. Assisteret Reproduktion, Tal og analyse 2014. 2015.
31. SOU. Assisterad befruktning för ensamstående kvinnor : delbetänkande. Stockholm: Fritze; 2014.

32. välfärd, Ifho. Assisterad befruktning 2013–2014. 2015.
33. Q-IVF, nkfab. Behandlinsgresultat. Donation. Riket. REsultat 2013.
34. (SKL), SKoL. Donation av könsceller från tredjepartsdonator–främjande av en enhetlig rekrytering och hantering inom Sverige. 2014.
35. 2015, RSS. HUR BRA ÄR DITT LÄN PÅ SEXUALPOLITIK, VÅRD OCH HÄLSA? 2015.

Bilaga 1. Aktiviteter

Samrådande möte 8 Dec 2015 på Socialstyrelsen

Socialstyrelsen sammankallade till samrådande möte med representanter från IVO, vävnadsrådet, företrädare för IVF-verksamheter oavsett driftsform och patientföreningar (Femmis) den 8 December 2015. Diskussionspunkter var: 1)För- och nackdelar med en utökning av IVF-behandlingar, 2) införandet av ett nationellt register för donatorer av könsceller och 3) ekonomiska konsekvenser av en eventuell lagförändring.

Mötet var väldigt uppskattat och en rad synpunkter kom fram från frågeformuläret som distribuerades med de 3 frågeställningarna som nämns ovan. Svaren sammanställs här:

1. Fördelarna med en utökning ansågs vara att fler har möjlighet till behandling (t ex patienter som pga. av ålder inte kan få vård hos de offentliga vårdgivare eller har utnyttjat sin kvot av behandlingar utan lycka), att den öppnar upp för större valfrihet för patienterna och kommer att leda till minskade kötider. Det anses också diskriminerande för vissa patientergrupper att inte få möjlighet till behandling eller syskon behandling i Sverige utan måste söka sig utomlands. I nackdelarna nämndes att den pågående utbildningen framför allt vad gäller äggdonationer sprids till fler aktörer med oanade konsekvenser på utvecklingen och utbildningen. Äggdonationsbehandlingar är väldigt få i antal, komplexa och kostsamma med varierande väntetider i landet (6-8 månader i Stockholm, upp till 2 år i Västra Götalandsregionen) hos universitetssjukhusen [34, 35]. Det uttrycktes också att det får absolut inte förekomma olika ersättningssystem för rekrytering av donatorer mellan universitetssjukhus och andra vårdenheter som leder till konkurens och skev fördelning av donatorer.
2. Det ansågs väsentligt med upprättning av ett nationellt register för donatorer av könsceller för att säkerställa donationsbehandlingar. På så vis kan man kontrollera att en donator ger upphov till barn i max 6 familjer som är också rekommendationen från vävnadsrådet[34].
3. Resurser krävs för att utöka en verksamhet med IVF-behandlingar med donerade könsceller enligt Socialstyrelsens hälsoekonomiska beräkningar. De vårdenheter som inte är universitetssjukhus ansåg att en del av kostnaden kommer att betalas via kunderna själva. De ansåg också att även om den initiala satsningen är kostsam, så ser de detta som en framtida investering. Universitetssjukhusen förlitar sig på finansiering från respektive landsting.

Spermadonationsbanker, kurs i Belgien

Socialstyrelsen var närvarande vid en kurs om ”Donor sperm banking: medical, socio-cultural, ethical and legal considerations” som European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) höll i Leuven, Belgien, mellan 10-11 December 2015.

12

Svar på granskning av regionens finansförvaltning

RS/368/2016

Tjänsteskrivelse
Regionstyrelsen

2016-08-03

Ekonomi- och personalavdelningen
Helena Edström
Tfn: 063-147712
E-post: helena.edstrom@regionjh.se

RS/368/2016

Granskning av regionens finansförvaltning

Ärendebeskrivning

Vid revisionsplaneringen för 2015 bedömde Regionens revisorer i sin risk – och väsentlighetsanalys att det var angeläget att genomföra en granskning av den interna kontrollen i finansförvaltningen. En granskning har genomförts av revisionsbyrån EY under projektledning av regionens revisionskontor under december 2015 till februari 2016.

Finansförvaltningen hade redan påbörjat en revidering och utveckling av befintligt regelverk för finansförvaltningen där samtliga synpunkter från denna granskning redan tagits i beaktande samt ytterligare ett antal förbättringar framtagits.

Regiondirektörens förslag

Svar på granskning av regionens finansförvaltning skickas till regionens revisorer enligt upprättat förslag.

I tjänsten

Björn Eriksson
Regiondirektör

Bo Carlbark
Ekonomidirektör

Utdrag till

Ekonomidirektör
Finansekonom

Ekonomi- och personalavdelningen
Helena Edström
Tfn: 063-147712
E-post: helena.edstrom@regionjh.se

2016-06-13

RS/368/2016

Svar på regionens revisorers skrivelse om regionens finansförvaltning

Granskning har bland annat visat på att finansförvaltningen i huvudsak har en ändamålsenlig organisation. För att uppnå en god intern kontroll finns dock enligt regionens revisorer behov av förbättringar i varierande grad avseende organisation, rapportering, utvärdering och uppföljning.

Rapporteringen bör utvecklas för att underlätta kontroller av överensstämmelse med gällande policys och limiter.
Efter att det nya reglementet (policy) RS/783/2016 är antaget i fullmäktige 2016-06-14-15, kommer rapporteringen utvecklas för att underlätta kontroller mot limiter och andra riskmål/mått.

Avvikelse från policy bör återrapporteras till fullmäktige. Såväl i policy som i praktiken saknas rutiner för hur rapportering till fullmäktige ska gå till
Vi föreslår att avvikelser från policy tas upp i årsredovisningen.

Det finns en nyckelpersonsproblematik kopplat till finansfunktionen och det bör ytterligare säkerställas att verksamheten kan bedrivas via ersättare vid varje tillfälle.
Vår externa konsult är mycket väl insatt i finansförvaltningen och kan därmed fungera som ersättare tillsammans med ekonomidirektör och/eller ekonomistrateg vid behov.

Fördelningen av arbetsuppgifter behöver förändras för att stärka internkontrollfunktionen- det finns vissa brister i ”tvåhandsprincipen” och det saknas ersättare för internkontrollfunktionen.
Under senare delen av 2016 kommer det finnas ersättare för internkontrollfunktionen och fördelningen av arbetsuppgifter kommer att ses över och förändras.

Regionens regelverk bör i vissa delar vidareutvecklas för att säkerställa kommunallagens krav på riskspridning och riskbegränsningar.
Åtgärdat i det nya reglementet

Mot bakgrund av regionens ekonomiska utveckling rekommenderar vi att regelverket kompletteras med bestämmelser om skuldförvaltning.
Åtgärdat i det nya reglementet

REGIONSTYRELSEN

Ann-Marie Johansson
Regionstyrelsens ordförande

Björn Eriksson
Regiondirektör

Bilaga: Reglemente avseende finansiering och skuldförvaltning samt förvaltning av likviditet och pensionsmedel (RS/783/2016)

Reglemente avseende finansiering och skuldförvaltning samt förvaltning av likviditet och pensionsmedel

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

REGLEMENTE AVSEENDE FINANSIERING OCH SKULDFÖRVALTNING SAMT FÖRVALTNING AV LIKVIDITET OCH PENSIONSMEDEL 1

1 INLEDNING 4

1.1 Bakgrund 4

2 LIKVIDITETSFÖRVALTNING 4

2.1 Mål och riskbegränsnings principer 4

3 LÅNGSIKTIG KAPITALFÖRVALTNING (PENSIONSMEDEL) 5

3.1 Beskrivning 5

3.2 Mål och riskbegränsnings principer 6

3.3 Avsättningar till pensionsportföljen 6

4 PLACERINGSREGLER 6

4.1 Tillåtna tillgångsslag 6

4.2 Tillgångsfördelning och limiter 7

4.3 Limiter för räntebärande värdepapper 7

4.3.1 Kreditrisk 7

4.4 Aktier och aktierelaterade instrument 9

4.5 Strukturerade produkter 9

4.6 Alternativa tillgångar 9

4.7 Valutarisk 9

4.8 Värdepappersfonder 10

4.9 Belåning 10

4.10 Etisk och miljömässig hänsyn 10

4.11 Åtgärder vid överskridande av limit samt nedgraderingar 10

4.12 Motparter 11

4.13 Förvar 11

5 FINANSIERING OCH SKULDFÖRVALTNING 11

5.1 Upplåning allmänt 11

5.2 Mål och övergripande riskbegränsning 12

5.3 Tillåtna instrument 12

5.4 Riskhantering 12

5.4.1 Finansieringsrisk 12

5.4.2 Ränterisk 13

5.4.3 Valutarisk 13
5.4.4 Likviditetsrisk 13
5.4.5 Derivatinstrument 13
5.4.6 Förfinansiering och lån för placering 13
5.4.7 Leasing 14
6 RAPPORTERING OCH UPPFÖLJNING 14
6.1.1 Utvärdering mot index 14
6.2 RAPPORTERING OM TILLGÅNGSFÖRVALTNING 15
6.2.1 Månadsrapportering 15
6.2.2 Rapport i samband med delårsbokslut 15
6.2.3 Årsrapport 15
6.3 RAPPORTERING SKULDFÖRVALTNING 16
6.3.1 Månadsrapportering 16
6.3.2 Rapport i samband med delårsbokslut 16
6.3.3 Årsrapport 16
7 ANSVARSFÖRDELNING 16
7.1 Regionfullmäktiges ansvar 16
7.2 Regionstyrelsens ansvar 17
7.3 Regiondirektörens ansvar 17
7.4 Ekonomidirektörens ansvar 17
7.5 Finansekonomens ansvar 18
8 VERKSTÄLLIGHET AV LIKVIDITETS-, PENSIONSMEDELS- OCH SKULDFÖRVALTNING 18
8.1 Ansvarsfördelning i organisationen och intern kontroll 18
8.1.1 Syfte och mål 18
8.1.2 Rätten att företräda Regionen 18
8.1.3 Fördelningen av ansvar för verkställighet 19
8.2 Rutiner för handläggning av köp eller försäljning av värdepapper samt upplåning 19
8.3 Internkontroll 20
8.3.1 Kontroll av delegationsbeslut 20
9 DEFINITIONER 21

1 INLEDNING

1.1 Bakgrund

Av Kommunallagen framgår att kommunerna och landstingen/regionerna ska förvalta sina medel på ett sådant sätt att krav på god avkastning och betryggande säkerhet kan tillgodoses. Fullmäktige ska meddela föreskrifter om medelsförvaltningen och särskilda föreskrifter om förvaltning av medel avsatta för pensionsförpliktelser.

Regionens finansförvaltning är i huvudsak uppdelad i tre områden:

- Kortsiktig/medellång likviditetsförvaltning
- Långsiktig kapitalförvaltning (pensionsmedel)
- Skuldförvaltning

Den övergripande målsättningen med finansförvaltningen är att vid varje tillfälle säkerställa betalningskapaciteten för Regionen. Regionen har härutöver ett långsiktigt åtagande att möta framtida pensionsförpliktelser.

Inriktningen är att normalt avsätta medel motsvarande pensionsskuldens förändring oavsett eventuellt investerings/finansieringsbehov, och med strategin att särskilja kapitalförvaltning från skuldförvaltning.

Policyn ska löpande hållas uppdaterad, med hänsyn till aktuella förhållanden inom Regionen samt med beaktande av utvecklingen på de finansiella marknaderna. Varje år görs en bedömning av behovet av att uppdatera policyn.

2 LIKVIDITETSFÖRVALTNING

Detta avsnitt beskriver hur regionen ska agera för att säkerställa att fullgod betalningsberedskap upprätthålls vid alla tillfällen.

2.1 Mål och riskbegränsnings principer

Likviditetsförvaltningens syfte ska vara

- Att erhålla en god avkastning för de medel som ej bedöms behövas i den löpande driften. Vid likviditetsförvaltning skall en analys avseende syftet med avsättningen göras. Syftet med avsättningen bestämmer därefter lämplig risknivå, lämpliga aktuella limiter för tillgångsslagen samt relevant avkastningsmål. Med en relativt kort placeringshorisont bör risken i förvaltningen vara låg och likviditeten god för att målet

med förvaltningen ska kunna säkerställas. Kapitalet bör därför placeras i instrument med låg förlustrisk. Målet är en avkastning på motsvarande OMRX T-bill index plus en procent.

- Att tillhandahålla likvida medel för löpande driftsutbetalningar och investeringar. För detta syfte ska alltid en likviditetsreserv finnas tillgänglig.

Som likviditetsreserv räknas kortfristiga placeringar, behållning på Regionens bankkonton, samt checkräkningskrediten och eventuella kreditlöften. Likviditetsplaneringen ska upprättas så att god betalningsberedskap och likviditetshantering säkerställs.

Riskerna vid medelsförvaltning kan sammanfattas som en osäkerhet om placeringarnas framtida avkastning och värde. Två huvudprinciper för riskbegränsning, som ska vara vägledande vid förvaltningen av Regionens medel, är *matchningsprincipen* och *diversifieringsprincipen*:

Matchningsprincipen innebär att placeringarnas löptid matchas mot de tidpunkter då de likvida medlen ska tas i anspråk för utbetalningar. Avsikten är att minska ränterisken. Den årliga likviditetsplanen, finansieringsbudgeten i Regionens treårsplan samt annan information om Likviditetsutvecklingen utgör underlag för matchningen.

Diversifieringsprincipen innebär vid kortsiktig likviditetsförvaltning att placeringarna sprids på olika emittenter i syfte att minska likviditets- och kreditrisker. En diversifiering kan uppnås genom att sprida placeringarna på olika löptider och placeringsinstrument.

3 LÅNGSIKTIG KAPITALFÖRVALTNING (PENSIONSMEDEL)

3.1 Beskrivning

Regionen har ett åtagande för medarbetarnas pensioner vilka återfinns både som ansvarsförbindelse och som skuld i balansräkningen. Det närmaste decenniet kommer pensionsutbetalningarna att öka kraftigt samtidigt som kostnaderna för regionens verksamhet förväntas öka. I syfte att klara av detta började Regionen 1999 att flytta en del av de likvida medlen till en långsiktigt förvaltad värdepappersportfölj.

pensionsåtagande har följande uppdelning:

Balansräkningen	
Avsatt för pensioner inklusive särskild löneskatt	ca 1,2 Miljarder kronor
(Inom linjen) Ansvarsförbindelse för pensioner	ca 2,4 Miljarder kronor
Totalt	ca 3,6 Miljarder kronor

Avsatt till pensioner innehåller summan av varje års intjänade pension sedan 1997 avseende lönedelar över 7,5 basbelopp, plus årlig ränteuppräkning och med avdrag för pensionsutbetalningar.

Ansvarsförbindelse för pensioner omfattar pensioner intjänade till och med 1997-12-31. Ansvarsförbindelsen räknas om varje år men förändringarna i värde belastar inte resultaträkningen. Pensionsutbetalningarna kopplade till ansvarsförbindelsen bokas däremot som en kostnad i resultaträkningen.

3.2 Mål och riskbegränsnings principer

Givet Regionens åtagande att säkerställa framtida pensionsutbetalningar är det långsiktiga avkastningsmålet 2 procent per år under en 5-års period i reala termer. Inflation mäts som förändringen av konsumentprisindex. Avkastningsmålet ska ses långsiktigt och omprövas vid behov för att säkerställa att det överensstämmer med Regionens långsiktiga strategi samt marknadens förutsättningar.

I syfte att minska förlusterna vid kraftiga börsfall ska andelen riskfyllda tillgångar (i huvudsak andelen aktier) i kapitalförvaltningen styras dynamiskt med målsättningen att portföljen som mest kan falla 10% från den högsta nivån som uppnåtts de senaste 24 månaderna.

3.3 Avsättningar till pensionsportföljen

Årliga avsättningar motsvarande den årliga skuldökningen för pensionsskulden i balansräkningen bör göras till pensionsportföljen. Avsättningarna bör göras med hänsyn till Regionens behov av likviditetsbuffert och planerade verksamhetsinvesteringar.

4 PLACERINGSREGLER

4.1 Tillåtna tillgångsslag

- Nominella räntepapper
- Realränteobligationer
- Svenska aktier, aktiefonder och aktierelaterade instrument
- Utländska aktiefonder och aktierelaterade instrument
- Likvida medel i svenska kronor
- Alternativa tillgångar

För den kortsiktiga/medellånga förvaltningen är alternativa tillgångar ej tillåtet och aktierelaterade instrument ska ha kapitalgaranti. Med aktierelaterade instrument avses aktieindexobligationer samt andra typer av instrument för att nå aktieindexexponering som

inte står i strid med övriga begränsningar i detta reglemente. Tillgångsslag som inte är definierade i policyn är ej tillåtna att investera i.

4.2 Tillgångsfördelning och limiter

Vid beräkning av en tillgångs andel av respektive portfölj tillämpas aktuellt marknadsvärde.

Tabell 4:1 Övergripande limiter för tillgångsslagen, i procentandel av den marknadsvärderade pensionsportföljen

Tillgångsslag	Min	Normal	Max
1. Likvida medel	0 %	0%	10 %
2. Nominella räntepapper	0 %	55%	100 %
Duration	0 år		10 år
3. Realränteobligationer	0 %	10%	100 %
Duration	0 år		20 år
4. Aktier	0 %	35%	50 %
5. Varav svenska aktier	0 %	25%	50 %
6. Varav utländska aktier	0 %	75%	100 %
5. Alternativa tillgångar	0 %	0%	15 %

Normallimiterna avser illustrera hur portföljallokeringen bör se ut över tiden. Den aktuella allokeringen styrs av hur portföljen utvecklas i förhållande till riskprincipen(3.3)

Tabell 4:2 Övergripande limiter för tillgångsslagen, i procentandel av den marknadsvärderade likviditetsportföljen

Tillgångsslag	Min	Max
1. Likvida medel	0 %	15 %
2. Nominella räntepapper	0 %	100 %
Duration	0 år	5 år
3. Realränteobligationer	0 %	50 %
4. Strukturerade aktieinstrument med kapitalgaranti	0 %	50 %
5. Varav svenska aktier	0 %	15 %
6. Varav utländska aktier	0 %	35 %

4.3 Limiter för räntebärande värdepapper

4.3.1 Kreditrisk

Kreditrisk definieras som summan av exponeringen i placeringar och derivat. Procenttalen i tabellen nedan avser andelar av den totala portföljens marknadsvärde samt max andel per emittentkategori. Summan av exponeringen i emittent- och durationskategorierna får aldrig

överstiga limiten för den högsta kategorin i summeringen. Som exempel får summan av exponeringen i området DL:FN aldrig överstiga 60% (ruta DL).

Nedanstående limiter gäller endast direktägda instrument. Kreditexponering genom placering i likvida väldiversifierade räntefonder i SEK är tillåten så länge förvaltningens inriktning inte väsentligt avviker från riskbegränsningarna i denna policy. Fonder som inte uppfyller detta krav definieras som alternativa tillgångar.

Tabell 4:3 Limiter för tillåtna placeringar i olika räntebärande värdepapper utifrån emittentens rating och duration, i procentandel av den marknadsvärderade pensionsportföljen

Emittent/värdepapper		Emittent-kategori	Emittent-kategori	Emittent-kategori	Emittent-kategori	Max andel per emittent
	Duration	K. 0 - 1 år	L. 1 - 3 år	M. 3-7 år	N. >7 år	
		∑ K till N	∑ L till N	∑ M till N	N	
A. Stater, kommuner och landsting eller dess motsvarighet inom Euro-området, med rating om lägst AAA/Aaa eller av motsvarande stater, kommuner, landsting garanterat värdepapper	∑ A till F	100%	100%	100%	100%	30%
B. Värdepapper[1] med rating om lägst AAA /Aaa	∑ B till F	100%	100%	90%	80%	30%
C. Värdepapper med rating om lägst AA- /Aa3	∑ C till F	100%	90%	70%	50%	20%
D. Värdepapper med rating om lägst A- /A3	∑ D till F	80%	60%	40%	20%	20%
E. Värdepapper med rating om lägst BBB-/Baa3	∑ E till F	20%	10%	5%	0%	5%
F. Värdepapper med rating lägre än BBB-/Baa3 eller ingen rating	F	10%	5%	0%	0%	5%

Kommuner och landsting utan rating hamnar i kategori C. Ovanstående gäller rating enligt Standard & Poor's eller Moody's. Om låntagaren har rating från både Standard & Poor's och Moody's, krävs att minst en av dem ligger på angiven nivå.

[1] Omfattar banker, bostadsinstitut, företag, kommuner och landsting eller motsvarande.

Placering i värdepapper emitterade av Regionen eller närstående bolag är inte tillåtet.

4.4 Aktier och aktierelaterade instrument

Regionen tillåter placering i en portfölj av börsnoterade aktier eller i andelar av aktiefonder. Aktier hänförliga till ett enskilt bolag, eller bolag inom samma koncern, får utgöra maximalt 10 procent av aktieportföljens marknadsvärde.

4.5 Strukturerade produkter

Med strukturerade obligationer avses räntebärande värdepapper och derivat i kombination. Ett vanligt exempel på strukturerade produkter är så kallade *aktieindexobligationer*. Placeringar i strukturerade obligationer får endast göras om instrumentets totala risk är jämförbar med eller lägre än den totala risken i de underliggande tillgångarna som instrumentets framtida avkastning är hänförlig från.

Placering får ej ske i strukturerade obligationer vars konstruktion innebär en kreditrisk som är högre än de limiter som avser kreditrisk i Tabell 4.2. Strukturerade produkter ska ha en kapitalgaranti kopplad till underliggande emittent och får högst köpas med 5% överkurs.

Aktierelaterade instrument ska som huvudregel betraktas som en aktieplacering i det lands aktiemarknad som instrumentet skapar exponering gentemot. Undantag medges för kapitalgaranterade produkter där aktieinslaget är av obetydligt värde. Investeringen kan då klassificeras som en obligationsplacering med kreditrisk som motsvarar den underliggande emittenten.

4.6 Alternativa tillgångar

Genom att investera i tillgångar som uppvisar låg korrelation med den befintliga portföljen kan den totala portföljrisken reduceras och avkastningen höjas. Exempel på sådana tillgångar kan vara fastigheter, råvaror, realtillgångar (ex skog, mark, produktionsanläggningar) och hedgefonder. Investeringar klassas som alternativa efter exponering snarare än den juridiska form som investeringen görs i. Mot bakgrund av detta är investeringar i de nämnda tillgångarna tillåtna. Syftet med en investering i dessa tillgångar ska vara att minska den totala portföljrisken samt att skapa en positiv avkastning.

Investeringar i illikvida alternativa tillgångar ska alltid föregås av ett beslut i regionstyrelsen.

4.7 Valutarisk

Placeringar i utländska obligationer ska valutasäkras.

4.8 Värdepappersfonder

Placeringar får ske i andelar i värdepappersfonder vars placeringsinriktning i allt väsentligt överensstämmer med bestämmelserna i detta reglemente, som står under tillsyn av Finansinspektionen eller annan motsvarande tillsynsmyndighet inom EU och som uppfyller kraven i lag om investeringsfonder.

4.9 Belåning

Portföljens tillgångar får ej belånas med undantag för sådan tillfällig belåning som följer av gällande likvidschema vid avyttring av värdepapper.

4.10 Etisk och miljömässig hänsyn

Regionen vision är att verka för god hälsa och positiv livsmiljö i Jämtlands län. Av etiska skäl och med hänsyn till Regionen helhetssyn på förhållandet ekonomi, miljö och hälsa, gäller följande restriktioner:

- Placeringar får ej göras direkt i företag vars huvudsakliga verksamhet är produktion och/eller försäljning av krigsmateriel, tobak- eller alkoholvaror eller som har verksamheter kopplade till sexindustrin.

- Placeringar får inte ske i företag vars huvudsakliga verksamhet är utvinning av fossila bränslen.**2** Placeringar ska även undvikas i företag som på annat sätt är inblandade i framställningen av fossila bränslen genom t.ex. produktion och prospektering.

- Om sådana företag som har verksamheter kopplade till punkt ett eller två ovan ingår i värdepappersfonder får varje sådant företags andel av fondens marknadsvärde utgöra högst 2 procent. Om sådant företags andel av fonden skulle överstiga 2 procent av fondens marknadsvärde ska fondandelarna avyttras så snart det kan ske utan förluster.

4.11 Åtgärder vid överskridande av limit samt nedgraderingar

Om någon max/min limit överskrids ska finansfunktionen göra en bedömning av effekten av portföljens totala risk och avkastning som överskridandet leder till. Vid avvikelser där limiterna överskrids ska innehavet antingen avyttras eller så ska händelsen rapporteras till Regionstyrelsen tillsammans med förslag till åtgärd.

Både åtgärdade avvikelser och ej åtgärdade avvikelser ska rapporteras till styrelsen.

2 Undantag medges vid placering i fonder förutsatt att det inte finns tillgängliga alternativ inom ramen för önskad placeringsinriktning. Detta undantag gäller till 2019-12-31.

Om den situationen uppstår att kreditbetyget för ett befintligt värdepappersinnehav nedgraderas och att kreditbetyget därefter understiger den angivna nedre gränsen enligt tabellen i avsnitt 4.3.1 ska en bedömning göras av värdepapperets risk och händelsen ska rapporteras till styrelsen med ett förslag till åtgärd.

4.12 Motparter

Godkända motparter vid transaktioner med portföljens tillgångar är

- Värdepappersinstitut som har finansinspektionens tillstånd för utförande av order avseende finansiella instrument på kunders uppdrag, enligt gällande lag för värdepappersmarknaden eller motsvarande tillstånd från motsvarande tillsynsmyndighet inom EU.

Transaktioner ska ske enligt principen betalning mot leverans.

4.13 Förvar

Portföljens tillgångar ska förvaras hos värdepappersinstitut som har finansinspektionens tillstånd att ta emot värdepapper för förvaring, enligt gällande lag om värdepappersmarknaden eller motsvarande tillstånd från motsvarande tillsynsmyndighet inom EU.

Utländska institutioner som har tillstånd liknande det som anges ovan och som står under tillsyn av myndighet eller annat behörigt organ.

5 FINANSIERING OCH SKULDFÖRVALTNING

5.1 Upplåning allmänt

Upplåning får genomföras för långfristiga investeringsfinansieringar eller kortfristig betalningsberedskap. Låneportföljens förfallotidpunkter ska harmonisera med förväntat kapitalbehov och fastställda risker vid finansiering. En jämn förfallostruktur ska därför eftersträvas varvid även likviditetsaspekter av större ränteförfall ska beaktas.

Upplåning ska ske med beaktande av likviditetssituationen, aktuellt marknadsläge samt planerad investeringstakt.

5.2 Mål och övergripande riskbegränsning

Målet med skuldförvaltningen är att optimera regionkoncernens finansiella resultat inom givna risklimiter. Detta ska uppnås genom en effektiv och långsiktig skuldförvaltning utan spekulativa inslag. Finansieringens löptider ska anpassas till planerad/prognostiserad Likviditetsutveckling de närmaste åren.

Utifrån normalportföljen för skuldförvaltningen, vilket definieras under finansierings- och ränterisk nedan är målsättningen med skuldförvaltningen att de genomsnittliga räntekostnaderna inte skall fluktuera med mer än 0,65% från ett år till ett annat. Detta mått definieras som den övergripande riskbegränsningen för skuldförvaltningen och ska följas upp löpande.

5.3 Tillåtna instrument

Lånefinansiering får ske enligt nedan:

- lån hos
  - svenska staten
  - bank eller bankägt finansbolag
  - svenska försäkringsbolag och pensionsanstalter
  - svenska kommuner och landsting
  - Kommuninvest i Sverige AB
- utgivande av kort- och/eller långfristiga skuldebrev på penning- och kapitalmarknaden (certifikats- och obligationslån)
- leasing
- Checkräkning/koncernkontokredit.

5.4 Riskhantering

Risker uppkommer i all finansiell verksamhet. Genom nedanstående begränsningar säkerställs att regionkoncernens risker i upplåningsverksamheten hanteras på ett ansvarsfullt sätt.

Syftet med limiterna är att hantera risken i en större skuldportfölj (över 150 MSEK) Under uppbyggnad eller avveckling av skuldportföljen kan portföljen tillfälligt avvika från de uppsatta limiterna.

5.4.1 Finansieringsrisk

Finansieringsrisk innebär att medel inte kan lånas upp eller bara lånas upp till kraftigt ökade kostnader. Refinansieringsrisk innebär att det i vissa situationer kan vara svårt att till fördelaktiga villkor låna upp stora volymer. Refinansieringsrisken i portföljen är större om betydande belopp ska lånas om vid ett enda tillfälle i jämförelse med om mindre lånebelopp

förfaller över en längre tidsperiod. Genom att sprida låneportföljens förfallotider jämnt över tiden, blir också refinansieringsrisken mindre.

Finansieringsrisken begränsas genom att:

- Den externa skuldens genomsnittliga kapitalbindningstid normalt ska vara 2 år.
- Tillåtet intervall för genomsnittlig kapitalbindning: 1,5-4 år.
- Maximalt 35% av kapitalet får förfalla inom 1 år

5.4.2 Ränterisk

Ränterisken beror främst på räntebindningstiden. För att begränsa ränterisken bör räntebindningstiden för olika lån spridas över tiden.

Ränterisken begränsas genom att:

- Den externa skuldens genomsnittliga duration normalt ska vara 2 år.
- Tillåtet intervall för genomsnittlig duration: 1,5-4 år.
- Maximalt 35% av ränteförfallen få ligga inom 1 år.

5.4.3 Valutarisk

Valutarisker får inte tas vid upplåning. Sker upplåning i utländsk valuta ska valutarisken försäkras bort. Vid köp av varor och tjänster med betalning i utländsk valuta och med framtida betalning ska valutarisken elimineras med hjälp av terminskontrakt om inköpen avser större belopp.

5.4.4 Likviditetsrisk

Likviditetsrisk innebär bl.a. att en god betalningsberedskap inte kan upprätthållas dvs. att regionen inte har tillgång till likvida medel vid förutsedda utbetalningstillfällen. Regionen ska tillhandahålla likvida medel för löpande driftsutbetalningar och investeringar, för detta syfte ska alltid en likviditetsreserv finnas tillgänglig.
Grunden till god betalningsberedskap bygger främst på koncernsamordning. Vissa typer av garantier kan också förekomma.

5.4.5 Derivatinstrument

Inga derivatinstrument såsom exempelvis ränteswappar, optioner etc, är tillåtet i skuldförvaltningen.

5.4.6 Förfinansiering och lån för placering

Förfinansiering får ske av praktiska skäl med ett belopp motsvarande högst 10% av totala låneportföljen och högst tre månader i förväg.

Upplåning som uteslutande syftar till att skaffa medel för placering med ränteförtjänst (arbitrageaffärer) är inte tillåten med två undantag:

- Tillfälligt nyttjande av regionens checkkredit vid kortare perioder, exempelvis dagarna innan landstingsskatten inbetalas till regionens konto varje månad.
- Regionens likviditetssituation kan förbättras snabbare än prognostiserat. Om regionen då har bundna lån, som endast kan lösas i förtid med extra kostnader som följd, är det tillåtet att invänta lånens förfall.

5.4.7 Leasing

Leasing är en finansieringsform som ska jämställas med upplåning. Beslutet om anskaffande av lös egendom fattas i enlighet med gällande delegationsordning, beroende på beloppsstorlek, i enlighet med delegationsbestämmelser för regiondirektören.

Beslutet om huruvida finansieringen av anskaffandet ska ske med regionens egna likvida medel, extern upplåning eller finansiell leasing ska kopplas till det beslut om finansiering som regionfullmäktige fattat i regionplanen för de kommande tre åren och till eventuellt beslut om leasing fattat av regionstyrelsen. I de fall regionfullmäktige och regionstyrelsen fattat beslut som innebär att finansiell leasing tillåts ska hanteringen ske av regionens upphandlingsenhet.

6 RAPPORTERING OCH UPPFÖLJNING

Det övergripande syftet med uppföljningen är att kontrollera att portföljerna uppfyller avkastningsmålet, förvaltas inom riktlinjerna i policyn samt att riskmålen för respektive portfölj uppfylls.

6.1.1 Utvärdering mot index

Förvaltningsresultatet ska även utvärderas mot relevanta index som mäter utvecklingen på de olika marknader på vilka placeringarna görs.

Tabell 4.3 Exempel på jämförelseindex vid förvaltningsutvärdering

Tillgångsslag	Index
Nominella räntebärande värdepapper	OMRX Bond eller motsvarande
Svenska reala räntebärande värdepapper	OMRX Real eller motsvarande
Svenska aktier	SIX Portfolio Return eller motsvarande

Utländska aktier	MSCI AC World (total return i SEK) eller motsvarande

6.2 RAPPORTERING OM TILLGÅNGSFÖRVALTNING

Det ska finnas en intern eller extern funktion för riskkontroll och rapportering som löpande ska följa upp risk utifrån detta reglemente. Funktionen rapporterar till ekonomidirektör- och/eller finansekonom eller motsvarande i regionen.

6.2.1 Månadsrapportering

Finansfunktionen ansvarar för att rapport om portföljens/portföljernas fördelning och utveckling sammanställs månatligen. Rapporteringen ska minst innehålla:

- Förteckning över innehaven
- Tillgångsfördelning
- Marknadsvärde
- Avkastning och prestation relativt index och mål
- Uppföljning av dynamiska riskprincipen
- Eventuella avvikelser från reglementet.
- Procentuell fördelning på emittenter med olika rating i förhållande till limiterna i avsnitt 4.3.1.

6.2.2 Rapport i samband med delårsbokslut

Till Regionstyrelsen ska i samband med varje delårsbokslut en skriftlig redogörelse lämnas avseende förvaltningen. Redogörelsen ska innehålla samma information som månadsrapporteringen samt en uppföljning och kommentar kring portföljens/portföljernas totala avkastning sedan årsskiftet.

6.2.3 Årsrapport

Till Regionstyrelsen ska en årsrapport över tillgångsförvaltningen lämnas. Denna ska innehålla en redogörelse över det gångna årets placeringsverksamhet samt en bedömning av det kommande årets utveckling. I övrigt ska rapporten innehålla samma punkter som delårsbokslutsrapporten samt en

- Information om pensionsskulden och dess utveckling
- Uppföljning om efterlevnad mot etik- och miljökravet

6.3 RAPPORTERING SKULDFÖRVALTNING

6.3.1 Månadsrapportering

Funktionen för riskkontroll ansvarar för att månatligen ta fram en finansiell rapport enligt nedan som lämnas till regionstyrelsen. Rapporter ska minst innehålla följande uppgifter:

- Avstämning mot uppsatta regler och limiter i reglementet
- Skuldportföljens volym och sammansättning
- Förändring enligt ovanstående punkt sedan föregående rapport
- Skuldportföljens genomsnittliga räntesats
- Skuldportföljens genomsnittliga kapital- och räntebindningstid

6.3.2 Rapport i samband med delårsbokslut

I samband med delårsbokslutsrapporten skall en rapport avseende skulden tas fram vilken skall innehålla informationen beskriven ovan samt en beskrivning av det gånga året samt:

- Aktuell likviditetssituation
- Eventuell likviditetsprognos

6.3.3 Årsrapport

Till Regionstyrelsen ska en årsrapport över skuldförvaltningen lämnas. Denna ska innehålla samma information som delårsrapporteringen samt en redogörelse över det gångna årets verksamhet med en bedömning av det kommande årets utveckling.

7 ANSVARSFÖRDELNING

7.1 Regionfullmäktiges ansvar

Det är Regionfullmäktiges ansvar att

- förvaltningen sker i överensstämmelse med gällande kommunallag
- fastställa och besluta om förändringar i reglemente avseende finansiering och skuldförvaltning samt förvaltning av likviditet och pensionsmedel
- fastställa lånefinansiering vilket anges i finansplanen för kommande år

7.2 Regionstyrelsens ansvar

Det är Regionstyrelsens ansvar att

- tillse att förvaltningen och finansieringsverksamheten verkställs enligt lag och reglerna i detta reglemente
- besluta om direktinvesteringar i andra tillgångsslag än aktier och ränteplaceringar
- besluta om upprättande av certifikat- och/eller obligationsprogram
- besluta om finansiell leasing och upptagande av obligationslån
- fastställa regler för intern kontroll
- årligen besluta om behovet av att uppdatera reglementet
- rapportera status och utveckling av förvaltning samt eventuell skuldportfölj i delårs- och årsrapportering till fullmäktige.

7.3 Regiondirektörens ansvar

- ha det övergripande ansvaret för tjänstemannaförvaltningen under regionstyrelsen enligt gällande delegationsbestämmelser för regionstyrelsen
- informera Regionstyrelsen om beslutade affärer och upptagna lån genom de delegationsbeslut som Regiondirektören meddelar styrelsen.

7.4 Ekonomidirektörens ansvar

- ha ansvar för att tillse att regionen har en väl fungerande finansfunktion, att minst årligen och vid behov ompröva detta reglemente och vid behov föreslå lämpliga förändringar.
- ha rättigheter att besluta om upplåning och korta placeringar enligt gällande delegationsbestämmelser för regiondirektören
- ha ansvar att tillse att kontrollfunktion finns avseende finansförvaltningen
- förse regionstyrelsen med månatlig rapportering av medelsförvaltning samt eventuell skuldförvaltning
- förse regionstyrelsen med årlig utvärdering av medelförvaltningen samt eventuell skuldförvaltning

7.5 Finansekonomens ansvar

- har ansvar för det löpande arbetet i finansfunktionen och det operativa ansvaret för att finansförvaltningen sker i enlighet med fastställt reglemente, delegationsbestämmelser för regiondirektören m.m.
- svara för planering, uppföljning och rapportering samt utförande av den löpande finansiella förvaltningen inklusive operativa åtgärder för att genomföra beslutade transaktioner.
- dokumentera och anmäla beslut till regiondirektören som i sin tur rapporterar till styrelsen
- vara kravställare på andra funktioner, projekt och processer som påverkar de finansiella flödena

8 VERKSTÄLLIGHET AV LIKVIDITETS-, PENSIONSMEDELS- OCH SKULDFÖRVALTNING

8.1 Ansvarsfördelning i organisationen och intern kontroll

8.1.1 Syfte och mål

Syftet med en tydlig ansvarsfördelning och en god internkontroll är att primärt att hantera operativa risker vilket innebär att:

- Se till att finansverksamheten bedrivs på ett kontrollerat sätt och att finansfunktionen vid varje tidpunkt har korrekt information om positioner och risker så att beslut kan fattas på korrekta grunder.
- Minimera förluster på grund av fel i processer, system eller på grund av bristande kontroll.

Det ska finnas en process för löpande identifiering, värdering och hantering av operativa risker inom finansverksamheten. Till processen ska det finnas en dokumenterad instruktion. Vidare ska dualitetsprincipen gälla, d.v.s. en och samma person får inte göra allt.

Innan eventuella nya finansiella instrument får användas ska det säkerställas att de kan hanteras i systemen, både redovisnings- och värderingsmässigt. Vidare ska det tillses att organisationen besitter tillräckligt god kunskap för att hantera desamma.

8.1.2 Rätten att företräda Regionen

Beslutanderätten avseende köp och försäljning av värdepapper samt upptagande av lån utses enligt gällande delegationsbestämmelser.

8.1.3 Fördelningen av ansvar för verkställighet

Fördelning av ansvar för verkställighet sker enligt gällande delegationsbestämmelser, attest och utbetalningsreglemente. För att uppnå säkerhet och intern kontroll fördelas ansvaret på minst två funktioner, med en klar uppdelning mellan de som verkställer och de som kontrollerar värdepappersaffärer och upplåning.

- Utsedd befattningshavare enligt delegationsbestämmelserna fattar beslut om köp respektive försäljning av värdepapper samt upplåning, i enlighet med bestämmelserna i detta reglemente.

- Internkontrollfunktion. De personer som omfattas av denna funktion utför intern kontroll av enskilda affärer och eventuella lån och avstämmer dessa reglemente. De bokför även transaktionerna mot avräkningsnotor samt lånehandlingar, samt avstämmer att skuld och tillgångsförvaltningen håller sig inom fastställda limiter.

I syfte att upprätta kompetens samt hög säkerhet bör flera personer kunna utföra och granska arbetet. Vid varje tidpunkt bör det därför finnas ersättare utsedd för varje funktion.

Den tjänsteman som innehar den interna kontrollfunktionen ska rapportera direkt till Regionstyrelsens ordförande och till Regionen revisorer om misstanke skulle uppkomma om oegentligheter i finansfunktionen.

8.2 Rutiner för handläggning av köp eller försäljning av värdepapper samt upplåning

Intern avräkningsnota på beslutat köp eller försäljning av värdepapper eller tecknad lånehandling ska upprättas av finansfunktionen så snart en affär är uppgjord. Denna nota ska utan dröjsmål lämnas till internkontrollfunktionen.

Finansfunktionen ska skriva ett delegationsbeslut för köp eller försäljning av värdepapper som lämnas till Regiondirektören via internkontrollfunktionen varje ny affär.

Ekonomidirektören ska skriva ett delegationsbeslut för tecknad lånehandling som lämnas till Regiondirektören via internkontrollfunktionen efter varje ny affär.

När avräkningsnotan anländer från banker eller fondkommissionärer ska internkontrollfunktionen avstämma avräkningsnotan mot den interna avräkningsnotan.

Bokföringsordrar gällande köp och försäljning samt upptagande eller avslut av lån upprättas av internkontrollfunktionen och attesteras av ekonomidirektören.

Betalningsuppdrag till banker i samband med värdepappersaffärer ska alltid undertecknas enligt fullmakt att disponera regionens bankkonton där det anges vilka personer som är befullmäktigade att utkvittera medel innestående på Regionens konton, med kontrasignation av ytterligare en person. Betalningsuppdrag alltid ska signeras av två personer i förening.

Finansfunktionen får aldrig befullmäktigas att utkvittera medel innestående på Regionen konton.

8.3 Internkontroll

Internkontrollfunktionen ska kontrollera följande:

- Att informationen i delegationsbeslutet kontrolleras mot avtalade villkor enligt avräkningsnota och, i förekommande fall, prospekt. I de fall delegationsbeslutet rör lån ska informationen kontrolleras mot avtalade villkor enligt avräkningsnota eller andra lånehandlingar

- Innehav, andelar, nominellt belopp, ränta, löptid etc. som rapporteras ska vid delårs- och årsbokslut stämmas av mot depåbesked från bank/fondkommissionär.

- Innehavens bokförda värden i innehavsförteckningen ska vid dessa tidpunkter även stämmas av mot regionens huvudbok.

- Motsvarande avstämningar ska ske av Regionens lån enligt huvudboken mot lånehandlingar, engagemangsbesked och transaktionslistor från långivare.

- att innehav följer reglerna i avsnitt 4.

8.3.1 Kontroll av delegationsbeslut

Samtliga delegationsbeslut överlämnas till internkontrollfunktionen innan de skickas vidare till Regiondirektören. Internkontrollfunktionen ska kontrollera följande:

- Delegationsbeslutet ska innehålla de viktigaste uppgifterna för att man ska kunna fastställa att placeringen eller lånet ryms inom ramarna för reglementet, exempelvis
  1. emittent, samt placeringskategori/kreditrating
  2. tillgångsslag
  3. belopp
  4. återstående löptid/duration
  5. avkastning eller kostnadsränta
  6. motpart (bank/fondkommissionär)

9 DEFINITIONER

Duration
Ett räntebärande värdepappers återstående löptid i genomsnitt. Måttet beskriver samtidigt värdepapperets räntekänslighet, d v s hur mycket priset på värdepapperet förändras när räntan förändras med en procentenhet. Till skillnad från begreppet ”återstående löptid” tar durationsmåttet hänsyn till effekten av återinvesteringen av obligationens räntekuponger. Värdet på en obligation går ned när räntan går upp. Samtidigt kan obligationens räntekupong återinvesteras till en högre ränta vilket till en viss grad motverkar värdenedgången. Durationen för en fastförräntad kupongobligation är därför alltid kortare än dess faktiska återstående löptid.

Emittent
Organisation som ger ut en obligation och därigenom lånar pengar på penningmarknaden.

Kreditrisk
Risken att låntagaren inte fullgör sina betalningsförpliktelser.

Likviditetsrisk
Risken att ett värdepapper inte går att sälja när som helst på andrahandsmarknaden till ett känt pris.

Ratingkategorier
Ratinginstituten Standard & Poor´s (S & P´s) och Moody´s Investors Service Inc (Moody´s) klassificering av långfristig upplåning kan illustreras enligt följande:
S&P´s kreditvärdighetsbedömningar av svenska företagscertifikat och kommuncertifikat baserar sig på en inhemsk ratingskala som sträcker sig från K-1 till K-5. En emittent av penningmarknadsinstrument som hänförs till kategori K-1 bedöms ha en mycket god kapacitet att möta aktuella betalningsförpliktelser medan en emittent som placerats i kategori K-5 är, eller förväntas bli, ur stånd att i tid möta aktuella betalningsförpliktelser.

Ratinginstitut	Mycket hög kredit-värdighet	Hög kredit-värdighet	Spekulativ kredit-värdighet	Mycket låg Kreditvärdighet
S & P’s	AAA till AA-	A+ till BBB-	BB+ till B-	CCC till D
Moody’s	Aaa till Aa3	A1 till Baa3	Ba till B	Caa till C

Ränterisk
Risken för att variationer i det allmänna ränteläget leder till kapitalförluster eller ger oförutsedda effekter på räntenettot.

Valutarisk
Risken att värdet i svenska kronor förändras för placeringar och lån i utländsk valuta.

Regionens revisorer

2016-02-15

Dnr: REV 25/2015

Ulf Rubensson
Certifierad kommunal revisor
063-14 75 29

Regionstyrelsen

Regionens finansförvaltning

Finansförvaltningen hanterar stora delar av regionens medel. Finansförvaltningen granskades senast år 2008 (REV/18/2008) och det noterades då ett antal förbättringsområden. Finansförvaltningen har efter nämnda granskning varit föremål för uppföljande granskning i form av hearings och muntliga avstämningar mellan revisionskontoret och berörda tjänstemän vid finansförvaltningen.

Vid revisionsplaneringen för 2015 bedömde Regionens revisorer i sin risk- och väsentlighetsanalys att det var angeläget att genomföra en granskning av den interna kontrollen i finansförvaltningen. En granskning har nu genomförts av revisionsbyrån EY under projektledning av vårt revisionskontor.

Granskningen har omfattat finansförvaltningens organisation, regler, rutiner och kontroller. Under granskningen har det framkommit att en intern översyn pågår inom dessa områden och det är vår förhoppning att granskningens resultat på ett positivt sätt kan bidra till detta arbete.

Granskningen har bl. a. visat på att finansförvaltningen i huvudsak har en ändamålsenlig organisation. För att uppnå en god intern kontroll finns dock behov av förbättringar i varierande grad vad avser organisation, rapportering, utvärdering och uppföljning.

- Rapporteringen bör utvecklas för att underlätta kontroller av överensstämmelse med gällande policys och limiter.
- Avvikelser från policy bör återrapporteras till fullmäktige. Såväl i policy som i praktiken saknas rutiner för hur rapportering till fullmäktige ska gå till.

  I granskningen har framkommit att Regionen har ett innehav i ett värdepapper *(obligation)* med ett väsentligt belopp (200 Mkr) och som därtill väsentligt avviker från gällande policy pga. kraftigt försämrad rating efter köpet. Det sker ingen handel på marknaden i värdepappret, vilket gör att inget känt marknadsvärde finns att tillgå. Obligationen löper till 2019. EY beskriver i sin rapport marknadsvärdet som ytterst osäkert. Förvaltningen har gjort en egen analys av marknadsvärdet och motsvarande analys har gjorts av företaget Söderberg & Partners. Förvaltningen har bedömt att placeringen bör behållas. I det som framkommit har styrelsen informerats och godkänt att innehavet får kvarstå, men också att fullmäktige inte informerats om att innehavet avviker från policyn.
- Det finns en nyckelpersonsproblematik kopplat till finansfunktionen och det bör ytterligare säkerställas att verksamheten kan bedrivas via ersättare vid varje tillfälle.

- Fördelningen av arbetsuppgifter behöver förändras för att stärka internkontrollfunktionen – det finns vissa brister i ”tvåhandsprincipen” och det saknas ersättare för internkontrollfunktionen
- Regionens regelverk bör i vissa delar vidareutvecklas för att säkerställa kommunallagens krav på riskspridning och riskbegränsningar.
- Mot bakgrund av regionens ekonomiska utveckling rekommenderar vi att regelverket kompletteras med bestämmelser om skuldförvaltning

Vi emotser senast den **2016-08-26** en redovisning av vilka åtgärder som regionstyrelsen vidtar eller avser vidta med anledning av de identifierade brister och rekommendationer/ förbättringsförslag som framförs i granskningsrapporten från EY.

För Region Jämtlands-Härjedalens revisorer

Annelie Bengtsson
Ordförande

Berndt Söderman
Vice ordförande

Bilaga
Revisionsrapport från EY: ”Granskning av finansförvaltningen”

Kopia till

Regiondirektör

Ekonomidirektör

Revisionsrapport 2015
Genomförd på uppdrag av revisorerna
December 2015-februari 2016

Granskning av finansförvaltningen Region Jämtland Härjedalen

Building a better working world

Building a better working world

Innehåll

1. Sammanfattning 4

2. Inledning 7

2.1. Bakgrund 7
2.2. Syfte och avgränsning 7
2.3. Revisionsfrågor 8
2.4. Revisionskriterier 8
2.5. Ansvarig nämnd 9
2.6. Genomförande och avgränsningar 9

3. Regelverket för medelsförvaltning 10

3.1. Granskningens omfattning 10
3.2. Läsanvisning 10
3.3. Kommunallagen om medelsförvaltning 10
3.4. Organisation och syfte med medelsförvaltning i Region Jämtland Härjedalen 10
3.5. Våra iakttagelser, bedömningar och rekommendationer – regelverket för medelsförvaltning 12

4. Hur bedrivs regionens finansiella verksamhet? 25

4.1. Organisation för medelsförvaltning 25
4.2. Ansvarsfördelning för medelsförvaltning 25
4.3. Iakttagelser, bedömningar och rekommendationer - ansvarsfördelning 29

5. Är den interna kontrollen tillräcklig avseende medelsförvaltningen 31

5.1. Kommunallagen om intern kontroll 31
5.2. Policyns föreskrifter om uppföljning och rapportering till styrelse och fullmäktige 31
5.3. Rapportering till regionstyrelsen under 2015 33
5.4. Rapportering enligt intervju 34
5.5. Övrig intern kontroll 35
5.6. Iakttagelser, bedömningar och rekommendationer– intern kontroll, uppföljning och rapportering 38

6. Svar på revisionsfrågor 44

6.1. Finns en fungerande och rimlig processbeskrivning gällande fördelning av arbetsuppgifter och ansvar inom regionens finansförvaltning? 44
6.2. Har regionens finansförvaltning en ändamålsenlig organisation? 44
6.3. Omgärdas organisationen av lämpliga och ändamålsenliga rutiner och kontroller? 44

6.4. Är regionens finansförvaltning organiserad så att den ger möjlighet att i tid reagera på utvecklingen på marknaden? 44
6.5. Har regionens finansförvaltning en redovisning av placeringsverksamheten som ger insyn och underlättar kontroller? 45
6.6. Har regionens finansförvaltning rutiner som gör att beslutsfattare/ansvariga får en rättvisande och begriplig information i rätt tid? 45
6.7. Säkerställer regionens finansförvaltning att berörd personal får tillräckliga instruktioner och utbildning för sina arbetsuppgifter? 45
6.8. Har regionens finansförvaltning kontroller som säkerställer att rutiner och kontroller utförs enligt gällande regelverk? 45

7. Sammanfattande bedömning och förbättringsområden 46
7.1. Identifierade förbättringsområden/rekommendationer: 46

Bilagor:

Bilaga 1 Källförteckning

Bilaga 2 Begreppsförklaring

1. Sammanfattning

EY har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Region Jämtland Härjedalen genomfört en granskning av finansförvaltningen inom regionen. Det övergripande syftet med granskningen har varit att svara på om den interna kontrollen i regionens finansiella förvaltning är god.

Vi vill framföra att denna rapport främst är av avvikelsekaraktär, vilket innebär att väl fungerande förhållanden inte kommenteras i samma omfattning som noterade brister eller förbättringsområden.

Vår sammanfattande bedömning är att vissa förbättringsåtgärder bör genomföras för att säkerställa fullgod intern kontroll i regionens finansiella förvaltning:

- Vi har identifierat förbättringsbehov avseende rapportering, utvärdering och uppföljning.
- Vi vill särskilt framhålla att avvikelser från policy bör återrapporteras till fullmäktige. Regionen har ett innehav i ett värdepapper som väsentligt avviker från gällande policy. Enligt vår bedömning är det dessutom tveksamt om detta innehav uppfyller kommunallagens krav på betryggande säkerhet och riskspridning. Fullmäktige bör löpande få information om styrelsens bedömning och beslut om hantering av detta innehav.
- Det finns en nyckelpersonsproblematik kopplat till finansfunktionen och det bör ytterligare säkerställas att verksamheten kan bedrivas via ersättare vid varje tillfälle.
- Regionens regelverk bör i vissa delar vidareutvecklas för att säkerställa kommunallagens krav på riskspridning och riskbegränsningar.

Vi uppmanar regionstyrelsen att inför fullmäktige bereda frågan om uppdatering av regionens policy vad avser ovan identifierade avvikelser.

Vi rekommenderar att regionstyrelsen beaktar våra övriga noteringar och rekommendationer för att säkerställa förvaltningens organisation, rutiner och kontroller.

Nedan lämnar vi våra övergripande svar på uppställda revisionsfrågor:

1) *Finns en fungerande och rimlig processbeskrivning gällande fördelning av arbetsuppgifter och ansvar inom regionens finansförvaltning?*

Vår bedömning är att det finns en fungerande och rimlig processbeskrivning i policy och delegationsordningar.

Vår bedömning är även att processerna fungerar, men innehåller vissa brister, som måste åtgärdas för att uppnå en god intern kontroll. Efter utförd granskning konstaterar vi att det primärt är fördelning av arbetsuppgifter vad gäller internkontrollfunktionens organisation, som bör förbättras. Detta gäller såväl noterade brister i tvåhandsprincipen för internkontrollfunktionen samt att det saknas ersättare för internkontrollfunktionen.

Dessutom bör en kontrollrutin införas, för att säkerställa att alla transaktionsbehörigheter i banksystemet är aktuella vid varje tillfälle.

2) Har regionens finansförvaltning en ändamålsenlig organisation?

Vår bedömning är att finansförvaltningen i stort har en ändamålsenlig organisation, men att kontroll och rapporteringsrutiner bör utvecklas. Vi har i vår granskning noterat avvikelser mot policy som inte har identifierats och vidarerapporterats. Dessutom har vi funnit brister i internkontrollfunktionen, vilka måste åtgärdas för att den interna kontrollen i finansförvaltningen ska vara ändamålsenlig fullt ut (se 6.1 ovan).

Vår bedömning innefattar även att det finns en nyckelpersonsproblematik kopplat till finansekonomen, vilket också är en brist ur ett internkontrollperspektiv. Detta innebär en risk i och med att det inte finns en ersättare som kan finansekonomens uppgifter fullt ut.

3) Omgärdas organisationen av lämpliga och ändamålsenliga rutiner och kontroller?

Vår bedömning är att det finns vissa organisatoriska brister i internkontrollfunktionen såsom beskrivits ovan, vilket också påverkar rutiner och kontroller.

Vid vår granskning har vi även noterat att vi inte kan finna stöd för att en årlig utvärdering av placeringsverksamheten genomförs, vilket bör genomföras som en del i den interna kontrollen enligt kommunallagens intentioner. Vi bedömer att regionens policy bör uppdateras med avseende på detta.

4) Är regionens finansförvaltning organiserad så att den ger möjlighet att i tid reagera på utvecklingen på marknaden?

Vår bedömning är att regionens organisation möjliggör att i rimlig tid reagera på utvecklingen på marknaden. Vi noterar att det utöver den egna organisationen även finns en extern part som bevakar marknadsutvecklingen och återrapporterar till regionen. Vi bedömer även att det i en verksamhet som regionens, inte alltid är lämpligt att kortsiktigt agera på marknadsförändringar.

5) Har regionens finansförvaltning en redovisning av placeringsverksamheten som ger insyn och underlättar kontroller?

Vår bedömning är att redovisningen (rapporteringen) i vissa delar ger en god insyn i förvaltningen. Redovisningen (rapporteringen) bör dock i andra avseenden utvecklas, exempelvis för att lättare underlätta kontroller av överensstämmelse med gällande policys och limiter. Våra synpunkter vad gäller detta framgår av avsnitt 5.6

6) Har regionens finansförvaltning rutiner som gör att beslutsfattare/ansvariga får en rättvisande och begriplig information i rätt tid?

Vår bedömning av denna revisionsfråga är att rutinerna bör förbättras, då de innehåller brister.

Såväl i policy som i praktiken saknas rutiner för hur rapportering till fullmäktige ska gå till. Ett problematiskt innehav, som väsentligen bryter mot såväl gällande policy som principen om riskspridning inom pensionsmedelsförvaltningen, har inte behandlats i fullmäktige enligt vad som framgår av rapportering och protokoll.

Rapportering till styrelsen sker enbart tre gånger om året, vilket vi bedömer vara alltför sällan. Redovisningen som lämnas, har inte i alla fall särskilt noterat och rapporterat avvikelser mot policy.

Vi bedömer att det är svårt att utläsa om regionstyrelsen särskilt diskuterat och bedömt vissa frågor i finansrapporteringen, mot bakgrund av den knapphändiga informationen i protokollen. Spårbarheten och dokumentation i protokoll för den muntliga rapportering som enligt uppgift görs månatligen till styrelsen är obefintlig.

7) *Säkerställer regionens finansförvaltning att berörd personal får tillräckliga instruktioner och utbildning för sina arbetsuppgifter?*

Vi har vid vår granskning vad gäller utbildning för berörd personal, identifierat att utbildning och praktik för ersättare till de olika funktionerna bör utvecklas, så att policyns krav på kompetens och hög säkerhet kan uppfyllas till fullo.

De instruktioner som ges, lämnas i två policydokument beslutade av fullmäktige. Vid vår granskning har vi noterat ett antal förbättringsmöjligheter i dessa dokument. Vi bedömer att i vissa delar uppfylls inte kommunallagens krav på riskspridning och styrning av verksamhetens risktagande.

8) *Har regionens finansförvaltning kontroller som säkerställer att rutiner och kontroller utförs enligt gällande regelverk?*

Det finns kontroller som säkerställer att rutiner och kontroller utförs enligt gällande regelverk.

2. Inledning

2.1. Bakgrund

Finansiella verksamheter hanterar ofta stora och komplexa transaktioner vilket ställer höga krav på en väl fungerande intern kontroll. Detta inkluderar bl.a. en väl genomtänkt organisation och ansvarsfördelning samt tydliga styrdokument, dokumentation av beslut och uppföljning.

Kommuner, landsting och regioner ska enligt kommunallagen förvalta sina medel så att lagens krav på god avkastning och betryggande säkerhet kan tillgodoses. Fullmäktige ansvarar för att meddela föreskrifter om medelsförvaltning och pensionsmedelsförvaltning. Styrelsens uppgift är enligt kommunallagen att leda och samordna förvaltningen av kommuners, landstings och regioners angelägenheter.

I kommunallagen och dess förarbeten föreskrivs särskilt för pensionsmedel att fullmäktige ska meddela föreskifter för dessa och att styrelsen ingående ska utvärdera placeringsverksamheten och överväga en omprövning av föreskrifterna inför fullmäktige, minst en gång per år.

I Region Jämtland Härjedalen förvaltas pensionsmedel uppgående till ca 380 mkr. Regionens totala pensionsåtagande uppgår till ca 3,6 mdkr, varav pensionsskulden i balansräkningen (inklusive särskild löneskatt) utgör ca 1,1 mdkr. I regionen finns även en likviditetsförvaltning som per 2014-12-31 uppgick till ca 300 mkr. Ansvaret för regionens medelsförvaltning åvilar regionstyrelsen.

Regionens revisorer har beslutat att göra en särskild granskning av Region Jämtland Härjedalens finansförvaltning avseende den interna kontrollen, för att finansförvaltningen hanterar stora delar av regionens medel.

2.2. Syfte och avgränsning

Det övergripande kontrollmålet är att svara på om den interna kontrollen i regionens finansiella förvaltning är god. I granskningen ingår att bedöma om regionens finansförvaltning:

1. har en ändamålsenlig organisation med lämpliga regler, rutiner och kontroller,
2. har en redovisning av placeringsverksamheten som ger insyn och underlättar kontroller,
3. har rutiner som gör att beslutsfattare och ansvariga får en rättvisande och begriplig information i rätt tid,
4. är organiserad så att den ger möjlighet att i tid reagera på utvecklingen på marknaden,
5. har säkerställt att berörd personal har fått tillräckliga instruktioner och har/har fått tillräcklig utbildning för sina arbetsuppgifter,
6. omfattas av kontroller som säkerställer att rutiner och kontroller utförs enligt gällande regelverk

Granskningen avgränsas till regionens centrala ekonomifunktion samt, i förekommande fall, besluts- och rapporteringsvägar från denna till berörda organ samt externa aktörer.

2.3. Revisionsfrågor

Utifrån syftet med granskningen besvaras följande revisionsfrågor:

Område	Revisionsfrågor
Organisation	1. Finns en fungerande och rimlig processbeskrivning gällande fördelning av arbetsuppgifter och ansvar inom regionens finansförvaltning? 2. Har regionens finansförvaltning en ändamålsenlig organisation? 3. Omgärdas organisationen av lämpliga och ändamålsenliga rutiner och kontroller? 4. Är regionens finansförvaltning organiserad så att den ger möjlighet att i tid reagera på utvecklingen på marknaden?
Redovisning	5. Har regionens finansförvaltning en redovisning av placeringsverksamheten som ger insyn och underlättar kontroller?
Rutiner	6. Har regionens finansförvaltning rutiner som gör att beslutsfattare/ansvariga får en rättvisande och begriplig information i rätt tid?
Instruktioner	7. Säkerställer regionens finansförvaltning att berörd personal får tillräckliga instruktioner och utbildning för sina arbetsuppgifter?
Kontroller	8. Har regionens finansförvaltning kontroller som säkerställer att rutiner och kontroller utförs enligt regelverket?

2.4. Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses de bedömningsgrunder som bildar underlag för revisionens analyser, slutsatser och bedömningar. Revisionskriterier kan ofta hämtas från lagar och förarbeten, föreskrifter och interna regelverk, policyer och beslut.

I denna granskning utgörs revisionskriterierna av:

- Kommunallagen, främst 3, 6 och 8 kapitlet
- Av fullmäktige beslutade riktlinjer för medelsförvaltning s.k. Finansiell policy
  - Dnr LS/1358/2013: Reglemente för kortsiktig likviditetsförvaltning, finansiering och skuldförvaltning
  - Dnr LS/1386/2013: Placeringsreglemente för förvaltning av pensionsmedel
- Fullmäktiges mål med medelsförvaltningen såsom de beskrivs i Finansiell policy
  - Dnr LS/1477/2014: Internkontrollreglemente
  - Dnr LS/185/2014: Reglemente för regionstyrelsen
  - Dnr LS/242/2015: Delegationsbestämmelser för regionstyrelsen
  - Dnr LS/1685/2014: Reglemente för ekonomi, fastighets och upphandlingsutskottet
  - Dnr LS/341/2010: Landstingsdirektörens befogenhetsplan
  - Regionens ledningssystem, Dok nr 14002-1: Processer inom finansförvaltning

2.5. Ansvarig nämnd

Granskningen avser regionstyrelsen.

2.6. Genomförande och avgränsningar

Vår granskning har genomförts genom främst dokumentstudier av bland annat gällande Finansiell policy och uppföljningsrapportering (per 2014-12-31 och 2015-08-31).

Granskningen innehåller en kontroll av utestående placeringar per 2014-12-31 och 2015-08-31, mot gällande policy.

Vi har även genomfört intervjuer med nyckelpersoner såsom ekonomidirektör, finansekonom, redovisningsansvarig, ekonomistrateg, regionstyrelsens ordförande och förste vice ordförande.

Granskningen omfattar inte den del av regionens finansiella policy som avser leasing.

3. Regelverket för medelsförvaltning

3.1. Granskningens omfattning

I detta avsnitt behandlas regionens regelverk för medelsförvaltning (policy) har utformats på ett tillfredsställande sätt. Granskningen omfattar Reglemente för kortsiktig likviditetsförvaltning, finansiering och skuldförvaltning (LS/1358/2013, version 2) och Placeringsreglemente för förvaltning av pensionsmedel (LS/1386/2013 version 2), framöver benämnd policyn. I vår granskning har vi utgått från kommunallagens regler om medelsförvaltning.

För begreppsförklaring hänvisas till Bilaga 2.

3.2. Läsanvisning

I primärt detta avsnitt finns delar som är mer detaljerade och som direkt riktar sig till de inom regionen som direkt arbetar med dessa frågor. Detta för att rapporten ska tydliggöra vilka områden som bör förbättras. Med fördel kan man läsa våra iakttagelser, bedömningar och förbättringsförslag direkt som en sammanfattning om man så önskar.

Regionen har informerat oss om att ny policy snart är färdig inför beslut av styrelsen och fullmäktige. Vår granskning baseras dock på gällande policy, på vilken vi lämnar våra iakttagelser, bedömningar och rekommendationer.

3.3. Kommunallagen om medelsförvaltning

Enligt kommunallagen ska kommuner och landsting förvalta sina medel på ett sådant sätt att krav på god avkastning och betryggande säkerhet kan tillgodoses. Fullmäktige skall meddela närmare föreskrifter om medelsförvaltningen. Dessa ska enligt förarbetena avse placering och upplåning av medel samt organisation.[1] Dessutom finns ett särskilt krav att fullmäktige meddelar särskilda föreskrifter för medel avsatta för pensionsförpliktelser. I föreskrifterna skall det anges hur medlen skall förvaltas. Därvid skall tillåten risk vid placering av medlen fastställas. Vidare skall det anges hur uppföljning och kontroll av förvaltningen skall ske. Föreskrifterna skall omprövas så snart det finns skäl för det. Ett sådant dokument är sålunda obligatoriskt för varje landsting och ska utgöra ett övergripande dokument för styrningen av hanteringen av regionens medel.

Kommunallagen föreskriver att gränsdragning mellan särskild beslutanderätt och ren verkställighet inom området för medelsförvaltning, beror bland annat på hur detaljerade anvisningar för den ekonomiska styrningen fullmäktiges föreskrifter och styrelsens kompletterande beslut innehåller.

3.4. Organisation och syfte med medelsförvaltning i Region Jämtland Härjedalen

Finansiell policy för Region Jämtland Härjedalen är senast reviderad av landstingsfullmäktige 2013-11-27. Senast en ny policy beslutades av landstingsfullmäktige var 2012-06-20.

Den finansiella policyn består av två dokument; vilka beslutas av fullmäktige.

[1] Kommunallagen, Kommentarer och Praxis (SKL; SKLs jurister kommenterar lagen)

- Reglemente för kortsiktig likviditetsförvaltning, finansiering och skuldförvaltning (LS/1358/2013, version 2).
- Placeringsreglemente för förvaltning av pensionsmedel (LS/1386/2013 version 2).

3.4.1. Organisation och syfte med likviditets- och skuldförvaltning

Av den del av policyn som kallas ”Reglemente för kortsiktig likviditetsförvaltning, finansiering och skuldförvaltning” framgår syftet med likviditetsförvaltningen, vilket är:

- att maximera den del av räntenettot som skapas av den kortsiktiga likviditetsförvaltningen inom ramen för de riskbegränsningar som anges i detta reglemente. Målet är att avkastningen över den uppmätta perioden ska uppgå till minst den genomsnittliga räntan på STIBOR en vecka plus 0,10 procentenheter.

- att tillhandahålla likvida medel för löpande driftsutbetalningar och investeringar. För detta syfte ska alltid en likviditetsreserv finnas som innebär att
    - ett belopp motsvarande en månads löneutbetalning (ca 65 mkr) ska kunna utbetalas inom två bankdagar
    - ett belopp motsvarande en normal månads utbetalningar (ca 300 mkr) ska kunna utbetalas inom tre bankdagar.

  Som likviditetsreserv räknas kortfristiga placeringar, behållning på landstingets bankkonton, samt checkräkningskrediten och eventuella kreditlöften.

Policyn föreskriver att för tillfälliga och kortfristiga likviditetsbehov ska checkräkningskredit nyttjas och att fullmäktige för långsiktig upplåning årligen beslutar ”i landstingsplanen för de kommande tre åren om eventuell upplåning”.

3.4.2. Organisation och syfte med pensionsmedelsförvaltning

Av den del av policyn som kallas ” Placeringsreglemente för förvaltning av pensionsmedel” framgår att regionen placerar en del av de likvida medlen i en långsiktigt förvaltad värdepappersportfölj för att klara framtida pensionsutbetalningar. Av dokumentet framgår målet med pensionsmedelsförvaltningen, vilket är:

”att uppnå en konsolideringsgrad på minst 95 %. Konsolideringsgraden mäter i vilken utsträckning pensionsportföljens värde utvecklas i takt med pensionsåtagandet.” Regionens definition av konsolideringsgrad, utifrån placeringsreglementet visas nedan:

$$\text{Konsolideringsgrad} = \frac{\text{Pensionsportföljens marknadsvärde}}{\text{Marknadsvärdet på den del av pensionsåtagandet som investerats}}$$

3.4.3. Gemensamma regler för organisation avseende likviditets-, skuld och pensionsmedelsförvaltning

Enligt gällande policy sker likviditets-, skuld- och pensionsmedelsförvaltningen i Region Jämtland Härjedalen organisatoriskt på politisk nivå främst genom fullmäktige och regionstyrelsen. Regionstyrelsen utgör enligt policyn rapporteringsmottagare. Policyn och eventuell lånefinansiering fastställs av fullmäktige.

På tjänstemannanivå hanteras beslutanderätten av den befattningshavare som utses i landstingsdirektörens delegationsbestämmelser, se avsnitt 4.2. Vad gäller organisation samt intern kontroll se avsnitt 4.1 och avsnitt 5.

Av policyn framgår att ”i syfte att upprätta kompetens samt hög säkerhet bör flera personer kunna utföra och granska arbetet. Vid varje tidpunkt bör det därför finnas ersättare utsedd för varje funktion.” Bland tjänstemännen finns ordinarie och ersättare för respektive funktion enligt uppställning nedan:

Arbetsuppgift	**Ordinarie tjänsteman**	**Ersättare**
Genomför transaktioner	Finansekonom	Ekonomistrateg
Rapportering styrelse	Finansekonom	Ekonomidirektör
Tilldela fullmakt bankkonto	Ekonomistrateg	Finansekonom
Internkontrollfunktion	Redovisningsansvarig	Vakant

Av ovanstående tabell framgår att någon ersättare inte finns för internkontrollfunktionen.

3.5. Våra iakttagelser, bedömningar och rekommendationer – regelverket för medelsförvaltning

Nedan under respektive avsnitt redovisar vi våra iakttagelser, bedömningar och rekommendationer vad gäller policyn.

3.5.1. Organisation, ansvarsfördelning och syfte

3.5.1.1 Iakttagelser - bedömningar kring roller och ansvar i policyn

Av **Kommunallagen** framgår att

- Kommuner och landsting ska förvalta sina medel på ett sådant sätt att krav på god avkastning och betryggande säkerhet kan tillgodoses (8 kap 2§)
- Fullmäktige ska meddela närmare föreskrifter om medelsförvaltningen (8 kap 3 och 3a§§) och särskilda föreskrifter för förvaltningen av medel avsatta för pensionsförpliktelser. I föreskrifterna ska det anges
  - hur medlen ska förvaltas och
  - vilken risk som ska vara tillåten
  - hur uppföljning och kontroll av förvaltningen ska genomföras
- Föreskrifterna ska ompröva så snart det finns skäl för det

Av kommunallagens 3 kap 9§ framgår att ”Fullmäktige beslutar i ärenden av principiell beskaffenhet eller annars av större vikt för kommunen eller landstinget, främst:

1. Mål och riktlinjer för verksamheten
2. Budget skatt och andra viktiga ekonomiska frågor …”

Kommunallagen reglerar styrelsens uppgift att leda och samordna förvaltningen av kommunens angelägenheter (6 kapitlet 1§) (med kommun avses i lagens mening även landsting och region). Styrelsen ska uppmärksamt följa de frågor som kan inverka på kommunens utveckling och ekonomiska ställning (6 kapitlet 2§). Av 6 kapitlet 4§ Kommunallagen framgår att det särskilt åligger styrelsen att ta hand om kommunens ekonomiska förvaltning.
SKLs jurister[2] kommenterar lagens föreskrifter med att ”en ingående utvärdering av placeringsverksamheten bör enligt lagmotiven göras minst en gång per år. I samband med denna bör styrelsen överväga om en omprövning av föreskrifterna för pensionsmedelsförvaltningen ska föreslås fullmäktige”.

Av **Region Jämtland Härjedalens Finansiella policy** framgår att

1. policyn fastställs av fullmäktige
2. regionstyrelsen ansvarar för att erforderliga ändringar i policyn bereds inför fullmäktige

Bedömning:

Vi vill härmed uppmärksamma att ansvaret för förvaltningen av regionens medel ligger enligt kommunallagen på regionstyrelsen och kommunallagen är tydlig på att det är fullmäktiges ansvar att meddela närmare respektive särskilda föreskrifter.

Enligt SKLs jurister[3] ska föreskrifterna omprövas av fullmäktige och detta så snart det finns skäl för det. En ingående utvärdering av placeringsverksamheten bör enligt lagmotiven göras minst en gång per år. I samband med denna bör styrelsen överväga om en omprövning av föreskrifterna för pensionsmedelsförvaltningen ska föreslås fullmäktige.

Vi bedömer det lämpligt att det i policyn regleras att en ingående utvärdering av placeringsverksamheten ska göras årligen och att en översyn av policy ska genomföras med viss angiven periodisitet, utöver nuvarande bestämmelse att styrelsen ansvarar för att bedöma behovet av att uppdatera policyn.

Region Jämtland Härjedalen bildades vid årsskiftet 2014/2015 genom att Jämtlands läns landsting och Regionförbundet Jämtlands län slogs ihop. Någon uppdatering av policyn har emellertid inte genomförts under 2015. Av denna anledning föreskriver policyn regler för ”landstinget”, ”landstingsstyrelsen” etc. och inte för regionförbundet, regionstyrelsen etc.

Efter genomgång av styrelsens och fullmäktiges protokoll under 2015, kan vi inte finna stöd för att det genomförts en utvärdering av placeringsverksamheten under året, vilket bör genomföras minst en gång per år enligt lagens intentioner om intern kontroll. Någon utvärdering av placeringsverksamheten framgår inte av de protokoll vi tagit del av, och vi kan heller inte se att fullmäktige erhåller rapportering avseende placeringsverksamheten.

[2] Kommunallagen, kommentarer och praxis, (SKLs jurister kommenterar lagen)
[3] Kommunallagen, Kommentarer och praxis (SKLs jurister kommenterar lagen)

Vi bedömer att regionens policy avseende medelsförvaltningen i vissa avseenden närmare bör preciseras för att uppfylla kommunallagens krav.

Rekommendation:

Våra rekommendationer till förbättringar är att:

- Styrelsen i sitt beredningsansvar inför fullmäktige bereder frågan om att policyn uppdateras med föreskrifter kring årlig utvärdering av medelsförvaltningen och omprövning av föreskrifter för medelsförvaltningen. Härvid bör omfattning, ansvar, etc. regleras.
- Termer och organ uppdateras så att de överensstämmer med den nu gällande organisationen och verksamheten.
- En årlig utvärdering av medelsförvaltningen mot uppsatta mål genomförs.
- Policys uppdateras, se vidare i efterföljande avsnitt.

3.5.1.2 Iakttagelse – organisation internkontrollfunktionen

Vid vår granskning har vi noterat att det för internkontrollfunktionen saknas en ersättare. Detta är en risk ur ett internkontrollperspektiv.

Bedömning

Enligt regionens policy ska en ersättare finnas för respektive funktion i tjänstemannaorganisationen för finansförvaltningen. Avsaknad av en ersättare för internkontrollfunktionen är en brist ur ett internkontrollperspektiv.

Rekommendation

Vår rekommendation är att styrelsen tillser att ersättare till internkontrollfunktionen tillsätts.

3.5.2. Likviditets- och skuldförvaltning

Nedan kommenteras våra iakttagelser, bedömningar och rekommendationer vad gäller Reglemente för kortsiktig likviditetsförvaltning, finansiering och skuldförvaltning LS/13582013, version 2 (policy). Vi lämnar i vissa avseenden detaljerade synpunkter på olika avsnitt i reglementet, även om reglementet till vissa delar kommer att omarbetas med hänsyn till Regionens förändrade finansiella ställning. Syftet med att vi är så pass detaljerade är att vi i vår granskning vill vara proaktiva och bidra till förbättringar inom ett relativt komplicerat och riskutsatt område.

Regionen har informerat oss om att ny policy snart är färdig inför beslut av styrelsen och fullmäktige. Vår granskning baseras dock på gällande policy, på vilken vi lämnar våra iakttagelser, bedömningar och rekommendationer.

3.5.2.1 Iakttagelse: Förändrad finansiell ställning i Regionen

Regionens likviditetsförvaltning kommer att förändras, då Regionen kommer att gå från att ha viss överlikviditet till lånefinansiering. Regionen har inte tidigare erfarenhet av skuldförvaltning.

Regionens likviditetsportfölj kommer att behöva avvecklas, och likviditetsförvaltningen behöver anpassas till att hantera Regionens löpande betalningsflöden.

Bedömning

Regionens reglemente avseende såväl kortsiktig likviditetsförvaltning, finansiering och skuldförvaltning behöver anpassas med hänsyn till förändring från likviditetsförvaltning till skuldförvaltning.

Verksamheten behöver förberedas inför omställning till skuldförvaltning. Kompetens bör säkerställas genom exempelvis utbildning och erfarenhetsutbyte.

En plan för ordnad avveckling av likviditetsportföljen bör utarbetas.

Rekommendation

Vi rekommenderar att verksamheten och policys förbereds inför framtida skuldförvaltning och likviditetshantering.

3.5.2.2 Iakttagelse: Tillåtna respektive inte tillåtna tillgångsslag

Tillåtna och ej tillåtna tillgångsslag specificeras i policy i avsnitt 3.1 och 3.2. Vi noterar att det av rapporter, framgår att cirka 10 mkr av likviditetsportföljen har placerats i alternativa tillgångar. Alternativa tillgångar utgör inte ett tillåtet tillgångslag, men omnämns heller inte som ej tillåtet tillgångsslag.

Bedömning

Policyn bör tydliggöras avseende tillåtna och ej tillåtna tillgångsslag. Vanligen framgår enbart tillåtna tillgångsslag, instrument etc. i policy. Ej angivna tillåtna tillgångsslag etc. är därmed inte tillåtna.

Rekommendation

För tydlighetens skull rekommenderas att det under ej tillåtna tillgångsslag tydligt framgår att tillgångsslag som inte anges som tillåtna inte heller är tillåtna.

3.5.2.3 Iakttagelse: Strukturerade instrument

Strukturerade instrument utgör tillåten placeringsform, och enligt placeringslimiter ska de vara kapitalgaranterade, se avsnitt 3.3 i policyn. Förutom krav på kapitalgaranti och rating hos emittent finns inte reglerat vilken typ av exponering som tillåts inom strukturerade instrument, exempelvis aktieexponering eller andra ej tillåtna tillgångsslag.

Bedömning

Kapitalgarantin i strukturerade instrument gäller enbart vid förfallotidpunkten och instrumentet kan vara relativt svårt att sälja under löptiden, eller en försäljning kan enbart ske till lågt pris. Vi

ifrågasätter därför om instrumentet är lämpligt i en kortsiktig likviditetsförvaltning, då investering i strukturerade produkter bör ske med syfte och förväntan att instrumentet kan behållas till förfall. I policyns avsnitt 8 Definitioner, bör det förtydligas att det nominella värdet är garanterat på förfallodagen, givet att instrument har kapitalgaranti. Instrumentet är utsatt för kreditrisk, det vill säga det nominella värdet är enbart garanterat om emittenten kan återbetala.

Strukturerade instrument är ett brett begrepp, och dessa skulle kunna medföra spekulativa inslag. De är även i grunden komplicerade instrument som kan vara svåra att förstå avseende risk, avkastning och prissättning.

Rekommendation

Vi rekommenderar det övervägs om strukturerade instrument ska utgöra tillåten placeringsform i likviditetsförvaltningen. Om strukturerade instrument ska tillåtas, bör det noga regleras vilka former av strukturerade instrument som tillåts.

Vi noterar att det finns ett innehav i ett strukturerat instrument som inte följer policy, se vidare avsnitt 5.6.6.

3.5.2.4 Iakttagelse: Tillåtna emittenter och placeringslimiter

I avsnitt 3.4 i policyn anges tillåtna emittenter och placeringslimiter. Angivna limiter avser räntebärande värdepapper i svenska kronor. Olika ratingskalor används vid limitsättning. Till viss del, men inte full ut förklaras ratingskalorna i avsnitt 8 Definitioner. Exempelvis kan 100 % investeras i enskild kommun och landsting, 25 % kan investeras i enskild bank eller företag med lägst rating A- eller A3 och 25 % kan investeras i enskilda strukturerade placeringsprodukter med lägst rating A eller A2.

Maximal löptid begränsas inte. Enligt Regionen är ändå tanken att inget värdepapper ska ha en löptid som överstiger angiven limit för duration och det är så förvaltningen i praktiken bedrivs enligt intervju.

Investeringar i svenska statsägda företag eller liknande utan rating regleras närmare i policyns avsnitt 3.4.1.

Bedömning

Vi saknar limiter avseende placeringsformen bankinlåning, specialinlåning samt dagslån. Även sådana placeringar utgör kreditrisk, och bör limitsättas.

Limiter per motpart och kategori får jämföras med vad som bedöms vara acceptabel exponering för Regionen. Limiternas procentuella andel får vägas mot storleken på likviditetsportföljen.

Vi finner det tveksamt om en investering till 100 % av likviditetsportföljen i enskild kommun eller landsting en följer den diversifieringsprincip som ska vara vägledande enligt policy och enligt kommunallagen. Det kan även övervägas om 25 % i enskild bank eller företag med rating A- är lämplig, eller 25 % i enskild strukturerad produkt med A eller A2 rating.

Regionen anger att ett syfte med att tillåta så höga procentlimiter är att kunna hantera den situation som uppkommer vid avveckling av likviditetsportföljen. Regionen har under flera års tid minskat portföljens storlek, vilket medför att kvarvarande innehav och emittenter får en stor andel av portföljen. Ett alternativ till att ange så höga procentlimiter per emittent är att ange limiter i mkr under denna avvecklingsperiod, som en del av plan för ordnad avveckling av nuvarande likviditetsportfölj.

Det bör framgå vad de olika ratingskalorna betyder. De olika ratingskalor som används i tabellen över tillåtna emittenter och placeringslimiter förklaras inte fullt ut i avsnitt 8 definitioner.

Det kan vara lämpligt att reglera löptid på placeringarna, inte minst med hänsyn till att det är en likviditetsportfölj. Löptid begränsas inte av durationen.

Vi finner det lämpligt att det i beslut om limiter för vissa namngivna bolag utan rating beaktas om det finns ägarklausul eller ej, då det av kommentarer framgår att stor vikt läggs vid ägare i riskbedömningen.

Rekommendation

Vi rekommenderar en översyn av tillåtna emittenter och limiter, baserad på principen diversifiering, likviditet i placeringarna samt vad som bedöms vara lämplig kreditexponering per olika emittenter för Regionen. Vi rekommenderar att limiter även inkluderar bankinlåning, specialinlåning samt dagslån, samt att löptiden regleras. Tillämpade ratingskalor bör förklaras fullt ut.

3.5.2.5 Iakttagelse: Agerande vid överträdelse av limiter

Avsnitten 3.5 samt 3.10 anger åtgärder vid ett portföljinnehavs nedgradering i rating till ett ratingbetyg som understiger tillåten lägsta nivå enligt policy, respektive beräkning av och åtgärder vid överskridande av limit. Rapportering ska ske till regionstyrelsen.

Bedömning

Vi finner det oklart vem som har rätt att fatta beslut om att behålla ett värdepapper vid nedgradering i rating och överskridande av limit.

Vi rekommenderar att avvikelser från policy bör framgå i rapportering till regionfullmäktige, inte enbart till regionstyrelsen, då det är regionfullmäktige som beslutat om policyn.

Rekommendation

Vi rekommenderar att regleringen avseende beslutsinstans vid överträdelse av limiter förtydligas och att denna beslutsrätt gäller fram till rapportering och beslut i regionstyrelsen.

3.5.2.6 Iakttagelse: Fondinvesteringar

Enligt avsnitt 3.8 i policyn får placeringar ske i värdepappersfonder vars placeringsinriktning i allt väsentligt överensstämmer med policyns bestämmelser, och som uppfyller kraven i lag om in-

vesteringsfonder. Lag om investeringsfonder är numera uppdelad i lag om värdepappersfonder respektive lag om alternativa investeringsfonder.

Bedömning

Vi bedömer att fondinvesteringar kan vara lämpliga för att uppnå diversifiering i en mindre tillgångsportfölj. Vid stora fondinvesteringar bör viss diversifiering ske i olika fonder hos olika förvaltare. Det bör förtydligas vilken/vilka lagar som gäller avseende fondinvesteringar.

Rekommendation

Vi rekommenderar att bestämmelserna vid fondinvesteringar utvecklas med hänsyn till diversifieringsprincipen. Vi rekommenderar att laghänvisning uppdateras avseende fondinvesteringar. Beaktat den framtida avvecklingen av likviditetsportföljen blir dock denna rekommendation mindre relevant.

3.5.2.7 Iakttagelse: Skuldförvaltning

Regleringen avseende skuldförvaltning kommer att bli än viktigare med hänsyn till framtida förväntade upplåning. Planer finns på att i första hand låna via Kommuninvest. Vi tolkar policyn som att finansiering kan ske såväl till rörlig ränta som till bunden/fast ränta, enligt avsnitt 4.3.

Bedömning

Skuldförvaltningen bör regeleras avseende

- refinansieringsrisk och matchning mot prognostiserat lånebehov:
  regleras enligt policy i form av genomsnittlig löptid får uppgå till högst 3 år, och att max 35 % av låneskulden får förfalla inom 12 månader. Maximal löptid på enskild finansiering regleras inte. Vid stora låneportföljer, kan refinansieringsrisk även begränsas genom att diversifiera genom olika långivare och upplåningsformer. Vi bedömer dock att en upplåning i första hand via Kommuninvest kan vara lämplig för Regionen.

- Ränterisk i form finansiering i form av bundna räntor respektive rörliga räntor, samt valutarisk:
  Ränterisk regleras i policyn genom begränsningen att räntebindningstiden för enskilda lån får ej överstiga 5 år och att lånens löptid ska spridas på olika räntebindningstider. Vid finansiering utgör dock rörlig ränta en risk i form av ökade räntekostader vid stigande räntor. Vi finner det lämpligt att denna ränterisk närmare regleras avseende räntebindning/duration för skuldförvaltningen, inte minst mot bakgrund av framtida utökade lånebehov. Vid större låneportföljer kan vanligen ränterisken hanteras via swappar, vilket ger möjlighet att binda räntan enligt viss strategi som därmed inte behöver överensstämma med förfallostrukturen på lånen, eller lånens fasta eller rörliga ränta. Möjlighet att ingå ränteswappar ställer särskilda krav avseende hantering och reglering, samt även avseende redovisning i sådant fall säkringsredovisning önskas tillämpas. Lämpligen regleras att lån ska ske i svenska kronor, alternativ bör valutarisk i finansiering strikt begränsas.

Rekommendation

Vi rekommenderar att skuldförvaltningen närmare regleras med hänsyn till den förväntade ökade upplåningen i Regionen. Regionen arbetar också för närvarande med uppdatering av policy, där avsnittet om skuldförvaltningen utvecklas.

3.5.3. Pensionsmedelsförvaltning

Nedan kommenteras våra iakttagelser, bedömningar och rekommendationer vad gäller Placeringsreglemente för förvaltning av pensionsmedel, LS/1386/2013, version 2 (policy).

Regionen har informerat oss om att ny policy snart är färdig inför beslut av styrelsen och fullmäktige. Vår granskning baseras dock på gällande policy, på vilken vi lämnar våra iakttagelser, bedömningar och rekommendationer.

3.5.3.1 Iakttagelse: Pensionsåtagande i Regionen

Regionens samlade pensionsåtagande, inklusive särskild löneskatt, uppgick till ca 3 600 mkr per 2014. Av dessa 3 567 mkr redovisades 1 048 mkr som avsättning i balansräkning, och resterande 2 519 mkr redovisades som ansvarsförbindelse, i enlighet med Rekommendation 7.1 från Rådet för kommunal redovisning.

Regionen har tagit fram en pensionsutbetalningsprognos för pensionsåtagandet, som visar att utbetalningar av pensioner uppgår till ca 200 mkr år 2015. Utbetalningarna stiger därefter till som högst ca 250 mkr per år till år 2030, och stabiliseras därefter.

För att täcka pensionsutbetalningarna dessa år då betalningarna är relativt höga jämfört med för några år sedan, har Regionen satt av medel till en pensionsförvaltning. I praktiken har inte medel hämtats från pensionsförvaltningen för att täcka en del av dessa pensionsutbetalningar. Per 2015-08-31 uppgick pensionsmedlen till ett marknadsvärde om ca 400 mkr. Pensionsmedlen utgör härmed endast en mindre del av Regionens totala pensionsåtagande.

Bedömning

Regionen bör utreda om de fortsatt ska ha en pensionsförvaltning eller inte, och i sådant fall hur stor den ska vara, samt målsättningen med pensionsförvaltningen. Med hänsyn till förväntan om att Regionen kommer behöva låna framöver, kommer en pensionsförvaltning att medföra att Regionen lånar för att placera pensionsmedel. Detta kan ge ett positivt nettoresultat till Regionen i sådant fall avkastningen i pensionsförvaltningen överstiger lånekostnaden. Det medför dock även ökad risk för Regionen, som måste ta ställning till om och i vilken utsträckning lånefinansierad pensionsförvaltning ska bedrivas.

Rekommendation

Mot bakgrund av förändrad finansiell ställning bör Regionen utreda om de ska ha en fortsatt pensionsförvaltning, och i sådant fall fastställa strategi och ramar för denna. Regionen ha informerat oss om att de för närvarande genomför en strategianalys.

3.5.3.2 Iakttagelse: Mål, avkastning och risk för Pensionsförvaltningen

Det finns inte ett tydligt fastställt avkastningskrav för pensionsförvaltningen, eller ett tydligt fastställd riskmått.

Avkastningskravet är indirekt fastställt genom kravet på och beräkningen av konsolideringsgraden enligt policyn. Avkastningskravet blir indirekt detsamma som avkastningen på en obligation med samma duration som pensionsskulden. Detta avkastningskrav varierar till följd av ränteförändringar. Konsolideringsgraden har definierats som pensionsmedlens marknadsvärde jämfört med pensionsutbetalningarna som nuvärdesberäknas ”enligt rådande marknadsränta”. Denna värdering av pensionsåtagandet skiljer sig från den diskonteringsränta som fastställs av Sveriges Kommuner och Landting och används i redovisningen av pensionskulden. Den strategi som ligger bakom detta synsätt kallas skulddriven förvaltning.

Bedömning

Tillämpad målsättning och därmed riskstyrning för pensionsförvaltningen följer en av flera möjliga metoder avseende pensionsförvaltning. Det är väsentligt att beslutsfattande är medveten om vad denna målsättning och riskstyrning betyder och att det säkerställs att det är på detta sätt som Regionen vill bedriva sin pensionsförvaltning. Ett annat möjligt alternativ är att pensionsmedelsförvaltningens avkastningskrav härleds från den diskonteringsränta som SKL fastställer.

Rekommendation

Vi rekommenderar att strategin och målsättningen avseende pensionsförvaltningen ses över, som en del av det förändringsarbete som föranleds av Regionens förändrade finansiella ställning.

3.5.3.3 Iakttagelse: Tillgångsfördelning och limiter

Enligt kommunallagen ska Fullmäktige meddela särskilda föreskrifter för förvaltningen av medel avsatta för pensionsförpliktelser, och tillåten risk vid placering av medlen ska fastställas. Enligt SKLs jurister beslutar fullmäktige själv om hur olika risker ska begränsas. Principerna för matchning och diversifiering bör enligt lagmotiven vara vägledande vid fastställandet av riskbegränsningarna och utgöra utgångspunkten för placeringsstrategin. Detta innebär att tillgångarnas framtida värde och avkastning ska anpassas till de framtida pensionsåtagandena samt att tillgångarna placeras så att lämplig riskspridning uppnås.

Pensionsmedlen får placeras i följande tillgångsslag inom angiven max-begränsning:

Tillgångsslag	**Max**
Likvida medel	10
Räntebärande värdepapper	100
Vindkraft	100
Aktier	50

Intervallen för tillgångsslagen ovan är i vissa fall mycket breda, mellan 0 % och 100 %.

De breda intervallen ovan motiveras enligt Regionen med att de behövs för att kunna omallokera för att kunna uppnå konsolideringsmålet om minst 95 %.

Reglering avseende valutarisk framgår inte.

Bedömning

Då ingen lägsta tillåtna gräns anges för respektive tillgångsslag, lämnas ett stort utrymme förförvaltningsorganisationen att bestämma tillgångsfördelning och därmed risknivå i förvaltningen. Intervallen för tillgångsslagen är i vissa fall mycket breda, mellan 0 % och 100 %. Breda intervall medför också stort utrymme för stora förändringar i tillgångsfördelning, vilket medför en ytterligare risk, och möjlighet till avkastning. Möjligheten att bestämma tillgångsförvaltningen regleras indirekt av målsättningen att konsolideringsgraden inte ska understiga 95 %. Extern part tillhandahåller beslutsunderlag för tillgångsfördelning som baseras på att pensionsmedlen inte ska kunna tappa mer än 10 % av värdet jämfört med värdet vid ingången av året (dynamisk tillgångsallokering). Denna målformulering är inte fastställd i av fullmäktige beslutad policy.

Lämpligen borde placering i samtliga tillgångsslag förutom utländska aktier ske i svenska kronor. Lämpligen regleras om/hur valutarisk från utländska aktier ska hanteras. Utländska aktier kan maximalt uppgå till 40 % av pensionsportföljen, vilket därmed också utgör maximal valutaexponering under förutsättning att övriga tillgångar investeras utan valutarisk.

Vi bedömer det tveksamt om 100 % andel av pensionsportföljen i enskilt tillgångsslag utgör en lämplig riskspridning enligt kommunallagen. Vi kan till viss del förstå en fördelning till 100 % i räntebärande värdepapper som en tillfällig tillgångsallokering inom dynamisk förvaltning utifrån motiveringen låg risk och betryggande säkerhet. Det är enligt Regionen också för detta ändamål som denna maxgräns fastställts, samt för en situation då pensionsportföljen måste avvecklas.

Målsättningen enligt kommunallagen är att medelsförvaltningen ska ske på ett sådant sätt att krav på god avkastning och betryggande säkerhet kan tillgodoses. För en långsiktig pensionsförvaltning torde 100 % i räntebärande värdepapper inte kunna motsvara kravet på god avkastning. En möjlig tillgångsfördelning med 100 % i vindkraft bedömer vi vara ytterst tveksam utifrån Kommunallagens krav på att tillgångarna ska placeras så att lämplig riskspridning uppnås. Om investeringen i vindkraft avses behållas vid en avveckling i övrigt av pensionsportföljen, bör det övervägas om denna investering istället ska hanföras till annan placering än pensionsmedel. Ett syfte med vindkraftsinvesteringen anges vara att säkra förändringar i elpriset.

Rekommendation

Vi rekommenderar att reglering av tillgångsfördelning ses över baserat på kraven på att tillåten risk vid placering av pensionsmedel ska fastställas och därmed inte lämna ett alltför brett utrymme för tjänstemannabeslut, alternativt att metoden för riskstyrning baserad på konsolideringsgrad utvecklas i policy och uppföljning. Vi rekommenderar att krav på riskspridning av tillgångarna beaktas.

3.5.3.4 Iakttagelse: Tillåtna emittenter och placeringslimiter

I avsnitt 4.3.2 regleras tillåtna emittenter och placeringslimiter för räntebärande värdepapper.

Exempelvis anges att maxandel för enskild emittent som är bank uppgår till 50 % av pensionsmedlen. Det framgår vidare att innehav av svenska kommuner och landsting garanterade värdepapper kan utgöra hela 100 % av pensionsmedlen. Vi noterar att innehav tillåts i svenska banker med rating ner till BBB/Baa.

Likvida medel får max uppgå till 10 % av pensionsmedel. Krav på kreditvärdighet avseende likvida medel saknas, då tillåtna emittenter och placeringslimiter enbart avser räntebärande värdepapper.

Maximal löptid på räntebärande värdepapper begränsas inte. Duration regleras avseende emittentkategori fördelad på olika löptider och avseende enskild emittent.

Vi noterar att placering i räntebärande värdepapper inte tillåts i värdepapper emitterade av företag, till skillnad från vad som gäller i likviditetsförvaltningen.

Vi noterar att innehav i enbart svenska banker och kommuner och landsting tillåts i pensionsportföljen, till skillnad från vad som gäller i likviditetsförvaltningen.

Bedömning

Generellt bör maxbelopp per motpart enligt limiter för kredit- och motpartsrisk, jämföras med vad som bedöms vara acceptabel exponering för Regionen. Principen om diversifiering bör tillämpas. Vi finner det därför inte lämpligt att enskilt innehav i bank kan uppgå till 50 % av portföljen, eller att innehav i enskilda kommuner, landsting eller av dessa garanterade värdepapper kan uppgå till 100 % av pensionsmedlen. Vi bedömer även att rating BBB är en låg rating för en bank. Generellt bedömer vi att investeringar i räntebärande värdepapper bör diversifieras. Detta kan för ett mindre förvaltat kapital möjligen uppnås genom investering i lämplig ränte/kreditfond.

Likvida medel i form av exempelvis kontotillgodohavande är exponerad för kreditrisk och bör regleras i policyn.

Vi bedömer att vissa regleringar kan ifrågasättas om de behövs, exempelvis reglering av duration per emittentkategori, medan vissa regleringar bör införas, exempelvis reglering av maximal löptid per emittent. Vi bedömer att placering i räntebärande värdepapper emitterade av utländska emittenter skulle kunna tillåtas i pensionsförvaltningen, med fördel i fond.

Rekommendation

Vi rekommenderar att regleringen avseende tillåtna emittenter och limiter behöver ses över. Den grundläggande principen om riskspridning bör beaktas i än större omfattning.

3.5.3.5 Iakttagelse: Strukturerade obligationer

Innehav i strukturerade obligationer regleras till viss del i avsnitt 4.5. Strukturerade obligationer är ett brett begrepp, och dessa skulle kunna medföra spekulativa inslag. De är även i grunden komplicerade instrument som kan vara svåra att förstå avseende risk, avkastning och prissättning.

Bedömning

Även om det i policy konstateras att strukturerade obligationer består av räntebärande värdepapper och derivat, bör det tydligt framgå att investeringar i strukturerade obligationer lyder under limiterna avseende tillåtna emittenter och placeringslimiter. Enligt intervju har framkommit att i praktiken har Regionen beaktat dessa limiter vid investeringar i strukturerade obligationer. Det bör vidare framgå att kapitalgaranti är ett krav. Det kan även finnas anledning att begränsa hur mycket av pensionsportföljen som får investeras i strukturerade obligationer, samt även hur mycket som får investeras i en enskild strukturerad obligation.

Rekommendation

Möjligheten att placera i strukturerade instrument bör ställas mot krav på specialkompetens som kanske inte finns inom kommuner och landsting. Regleringen av strukturerade obligationer bör utvecklas.

3.5.3.6 Iakttagelse: Agerande vid limitöverträdelser

Avsnitten 4.9 samt 4.13 anger åtgärder vid ett portföljinnehavs nedgradering i rating till ett ratingbetyg som understiger tillåten lägsta nivå enligt policy, respektive beräkning av och åtgärder vid överskridandeav limit. Rapportering ska ske till styrelsen.

Bedömning

Vi finner det oklart vem som har rätt att fatta beslut om att behålla ett värdepapper vid nedgradering i rating och överskridande av limit.

Rekommendation

Vi rekommenderar att regleringen avseende beslutsinstans vid nedgradering i rating och överskridande av limit förtydligas och att denna beslutsrätt gäller fram till rapportering och beslut i regionstyrelsen.

Vi rekommenderar att avvikelser från policy bör framgå i rapportering till regionfullmäktige, inte enbart till regionstyrelsen, då det är regionfullmäktige som beslutat om policyn.

3.5.3.7 Iakttagelse: Fondinvesteringar

Enligt avsnitt 4.10 i policyn får placeringar ske i värdepappersfonder vars placeringsinriktning i allt väsentligt överensstämmer med policyns bestämmelser, och som uppfyller kraven i lag om

investeringsfonder. Lag om investeringsfonder är numera uppdelad i lag om värdepappersfonder respektive lag om alternativa investeringsfonder.

Bedömning

Vi bedömer att fondinvesteringar kan vara lämpliga för att uppnå diversifiering i en mindre tillgångsportfölj. Vid stora fondinvesteringar bör viss diversifiering ske i olika fonder hos olika förvaltare. Det bör förtydligas vilken/vilka lagar som gäller avseende fondinvesteringar.

Rekommendation

Vi rekommenderar att bestämmelserna vid fondinvesteringar utvecklas med hänsyn till diversifieringsprincipen. Vi rekommenderar att laghänvisning uppdateras avseende fondinvesteringar.

4. Hur bedrivs regionens finansiella verksamhet?

I detta avsnitt beskrivs hur regionens finansiella verksamhet bedrivs med utgångspunkt i organisation och ansvarsfördelning. Uppföljning och kontroller beskrivs i avsnitt 5.

4.1. Organisation för medelsförvaltning

Enligt gällande policy sker Finanshantering i Region Jämtland Härjedalen organisatoriskt på politisk nivå främst genom fullmäktige och styrelsen. Policyn fastställs av fullmäktige.

På tjänstemannanivå hanteras frågorna av finansekonom på finansfunktionen och ekonomidirektör. Beslutanderätten avseende köp och försäljning av värdepapper innehas av den befattningshavare som utses i regiondirektörens delegationsbestämmelser. I praktiken innebär detta att finansekonomen är den som fattar beslut om placeringar inom ramen för finanspolicyn.

Finansekonomen fattar det formella beslutet och har den verkställande delegationen för medelsförvaltning inom ramen för gällande delegationsordning och regionens finansiella policy. Denne träffar förvaltare och presumtiva leverantörer och när det gäller medelsförvaltning tas pris in från externa placerare.

Vad gäller användande av externt stöd i finansfrågor, använder regionen en extern part. De tar månadsvis fram underlag med avstämning av aktuell portfölj mot finanspolicyns föreskrifter. Denna externa part kommer även att vara behjälpliga vid den omarbetning av finanspolicy som planeras under 2016.

4.2. Ansvarsfördelning för medelsförvaltning

Nedan beskrivs ansvarsfördelningen enligt regionens finansiella policy samt hur ansvarsfördelningen i regionen ser ut enligt genomförd intervju.

4.2.1. Ansvarsfördelning enligt policy

4.2.1.1 Likviditets- och skuldförvaltning

Enligt policyn är det fullmäktige som ansvarar för att fatta beslut om reglemente för kortsiktig likviditetsförvaltning, finansiering och skuldförvaltning samt årligen besluta om lånefinansiering (i landstingsplanen för kommande år).

Policyn föreskriver att ” landstingsstyrelsen ansvarar för att landstingets placerings- och finansieringsverksamhet verkställs i enlighet med detta reglemente”. Landstingsstyrelsen beslutar även om upprättande av certifikatsprogram, finansiell leasing och upptagande av obligationslån.

4.2.1.2 Pensionsmedelsförvaltning

Enligt policy är det ”landstingsfullmäktiges ansvar att finansförvaltning sker i enlighet med överenskommelse med Kommunallagen 8 kap 2-3a§§”. Fullmäktige ansvarar även för att fastställa placeringspolicy och placeringsreglemente samt beslutar om direktinvesteringar i andra tillgångsslag än aktier och ränteplaceringar.

Policyn föreskriver att ”landstingsstyrelsen ansvarar för att tillse att förvaltningen verkställs enligt de regler som fastställs i placeringsreglemente”. Landstingsstyrelsen fastställer även regler för intern kontroll och bedömer behovet av att uppdatera placeringsreglemente och policy.

4.2.1.3 Gemensamma regler för likviditets-, skuld- och pensionsmedelsförvaltning

Beslutanderätt, delegation och verkställighet

Enligt policy för Region Jämtland Härjedalen har den befattningshavare som utses i landstingsdirektörens delegationsbestämmelser, rätt att besluta om köp och försäljning av värdepapper samt besluta om upplåning, när landstingsfullmäktige beslutat om en upplåningsram. I Region Jämtland Härjedalen har delegation lämnats enligt nedan och delegationen inkluderar enligt policyn att följa finanspolicyns regler.

Regionstyrelsen har från regionfullmäktige fått uppdraget att besluta i följande ärenden (utdrag ur Reglemente för regionstyrelsen). Reglementet för regionstyrelsen föreskriver även att om ett enskilt ärende som omfattas av dessa bestämmelser är av principiell beskaffenhet eller annars av större vikt för regionen ska det avgöras av fullmäktige.

- Finansiering och placering mm
    - Upplåning och placering inom gällande beloppsramar och i enlighet med regionens Reglemente för kortsiktig likviditetsförvaltning, finansiering och skuldförvaltning.
    - Förvaltning av likvida medel avsatta för landstingets pensionsförpliktelser enligt reglerna i Placeringsreglemente för förvaltning av pensionsmedel samt i övrigt besluta i de frågor som framgår av reglemente
- Göra framställningar och avge yttranden som inte är av principiell art eller av större ekonomisk betydelse.

Regionstyrelsen har i sin tur delegerat till ***regiondirektören*** att besluta i nedanstående ärenden (utdrag). Enligt beslutet får beslutanderätten får vidaredelegeras, utom i de fall där hinder mot det särskilt angetts.

- Finansiering och placering m m
    - Upplåning och placering inom gällande beloppsramar och i enlighet med regionens Reglemente för kortsiktig likviditetsförvaltning, finansiering och skuldförvaltning.
    - Förvaltning av likvida medel avsatta för landstingets pensionsförpliktelser enligt reglerna i Placeringsreglementet för förvaltning av pensionsmedel.

Regiondirektören har vidaredelegerat sin beslutsrätt till nedan angivna befattningshavare att besluta i nedanstående ärenden:

Ärende	Delegat
Upplåning och placering inom gällande beloppsramar och i enlighet med reglementet för kortsiktig likviditetsförvaltning, finansiering och skuldförvaltning i Region Jämtland Härjedalen	Finansekonom, Ekonomistaben
Förvaltning av likvida medel avsatta för regionens pensionsförpliktelser enligt reglerna i placeringsreglemente för förvaltning av pensionsmedel	Finansekonom, Ekonomistaben

Det är således finansekonomen vid ekonomistaben som har det operativa uppdraget att genomföra placeringar och återrapportera i enlighet med gällande delegationsordning.

Vad gäller delegation att föra över likvida medel mellan regionens konton i banker, betala ut medel från bankkonton och giron samt öppna sådana, är följande de tjänstemän som har fått denna delegation (var för sig) med krav på kontrasignering av ytterligare en person:

Föra över likvida medel mellan regionens konton i banker	Med kontrasignation av
Ekonomiassistent inom redovisningsenheten	Ekonomidirektör
Ekonomiassistent inom redovisningsenheten	Ekonomihandläggare i ekonomidirektörens stab
Ekonomiassistent inom redovisningsenheten	Ekonomihandläggare
Ekonomiassistent inom redovisningsenheten	Chef redovisningsenheten

Ansvaret för verkställighet definieras i policyn, där det föreskrivs att ”för att uppnå säkerhet och intern kontroll i förvaltningen fördelas ansvaret på minst två funktioner, med en klar uppdelning mellan de som verkställer och de som kontrollerar värdepappersaffärer.

- Finansfunktion. Utsedd befattningshavare samt ersättare enligt delegationsbestämmelserna fattar beslut om köp respektive försäljning av värdepapper, samt upplåning i enlighet med bestämmelserna i detta reglemente.

- Internkontrollfunktion. De personer som omfattas av denna funktion utför intern kontroll av enskilda affärer och avstämmer affärer mot placeringsreglemente, bokföring och besked från banker, samt avstämmer att portföljen håller sig inom fastställda limiter.

I internkontrollfunktionen ingår idag den person som är redovisningsekonom vid regionen. Denna person bokför de transaktioner som finansfunktionen genomför samt genomför också kontroller. Detta är en brist ur ett internkontrollperspektiv, som bör åtgärdas. Vad gäller vår granskning av intern kontroll i medelsförvaltningen hänvisas till avsnitt 5.

Enligt policyn bör flera personer kunna utföra och granska arbetet, för att upprätta kompetens och uppnå hög säkerhet. Därför ska det även finnas en utsedd ersättare för respektive funktion. Dessa beskrivs under avsnitt 3.4.3.

Rutin för handläggning, kontroll och rapportering enligt policyn

Rutinen för handläggning av köp eller försäljning av värdepapper samt upplåning skall enligt policy genomföras enligt en rad regler gällande intern avräkningsnota, att delegationsbeslut ska lämnas till internkontrollfunktionen och ”landstingsdirektören”, vilka kontroller internkontrollfunktionen ska genomföra, hur betalningsuppdrag till banker rörande värdepappersaffärer ska hanteras och en reglering att finansfunktionen aldrig får befullmäktigas att utkvittera medel innestående på landstingets konton.

Vad gäller rapportering av värdepappersaffärer föreskriver policyn att delegationsbeslut ska lämnas till direktören, att styrelsen informeras om beslutade affärer genom de delegationsbeslut som direktören återrapporterar till styrelsen och att den tjänsteman son innehar den interna kontrollfunktionen rapporterar direkt till landstingsstyrelsens ordförande och till landstingets revisorer om misstanke skulle uppkomma om oegentligheter i finansfunktionen.

Rapporter ska lämnas till landstingsstyrelsen i samband med delårs- och årsbokslut. De ska visa om förvaltningen av värdepapper och/eller lån följer regler och limiter.

4.2.2. Ansvar och arbetssätt enligt intervju

Finansekonomen fattar på delegation beslut om placeringar inom ramen för regionens finansiella policy. Finansekonom träffar förvaltare och presumtiva leverantörer. Finansekonomen har beslutanderätt, men har inga beloppsgränser angivna i delegationsordningen för beslut gällande medelsförvaltningen, utan fattar beslut inom ramen för gällande policy.

Allmänt om finanspolicyn gäller att den är under omarbetning och målet är att en ny omarbetad policy ska tas fram för beslut under våren 2016.

Varje månad erhåller Region Jämtland Härjedalen en riskanalys från extern part där de analyserar och stämmer av aktuell portfölj mot finanspolicyns krav. Denna använder finansekonom som stöd för sin analys av portföljen och eventuella justeringar som bör göras. Denna analys sker i samråd med ekonomidirektör.

Eventuella avsteg från policyns begränsningar innebär att omedelbar anpassning ska ske. Det har dock endast inträffat vid ett tillfälle och det aktuella instrumentet kan ej avyttras.

För varje förändring som ska göras i portföljen fattar finansekonom ett beslut inom ramen för finanspolicyn. Hon upprättar ett dokument som förklarar vad man placerar i och vad som kan förväntas av denna placering samt vilka belopp transaktionen avser. Detta dokument lämnas tillsammans med intern avräkningsnota till redovisningsansvarig.

Redovisningsansvarig bokför transaktionen när extern avräkningsnota erhållits och arkiverar originalnota. Hon lämnar även vidare det dokument som finansekonom upprättat gällande transaktionen till regiondirektör.

Finansekonomen har inte tillgång till andra medel än de som finns i depå. Om pengar saknas i depå vänder sig finansekonomen till regionens ekonomistrateg, som i sin tur kan göra överföringar mellan konton. Dessa överföringar görs av två i förening. Banksystemet kräver att en person initierar betalning och en annan person godkänner betalning. Behörigheter i systemet hanteras av ekonomistrateg.

Ekonomistrateg har kontakt med banken och lägger i kontakt med dem upp samtliga behörigheter i banksystemet. Även ekonomen på Region Jämtland Härjedalen kan ändra behörigheter. Hon fungerar som back-up till Ekonomstrateg gällande detta. Den största delen av de behörigheter som finns till bankkonto är tittbehörigheter, det vill säga utan möjlighet att genomföra några transaktioner. Dessa läggs upp efter muntlig eller skriftlig instruktion från ansvarig chef. Uppdatering/rensning bland behörighetspersonerna görs enligt uppgift efter muntlig eller skriftlig begäran av berörd persons överordnade chef.

Samtliga behörigheter som handhar betalningar och överföringar, följer delegationsbesluten och samtliga betalningar eller överföringar görs av två i förening. Enligt ekonomistrateg loggas samtliga transaktioner hos banken med ett id, vilket gör att det framgår vem som genomfört varje transaktion. Vi har erfarit att det därför inte görs någon uppföljning av förändringar i behörigheter, då man menar att det alltid går att kontrollera i efterhand vem som utfört en transaktion.

En lista (användaröversikt) med alla som har behörighet går att ta fram i systemet där man kan se vilka behörigheter som registrerats och senaste datumändring men inte vad som ändrats.

För uppföljning av bankloggen måste banken kontaktas. Regionen kontaktar då sin bankkontakt för beställning av antingen en specifik transaktion/registrering eller samtliga transaktioner/registreringar under en viss period. När det gäller förändringar av behörigheter så framgår det via internetbanken vilket datum sista förändringen var gjord och av vem. Vill man se längre tillbaka i tiden får man beställa detta via bankkontakt.

Idag har Region Jämtland Härjedalen negativa kassaflöden till följd av kostnadsutvecklingen i kombination med ett investeringsbehov. Det gör att någon överlikviditet att placera ej förekommer och att många placeringar hålls till förfall för att sedan gå till likviditeten. I dagsläget uppstår problem i och med att regionen ej kan återinvestera något och därmed kommer att hamna utanför policyns limiter på sikt. Detta ser man som ett dilemma.

Ytterligare en risk som framkommit vid intervju är en nyckelpersonsproblematik, då det endast är en person som regelbundet arbetar med placeringar. Ersättare är enligt uppgift ekonomidirektören, som vid behov får lära upp sig på arbetsuppgifterna. Det framhålls att extern part vet hur regionens finansförvaltning går till och kan stödja i ett sådant fall.

4.3. Iakttagelser, bedömningar och rekommendationer - ansvarsfördelning

4.3.1. Iakttagelse: Arbetsfördelning

I policyn anges att ersättare ska finnas för alla funktioner i tjänstemannaorganisationen. Vad gäller ersättare till internkontrollfunktionen är denna vakant.

En risk som framkommit vid vår granskning är en nyckelpersonsproblematik, då det endast är en person som regelbundet arbetar med placeringar (finansekonom). Ersättare finns, men är inte utbildad.

Internkontrollfunktionen utgörs idag av den person som är redovisningsekonom vid regionen. Denna person bokför de transaktioner som finansfunktionen genomför samt genomför också kontroller. Enligt uppgift från Regionen fanns tidigare en tvåhandsprincip enligt policy, men denna togs bort eftersom det saknades personal att kunna åstadkomma det.

Bedömning

För att följa gällande policy, bör det finnas ersättare till alla funktioner samt tillräcklig kompetens hos samtliga ersättare. En risk som framkommit vid vår granskning är en nyckelpersonsproblematik, då det endast är en person som regelbundet arbetar med placeringar (finansekonom). Brist på introduktion och utbildning gör att en risk uppkommer. Dock finns ett stöd i en extern part.

Internkontrollfunktionen utgörs idag av den person som är redovisningsekonom vid regionen. Denna person bokför de transaktioner som finansfunktionen genomför samt genomför också kontroller. Att samma person kan bokföra och kontrollera det som bokförts är en brist ur ett internkontrollperspektiv, som bör åtgärdas.

Rekommendation

För att följa gällande policy, bör styrelsen tillsätta en ersättare till ordinarie tjänsteman i internkontrollfunktionen samt utbilda samtliga ersättare så att de kan ta vid om någon ordinarie tjänsteman är frånvarande.

Dessutom bör styrelsen tillse att organisationen förändras så att internkontrollfunktionen och den som bokför är skilda från varandra, så att en tvåhandsprincip kan upprätthållas i alla lägen.

4.3.2. Iakttagelse: Behörigheter i banksystemet

Enligt intervjuer har ekonomistrateg kontakt med banken och lägger upp behörigheter i banksystemet. Dock görs inte regelbunden uppföljning över vilka som finns upplagda i systemet.

Bedömning

Regionen bör ha en regelbunden kontroll och uppföljning av aktuella behörigheter i systemen, för att säkerställa att behörigheter för transaktioner avslutas vid exempelvis avslutad anställning.

Rekommendation

Vi rekommenderar att styrelsen tillser att en kontrollrutin införs för att säkerställa att behörigheter i banksystemet hålls aktuella.

5. Är den interna kontrollen tillräcklig avseende medelsförvaltningen

5.1. Kommunallagen om intern kontroll

Enligt SKL:s jurister[4] är en kontinuerlig återrapportering av viktiga ekonomiska transaktioner till ansvarigt politiskt organ ett nödvändigt inslag i den interna kontrollen när det gäller medelsförvaltning. Kommunallagen reglerar att det i föreskrifterna från fullmäktige ska anges hur uppföljning och kontroll av förvaltningen ska ske.

5.2. Policyns föreskrifter om uppföljning och rapportering till styrelse och fullmäktige

5.2.1. Föreskrifter kring avrapportering i policy - pensionsmedelsförvaltning

För pensionsmedelsförvaltningen framgår av gällande policy att:

Det är landstingsfullmäktiges ansvar att förvaltningen sker i överensstämmelse med Kommunallagen 8 kap 2 - 3a §.

Av samma policy framgår att det är landstingsstyrelsens ansvar att tillse att förvaltningen verkställs enligt föreskrifterna i policyn.

Policyn föreskriver att de rapporter som lämnas till landstingsstyrelsen i samband med delårs- och årsbokslut ska visa om förvaltningen av värdepapper och/eller lån följer regler och limiter i placeringsreglementet.

Vid tertialbokslut rapporteras följande:
- Aktuell konsolideringsgrad i förhållande till den del av pensionsåtagandet som ska täckas.
- Pensionsportföljens totala avkastning sedan årsskiftet.
- Procentuell fördelning på tillgångsslag.
- Procentuell fördelning på emittenter med olika rating i förhållande till policyns limiter.
- Efterlevnad mot policyns etik- och miljökrav.
- Uppgift om pensionsåtagandets duration.
- Kostnader för förvaltningen.

I samband med årsredovisningen lämnas en **årsrapport** över pensionsportföljens förvaltning. Den ska innehålla:
- En redogörelse över det gångna årets placeringsverksamhet
- En bedömning av det kommande årets utveckling.
- Samma punkter som vid tertialbokslut, se ovan.

[4] Kommunallagen, kommentarer och praxis (SKLs jurister kommenterar lagen).

Föreskrifter kring avrapportering i policy – likviditets- och skuldförvaltning

Vad gäller likviditets- och skuldförvaltningen föreskriver policyn att:

Redovisning av placerings- och finansieringsverksamheten ska ske genom att rapporter lämnas till landstingsstyrelsen efter delårsbokslut i april och augusti samt efter årsbokslut. Rapporter kan lämnas oftare om behov bedöms föreligga. De rapporter som lämnas till landstingsstyrelsen i samband med delårs- och årsbokslut visar om förvaltningen av värdepapper och/eller lån följer regler och limiter i reglemente för finansförvaltning. I rapporten redovisas: - Likviditetsutveckling de senaste fem åren. - Utestående volymer med fördelning på penningmarknadsinstrument och löptid och en jämförelse med tillåtna limiter enligt detta reglemente. - Placeringsportföljens duration i relation till tillåten duration. - Avkastningsberäkning i procent och kronor i relation till uppsatta mål. - Om regionen har hållit en likviditetsbuffert som motsvarar uppsatta mål. - Kommentarer till ränteutveckling. - Utestående upplåning på certifikatsprogram/checkräkning. - Eventuella avvikelser från limiter, samt vidtagna åtgärder. - Kostnader för förvaltningen. En gång per år ska en likviditetsplan ingå i likviditetsrapporten. Denna ska baseras på nästa års budget.

Några föreskrifter för hur uppföljning av skuldförvaltningen ska genomföras återfinns inte i policyn.

Hur **återrapportering till fullmäktige** ska genomföras återfinns inte i den finansiella policyn för regionen.

5.2.2. Föreskrifter kring avrapportering i policy – gemensamt

Rapporter för medelsförvaltningen ska enligt policyn lämnas till styrelsen i samband med delårs- och årsbokslut. De ska visa om förvaltningen av värdepapper och/eller lån följer regler och limiter.

Rapportering av värdepappersaffärer ska göras enligt följande:

- Direkt rapportering om beslutade affärer sker genom att ett delegationsbeslut skrivs och överlämnas till landstingsdirektören.
- Landstingsstyrelsen informeras om beslutade affärer genom de delegationsbeslut som landstingsdirektören meddelar styrelsen.
- Den tjänsteman som innehar den interna kontrollfunktionen ska rapportera direkt till landstingsstyrelsens ordförande och till landstingets revisorer om misstanke skulle uppkomma om oegentligheter i finansfunktionen.

Av regionstyrelsens protokoll framgår att följande genomförda affärer utifrån lämnade delegationsbeslut kopplat till medelsförvaltning informerats om vid styrelsens möten under 2015:

Datum för regionstyrelsens sammanträden 2015	Information om beslutade affärer kring placeringar, likviditet och skulder
8 januari	Nej
20-21 januari	Nej
24-25 februari	Nej
25-26 mars	Nej
8 april	Nej
28-29 april	Nej
26-27 maj	§ 145 Beslut fattade av finansekonom: Försäljning av värdepapper i pensionsportföljen, LS/536/2010, 2015-04-13, 2015-04-24
3 juni	Nej
25 augusti	Nej
29-30 september	Nej
21 oktober	Nej
3-4 november	Nej
23 november	Nej
8 december	Nej

5.3. Rapportering till regionstyrelsen under 2015

Kommunallagen föreskriver att det vid ett sammanträde skall föras protokoll (ordförandens ansvar) och att detta skall redovisa vilka ärenden som styrelsen handlagt. För varje ärende skall protokollet bland annat redovisa vilka beslut som har fattats, vilka ledamöter som har deltagit och vilka reservationer som har anmälts (KL 5 Kap 57-62§§ och KL 6 Kap 30§).

Vid vår granskning har vi tagit del av protokoll för regionstyrelsen och följande gäller sammanfattningsvis för rapportering till regionstyrelsen under 2015. Likviditetsrapporten är en rapport som finansekonomen tar fram utifrån Månadsrapport avseende överlikvidet och Riskkontrollrapport avseende pensionsmedelsförvaltning, som erhålls från extern part:

Datum för regionstyrelsens sammanträde (2015)	Behandling av rapport för pensionsförvaltning	Behandling av rapport för likviditetsförvaltning	Behandling av skuldförvaltning
8 januari	Nej	Nej	Nej
20-21 januari	Nej	Nej	Nej
24-25 februari	Nej	Nej	Nej
25-26 mars	Likviditetsrapport 2014 behandlas	Likviditetsrapport 2014 behandlas	Nej
8 april	Nej	Nej	Nej
28-29 april	Nej	Nej	Nej
26-27 maj	Likviditetsrapport 2015-04-30 behandlas	Likviditetsrapport 2015-04-30 behandlas	Nej

Datum för regionstyrelsens sammanträde (2015)	Behandling av rapport för pensionsförvaltning	Behandling av rapport för likviditetsförvaltning	Behandling av skuldförvaltning
3 juni	Nej	Nej	Nej
25 augusti	Nej	Nej	Nej
29-30 september	Likviditetsrapport 2015-08-31 behandlas	Likviditetsrapport 2015-08-31 behandlas	Nej
21 oktober	Nej	Nej	Nej
3-4 november	Nej	Nej	Nej
23 november	Nej	Nej	Nej
8 december	Nej	Nej	Nej

Rapportering görs tre gånger per år till regionstyrelsen, vilket också har skett under kalenderåret 2015. Enligt protokoll från regionstyrelsens möte i mars, maj och september 2015 innehåller Likviditetsrapporten en ”redogörelse för utvecklingen under 2014 av landstingets likviditet, kortsiktiga likviditetsförvaltning samt pensionsåtagande och pensionsportfölj.”

I vår granskning har vi ställt frågan till två av styrelsens ledamöter kring rapporteringen. Information erhålls muntligen vid varje styrelsemöte, ibland även skriftlig information. Oftast är finansekonomen föredragande och ekonomidirektören närvarar också. Tertialvis fås information skriftligen. Finansekonom föredrar likviditetsrapport tertialvis. Övrig rapportering har givits av ekonomidirektör. Det finns möjlighet att ställa frågor finns när finansekonom eller ekonomidirektören närvarar. Frågor ställs och diskussioner förs inom styrelsen kring lämnad information om finansförvaltningen och de rekommendationer som lämnas. Styrelsens ledamöter har inte fått och inte heller efterfrågat någon specifik utbildning kopplat till finansförvaltning. De menar att den information som erhålls på möten är av utbildande karaktär.

Vid vår granskning har vi konstaterat att det av protokollen framgår att rapportering görs tre gånger per år under kalenderåret 2015. Av intervju ovan framgår att någon form av avrapportering till styrelsen även görs månatligen, men att denna inte dokumenteras i styrelsens protokoll.

Av protokollen från regionstyrelsens sammanträden under året framgår endast att ”likviditetsrapporten[5] noteras till protokollet”.

5.4. Rapportering enligt intervju

Uppföljningsrapporter lämnas tre gånger per år i samband med årsbokslut och delårsbokslut i ett separat ärende till styrelsen.

Sammanställning för kortfristiga placeringar och pensionsmedelsportföljen tas fram månatligen till tjänstemännen hos extern part.

Om förvaltningen innebär att placeringarna överskrider gränser och limiter i policyn, rapporteras det enligt uppgift löpande till styrelsen tertialvis i likviditetsrapporterna.

[5] Enligt protokoll från regionstyrelsens protokoll under 2015 innehåller Likviditetsrapporten en ”redogörelse för utvecklingen under 2014 av landstingets likviditet, kortsiktiga likviditetsförvaltning samt pensionsåtagande och pensionsportfölj.”

Inom regionen pågår en omorganisation inom den administrativa organisationen, där även finansförvaltningens organisation ses över. I och med att skuldförvaltning tillkommer till finansförvaltningens arbetsuppgifter under 2016, ses möjligheter till förstärkning av bemanningen över.

Externt anlitad part har rollen att de vid placeringar hjälper till att se på helheten kopplat till strategin och efterlevnad av policyn. Enligt uppgift är de inte med och fattar beslut om specifika placeringar. Finansekonomen fattar placeringsbeslutet i samråd med ekonomidirektören och regiondirektören skriver under själva beslutet.

Vad gäller skuldförvaltning har Region Jämtland Härjedalen idag inga skulder i form av lån. Då den negativa ekonomiska utvecklingen innebär ett negativt kassaflöde, kommer den kortsiktigt förvaltade likviditeten under 2016 att ersättas med en skuld. Fullmäktige har dels fattat beslut om att gå med i Kommuninvest, för att kunna ta upp lån samt dels fattat beslut att låna 100 mkr/år under åren 2016-2018.

Tertialvis, i samband med att tertialbokslut upprättas, lämnas en skriftlig rapport till regionsstyrelsen, innehållande information om förvaltning av värdepapper samt om portföljens sammansättning är i enlighet med gällande policy och de regler och limiter som anges i policyn.

Vid årsbokslut upprättas och lämnas en skriftlig rapport, årsrapport, till styrelsen. Den ska innehålla samma information som vid tertialbokslut samt även en redogörelse över det gångna årets placeringsverksamhet och en bedömning avseende året som kommer.

Månatligen erhålls en rapport från extern part, vilken enligt uppgift är mer detaljerad och bygger på policyn (riskkontrollrapport). Denna presenteras dock inte för styrelsen, då tertialrapporterna är mer anpassade för det ändamålet. Finansekonomen kontrollerar rapporterna med avseende på om de stämmer med aktuella innehav i värdepapper. Ekonomidirektören rapporterar månadsvis muntligen till styrelsen utifrån riskkontrollrapporten.

5.5. Övrig intern kontroll

5.5.1. Policyns föreskrifter

Regionens Finansiella policy föreskriver en ansvarsfördelning på minst två funktioner för att uppnå säkerhet och intern kontroll i förvaltningen. En klar uppdelning ska göras ”mellan de som verkställer och de som kontrollerar värdepappersaffärer.” I den kontrollerande rollen definierar policyn en internkontrollfunktion, där de som ingår i denna internkontrollfunktion:

- utför kontroller av enskilda affärer,
- stämmer av affärer mot placeringsreglemente, bokföring och besked från banker samt
- stämmer av att portföljen håller sig inom fastställda limiter

Vad gäller kontroller ska internkontrollfunktionen även utföra följande enligt policyn:

- kontrollera avräkningsnota från motpart mot den internt upprättade avräkningsnotan
- kontrollera bokföringsorder, vilka ska attesteras av ekonomichef.
- Inventering av innehav ska genomföras genom att minst en avstämning ska göras av huvudbok mot depåbesked från bank eller fondkommissionär vid delårs- och årsbokslut. Dessutom ska varje år minst tre avstämningar göras av alla värdepappersaffärer (köp, försäljningar och förfall) mot transaktionslistor från bankerna.

- På samma sätt ska även regionens lån enligt huvudbok stämmas av mot utestående lån enligt engagemangsbesked och transaktionslistor från bank
- Kontrollera att innehav respektive låneportfölj följer placeringsreglerna
- Samtliga delegationsbeslut ska överlämnas till internkontrollfunktionen innan de skickas vidare till landstingsdirektören. De kontroller som internkontrollfunktionen ska genomföra är att kontrollera följande:
    - att delegationsbeslutet innehåller de viktigaste uppgifterna för att man ska kunna fastställa att placeringen ryms inom ramarna för reglementena, huvudsakligen
        - emittent, samt placeringskategori/kreditrating
        - tillgångsslag
        - belopp
        - återstående löptid/duration
        - avkastning
        - motpart (bank/fondkommissionär)
    - Informationen i delegationsbeslutet ska kontrolleras mot avtalade villkor enligt avräkningsnota och i förekommande fall prospekt. Om delegationsbeslutet rör lån, ska informationen kontrolleras mot avtalade villkor enligt avräkningsnota eller andra lånehandlingar.

Policyn föreskriver även att betalningsuppdrag ska skrivas på av två personer i förening och finansfunktionen får enligt policyn aldrig befullmäktigas att kvittera ut medel från landstingets konton.

5.5.2. Kontroller som genomförs

De kontroller som genomförs inom medelsförvaltningen är enligt uppgift dels avrapportering till styrelse i enlighet med vad som beskrivits ovan och dels nedan beskrivna kontroller. I dokumentet ”Processer inom finansförvaltningen” återfinns interna regler fastställda av tidigare ekonomidirektör, vilka tillämpas inom finans- och internkontrollfunktionen. Dessa omfattar såväl rutiner som kontroller. Internkontrollfunktionen innehas av redovisningsekonomen vid regionen.

Vid vår granskning har vi med utgångspunkt i de regler som finns för intern kontroll granskat de centrala delarna i intern kontrollfunktionens arbete. Detta genom att stickprovsvis kontrollera att de avstämningar som anges i policyn faktiskt har utförts under 2015.

Kontroll som ska genomföras	Utförs kontroll enligt vad policy föreskriver	Iakttagelser
Minst vid varje delårs- och årsbokslut skall en avstämning göras av depåbesked mot huvudbok.	Ja	Vi har inhämtat upprättad dokumentation av avstämning per 2014-12-31 samt 2015-08-31, där redovisningsansvarig har stämt av uppgifter enligt depåbesked mot huvudbok. Avstämningen är dokumenterad och har signerats av redovisningsekonomen.

Kontroll som ska genomföras	Utförs kontroll enligt vad policy föreskriver	Iakttagelser
Minst tre gånger per år ska kontroll ske av samtliga värdepappersaffärer. Köp, försäljningar och förfall skall under en slumpvis vald månad kontrolleras mot underlag från bank.	Nej	Sedan mitten av 2014 bokför redovisningsekonom samtliga transaktioner gällande värdepapper. Detta innebär att någon kontroll av dessa transaktioner ej skett under senare tid, då intern kontrollfunktionen och redovisningsekonomen är samma person och ej kan kontrollera arbetsuppgifter utförda av sig själv. Förfall har förekommit under 2015, men inga köp och försäljningar.
Regionens lån enligt huvudbok skall stämmas av mot engagemangsbesked och transaktionslistor från bank.	Ej tillämplig	I dagsläget förekommer ingen belåning, varför denna kontroll ej är aktuell.
Regionens lån enligt huvudbok skall stämmas av mot engagemangsbesked och transaktionslistor från bank. Kontroll ska ske av att innehav respektive låneportfölj överensstämmer med de begränsningar som anges i placeringsreglementet.	Regionen har inga lån: ej tillämplig Ja, avseende innehav.	Vi har erfarit att denna kontroll görs av extern part vid upprättande av månadsrapport. Intern kontrollfunktionen tar del av denna rapport och kontrollerar i sin tur att extern part har rätt information gällande portföljens sammansättning. Vid vår granskning har vi identifierat att det finns innehav som inte är i enlighet med policy och som inte särskilt har kommenterats i rapport till regionstyrelsen, eller alltid i rapport från extern part. Kontroll av innehav i förhållande till begränsningar i policy har inte identifierat samtliga avvikelser

5.6. Iakttagelser, bedömningar och rekommendationer– intern kontroll, uppföljning och rapportering

5.6.1. Iakttagelse: Rapportering - protokoll regionstyrelsen

Vid vår granskning har vi konstaterat att det av protokollen framgår att rapportering till regionstyrelsen genomförts tre gånger per år under kalenderåret 2015. Av intervju framgår att någon form av avrapportering till styrelsen även görs månatligen, men att denna och styrelsens ställningstaganden kring densamma inte dokumenteras i styrelsens protokoll.

Av protokollen från regionstyrelsens sammanträden under året framgår endast att ”likviditetsrapporten[6] noteras till protokollet”.

Bedömning

Vi bedömer att det är svårt att utläsa om regionstyrelsen särskilt diskuterat och bedömt vissa frågor i finansrapporteringen mot bakgrund av den knapphändiga informationen i protokollen.

Rekommendation

Vi rekommenderar att regionstyrelsens protokoll förtydligas så att det framgår om det finns några särskilda frågor kring finanshanteringen som diskuterats och den bedömning som gjorts.

5.6.2. Iakttagelse: Rapportering och uppföljning

För pensionsmedelsförvaltning regleras i Kommunallagen att det i de särskilda föreskrifterna ska anges hur uppföljning och kontroll av förvaltningen ska ske. SKLs jurister[7] kommenterar kommunallagens föreskrifter för medelsförvaltning med att:

> Principerna för att utvärdera resultatet styr indirekt inriktningen på kapitalförvaltningen och bör därför ingå som en del i ett placeringsreglemente. Fullmäktiges föreskrifter ska innehålla en beskrivning för hur uppföljning ska ske och vilka rutiner och kontroller som bör finnas. Av uppföljningen bör enligt förarbetena bland annat framgå om pensionsmedelsförvaltningen har skett enligt principerna om god avkastning och betryggande säkerhet.

Av placeringsreglementet för pensionsmedelsförvaltningen framgår vad gäller uppföljning att

> ”Aktuella uppgifter om landstingets pensionsåtagande ska med jämna mellanrum hämtas från landstingets pensionsadministratör. Konsolideringsgraden framräknas sedan genom att det uppdaterade pensionsåtagandet marknadsvärderas och jämförs med den marknadsvärderade pensionsportföljen inklusive avkastning.”

[6] Enligt protokoll från regionstyrelsens protokoll under 2015 innehåller Likviditetsrapporten en ”redogörelse för utvecklingen under 2014 av landstingets likviditet, kortsiktiga likviditetsförvaltning samt pensionsåtagande och pensionsportfölj.”

[7] Kommunallagen, kommentarer och praxis (SKLs jurister kommenterar lagen).

Bedömning

Vår bedömning, mot bakgrund av ovanstående och styrelsens beredningsansvar enligt kommunallagen, är att regionstyrelsen bör bereda en ändring i föreskrifterna vad gäller hur uppföljning ska ske. Av uppföljningen bör enligt kommunallagens förarbeten bland annat framgå om pensionsmedelsförvaltningen har skett enligt principerna om god avkastning och betryggande säkerhet.

Rekommendation

Vi rekommenderar att regionstyrelsen bereder frågan om rapportering och uppföljning inför fullmäktige.

5.6.3. Iakttagelse - styrelsens beslut 2015 om beredning av årlig omprövning av policy

Vid vår granskning har vi identifierat följande fråga kring hur styrelsens beslut 2015 om årlig omprövning av föreskrifter för medelsförvaltning inför fullmäktige ser ut, hur ofta gör styrelsen gör en utvärdering av placeringsverksamheten och vad denna omfattar

Kommunallagen om styrelsens beredningsansvar

Av Kommunallagens 6 kap 4 § framgår att det åligger styrelsen särskilt att 1. bereda eller yttra sig i ärenden som skall handläggas av fullmäktige med de begränsningar som framgår av 5 kap. 29-32 §§, 2. ha hand om den ekonomiska förvaltningen, 3. verkställa fullmäktiges beslut, och 4. i övrigt fullgöra de uppdrag som fullmäktige har lämnat över till styrelsen. Av KL 8 kap 3a§ framgår specifikt om föreskrifter för pensionsmedelsförvaltning att de ska omprövas så snart det finns skäl för det.

SKLs jurister[8] kommenterar lagens föreskrifter med att ”en ingående utvärdering av placeringsverksamheten bör enligt lagmotiven göras minst en gång per år. I samband med denna bör styrelsen överväga om en omprövning av föreskrifterna för pensionsmedelsförvaltningen ska föreslås fullmäktige”.

Policyn om förändringar i policyn och beredning av omprövning av föreskrifter för medelsförvaltning

I Finansiell policy föreskrivs för förändringar i policyn att ”Landstingsfullmäktige fattar beslut om reglemente för kortsiktig likviditetsförvaltning, finansiering och skuldförvaltning” samt att ”Det är landstingsfullmäktiges ansvar att fastställa placeringspolicy och placeringsreglemente” ”Det är landstingsstyrelsens ansvar att bedöma behovet av att uppdatera placeringsreglemente och policy”

Bedömning

Vår granskning visar att av styrelsens protokoll under 2015 framgår inte att några styrelsebeslut om beredning av årlig omprövning av föreskrifter för medelsförvaltning har tagits.

SKLs jurister[9] kommenterar kommunallagens föreskrifter i det

[8] Kommunallagen, kommentarer och praxis, (SKLs jurister kommenterar lagen)
[9] Kommunallagen, kommentarer och praxis, (SKLs jurister kommenterar kommunallagen)

- att styrelsen har ansvaret för att resultatet utvärderas och att avstämning sker mot fastställda avkastningskrav och riskbegränsningar samt
- att ”en ingående utvärdering av placeringsverksamheten enligt lagmotiven bör göras minst en gång per år och
- att i samband med denna bör styrelsen överväga om en omprövning av föreskrifterna för pensionsmedelsförvaltningen ska föreslås fullmäktige

Vid vår granskning har vi noterat att det av protokoll inte framgår vilket styrelsens beslut kring utvärdering av placeringsverksamheten och omprövning av föreskrifterna är.

Vi har även noterat att föreskrifterna i Finansiell policy bör uppdateras, då det i policyn står landstinget, men att en ändring skett och att det sedan 1 januari 2015 är en region.

Kommunallagens förarbeten beskriver att styrelsen minst en gång per år ska genomföra en ingående utvärdering av placeringsverksamheten. Någon sådan reglering, återfinns inte i regionens Finansiella policy, utöver nuvarande bestämmelse att det är styrelsens ansvar att bedöma behovet av att uppdatera placeringsreglemente och policy. Enligt kommunallagen ska styrelsen årligen bereda frågan om översyn av policy inför fullmäktige, som bör fatta det formella beslutet.

Av gällande policy samt protokoll från regionfullmäktiges sammanträden under året framgår inte vilken återrapportering som ska göras och som genomförts till fullmäktige.

Rekommendation

Våra rekommendationer till förbättringar är att:

- Styrelsen i sitt beredningsansvar årligen inför fullmäktige bereder frågan om att policyn uppdateras.
- Att policyn uppdateras med föreskrifter kring årlig utvärdering av medelsförvaltningen och omprövning av föreskrifter för medelsförvaltningen. Härvid bör omfattning, ansvar etc. regleras.
- En årlig utvärdering av medelsförvaltningen mot uppsatta mål genomförs
- Hur återrapportering till fullmäktige ska genomföras bereds av styrelsen utifrån sitt beredningsansvar

5.6.4. Iakttagelse: Rapporter och rutiner vid framtagande av rapport till regionstyrelsen

Rapporteringen till regionstyrelsen benämns Likviditetsrapport men den innehåller såväl likviditetsförvaltning och finansiering samt pensionsmedelsförvaltning.

Rapporteringes innehåll, periodisitet och mottagare regleras i avsnitt 5.1 och 7.4 avseende likviditetsförvaltningen och i avsnitt 5.1 och 5.2 avseende pensionsmedelsförvaltningen.

Den tjänsteman som genomför placeringarna får en månadsrapport från extern part som sammaställer portföljinnehav och rapporterar dessa jämfört med vissa limiter. Den externa partens rapporter baseras enligt uppgift på direktrapportering av innehav från depå, och det är enbart för

något fåtal värdepapper som Regionens finansekonom vidarebefordrar externa engagemangsbesked.

I samband med delårs- och årsbokslut sammanställer Regionens finansekonom en egen rapport till regionstyrelsen, till viss del baserad på erhållen rapport från extern part. Rapporten granskas inte av annan part jämfört mot den externa rapporten eller externa underlag. Rapport godkänns av regiondirektören innan den sänds till regionstyrelsen.

Bedömning

Vi finner det lämpligt att det av namnet framgår att rapporten omfattar både likviditetsrapportering m.m. och rapportering av pensionsplaceringar.

Vi bedömer att en extern part som sammanställer rapport och kontrollerar innehav mot policy och limiter kan medföra en extra kontrollfunktion. Vi bedömer att denna rapport även bör tillsändas annan intern kontrollfunktion än finansekonomen för granskning av att verksamheten bedrivs inom limiter.

I policyn framgår inte vilken funktion som upprättar de olika rapporterna och kontrollerar/godkänner rapporterna. Lämpligen kan en sammanställning upprättas avseende rapporteringen, innehållande typ av rapport, innehåll, periodisitet, upprättare, avsändare och mottagare.

Det kan övervägas att externt erhållen rapport ingår i delårs- och årsbokslutsrapporteringen till regionstyrelsen, och att det vid behov kompletteras med den information som saknas eller som förvaltningen särskilt vill kommentera. Rapporten till regionstyrelsen bör ur ett internkontrollperspektiv granskas mot extern rapport och externa underlag av annan part än finansekonomen som genomför placeringar och upprättar rapporten.

Rekommendation

Vi rekommenderar att en förteckning över rapporterna kompletteras i policy, och att regionrapporteringen granskas mot externa underlag av annan part än den som upprättar rapporten.

5.6.5. Iakttagelse: Rapporteringens innehåll och innehav i likviditets- och pensionsmedelsförvaltningen

Rapporteringens innehåll framgår enligt policy. Rapporterna daterade 2014-12-31 samt 2015-08-31 uppfyller inte fullt ut angivet rapportinnehåll.

Bedömning

Vi bedömer att rapporteringen till styrelsen i vissa avseende behöver utvecklas. Reglementena anger exempelvis att en jämförelse med tillåtna limiter ska göras i rapporteringen. Vi bedömer att en sådan rapportering också underlättar för styrelsen att säkerställa att regleringar och limiter efterlevs.

Förvaltning av pensionsmedel är långsiktig, vi bedömer det lämpligt att en rapportering av långsiktig avkastning inkluderas i rapporteringen. Rapporteringen bör innehålla en avstämning mot

fastställda avkastningskrav och riskbegränsningar. I nuvarande policy är avkastningskravet indirekt fastställt genom mål för konsolideringsgrad, som rapporteras och följs upp. Vi bedömer dock att denna uppföljning inte är tillfyllest, då pensionssportföljen mäts mot en pensionsskuld som minskar till följd av pensionsutbetalningar, vilket per automatik medför en ökad konsolideringsgrad. På motvarande sätt minskar uttag från pensionsmedlen konsolideringsgraden. Det blir härmed mycket svårt att uttyda ett långsiktigt resultat från förvaltningen och att genomföra en utvärdering av förvaltningen.

Rekommendation

Vi rekommenderar att krav på rapporteringens innehåll ses över och att det därefter säkerställs att rapporteringen uppfyller rapportkraven.

Det bör säkerställas att avvikelser från policy tydligt framgår i rapport till regionstyrelsen (se vidare iakttagelsen avvikelser mot policy). Det bör i rapporteringen införas en stående rubrik avseende policyöverträdelser, varvid i det fall det inte finns något att rapportera, så anges.

5.6.6. Iakttagelse: Avvikelser mot policy

I likviditetsportföljen finns en investering i Handelsbankens kreditcertifikat iTrxx 170710 som är ett strukturerat instrument som inte är kapitalgaranterat, vilket är ett krav enligt policy. Investeringen ger en högre kupongränta utöver Stibor tack vare exponering mot s.k. high yield-obligationer, d.v.s. obligationer utgivna av emittenter med lägre kreditvärdighet. Avvikelsen har inte uppmärksammats i rapport till regionstyrelsen, eller i rapport från extern part.

Vi noterar att det i likviditesportföljen finns innehav i alternativa tillgångar, trots att dessa inte anges som tillåtet tillgångsslag. Alternativa tillgångar omnämns dock inte heller som ej tillåtna tillgångsslag.

I pensionsportföljen finns följande innehav som avviker från gällande policy avseende tillåtna emittenter och placeringslimiter för räntebärande värdepapper:

- Barclays fondobligation / emittenten Eksportfinans, 200 mkr, rating BBB- , se vidare nedan
- DNB Bank ASA, 4 mkr, rating A+. Innehavet flyttades till pensionsportföljen från likviditetsportföljen pga. avvecklingen av likviditetsportföljen. Värdepapperet har nu gått till förfall.
- Sveaskog, 2 innehav, sammantaget 22 mkr. Innehavet flyttades till pensionsportföljen från likviditetsportföljen pga. avvecklingen av likviditetsportföljen. Värdepapperet har nu gått till förfall.

Innehavet i Den Norske Bank och innehaven i Sveaskog har inte noterats som avvikelse i rapport till regionstyrelsen.

Innehavet i Barclays fondobligation / emittenten Eksportfinans framgår av rapporteringen till styrelsen i separat avsnitt. Innehavet utgör ca hälften av pensionsmedlen och är en strukturerad obligation. Regionen har gjort en egen analys av innehavet och styrelsen har beslutat att behålla värdepapperet. Vi finner inte stöd för att fullmäktige informerats om innehavet och avvikelsen mot policy. Värdepapperet är sannolikt svårt att sälja. Regionen har enligt uppgift vid ett tidigare till-

fälle undersökt möjligheten till försäljning men fann inget intresse från köpare. Vi har inte i vår granskning säkerställt att köpet av detta värdepapper låg inom gällande limit då det köptes 2007. Regionen har informerat oss om att så är fallet då emittenten vid detta tillfälle hade rating Aaa från Moody´s.

Bedömning

Vi finner innehavet i Barclays fondobligation / emittenten Eksportfinans, som är en strukturerad obligation, särskilt problematiskt. Innehavet bryter väsentligt mot tillåten limit då den uppgår till cirka hälften av pensionsmedlen och har idag rating BBB-. Vi finner det lämpligt att ett så pass stort innehav som så väsentligt bryter mot gällande policy återrapporteras till fullmäktige.

Regionen har gjort en egen riskanalys av innehavet. Vi bedömer det lämpligt att inte uteslutande förlita sig på externa ratingbetyg.

Det kan noteras att marknadsvärdet på detta värdepapper är ytterst osäkert, då ingen marknadsvärdering finns att tillgå.

Vi finner det tveksamt om innehavet i Barclays fondobligation / emittenten Eksportfinans uppfyller kommunallagens krav på betryggande säkerhet och riskspridning. Vi har tidigare i vår rapport kommenterat att vi inte bedömer det lämpligt att tillåta investering i enskild emittent till hälften av pensionsmedlen, baserat på principen om riskspridning.

Rekommendation

Vi rekommenderar att innehav som inte ligger inom gällande limtiter eller riktlinjer säljs, alternativt att beslut om hantering fattas av regionstyrelsen och att detta vidarerapporteras till fullmäktige. Vi rekommenderar särskilt avseende Barclays fondobligation/emittenten Eksportfinans att det löpande utreds möjlighet till försäljning av detta värdepapper som en del av underlag för beslut om fortsatt hantering. Vid beslut om fortsatt innehav bör innehavet noggrant bevakas och löpande återrapporteras till styrelse och också regionfullmäktige.

6. Svar på revisionsfrågor

I detta avsnitt besvaras i granskningen uppställda revisionsfrågor:

6.1. Finns en fungerande och rimlig processbeskrivning gällande fördelning av arbetsuppgifter och ansvar inom regionens finansförvaltning?

Vår bedömning är att det finns en fungerande och rimlig processbeskrivning i policy och delegationsordningar.

Vår bedömning är även att processerna fungerar, men innehåller vissa brister, som måste åtgärdas för att uppnå en god intern kontroll. Efter utförd granskning konstaterar vi att det primärt är fördelning av arbetsuppgifter vad gäller internkontrollfunktionens organisation som bör förbättras. Detta gäller noterade brister i tvåhandsprincipen för internkontrollfunktionen samt att det saknas ersättare för internkontrollfunktionen.

Dessutom bör en kontrollrutin införas, för att säkerställa att alla transaktionsbehörigheter i banksystemet är aktuella vid varje tillfälle.

6.2. Har regionens finansförvaltning en ändamålsenlig organisation?

Vår bedömning är att finansförvaltningen i stort har en ändamålsenlig organisation, men att kontroll och rapporteringsrutiner bör utvecklas. Vi har i vår granskning noterat avvikelser mot policy som inte har identifierats och vidarerapporterats. Dessutom har vi funnit brister i internkontrollfunktionen, vilka måste åtgärdas för att den interna kontrollen i finansförvaltningen ska vara ändamålsenlig fullt ut (se 6.1 ovan).

Vår bedömning innefattar även att det finns en nyckelpersonsproblematik kopplat till finansekonomen, vilket också är en brist ur ett internkontrollperspektiv. Detta innebär en risk i och med att det inte finns en ersättare som kan finansekonomens uppgifter fullt ut.

6.3. Omgärdas organisationen av lämpliga och ändamålsenliga rutiner och kontroller?

Vår bedömning är att det finns vissa organisatoriska brister i internkontrollfunktionen såsom beskrivits ovan, vilket också påverkar rutiner och kontroller.

Vid vår granskning har vi även noterat att vi inte kan finna stöd för att en årlig utvärdering av placeringsverksamheten genomförs, vilket bör genomföras som en del i den interna kontrollen enligt kommunallagens intentioner. Vi bedömer att regionens policy bör uppdateras med avseende på detta.

6.4. Är regionens finansförvaltning organiserad så att den ger möjlighet att i tid reagera på utvecklingen på marknaden?

Vår bedömning är att regionens organisation möjliggör att i rimlig tid reagera på utvecklingen på marknaden. Vi noterar att det utöver den egna organisationen även finns en extern part som bevakar marknadsutvecklingen och återrapporterar till regionen. Vi bedömer även att det i en verksamhet som regionens, inte alltid är lämpligt att kortsiktigt agera på marknadsförändringar.

6.5. Har regionens finansförvaltning en redovisning av placeringsverksamheten som ger insyn och underlättar kontroller?

Vår bedömning är att redovisningen (rapporteringen) i vissa delar ger en god insyn i förvaltningen. Redovisningen (rapporteringen) bör dock i andra avseenden utvecklas, exempelvis för att lättare underlätta kontroller av överensstämmelse med gällande policys och limiter. Våra synpunkter vad gäller detta framgår av avsnitt 5.6

6.6. Har regionens finansförvaltning rutiner som gör att beslutsfattare/ansvariga får en rättvisande och begriplig information i rätt tid?

Vår bedömning av denna revisionsfråga är att rutinerna bör förbättras, då de innehåller brister.

Såväl i policy som i praktiken saknas rutiner för hur rapportering till fullmäktige ska gå till. Ett problematiskt innehav, som väsentligen bryter mot såväl gällande policy som principen om riskspridning inom pensionsmedelsförvaltningen har inte behandlats i fullmäktige, enligt vad som framgår av rapportering och protokoll.

Rapportering till styrelsen sker enbart tre gånger om året, vilket vi bedömer vara alltför sällan. Redovisningen som lämnas, har inte i alla fall särskilt noterat och rapporterat avvikelser mot policy.

Vi bedömer att det är svårt att utläsa om regionstyrelsen särskilt diskuterat och bedömt vissa frågor i finansrapporteringen, mot bakgrund av den knapphändiga informationen i protokollen. Spårbarheten och dokumentation i protokoll för den muntliga rapportering som enligt uppgift görs månatligen till styrelsen är obefintlig.

6.7. Säkerställer regionens finansförvaltning att berörd personal får tillräckliga instruktioner och utbildning för sina arbetsuppgifter?

Vi har vid vår granskning vad gäller utbildning för berörd personal, identifierat att utbildning och praktik för ersättare till de olika funktionerna bör utvecklas, så att policyns krav på kompetens och hög säkerhet kan uppfyllas till fullo.

De instruktioner som ges, lämnas i två policydokument beslutade av fullmäktige. Vid vår granskning har vi noterat ett antal förbättringsmöjligheter i dessa dokument. Vi bedömer att i vissa delar uppfylls inte kommunallagens krav på riskspridning och styrning av verksamhetens risktagande.

6.8. Har regionens finansförvaltning kontroller som säkerställer att rutiner och kontroller utförs enligt gällande regelverk?

Det finns kontroller som säkerställer att rutiner och kontroller utförs enligt gällande regelverk.

7. Sammanfattande bedömning och förbättringsområden

Vår sammanfattande bedömning är att vissa förbättringsåtgärder bör genomföras för att säkerställa fullgod intern kontroll i regionens finansiella förvaltning:

- Vi har identifierat förbättringsbehov avseende rapportering, utvärdering och uppföljning.
- Vi vill särskilt framhålla att avvikelser från policy bör återrapporteras till fullmäktige. Regionen har ett innehav i ett värdepapper som väsentligt avviker från gällande policy. Enligt vår bedömning är det dessutom tveksamt om detta innehav uppfyller kommunallagens krav på betryggande säkerhet och riskspridning. Fullmäktige bör löpande få information om styrelsens bedömning och beslut om hantering av detta innehav.
- Det finns en nyckelpersonsproblematik kopplat till finansfunktionen och det bör ytterligare säkerställas att verksamheten kan bedrivas via ersättare vid varje tillfälle.
- Regionens regelverk bör i vissa delar vidareutvecklas för att säkerställa kommunallagens krav på riskspridning och riskbegränsningar.

Vi uppmanar regionstyrelsen att inför fullmäktige bereda frågan om uppdatering av regionens policy vad avser ovan identifierade avvikelser.

Vi rekommenderar att regionstyrelsen beaktar våra övriga noteringar och rekommendationer för att säkerställa förvaltningens organisation, rutiner och kontroller.

7.1. Identifierade förbättringsområden/rekommendationer:

Vi har i vår granskning identifierat ett antal förbättringsområden/rekommendationer som be-skrivs nedan:

7.1.1. Rekommendationer/förbättringsförslag – regelverket för medelsförvaltning

7.1.1.1 Vi har i vår granskning noterat följande övergripande förbättringsförslag kring ändringar i policyn

- Termer och organ uppdateras så att de överensstämmer med den nu gällande organisationen och verksamheten.

7.1.1.2 Vi har i vår granskning noterat följande förbättringsförslag både för Likviditetsförvaltning och skuldförvaltning:

- Vi rekommenderar att verksamheten och policy förbereds inför framtida skuldförvaltning och likviditetshantering.
- Nedan lämnar vi i vissa avseenden detaljerade synpunkter på olika avsnitt i policy, även om policyn till vissa delar kommer att omarbetas med hänsyn till Regionens förändrade finansiella ställning. Syftet med att vi är så pass detaljerade är att vi i revisionen vill vara proaktiva och bidra till förbättringar inom ett relativt komplicerat och riskutsatt område.

- Vi rekommenderar det övervägs om strukturerade instrument ska utgöra tillåten placeringsform i en likviditetsförvaltning. Om strukturerade instrument ska tillåtas, bör det noga regleras vilka former av strukturerade instrument som tillåts.
- Det bör noteras i rapporteringen att det finns ett innehav som inte följer policy.
- Vi rekommenderar en översyn av tillåtna emittenter och limiter, baserad på principen diversifiering, likviditet i placeringarna samt vad som bedöms vara lämplig kreditexponering på emittent för Regionen. Vi rekommenderar att limiter även inkluderar bankinlåning, specialinlåning samt dagslån, samt att löptiden regleras. Tillämpade ratingskalor bör förklaras fullt ut.
- Vi rekommenderar att regleringen avseende beslutsinstans vid överträdelse av limiter förtydligas och att denna beslutsrätt gäller fram till rapportering och beslut i landstingsstyrelsen.
- Vi rekommenderar att bestämmelserna vid fondinvesteringar utvecklas med hänsyn till diversifieringsprincipen. Beaktat den framtida avvecklingen av likviditetsportföljen blir dock denna rekommendation mindre relevant.
- Vi rekommenderar att skuldförvaltningen närmare regleras med hänsyn till den förväntade ökade upplåningen i Regionen.

7.1.1.3 Vi har i vår granskning noterat följande förbättringsförslag för Pensionsförvaltning:

- Mot bakgrund av förändrad finansiell ställning bör Regionen utreda om de ska ha en fortsatt pensionsförvaltning, och i sådant fall fastställa strategi och ramar för denna.
- Vi rekommenderar att strategin avseende pensionsförvaltningen ses över, som en del av det förändringsarbete som föranleds av Regionens förändrade finansiella ställning.
- Vi rekommenderar att reglering av tillgångsfördelning och limiter ses över baserat på kraven på att tillåten risk vid placering av pensionsmedel ska fastställas och därmed inte lämna ett alltför brett utrymme för tjänstemannabeslut, och att tillgångarna placeras så att lämplig riskspridning uppnås.
- Vi rekommenderar att regleringen avseende tillåtna emittenter och limiter behöver ses över. Den grundläggande principen om diversifiering bör beaktas i än större omfattning.
- Regleringen av strukturerade obligationer bör utvecklas.
- Vi rekommenderar att regleringen avseende beslutsinstans vid nedgradering i rating och överskridande av limit förtydligas och att denna beslutsrätt gäller fram till rapportering och beslut i regionstyrelsen.
- Vi rekommenderar att avvikelser från policy bör framgå i rapportering till regionfullmäktige, inte enbart till regionstyrelsen, då det är regionfullmäktige som beslutat om policy.

7.1.2. Rekommendationer/förbättringsförslag – organisation och ansvarsfördelning

- Vår rekommendation är att styrelsen tillser att ersättare till ordinarie tjänsteman i internkontrollfunktionen tillsätts samt utbilda samtliga ersättare så att de kan ta vid om någon ordinarie tjänsteman är frånvarande.
- Styrelsen bör tillse att organisationen förändras så att internkontrollfunktionen och den som bokför är skilda från varandra, så att en tvåhandsprincip kan upprätthållas i alla lägen.

- Vi rekommenderar att styrelsen tillser att en kontrollrutin införs för att säkerställa att behörigheter i banksystemet hålls aktuella.

7.1.3. Rekommendationer/förbättringsförslag - beslut om beredning av årlig omprövning av policy

Våra rekommendationer till förbättringar är att:

- Styrelsen i sitt beredningsansvar inför fullmäktige bereder frågan om att policyn uppdateras med föreskrifter kring årlig utvärdering av medelsförvaltningen och omprövning av föreskrifter för medelsförvaltningen. Härvid bör omfattning, ansvar etc. regleras.

- En årlig utvärdering av medelsförvaltningen mot uppsatta mål genomförs

7.1.4. Rekommendationer/förbättringsförslag – uppföljning och rapportering

I samband med vår granskning har vi noterat följande förbättringsområden:

- Regionstyrelsens protokoll bör förtydligas så att det framgår om det finns några särskilda frågor kring finanshanteringen som diskuterats och den bedömning som gjorts
- Regionstyrelsen bör bereda frågan om rapportering och uppföljning inför fullmäktige.
- Att policyn uppdateras med föreskrifter kring årlig utvärdering av medelsförvaltningen och omprövning av föreskrifter för medelsförvaltningen. Härvid bör omfattning, ansvar etc. regleras.
- Att en årlig utvärdering av medelsförvaltningen mot uppsatta mål genomförs
- Att frågan om hur återrapportering till fullmäktige ska genomföras bereds av styrelsen utifrån sitt beredningsansvar
- Vi rekommenderar att en förteckning över rapporterna kompletteras i policy, och att rapporteringen granskas mot externa underlag av annan part än den som upprättar rapporten.
- Vi rekommendera att krav på rapporteringens innehåll ses över och att det därefter säkerställs att rapporteringen uppfyller rapportkraven.
- Det bör säkerställas att avvikelse från gällande policy framgår i rapport till regionstyrelsen (se vidare iakttagelsen avvikelser mot policy). Det bör införas en stående rubrik avseende policyöverträdelser, varvid i det fall det inte finns något att rapportera, så anges.

Building a better working world

7.1.5. Rekommendationer/förbättringsförslag – avvikelser mot policy

Vi rekommenderar att innehav som inte ligger inom gällande limtiter eller riktlinjer säljs, alternativt att beslut om hantering fattas av regionstyrelsen och att detta vidarerapporteras till fullmäktige. Vi rekommenderar särskilt avseende Barclays fondobligation /emittenten Eksportfinans att det löpande utreds möjlighet till försäljning av detta värdepapper som en del av underlag för beslut om fortsatt hantering. Vid beslut om fortsatt innehav bör innehavet noggrant bevakas och löpande återrapporteras till styrelse och också regionfullmäktige.

Umeå den 5 februari 2016

Malin Westerberg Blom

Certifierad kommunal revisor och Auktoriserad revisor

Ulrika Bagge

Specialist inom finansiella tjänster

Källförteckning

Kommunallag (1991:900), kapitel 3, 6 och 8

Finanspolicy i form av följande två dokument:

- Reglemente för kortsiktig likviditetsförvaltning, finansiering och skuldförvaltning (LS/1358/2013, version 2).
- Placeringsreglemente för förvaltning av pensionsmedel (LS/1386/2013 version 2).

Regionstyrelsens protokoll 2015

Regionfullmäktiges protokoll 2015

Årsredovisning per 2014-12-31

Delårsrapport per 2015-08-31

Finansplan Region Jämtland Härjedalen 2016-2018

Riskkontrollrapport per 2015-10-31

Månadsrapport Jämtlands läns landstings överlikviditet 2015-10-31

Likviditetsrapport 2014-12-31, 2015-04-30 och 2015-08-31

Kreditcertifikat iTraxx villkor

Valutaobligation villkor

Reglemente för Regionstyrelsen i Region Jämtland Härjedalen 2015-2018, version 4

Reglemente för Regionstyrelsen i Region Jämtland Härjedalen 2015-2018, version 5; 2015-11-25

Delegationsbestämmelser för Regionstyrelsen i Region Jämtland Härjedalen 2015-02-25

Delegationsbestämmelser för regiondirektören i Region Jämtland Härjedalen 2015-08-15

Landstingsdirektörens befogenhetsplan

Internkontrollreglemente för Region Jämtland Härjedalen, version 2

Processer inom finansförvaltningen, Ekonomistaben; gällande från 2013-11-08

Begreppsförklaring

(Källa Finansiell policy Region Jämtland Härjedalen bestående av följande två dokument; Reglemente för kortsiktig likviditetsförvaltning, finansiering och skuldförvaltning (LS/1358/2013, version 2) samt Placeringsreglemente för förvaltning av pensionsmedel (LS/1386/2013 version 2))

Duration
Ett räntebärande värdepappers återstående löptid i genomsnitt. Måttet beskriver samtidigt värdepapperets räntekänslighet, d v s hur mycket priset på värdepapperet förändras när räntan förändras med en procentenhet. Till skillnad från begreppet ”återstående löptid” tar durationsmåttet hänsyn till effekten på räntekänsligheten av återinvesteringen av obligationens räntekuponger. Värdet på en obligation går ned när räntan går upp. Samtidigt kan obligationens räntekupong återinvesteras till en högre ränta vilket motverkar värdenedgången. Durationen för en fastförräntad kupongobligation är därför alltid kortare än dess faktiska återstående löptid.

Kreditrisk
Risken att låntagaren inte fullgör sina betalningsförpliktelser.

Likviditetsrisk
Risken att ett värdepapper inte går att sälja när som helst på andrahandsmarknaden till ett känt pris.

Ratingkategorier
Ratinginstituten Standard & Poor´s (S & P´s) och Moody´s Investors Service Inc (Moody´s) klassificering av långfristig upplåning kan illustreras enligt följande:
S&P´s kreditvärdighetsbedömningar av svenska företagscertifikat och kommuncertifikat baserar sig på en inhemsk ratingskala som sträcker sig från K-1 till K-5. En emittent av penningmarknadsinstrument som hänförs till kategori K-1 bedöms ha en mycket god kapacitet att möta aktuella betalningsförpliktelser medan en emittent som placerats i kategori K-5 är, eller förväntas bli, ur stånd att i tid möta aktuella betalningsförpliktelser.

Ratinginstitut	Mycket hög kredit-värdighet	Hög kredit-värdighet	Spekulativ kredit-värdighet	Mycket låg kreditvärdighet
S & P's	AAA till AA-	A+ till BBB-	BB+ till B-	CCC till D
Moody's	Aaa till Aa3	A1 till Baa3	Ba till B	Caa till C

Ränterisk
Risken för att variationer i det allmänna ränteläget leder till kapitalförluster eller ger effekter på räntenettot.

Strukturerat instrument
Ett strukturerat instrument klassificeras som en obligation och det nominella värdet är garanterat på förfallodagen. Instrumentet är konstruerat av en obligation och en/flera optioner. Syftet är ofta att avkastningen ska följa ett index, t ex ett aktiemarknadsindex. Men, strukturerade instrument kan även ha en avkastning som är kopplad till ränteutvecklingen.

Valutarisk
Risken att värdet i svenska kronor förändras för placeringar och lån i utländsk valuta.

13

Svar på granskning av Vårdprogram avseende återbesök

RS/598/2016

Tjänsteskrivelse
Regionstyrelsen

2016-08-03

Hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen
Kerstin Lejonklou
Tfn: 063 - 15 34 57
E-post:

RS/598/2016

Svar på granskning av Vårdprogram avseende återbesök

Ärendebeskrivning

Regionens revisionskontor har med hjälp av Capire Consulting AB under perioden december 2015 till mars 2016 genomfört en granskning av vårdprogram avseende återbesök. Granskningen omfattar återbesök utifrån vårdprogram för fyra patientgrupper: stroke, hjärtinfarkt, höftfraktur samt äldrepsykiatri – ångest och depression.

En redovisning av vilka åtgärder regionstyrelsen avser att vidta med anledning av granskningsresultatet ska lämnas till revisorerna. Ett förslag till svar har upprättats inom Hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen.

Regiondirektörens förslag

Svar på granskning av Vårdprogram avseende återbesök lämnas till Revisorerna i Region Jämtland Härjedalen enligt upprättat förslag.

Utdrag till

Revisorerna i Region Jämtland Härjedalen

Kerstin Lejonklou
Hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen
Tfn: 063 - 15 34 57
E-post:

2016-08-02

Dnr RS/598/2016

Regionens revisorer

Svar på granskning av vårdprogram avseende återbesök

Revisorernas diarienummer RS30/2015. Granskningen omfattar återbesök utifrån vårdprogram för fyra patientgrupper: stroke, hjärtinfarkt, höftfraktur samt äldrepsykiatri – ångest och depression. Granskningen har utförts av Capire Consulting AB under perioden december 2015 till mars 2016.

Nedan återges revisorernas iakttagelser och bedömningar först och därefter svar på respektive del.

- Det bör tydligare framgå av vårdprogrammen om och när återbesök ska ske.

  Svar: Det varierar huruvida nationella riktlinjer preciserar antal återbesök eller uttrycker behov av uppföljning. Såsom flera svaranden uttryckt är behovet av återbesök ofta en medicinsk bedömning i varje enskilt fall. De vårdprogram/vårdrutiner som tas fram inom olika specialiteter bör innehålla vägledning för de läkare som följer upp patienterna. Likaså för sjuksköterskor, sjukgymnaster med flera som tillsammans med läkarna ansvarar för olika patientbesök och som ofta står för kontinuiteten för de kroniskt sjuka patienterna. I verksamhetsplan för regionstaben framgår att hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen ska ta fram övergripande riktlinjer för återbesök under 2016. Dessa riktlinjer kommer av naturliga skäl att bli av generell natur, dock behöver de vara tillräckligt tydliga avseende hänsyn till patientgrupper som särskilt ska beaktas, t.ex. personer med kognitiv svikt.

- Den praxis och de rutiner som tillämpas för återbesök är till stor del tillfredsställande. Dessa rutiner bör dock dokumenteras i högre utsträckning.

  Svar: Se ovan om övergripande riktlinjer för återbesök. Dessa riktlinjer kommer att innehålla skrivning om att rutinerna som finns på områdesnivå ska vara skriftliga.

- Det finns överlag inga uttryckliga rutiner för att analysera avvikelser med utgångspunkt från vårdprogram med avseende återbesök. Uppföljning av vårdprogrammen, bl.a. i form av analys av avvikelser från beslutade rutiner, bör systematiseras och lyftas fram som grund för förbättringsarbete i vården.

Svar: De möjligheter som finns idag är att via DivePort följa upp antal patienter som kommer till återbesök inom den tid som läkare bedömt är adekvat med hänsyn tagen till patientens medicinska tillstånd. Då får vi fram redovisning per verksamhetsområde och per mottagning, enhet eller motsvarande. Det finns också möjlighet att ta fram utfallen för män respektive kvinnor. DivePort redovisar dock inte återbesök för respektive diagnos.
Avvikelsesystemet Centuri används i låg omfattning för att följa upp (fånga?) om återbesök skett efter för lång tid. I Centuri avvikelsesystem finns möjlighet att rapportera avvikelse om följsamhet till specifik rutin ej skett.

- Ett hinder för utveckling av vårdprogram är att personalen upplever stor press på att producera samtidigt som man har vakanser och tillfälliga stafettläkare.

  Svar: Vi är mycket medvetna om att problematik med vakanser, stafettläkare, stafettsjuksköterskor med flera försvårande omständigheter är hinder för att bedriva ett bra utvecklingsarbete med framtagande och uppdatering av vårdprogram. Svaret avgränsas att besvara frågan i delen gällande vårdprogram. Med vårdprogram avses även vårdrutiner för specifik patientgrupp. I praktiken används dessa begrepp olika inom Region Jämtland Härjedalen.

  Det är numera inskrivet i dokumentet *Beredning av nationella riktlinjer* att vårdprogram ska tas fram baserat de nationella riktlinjerna, alternativt att befintligt vårdprogram ska uppdateras om det finns vårdprogram sedan tidigare. Vi behöver bli tydligare med vikten av att uppmärksamma medarbetare på att ett vårdprogram/vårdrutiner fastställts. Idag skickas information nya rutiner via ledningsmail, men det är tveksamt om åtgärden är tillräcklig för att alla berörda ska uppmärksammas på att det finns nytt vårdprogram eller ny vårdrutin. Trots att framtagande av vårdprogram/vårdrutiner tar tid att göra, är de ett kvalitetsmässigt stöd för att alla berörda medarbetare följer senast framtagna kunskapsbaserade underlag. Ibland finns underlag från Socialstyrelsen, Nationella samverkansgruppen för kunskapsstyrning eller specialistföreningar som kan vara till hjälp vid framtagande av egna vårdprogram/vårdrutiner.

  En mall är framtagen för att skriva vårdrutiner i Centuri. Mallen är inte tvingande att användas, den innehåller vissa rubriker som stöd för att huvudsakligt innehåll i rutinen ska finnas med.

  Vårdrutiner kan även finnas som så kallade generella, de omfattar sådana områden som ska göras lika oavsett vilken diagnos patienten har, t.ex. att patienten drabbats av blåsöverfyllnad eller trycksår. Ganska ofta finns sådana rutiner och riktlinjer beskrivna i den nationella Vårdhandboken. Dessa vårdrutiner är kvalitetssäkrade av nationellt sakkunniga inom respektive område. Vårdhandboken finns tillgänglig för alla medarbetare via Insidan. Vi informerar om att Vårdhandboken är beslutad att användas inom Region Jämtland Härjedalen. Avsikten är att vårdpersonal ska kunna använda Vårdhandboken i större utsträckning, och endast vid behov göra egna kompletteringar.

- Regionen har börjat följa återbesök och rapportera statistik till Sveriges Kommuner och Landsting. Resultaten tyder på att andelen återbesök totalt som genomförts inom utsatt tid har minskat … En djupare analys bör därför göras av vilka de bakomliggande orsakerna är till de försämrade resultaten.

  Svar: De bakomliggande orsakerna till att återbesök inte sker inom beslutad tid är förmodligen flera. En del är sannolikt införande av nytt journalsystem som gjordes under 2015. En annan förklaring är att fokus ofta ligger på att hålla tider för att nybesök sker inom utsatt tid. Verksamheterna behöver vara i balans kapacitets- och planeringsmässigt för att klara såväl ny- som återbesök inom tidsram.

  Under hösten är en satsning för chefer och stödpersoner inplanerad för att förbättra kapacitets- och produktionsplanering inom Region Jämtland Härjedalen. Stödpersoner är ekonomer, verksamhetsutvecklare och t.ex. koordinatorer. Särskilda avsnitt (moduler) för akut verksamhet, primärvård, mottagningsverksamhet är inplanerade.

- Underliggande statistik, såväl läkarbesök, sjuksköterskebesök och telefonuppföljning bör säkerställas och kvalitetssäkras.

  Svar: Denna del görs kontinuerligt. Kvalitetssäkring görs inom respektive verksamhet.

REGIONSTYRELSEN

Ann-Marie Johansson
Regionstyrelsens ordförande

Björn Eriksson
Regiondirektör

Regionens revisorer

2016-03-21

Dnr: REV/30/2015

Jan-Olov Undvall
Tfn: 063- 147524

Regionstyrelsen

Granskning av Vårdprogram avseende återbesök

Regionens revisionskontor med hjälp av Capire Consulting AB har på vårt uppdrag genomfört en granskning av vårdprogram avseende återbesök.

Resultatet av granskningen redovisas i bifogad granskningsrapport.

Vi kan inledningsvis konstatera att inom de undersökta områdena är de rutiner som tillämpas för att upprätthålla patientsäkerheten vad gäller återbesök i allmänhet goda. Det har inte heller framkommit att återbesök trängs undan av nybesök. Däremot förekommer flaskhalsar i form av väntetider till fysiologiskt laboratorium, vilket kan innebära att exempelvis hjärtinfarktpatienter får längre väntetid till återbesök än planerat.

Nedan redovisar vi några av granskningens iakttagelser och bedömningar:

- Det bör tydligare framgå av vårdprogrammen om och när återbesök ska ske. Tydliga vårdprogram med krav på återbesök kan utgöra ett stöd för personalen i det dagliga arbetet. Rutiner bör utvecklas och stärkas för att säkerställa att återbesök sker på ett tillfredsställande sätt och att det sker ett lärande från avvikelser från vårdprogrammen.

- Den praxis och de rutiner som tillämpas för återbesök är till stor del tillfredsställande. Dessa rutiner bör dock dokumenteras i högre utsträckning. Vissa grupper bör emellertid särskild uppmärksammas, t.ex. strokepatienter som också är demenssjuka kan falla mellan stolarna när det gäller återbesök.

- Det finns överlag inga uttryckliga rutiner för att analysera avvikelser med utgångspunkt från vårdprogram med avseende på återbesök. Uppföljning av vårdprogrammen, bl.a. i form av analys av avvikelser från beslutade rutiner, bör systematiseras och lyftas fram som en grund för förbättringsarbete i vården.

- Ett hinder som förekommer för utveckling av vårdprogram är att personalen upplever en stor press på att producera samtidigt som man har vakanser och tillfälliga stafettläkare.

- Regionen har börjat följa återbesök och rapportera statistik till SKL. Resultaten tyder på att andelen återbesök totalt som genomförs inom utsatt tid har minskat och att regionen ligger sämst i riket. En djupare analys bör därför göras av vilka de bakomliggande orsakerna är till de försämrade resultaten.

- Underliggande statistik, såväl läkarbesök, sjuksköterskebesök och telefon uppföljning bör säkerställas och kvalitetssäkras.

Vi emotser senast den 2:a maj 2016 en redovisning av vilka åtgärder som regionstyrelsen vidtar eller avser vidta med anledning av granskningsresultatet.

För revisorerna i Region Jämtland Härjedalen

Annelie Bengtsson
Ordförande

Leif Gabrielsson
Revisionsdirektör

Bilaga
Rapporten Granskning av vårdprogram avseende återbesök

Kopia till
Fullmäktiges presidium
Regiondirektören
Hälso- och sjukvårdsdirektören
Chefsläkare
Regionöverläkare
Områdeschef för Psykiatri
Områdeschef för Ortopedi
Områdeschef för Medicin
Områdeschef för Primärvård

Capire

Granskning av Vårdprogram avseende återbesök i Region Jämtland Härjedalen

Mars 2016

Dag Boman
Lars-Bertil Arvidsson
Catharina Barkman
Mari Månsson

Innehåll

1 SAMMANFATTNING 3
1.1 UPPDRAG OCH GENOMFÖRANDE 3
1.2 RESULTAT ÖVERGRIPANDE REVISIONSFRÅGA 3
1.3 RESULTAT SPECIFIKA FRÅGOR 4
1.4 FÖRBÄTTRINGSOMRÅDEN 5
2 GRANSKNINGENS INRIKTNING OCH OMFATTNING 6
2.1 BAKGRUND OCH UPPDRAG 6
2.2 UPPDRAGETS GENOMFÖRANDE 6
3 OM VÅRDPROGRAM OCH ÅTERBESÖK 6
3.1 REVISIONSKRITERIER 6
3.2 ÅTERBESÖK 9
4 VÅRDPROGRAM I REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN 11
4.1 BEREDNING AV NATIONELLA RIKTLINJER I REGIONEN 11
4.2 STROKE 12
4.3 HJÄRTINFARKT 15
4.4 HÖFTFRAKTURER 19
4.5 ÄLDREPSYKIATRI – ÅNGEST OCH DEPRESSION 21
4.6 PRIMÄRVÅRDEN 23
4.7 ÖVRIGA IAKTTAGELSER 23
BILAGA 1 – RESULTAT FRÅN ENKÄT 24
BILAGA 2 – INTERVJUADE PERSONER 30

1 Sammanfattning

1.1 Uppdrag och genomförande

Vårdprogram är regionala skriftliga överenskommelser för hur vårdgivare ska hantera utredning, diagnosticering, behandling, remittering och uppföljning av en viss sjukdom hos patienter. Denna granskning har som övergripande syfte att svara på om regionstyrelsen har säkerställt att vårdprogrammen efterlevs avseende återbesök.

Granskningen är beslutad av regionens revisorer utifrån sin risk- och väsentlighetsanalys i Revisionsplan 2015. Utredningen har framför allt omfattat områdena stroke, hjärtinfarkt, höftfraktur och äldrepsykiatri (depression och ångest). Granskningen har utförts av Capire Consulting AB under perioden december 2015 till mars 2016. Arbetet har omfattat intervjuer, dokumentanalys och journalgenomgångar.

1.2 Resultat övergripande revisionsfråga

Granskningens viktigaste iakttagelse
I de nationella riktlinjerna som ligger till grund för vårdprogram varierar huruvida det finns anvisningar för återbesök. De fall där det finns evidens för hälsonytta med avseende på återbesök är relativt få. Angreppssättet är normalt att återbesök inte är ett självändamål i sig. I de granskade områdena bör återbesök ske, enligt de nationella riktlinjerna eller de indikatorer som följs upp nationellt, inom områdena ångest och depression samt uppföljning efter stroke. Inom hjärtsjukvården finns regionala vårdprogram med anvisningar för återbesök. Detta gäller inte höftfrakturer.

I regionen implementeras nationella riktlinjer enligt en fastställd och dokumenterad process. Alla vårdprogram/dokumenterade riktlinjer har utsedda läkare med ansvar för att uppdatera vårdprogrammen. Riktlinjerna är tillgängliga för medarbetarna genom regionens dokumenthanteringssystem. Dokumenten är länkade till bakomliggande grunddokument och berörda personer görs automatiskt varse om eventuella förändringar som sker av riktlinjerna.

Inom de specialiteter som ingått i granskningen tillämpas praxis och rutiner för återbesök även om dessa rutiner inte alltid är dokumenterade. Regionen följer numera löpande återbesök. Statistik publiceras på intranätet och rapporteras till SKL. Andelen planerade återbesök där medicinskt måldatum överskridits har ökat i regionen under perioden 2013 till 2015. Enligt statistik från riket har regionen lägst andel återbesök som genomförs i tid (december 2015). Samtidigt finns brister i tillgängligheten avseende besök till specialistvården.

Regionens inrapportering till öppna jämförelser bör kvalitetssäkras. Vi noterar bland annat att inrapportering av vissa resultatmått saknas från regionen inom hjärtsjukvården, till exempel ”dödlighet efter sjukhusvård efter hjärtinfarkt” och ”dödlighet efter hjärtinfarkt”.

Det är positivt att regionen har utvecklat ett samarbete mellan primärvården och specialistvården med avseende på vårdprogram som har bäring för båda aktörer. Ett flertal så kallade zamsynsdokument har tagits fram som fastställer hur olika patientgrupper eller diagnoser ska behandlas i både primärvård och specialistvård, till exempel hypertoni, ortopedi och demensdiagnostik. Samtidigt kan vi konstatera att det finns olika uppfattningar och olika kulturer inom primärvården respektive sjukhusvården gällande ansvar och roller för olika patientgrupper.

Avvikelsesystem finns enligt Socialstyrelsens föreskrifter om systematiskt kvalitetsarbete. Däremot sker ingen explicit uppföljning av följsamheten till vårdprogrammen med avseende på återbesök. Bevakningen för att uppdatera vårdprogram varierar. Det finns en uppfattning i organisationen att hög produktionsbelastning och brist på personal medför att andra uppgifter såsom att uppdatera vårdprogram ibland får stå tillbaka.

Sammanfattande bedömning
Inom de undersökta områdena är de rutiner som tillämpas för att upprätthålla patientsäkerheten vad gäller återbesök i allmänhet goda. Det har inte heller framkommit att återbesök ”trängs un-

dan" av nybesök. Däremot förekommer flaskhalsar, exempelvis i form av väntetider till fysiologiskt laboratorium. Detta kan innebära att till exempel hjärtinfarktpatienter får en längre väntetid till återbesök än planerat.

Den praxis och de rutiner som tillämpas för återbesök är till stor del tillfredsställande. Dessa rutiner för återbesök bör dokumenteras i högre utsträckning och till vissa delar kompletteras. Samtidigt bör särskilda grupper uppmärksammas. Vi bedömer till exempel att det finns en risk för att dementa strokepatienter samt strokepatienter som skrivs ut till korttidsboende eller särskilt boende kan falla mellan stolarna när det gäller återbesök.

Vidare bör skapas en tydligare koppling mellan följsamhet till vårdprogram och avvikelsehanteringen som ett led i utvecklingen av vårdprogrammen och förbättring av patientsäkerheten över tid.

Vår bedömning är att regionstyrelsen har sörjt för att det finns en dokumenterad process för införande av nationella riktlinjer. Däremot bedömer vi att vårdprogram och riktlinjer kan användas aktivare och att riktlinjerna för återbesök bör förtydligas. Regionstyrelsen bör även tillförsäkra att all berörd personal har adekvat kunskap om gällande vårdprogram och att kontinuerlig uppföljning av följsamheten till programmen sker.

Vår bedömning är att det är angeläget med en djupare analys kring bakomliggande orsaker till att andelen återbesök som genomförs inom utsatt tid har minskat i regionen och att andelen ligger lägst i riket. Långsiktiga och systematiska förbättringsarbeten är viktiga, till exempel i form av utveckling av vårdkedjor (motsvarande arbetet inom strokeområdet, den så kallade "hjärnvägen") och att ytterligare utveckla samarbetet mellan primärvården och specialistvården där det är medicinskt relevant.

1.3 Resultat specifika frågor

Granskningen av de specifika revisionsfrågor som ställts har föranlett nedanstående slutsatser och bedömningar.

1.3.1 Ledningsnivå

1. *Har styrelsen vidtagit aktiva åtgärder utifrån de nationella riktlinjerna?*

Inom Region Jämtland Härjedalen hanteras nationella riktlinjer på tjänstemannanivån. Regiondirektören är formell mottagare, men i praktiken hanteras processen av landstingsöverläkaren och vårdstrategen. Inom ramen för budgetarbetet läggs rapporter fram med en prioriteringsordning på åtgärder och resursbehov till följd av nya eller uppdaterade nationella riktlinjer. Åtgärder som vidtagits utifrån nationella riktlinjer kan normalt härledas till regionens resultat i öppna jämförelser. Ett exempel är strokesjukvården där politiska beslut om inrättande av mobila team och strokemottagning togs som en följd av låga medicinska resultat i jämförelse med landet i övrigt.

2. *Finns tillfredsställande rutiner för att säkerställa att vårdprogrammen följs när det gäller återbesök?*

Regionala vårdprogram är framför allt fokuserade på att beskriva behandlingsmetoder och enskilda åtgärder. I vissa fall återfinns riktlinjer för återbesök, till exempel inom hjärtsjukvården och till viss del inom stroke. Återbesök nämns indirekt i form av indikationer inom ramen för nationella riktlinjer, exempelvis återbesök efter insjuknandet i stroke (3 månader och 12 månader). De rutiner som normalt tillämpas för återbesök i regionen är att patienter automatiskt sätts upp på väntelistor och kallas till återbesök. Väntetider, som kan vara att tecken på att återbesök inte sker i önskvärd utsträckning följs löpande.

Vår bedömning är att det i vårdprogrammen på ett tydligare sätt bör anges om och när återbesök ska ske. Tydliga vårdprogram med krav på återbesök kan utgöra ett stöd för personalen i det dagliga arbetet och för patienter. Rutiner bör utvecklas och stärkas för att säkerställa att återbesök sker på ett tillfredsställande sätt och att det sker ett lärande från avvikelser från vårdprogrammen.

3. *Görs uppföljning av att återbesöken sker enligt vårdprogrammen? I så fall, hur handläggs resultatet av denna*

Återbesök, framhålls i intervjuer, är grundade på medicinska behov och är inte kopplade till vårdprogram. Återbesök är inte alltid tydligt dokumenterade i vårdprogram. Däremot finns rutiner och praxis för återbesök, bland annat genom hantering och uppdatering av väntetidslistor. Den journalgranskning som är genomförd visar att återbesök har skett i tillräcklig omfattning.

1.3.2 Verksamhetsnivå:

4. *Är Socialstyrelsens riktlinjer för vårdprogram kända på verksamhetsnivå?*

Socialstyrelsens nationella riktlinjer är till stor del kända på verksamhetsnivå. Reviderade och nya nationella riktlinjer är utgångspunkter för justeringar av lokala vårdprogram/dokumenterade riktlinjer. Det finns en övergripande dokumenterad process för implementering av nationella riktlinjer i regionen.

5. *Finns en aktiv bevakning för att ajourhålla vårdprogrammen i enlighet med riktlinjerna?*

Det dokumentsystem som regionen använder innehåller funktioner för påminnelser om uppdateringar av vårdprogram. Dessutom sker en löpande omvärldsbevakning vilket resulterar i förändringar i vårdprogram/dokumenterade riktlinjer. Ansvariga för vårdprogrammen har ett ansvar för omvärldsbevakning och uppdatering.

6. *Finns rutiner för bevakning av att återbesök sker enligt vårdprogrammen?*

Vårdprogrammen är med vissa undantag inte tydliga med krav på återbesök. Däremot finns rutiner och praxis till stor del för återbesök även om dessa inte alltid är dokumenterade. Löpande genomgång av väntelistor utgör en del av bevakningen av att återbesök sker. Ett hinder som förekommer för utveckling av vårdprogram är att personalen upplever en stor press på produktionen i form av vakanser och tillfälliga stafettläkare. Telefonuppföljning framhålls som nödvändig inom flera områden till följd av stora geografiska avstånd.

7. *Finns rutiner för att analysera och rapportera avvikelser från vårdprogrammen när det gäller återbesök?*

Regionen har ett avvikelsesystem där avvikelser rapporteras löpande och följs upp inom ansvarig klinik. Detta innebär att avvikelser från vårdprogram fångas upp. Avvikelserna diskuteras på klinik. Däremot finns överlag inga explicita rutiner för att analysera avvikelser med utgångspunkt från vårdprogram med avseende på återbesök. Regionen har börjat följa återbesök och rapporterar statistik till SKL. Resultaten tyder på att andelen återbesök totalt som genomförs inom utsatt tid har minskat och att regionen ligger sämst i riket, vilket bör analyseras ytterligare.

1.4 Förbättringsområden

Granskningen har föranlett impulser till följande rekommendationer:

- Regionen bör aktualisera och säkerställa att all berörd personal samt patienter/anhöriga görs uppmärksamma på vilka vårdprogram som finns och ska tillämpas.
- Det bör ses över vilken utsträckning rutiner och praxis kring återbesök i högre grad behöver dokumenteras för att bli tillgängliga för alla yrkesgrupper.
- Resultaten både från avvikelser och öppna jämförelser bör användas i en analys av följsamheten till vårdprogrammen med avseende på återbesök. Underliggande statistik, såväl läkarbesök, sjuksköterskebesök och telefonuppföljning bör säkerställas och kvalitetssäkras.
- I arbetet som regionen har påbörjat med kapacitets- och produktionsplanering utgör vårdprogrammen en viktig grund som behöver göras mer tydlig. Tydliga riktlinjer för bland annat återbesök skapar bättre förutsättningar för ett planerat och patientsäkert arbetssätt.
- Uppföljningen av vårdprogrammen, bland annat i form av analys av avvikelser från beslutade rutiner, bör systematiseras och lyftas fram som en grund för förbättringsarbete i vården.
- En djupare analys krävs för bakomliggande orsaker till försämrade resultat av andelen återbesök inom utsatt tid och bristande tillgänglighet till specialistvården.

2 Granskningens inriktning och omfattning

2.1 Bakgrund och uppdrag

Regionens revisorer har beslutat utifrån sin risk- och väsentlighetsanalys i Revisionsplan 2015 att granska vårdprogram avseende om de i programmet angivna återbesöken kunnat genomföras. Capire Consulting AB har fått i uppdrag att utföra granskningen. Av revisorernas projektplan för Granskning av Vårdprogram framgår vilka metoder som ska användas.

Vårdprogrammen har sin utgångspunkt i de nationella riktlinjer som Socialstyrelsen tar fram för sjukdomar och tillstånd som drabbar många människor och kräver mycket resurser. Socialstyrelsens nationella riktlinjer riktar sig till alla som arbetar med vård och omsorg. Riktlinjerna ger rekommendationer på behandlingsåtgärder för ett antal diagnoser.

I en situation med knappa resurser kan det finnas risk för att vårdgarantin ger upphov till undanträngningseffekt för de patientgrupper som inte omfattas av garantin. Vårdgarantin avser enbart nybesök och tid till behandling samt att det finns krav på att det ska finnas rutiner för att ha kontroll på att vårdgarantin följs. Motsvarande krav på tillgänglighet och kontroll av denna finns inte när det gäller återbesök.

2.2 Uppdragets genomförande

Genomförandet av granskningen har innefattat dokumentanalys, djupintervjuer och journalgranskning. I revisionskontorets projektplan fastställs att granskningen är avgränsad till år 2015. Följande diagnosgrupper har granskats; ortopedi (höftfrakturer), äldrepsykiatri (ångest och depression), hjärtinfarkt och stroke. Områdena är bland annat valda utifrån kriteriet att det är stora patientgrupper, kroniska sjukdomar och växande områden (äldres ohälsa). Viss bedömning presenteras även för primärvården.

Startmöte, delavstämning och slutrapportering har skett för revisionskontoret. Dokumentanalysen har inbegripit nationella riktlinjer, vårdprogram, rutinbeskrivningar, verksamhetsberättelser, handlingsplaner, processbeskrivningar med mera. Intervjuer med 14 personer, granskning av 35 journaler och enkät har genomförts. Beskrivande avsnitt har varit föremål för faktagranskning. Arbetet med granskningen har bedrivits under perioden december 2015 – mars 2016. Granskningen har genomförts av Dag Boman, uppdragsledare, Lars-Bertil Arvidsson, specialist och medicinsk sakkunnig, Catharina Barkman, specialist, Mari Månsson, specialist och koordinator. Projektledare från revisionskontoret har varit Jan-Olov Undvall.

3 Om vårdprogram och återbesök

3.1 Revisionskriterier

Utgångspunkt för denna granskning är utöver revisionsfrågorna fastställda revisionskriterier där frågan handlar om kraven på vårdprogram och återbesök uppfylls enligt Socialstyrelsens riktlinjer om vårdprogram, Socialstyrelsens föreskrifter om systematiskt kvalitetsarbete och hälso- och sjukvårdslagen. Dessa kommenteras nedan.

3.1.1 Nationella riktlinjer

Socialstyrelsen utarbetar nationella riktlinjer som fokuserar på områden eller sociala insatser och medicinska åtgärder där behovet av vägledning är som störst för beslutsfattare, socialtjänstpersonal och tand-, hälso- och sjukvårdspersonal. Det kan vara områden där kunskapsläget är osäkert, där förhållandet mellan kostnader och nytta är osäker, eller där omotiverade praxisskillnader finns. Ett annat skäl är att stödja utvecklingen av en evidensbaserad praktik. En nationell riktlinje ska fokusera på de frågeställningar där behovet av vägledning är störst och är inte tänkta att täcka in allt inom ett område.

Nationella samverkansgruppen för kunskapsstyrning (NSK) tar initiativ till ett så kallat programråd inför revision av befintliga eller nya riktlinjer. Ledamöterna är nominerade av sjukvårdshuvudmännen och representerar sin sjukvårdsregion.

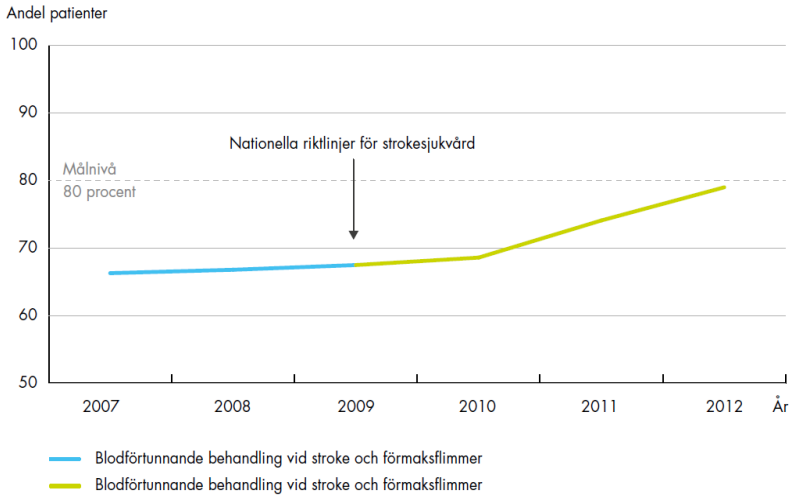
För att ta reda på om nationella riktlinjer gör skillnad och om vården och omsorgen blir bättre innehåller riktlinjerna indikatorer. Indikatorerna är ett verktyg som gör det möjligt att mäta och jämföra resultat inom hälso- och sjukvården, socialtjänsten och tandvården. Indikatorerna är utgångspunkten i Socialstyrelsens nationella utvärderingar av vården och omsorgen, men kan också användas för uppföljning på regional och lokal nivå. Flera indikatorer har koppling till återbesök, till exempel tremånaders och tolvmånaders uppföljning efter stroke.

En nationell riktlinje är inte ett vårdprogram, men kan vara ett stöd när exempelvis landsting/regioner skapar vårdprogram eller när kommuner och landsting/regioner tar fram gemensamma planer inom ett riktlinjeområde. Beslut om vilka riktlinjer som tas fram av Socialstyrelsen. Ibland kan regeringen ge ett direkt uppdrag till Socialstyrelsen för att ta fram nationella riktlinjer för ett visst område. Nationella vårdprogram finns framför allt inom cancervården. Dessa har hög detaljeringsgrad och är riktade till sjukvårdspersonal.

Ett flertal utvärderingar har gjorts av följsamheten till och nyttan av nationella riktlinjer. Myndigheten för Vårdanalys konstaterar till exempel i en rapport från 2015 (Rapport 2015:7) att rekommendationerna i de nationella riktlinjerna inte når vårdpersonalen och patienterna i tillräcklig utsträckning. Det finns behov av kunskapsstöd som är mer heltäckande och som tydligare följer vårdens processer och patientens väg genom vården. Vidare framgår att kunskapsstödet behöver var lätt att använda i vårdens vardag. Andra resultat visade att knappt en tredjedel av de studerade rekommendationerna leder till en förbättring av vården de närmaste åren efter publicering (som inte förklaras av annan underliggande trend).

I analysen om vilket nytta nationella riktlinjer har haft för förbättring av vården konstaterar myndigheten bland annat att den positiva utveckling som redan ses för många indikatorer i begränsad utsträckning påverkas av att rekommendationer som ges i nationella riktlinjer. Området stroke framhålls däremot som ett exempel som påverkats positivt av nationella riktlinjer.

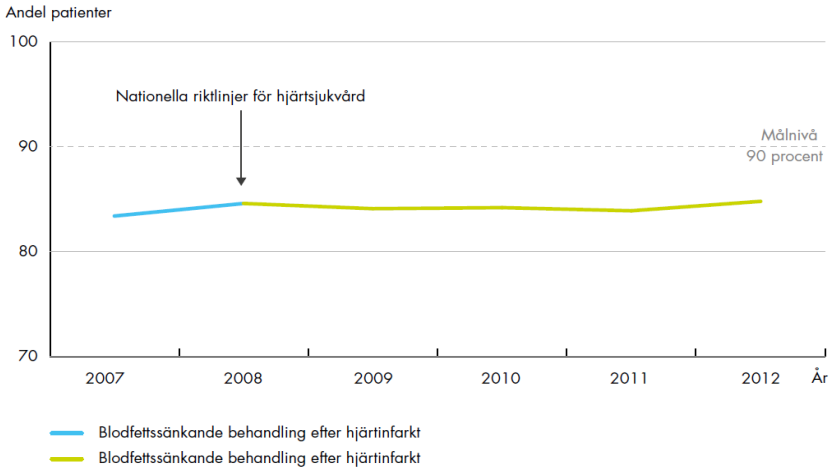
Utveckling av rekommenderad åtgärd, blodförtunnande behandling vid stroke och förmaksflimmer (prioritet i den nationella riktlinjen för strokesjukvård)[1].



Området hjärtsjukvård lyfts å andra sidan fram som ett exempel som inte påvisar en förbättring efter införandet av nationella riktlinjer.

[1] Vårdanalys Rapport 2015:7

Utveckling över tid för rekommenderad åtgärd blodfettssänkande behandling efter hjärtinfarkt (prioritet 1 i den nationella riktlinjen för hjärtsjukvård)[2].



3.1.2 Vårdprogram

Vårdprogram är regionala skriftliga överenskommelser för hur vårdgivare ska hantera utredning, diagnosticering, behandling, remittering och uppföljning en viss sjukdom hos patienter. Vårdprogram är oftast regionala anpassningar och förtydliganden av nationella riktlinjer. Ett vårdprogram kan också innehålla rapporteringsrutiner så att relevanta vårduppgifter kan sammanställas. De kan då även innefatta sammanställningar av kliniska studier. Vårdprogram utfärdas av landsting/regioner och/eller specialistföreningar. ”Vårdprogram i Sverige” samlar vårdprogram och riktlinjer på som finns publicerade på webben och används i Sverige på www.vardverktyget.se.

3.1.3 Socialstyrelsens föreskrifter om kvalitetsledningssystem

I Socialstyrelsens författningssamling (SOSFS) publiceras myndighetens föreskrifter och allmänna råd. *Föreskrifter* är bindande regler. *Allmänna råd* innehåller rekommendationer om hur en författning kan eller bör tillämpas. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2011:9) ställer krav på kvalitets- och ledningssystem.

Föreskrifterna ska tillämpas i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i sådan verksamhet som omfattas av bland annat § 31 hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Föreskrifterna ska även tillämpas i det systematiska patientsäkerhetsarbetet som vårdgivare ska bedriva enligt 3 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659). En viktig del av ett kvalitetsledningssystem utgörs av väl fungerande avvikelsesystem.

3.1.4 Hälso- och sjukvårdslagen

I hälso- och sjukvårdslagen stipuleras bland annat att Hälso- och sjukvården ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Detta innebär att den ska särskilt vara av god kvalitet med en god hygienisk standard och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen, samt att hälso- och sjukvården ska vara lätt tillgänglig.

I hälso- och sjukvårdslagen ingår vårdgarantin som en del. ”*Landstinget ska erbjuda vårdgaranti åt dem som omfattas av landstingets ansvar enligt 3 eller 3 c §”.* Vårdgarantin ska innehålla en försäkran om att den enskilde inom viss tid får kontakt med primärvården (tillgänglighetsgaranti), besöka läkare inom primärvården (besöksgaranti), besöka den specialiserade vården (besöksgaranti), och planerad vård (behandlingsgaranti). Vårdgarantin gäller inte för återbesök.

[2] Vårdanalys Rapport 2015:7

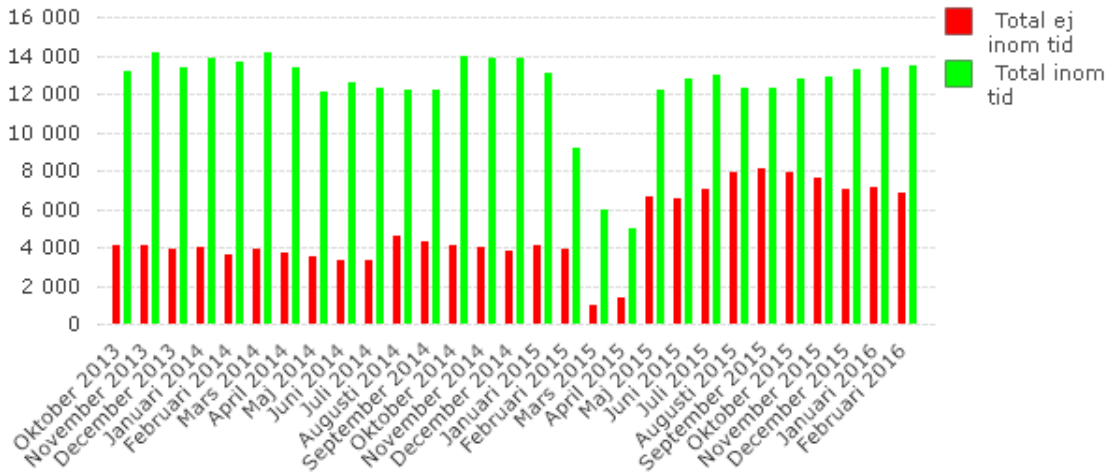
3.2 Återbesök

Återbesök definieras som ”*Öppenvårdsbesök som har medicinskt samband med tidigare besök eller vårdtillfälle inom samma medicinska verksamhetsområde*”. Varje gång en läkare fattar beslut om ett återbesök registreras det i journalen och patienter sätts upp i tidbok/på väntelista.

Ett nationellt arbete pågår, som startade år 2015, där alla landsting och regioner ska rapportera in återbesök[3] till SKL. Det gör även region Jämtland Härjedalen. Regionen publicerar statistik kring återbesök på intranätet. Då läkaren, enligt nationella regler, fattar beslut om återbesök ska ett medicinskt måldatum fastställas i det lokala IT-stödet. Måldatumet är det datum när besöket senast bör genomföras. Bedömningen är individuell, även om exempelvis ett vårdprogram kan ligga till grund. När besöket genomförs görs en ny registrering.

Data från regionen (se nedan diagram) visar andelen återbesök inom planerad tid jämfört med återbesök där medicinskt måldatum överskridits. Vi noterar att det har skett en ökning av andelen återbesök som inte genomförs inom utsatt tid. Enligt statistik från december 2015, ligger regionen sämst i landet. Detta behöver analyseras ytterligare.

Återbesök 2013-2015[4].



Återbesök och undanträngning

I den vårdgaranti som nu funnits under flera år har fokus legat på nybesök för att säkra patienternas tillgång till vård. Återbesök ingår inte i vårdgarantin. Pengar finns kopplade till väntetider inom specialistvården. Däremot finns inga särskilda resurser kopplade till om primärvården klarar vårdgarantin med kontakt första dagen och inbokat besök inom 7 dagar. Farhågor har framförts från framför allt företrädare för grupper med kronisk sjukdom om att deras behov av återbesök riskerar att prioriteras ner med detta upplägg i garantin.

Teoretiskt sett skulle en bristande tillgänglig kunna skapa en undanträngningseffekt för återbesök[5].

Tillgängligheten generellt till Jämtland Härjedalens hälso- och sjukvård, i enlighet med vårdgarantins nivåer, ligger under rikssnittet (se tabell nedan). Enligt ”vården i siffror” ligger regionen klart över riksgenomsnittet med avseende på strukturjusterad hälso- och sjukvårdskostnad, kostnad per konsumerad DRG-poäng och kostnad per vårdkontakt i primärvården.

---

[3] I den nationella uppföljningen avser återbesök följande: 1) Kontroll/uppföljning av tidigare genomförd behandling/åtgärd (t ex post-operativ kontroll, kontroll av läkemedelsbehandling, uppföljning av akut-vårdsinsats). 2) Kontroll/uppföljning av patienter med långvarig/kronisk sjukdom; patienter som behöver återkommande kontroller

[4] Data från Qlikview, underlag från regionen.

[5] Se exempelvis Vårdgaranti och kömiljard – uppföljning 2012, Socialstyrelsen

Tillgänglighet till vården, nov 2015, jan 2016[6]

	Jämtland Härjedalen	Riket	Mätperiod
Kontakt med primärvården (0 dagar)	**76%**	**88%**	**Nov 2015**
Tid till allmänläkare i primärvården (7 dagar)	**82%**	**87%**	**Nov 2015**
Planerad specialiserad vård, första besök	**57%**	**80%**	**Jan 2016**
Planerad specialiserad vård, operation/åtgärd	**68%**	**77%**	**Jan 2016**

Återbesök och nytta

Återbesök är inte ett självändamål i sig utan ska bygga på medicinskt behov. Telefonuppföljning som används kan ibland vara både vara effektivare och höja kvaliteten för patienten. Besked från provtagning kan till exempel ske både digitalt och via telefon. Verksamheter runt om i landet har effektiviserat sin organisation och minskat antalet återbesök utan att ge avkall på kvaliteten.

I nationella riktlinjer finns inga skrivningar om att återbesök till läkare har evidens för hälsonytta med undantag för depression och ångest. I dessa riktlinjer finns angivet god evidens för återbesök med uppföljning av behandling efter ca tre veckor och utvärdering av resultat inom tre månader.

Trender för återbesök

Det finns idag flera olika trender som påverkar behovet av återbesök. Det första och mest utvecklade arbetssättet är insatser av särskilt utbildade sjuksköterskor genom till exempel telefonuppföljning efter operation och behandling eller återbesök för monitorering av blodtryck, tester och behandlingseffekt.

Den andra trenden handlar om utvecklad användning av IT som telefon, internet, video mera för direkt och indirekt patientkontakt. Här finns för närvarande redan ett närmare 20-tal olika specialistkonferenser kring komplexa patientfall igång men utvecklingen förutses bli snabb även vad gäller direkt patientkontakter för till exempel återbesök.

Redan idag sker mängder av telefonkontakter med patienter från läkare och andra personalgrupper framför allt när avstånden är långa för att följa upp behandlingar av olika slag till exempel effekter av insatt depressionsmedicinering, utveckling efter stroke mm.

Kommentar till frågan om återbesök

Vi uppfattar att vårdorganisationen idag snarare ser till vad som ska uppnås med fortsatta kontakter mellan patient och vård än att fokusera på åtgärden ”återbesök”. Detta synsätt har gett en utveckling av arbetssätt som lett till avsevärda vinster i effektivitet och kvalitetshöjning för patienterna inom flera olika diagnosområden. Denna utveckling bör stärkas med användning av IT lösningar som kan ge både bättre tillgänglighet, effektivitet och säkrare underlag för fortsatt medicinsk handläggning.

Denna utveckling är särskilt viktig i glesbygd för att tillförsäkra alla invånare i länet även långt från sjukhusets specialistenheter samma goda vård. Detta är också en förutsättning för att få tillgång till specialiserad läkarkompetens genom att varje läkare kan hantera många fler patienter genom ett utvecklat teamarbete där olika kompetenser används.

Det finns risker för att fokus på återbesök till läkare förhindrar en bra utveckling med inriktning snarare på hälsomål för olika insatser än åtgärder i sig. Mätning av återbesök bör i framtiden ofta ske som verktyg för produktionsstyrning eller där det finns dokumenterade hälsoeffekter av just denna åtgärd.

[6] www.vantetider.se

4 Vårdprogram i region Jämtland Härjedalen

4.1 Beredning av nationella riktlinjer i regionen

Efter att Socialstyrelsen beslutat om nya eller reviderade riktlinjer övergår beredningen till regional och lokal nivå. För Jämtland Härjedalens vidkommande sker en beredning av nationella riktlinjer både inom Norra sjukvårdsregionen och i den egna regionen, samt i samverkan med kommunerna. Landstingsöverläkaren och vårdstrategen är Region Jämtland Härjedalens representant i detta arbete inom Norra sjukvårdsregionen. Regionala kunskapsseminarier arrangeras i samverkan mellan Socialstyrelsen och de fyra Norrlandslandstingen. Varje berörd huvudman gör en konsekvensbedömning, vilken sammanställs till ett gemensamt remissvar som lämnas till Socialstyrelsen av Norrlandstingens regionförbund. I konsekvensbedömningen ingår ekonomiska beräkningar av eventuella merkostnader för implementering av riktlinjerna.

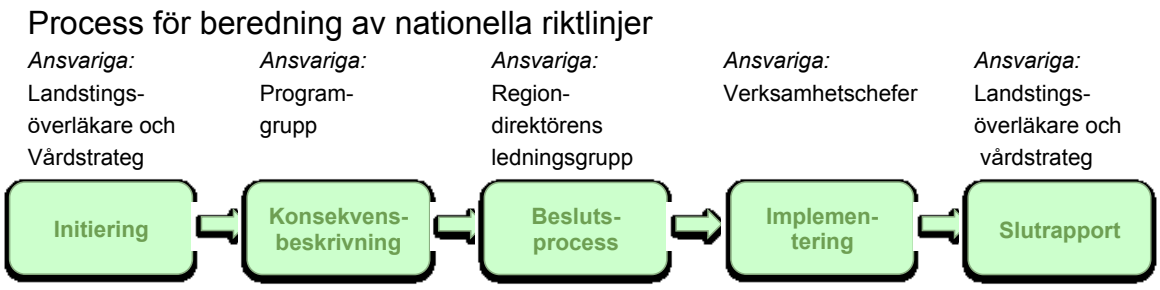
När beredning av nationella riktlinjer är aktuell på regionnivå ger hälso- och sjukvårdsdirektören, genom vårdstrateg och landstingsöverläkare (Regionstaben), verksamheterna i uppdrag att upprätta en organisation som kan arbeta med konsekvensbedömningar och andra analyser av de preliminära riktlinjerna. Resultatet av denna analys blir Region Jämtland Härjedalens bidrag till Norra sjukvårdsregionens analys.

Regiondirektören är formellt mottagare av nationella riktlinjer. Beslut om implementering av nationella riktlinjer fattas på tjänstemannanivå. Det praktiska ansvaret har Regionstaben och landstingsöverläkaren. Regionstaben utgör ett stöd och koordinerar mottagandet av riktlinjer när flera vårdgivare behöver ta ansvar, till exempel primärvården och specialistsjukvården. Från Hälso- och sjukvårdsdirektören utgår ett uppdrag att bilda en så kallad programgrupp som har ansvaret för att hantera de nya riktlinjerna över verksamhetsgränserna, se nedan beskrivning. Regionstab Regionstaben har kontakt med verksamhetscheferna som har ansvaret att följa riktlinjerna. I intervjuer framkommer att det gäller att få rätt personer att bli aktiva i arbetet att implementera riktlinjerna.

Processer och grupperingar för samverkan regionen och kommuner finns fastställda. Den så kallade fredagsgruppen är en gemensam tjänstemannaarena för länets kommuner och regionen inom hälso- och sjukvård och omsorgsområdet och är beredande organ till Sociala vård- och omsorgsgruppen i region Jämtland Härjedalen (SVOM), regionens politiska samverkansråd. I intervjuer framkommer vikten att särskilt uppmärksamma riktlinjer som även gäller kommuner trots att det inte alltid tydligt framgår i Socialstyrelsens riktlinjer

Särskilda Zamsynsdokument finns framtagna för riktlinjer som rör både specialistsjukvården och primärvården. I intervjuer framhålls vikten av skriftliga avtalsliknande dokument där det framgår ”*vem som gör vad”* för olika diagnoser. Idag finns 12-14 Zamsynsdokument. Det pågår arbete för framtagning av Zamsynsdokument för ytterligare områden. I intervjuer framkommer önskemål om fler zamsynsdokument för totalt 50-60 områden.

På regionens hemsida finns en rad dokumenterade samverkansdokument och processbeskrivningar inklusive modell för implementering av nationella riktlinjer. Rutinerna beskrivs nedan.



- En *programgrupp* initieras bestående av representanter från berörda verksamheter. Nyckelpersoner är läkare, sjuksköterskor och andra yrkeskategorier som är involverade i vården av aktuell patientgrupp. Programgruppen är den lokala motsvarigheten till det nationella programrådet inom det aktuella området
- En *GAP analys* genomförs med en kartläggning av vilka behov som finns (”Gapet”) mellan dagens nivå och den nivån som kan bli en följd av rekommendationerna i de nationella riktlinjerna. Konsekvensanalysen ska bland annat innehålla konsekvenser för hela vårdkedjan, specificerade ekonomiska beräkningar, kvalitetsindikatorer och uppmärksammande av undanträngningseffekter. I rapporten bör ställning tas till vilka av riktlinjernas åtgärder som ur verksamhetsperspektiv bör införas. Icke kostnadsdrivande förslag kan beslutas i linjeorganisationen. Kostnadsdrivande förslag läggs fram till den politiska ledningen.
- *Beslutsprocessen* innebär tre alternativ; Förslag som inte är kostnadsdrivande kan beslutas i linjeorganisationen. I de fall det rör sig om områdesövergripande riktlinjer fattas beslut av hälso- och sjukvårdsdirektören. Förslag som anses ofrånkomliga att genomföra och som innebär kostnadsökningar ska tas upp i berörda verksamhets budgetdialog. Förslag som är önskvärda men inte anses ofrånkomliga ingår i behovskartläggningen för kommande år.
- Programgruppen tillsammans med verksamhetschef gör en avstämning efter regiondirektörens beslut och efter den politiska beslutsprocessen vilket kan innebära flera tidpunkter för avstämning. *Implementeringen sker i linjeorganisationen* och omfattar nya beslutade metoder och åtgärder. I arbetet ingår att utforma vårdprogram/vårdrutiner som är tillgängliga i ledningssystemet hälso- och sjukvård. Kontinuerlig uppföljning av implementering och kostnadsutveckling sker i samband med delårs- och årsbokslut.
- En mer komplett uppföljning och utvärdering **(***slutrapport***)** av implementering av aktuella nationella riktlinjer planeras in ca 1,5 år efter beslut under ansvar av landstingsöverläkare och vårdstrateg. Uppföljning ska ske att beslutade åtgärder är införda och att lämpliga indikatorer läggs in i uppföljning och utvärdering. Sammanställt resultat förmedlas av programgruppen till berörd verksamhetschef. Då berörda chefer tagit del av och godkänt sammanställningen förmedlas den till landstingsöverläkare och vårdstrateg. Slutrapport lämnas genom landstingsöverläkare och vårdstrateg till hälso- och sjukvårdsdirektör samt regiondirektörens ledningsgrupp. Handläggning och eventuella ytterligare åtgärder fastställs för respektive nationell riktlinje av regiondirektörens ledningsgrupp.

4.2 Stroke

4.2.1 Beskrivning av området

Stroke är ett samlingsnamn på de symptom som uppstår när hjärnans nervvävnad skadas på grund av hämmad syretillförsel. Syrebristen uppkommer när en blodpropp har bildats i något av hjärnans blodkärl, hjärninfarkt. Stroke kan även uppstå när ett blodkärl brister inne i hjärnan eller på hjärnans yta, hjärnblödning. Varje år drabbas ca 30 000 svenskar av stroke. Enligt Hjärnfonden medför strokepatienter en årlig kostnad på 12,4 miljarder kronor för landet.

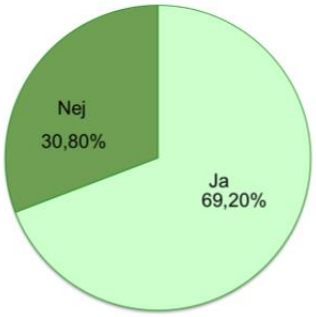
Strokesjukvården har förbättrats över tid i regionen och flera resultat ligger över riksgenomsnittet. Dödsfall i stroke, 1-79 år, per 100 000 invånare, visar på en tydlig positiv utveckling för både män och kvinnor mellan 2011/2012 och 2013/2014. Andelen ADL-beroende (funktionsförmåga efter stroke) är att av de mest centrala utfallsmåtten i Riksstroke. Det avspeglar kvaliteten på rehabiliteringsinsatserna i bred mening. Även närståendes och socialtjänstens insatser påverkar detta kvalitetsmått. Östersund har goda resultat för ADL-beroende tre månader efter akutfasen, år 2014 och ligger högst (män) eller näst högst (kvinnor) i riket. Andel strokepatienter som tolv månader efter insjuknandet anger att behovet av rehabilitering är tillgodosett har ökat i regionen och ligger, enligt senaste mätningarna (vården i siffror) på 66.1 procent (jämfört med riket 60 procent). Andel avlidna inom 90 dagar, justerat för skillnader i kön, ålder och medvetandegrad, 2014, ligger ungefär på riksgenomsnittet. Enligt riksstrokes målnivåer för 2014 framgår att Östersunds

sjukhus har hög måluppfyllelse för bland annat täckningsgrad och tid från ankomst till trombolysstart.

I intervjuer framkommer att regionen har utvecklat och förbättrat rutinerna för strokevården. Beslut om mobila stroketeam och strokemottagning samt arbetet med att förbättra och korta vårdkedjan (Hjärnvägen) är exempel på åtgärder som har lett till positiva resultat för strokevården.

Sjukhuset har inte nått ”måttlig målnivå” för bland annat ”uppföljningsbesök i öppenvård hos läkare och/eller sjuksköterska” [7]. I intervjuer framkommer emellertid att ansvaret för uppföljning av patienter som går till särskilda boenden, korttidsboende eller har en demensdiagnos tas över av andra aktörer. Patienter som till exempel skrivs ut för rehabilitering på Östersunds rehabcentrum, får sin uppföljning där, vilket inte syns i statistiken. Andel planerade återbesök under 2015, på närmare 70 procent, se nedan, är enligt intervjupersoner, en ”rimlig” siffra. Däremot framkommer att en tydligare uppföljning bör ske av dementa patienter och patienter som skrivs ut till korttidsboende och särskilt boende.

Strokeregistret helår 2015 – Planerat återbesök på särskild strokemottagning



Vårdprogram med avseende på återbesök

Socialstyrelsens riktlinjer för strokevård revideras löpande. Där fastställs en rad indikatorer för att följa upp kvaliteten. Det finns inga särskilda skrivningar om återbesök i de nationella riktlinjerna. Däremot rekommenderar Socialstyrelsen återbesök hos läkare inom tre respektive tolv månader efter utskrivning. I öppna jämförelser finns indikatorn; *Andel strokepatienter som varit på återbesök hos läkare inom 3 respektive 12 månader efter utskrivning från sjukhus*. I region Jämtland Härjedalen sker återbesök till sjuksköterska inom tre månader som i sin tur konsulterar läkare kring avvikande värden eller annan problematik. Ingen rutin för återbesök efter 12 månader finns. Ovan kommenteras regionens resultat.

Regionen har inga vårdprogram för strokevården avseende återbesök, däremot finns olika dokumenterade riktlinjer. När det gäller till exempel patienter med misstanke om akut stroke, framgår i kortfattade dokumenterade rutiner, att dessa handläggs enligt boken ”Stockholmskompendiet”, som finns uppdaterad via www.janusinfo.se. [8] Alla läkare som kan komma i akutkontakt med dessa får den boken. Särskilt vårdprogram från Norrlandsuniversitetssjukhus (NUS) finns för karotiskirurgi. Kortfattade dokumenterade riktlinjer finns för återbesök inom strokemottagningen.

På Östersunds sjukhus finns alla dokumenterade riktlinjer för strokesjukvården samlade i dokumentsportalen, Centuri. Där finns ett samlingsdokument för stroke med länkar till andra dokument, till exempel janusinfo.se. Vid uppdatering av underliggande dokument sker en automatisk uppdatering av samlingsdokumentet. Överlag uppfattas det som positivt att det finns ett dokumenthanteringssystem. Samtidigt som flera intervjuade framhåller att Centuria är svårarbetat och tungrott.

[7] Strokeregistret använder detta mått som en indikator: ”Uppföljningsbesök i öppenvård, hos läkare och/eller sjuksköterska (hög nivå innebär 90%, måttlig nivå 80%)
[8] Stockholms läns landsting portal för vårdprogram

Jämtland Härjedalens sköterskeledda strokemottagning startade full verksamhet i april 2014 som en ny verksamhet som inte funnits tidigare på sjukhuset. Strokemottagningen har en väl inarbetad praxis för hur uppföljning och återbesök ska genomföras. Till strokemottagningen kallas patienter som blivit utskrivna till hemmet och kan själv tillgodogöra sig information och som kan komma på ett återbesök alternativt bokas för en telefontid. Målet med verksamheten är att förbättra uppföljningen efter sjukhusinläggning, erbjuda återbesök 4-6 veckor efter insjuknande och förbättra sekundärprevention. Detta framgår av enkla dokumenterade rutiner för den sjuksköterskeledda mottagningen.

Strokemottagningen ansvarar för återbesök och vidare uppföljning om inte patienterna har gått till särskilt boende, korttidsboende, är på slutenvårdsrehabilitering eller har en demensdiagnos. Då går ansvaret över till primärvården eller slutenvårdsrehabiliteringen. Dementa patienter anses inte kunna tillgodogöra sig information och sätts inte upp på återbesök. Alla patienter som kodas med strokediagnoser sätts automatiskt upp på väntelistan/tidboken och kallas till ett fysiskt återbesök på mottagning med sjuksköterska. Inga patienter kan därmed ”tappas bort”. Ansvariga sjuksköterskor går igenom väntelistorna minst en gång i veckan. Kallelse skickar ut för ett återbesök fyra till sex veckor hos sjuksköterskor. Inför det fysiska återbesöket har patienten tagit prover, oftast på hälsocentral. Proverna vidimeras av läkare. Ansvarig sjuksköterska genomför återbesöket.

I intervjuer framkommer uppfattningen att inga särskilda undanträngningseffekter av återbesök till följd av nybesök.

Vår journalgranskning visar på god ordning och att uppföljning sker enligt lokala riktlinjer.

Stroke: Journalgranskning

Allmänt omdöme
Mycket god ordning på journalföring med adekvat innehåll. Funktionsstatus kan följas i dagganteckningar och planer för fortsatt rehabilitering finns dokumenterat. Uppföljning sker enligt lokalt vårdprogram/riktlinjer där mycket sker via sjuksköterska.

Handläggningen bedöms vara patientorienterad, kvalitativ, säker och effektiv.

Granskade journaler
10 journaler har granskats. Medelålder 80 år. 8 patienter har konstaterat stroke 2 mer osäker diagnos. Alla är vårdade på strokeavdelning. En patient har fått trombolys akut. 6 patienter är uppföljda med rehabilitering av mobila teamet och 4 personer överförda till annan klinik. Sekundärpreventiva insatser är dokumenterade (rökning, fysisk aktivitet)

Handläggning följer aktuella riktlinjer.

4.2.2 Iakttagelser rörande granskningsfrågorna

Har styrelsen vidtagit aktiva åtgärder utifrån de nationella riktlinjerna? I så fall vilka åtgärder?
Bristande resultat inom strokevården har lett till beslut om resurser för inrättandet av strokemottagning och mobilt stroketeam. De politiska besluten är kopplade till uppföljning av resultat och i mindre grad till de nationella riktlinjerna i sig. Inom området stroke är strokemottagning en rekommendation som ingår i nationella riktlinjer. Resultaten för strokevården i regionen har tydligt förbättrats över åren.

Finns tillfredsställande rutiner för att säkerställa att vårdprogrammen följs när det gäller återbesök?
Nationella riktlinjer finns för strokevård. Regionen använder Stockholms vårdprogram för stroke. Därutöver finns en del skriftliga rutiner, till exempel för strokemottagning ”Att göra” återfinns med kortfattad beskrivning kring nybesök och återbesök. Det finns en praxis för återbesök som följs där alla patienter med kodad strokediagnos automatiskt förs upp på väntelista. Alla patienter kallas till återbesök. Rutinerna är inte till fullo dokumenterade. Kunskap om rutinerna kan göras mer tillgängliga, särskilt när det gäller ny personal, ”stafettläkare” med flera. Arbete med att bygga upp produktionsplanering för återbesök pågår vilket i framtiden kan utgöra ett stöd. Vår bedömning är att dokumenterade vårdprogram där även rutinerna för återbesök fastställs kan utgöra ett stöd i arbetet och kvalitetssäkringen av vården, även med tanke på att flera olika yrkeskategorier är inblandad i strokevården. Vi bedömer att det finns en risk för att dementa stroke patienter och patienter som skrivs ut till korttidsboende eller särskilt boende kan falla mellan stolarna när det gäller återbesök. Detta bör särskilt uppmärksammas.

Görs uppföljning av att återbesöken sker enligt vårdprogrammen? I så fall, hur handläggs resultatet av denna? Hur används resultaten?
Uppföljning av återbesök sker i form av genomgång av väntelistor där patienter med diagnoskod för stroke automatiskt sätts upp. Resultat från öppna jämförelser följs löpande, framför allt olika kvalitetsindikatorer. Flera kvalitetsindikatorer för strokevården i Jämtland Härjedalen har förbättrats även om regionen har vissa bristande resultat med avseende på återbesök. Löpande uppföljning presenteras för den politiska ledningen. Detta har inneburit satsningar på strokesjukvården i form av till exempel strokemottagning och mobila team vilket har medverkat till förbättrade resultat.

Är Socialstyrelsens riktlinjer för vårdprogram kända på verksamhetsnivå?
Socialstyrelsens nationella riktlinjer är, enligt intervjuer, kända bland läkarna. En stor del av personalen har genomfört strokecertifieringsutbildning där en genomgång görs av nationella riktlinjer.

Finns en aktiv bevakning för att ajourhålla vårdprogrammen i enlighet med riktlinjerna?
För varje vårdprogram inom region Jämtland Härjedalen finns en person ansvarig för uppdatering av vårdprogram eller motsvarande dokumenterade riktlinjer. I datasystemet finns särskilda ”påminnelser” som signalerar både när riktlinjer bör uppdateras eller när ny information har lagts.

Finns rutiner för bevakning av att återbesök sker enligt vårdprogrammen?
Återbesök är inte väl specificerade i vårdprogrammen. Däremot finns rutiner och praxis för bevakning av vårdprogrammen när återbesök ska ske och löpande uppföljning av väntelistor som görs av en sjuksköterska med särskilt ansvar för detta. I intervjuer framkommer att telefonuppföljning används för att följa patienter efter återbesök till dess att patienterna når målvärdena.

Finns rutiner för att analysera och rapportera avvikelser från vårdprogrammen när det gäller återbesök?
Det finns inga särskilda rutiner för att analysera och rapportera avvikelser från vårdprogram när det gäller återbesök. Ett skäl är att återbesök inte är särskilt specificerade och något uttalat vårdprogram inte finns för strokesjukvården. Ett annat skäl är att det inte finns rutiner för kontroll av vårdprogrammens efterlevnad. Däremot finns ett avvikelsesystem som används där händelser rapporteras som inte stämmer med normal rutin och förväntade vårdförlopp. Avvikelser rapporteras och diskuteras när det gäller strokesjukvården inom regionen, men inte särskilt kopplat till vårdprogram.

4.3 Hjärtinfarkt

4.3.1 Beskrivning av området

Hjärtinfarkt uppstår när en blodpropp plötsligt bildas i något av hjärtats kranskärl. Ca 28 000 personer drabbades av hjärtinfarkt i Sverige 2013. Forskning och vård inom hjärtinfarkt har varit framgångsrik de senaste 30 åren. Antalet hjärtinfarkter i samhället har minskat och dödligheten har halverats. Trots dessa framsteg är fortfarande hjärtinfarkt en av våra stora folksjukdomar och hjärtsjukdom den vanligaste orsaken till för tidig död.

Kvalitetsregistret Swedehearts kvalitetsindex är ett mått på vården vid alla sjukhus som tar emot hjärtinfarktspatienter. Kvalitetsindex baseras numera på elva indikatorer som rekommenderas med hög prioritet i Socialstyrelsen nationella riktlinjer för hjärtinfarktsvård. Kvalitetsregistret Swedeheart omfattar hela vårdkedjan, från den akuta till den sekundärpreventiva vården och har hög täckningsgrad. Östersunds sjukhus ligger i den nedre delen av kvalitetsindex resultaten. Samtidigt är det värt att konstatera att införandet av PCI-lab[9] i Östersund sannolikt ännu inte märks i resultaten. Primär PCI rekommenderas som förstahandsbehandling till alla patienter och så kallad ”Door-to balloon-time” bör ligga under 60 min.

[9] PCI= Percutaneous coronary intervention (ballongvidgning)

Jämtland Härjedalen har bristande resultat, framför allt med avseende på rehabilitering och återbesök. Enligt senaste mätningar (Vården i siffror) ligger Östersund långt under rikssnittet för både besök inom 90 dagar inom specialiserad hjärtsjukvård och fysiskt träningsprogram efter hjärtinfarkt 6 – 10 veckor (sämst i riket). Bristen på rehabiliteringsinsatser bekräftas i intervjuer. Skäl till dåliga resultat för rehab/fysisk träning efter 6 – 10 veckor förklaras av att många patienter avstår från den gruppträning som Jämtland Härjedalen erbjuder i Östersund på grund av långa avstånd. Vidare saknas möjligheter att erbjuda alla rätt sorts rehabilitering (gruppträning) överallt i länet. Registreringsproblem kan innebära att patienter som erbjudits rehabilitering men avstått/tackat nej har räknats in som ”patienter som inte erhållit rehabilitering”. Vissa resultatmått saknas från regionen inom hjärtsjukvården i öppna jämförelser (Vården i siffror), till exempel ”dödlighet efter sjukhusvård för hjärtinfarkt och ”dödlighet efter hjärtinfarkt”.

Hjärtsjukvården – Jämtland Härjedalen jämfört med riket[10].
Pilarna anger förändring från tidigare mättillfälle

Hjärtsjukvård – resultat JH jämfört med riket	JH	Riket
Besök inom 90 dagar inom specialiserad hjärtsjukvård	53.3% ⇧	**87,8%** ⇧
Operation inom 90 dagar i specialiserad hjärtsjukvård	100%	**85,9%** ⇧
Åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom per 100 000	46% ⇧	52,9% ⇩
Fysiskt träningsprogram efter hjärtinfarkt 12-14 mån	6,4% ⇧	43,9% ⇧
Fysiskt träningsprogram efter hjärtinfarkt 6-10 veckor	8,2% ⇧	**37,5%** ⇧

Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård innehåller rekommendationer om diagnostik, behandling och rehabilitering inom områdena kranskärlssjukdom, klaffsjukdom, arytmi, hjärtsvikt samt genetisk hjärt-kärlsjukdom och medfödda hjärtfel. Rapporten vänder sig främst till beslutsfattare.

Vårdprogram med avseende på återbesök
Region Jämtland Härjedalen har ett vårdprogram för akut hjärtsjukvård (2015). Vårdprogrammet revideras löpande och är undertecknat av verksamhetschef och granskat av medicinskt ansvarig läkare. Den som undertecknat vårdprogrammet har ansvaret för löpande revidering och kvalitetssäkring. Vårdprogrammet är till stora delar baserade på behandlingsprogrammet ”Akut internmedicin” som är utgivet inom Stockholms läns landsting och utgår från Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård. Underläkare vid Hjärtenheten förutsätts ha inhämtat grunderna i dessa riktlinjer innan de påbörjar sin tjänstgöring vid avdelningen. Det regionala vårdprogrammet kompletteras med ”riktlinjer för hjärtmottagningen”. I dokumentsystemet, Centuria, finns dokument samlade för hjärtsjukvården med olika länkar. Vid en uppdatering av ett underlag sker en automatisk justering av hela dokumentsamlingen. En signal går ut via mail som ”flaggar” att en uppdatering har skett.

Det finns exempel på förändringar inom Östersunds sjukhus till följd av nationella riktlinjerna, till exempel införandet av PCI lab och ändrade rutiner för pacemaker.

I vårdprogram och riktlinjer specificeras behandling och rutiner, framför allt för akut hjärtsjukvård. Där finns inga särskilda skrivningar om återbesök.

Det finns en rad olika riktlinjer för samverkan (Zamsynsdokument) mellan sjukhuset och primärvården. Zamsyn hypertoni är ett exempel. Hypertoni bör åtgärdas på ett tidigt stadium för att undvika komplikationer för hjärtat. Ansvariga för ”zamsynsdokumenten” är både representant för primärvården och för specialistsjukvården. Uppföljning av återbesök sker enligt fastställd praxis på hjärtmottagningen. Alla patienter kallas till återbesök efter två veckor, antingen fysiskt besök eller telefonuppföljning (beroende på om patienterna bor långt borta, patienternas tillstånd mm). På återbesöket går sjuksköterskan igenom riskfaktorer. Därefter ska ett läkarbesök ske efter sex till

[10] Källa: Vården i siffor

åtta veckor läkarbesök. Ibland kan det dröja en längre tid. Orsakerna till väntetiderna hänvisas bland annat till köer till kliniskt fysiologilaboratorium vilket utgör en flaskhals då ultraljudssvar alltid krävs inför läkarbesök. Efter ett år görs ytterligare uppföljning med både sjuksköterska och läkare. Därefter remitteras patienterna till primärvården. Om målvärdena inte ligger rätt (till exempel blodtryck, blodfetter) eller andra problem identifieras sker en telefonuppföljning eller så bokas ett läkarbesök in. Sjukgymnasterna träffar alltid patienter efter hjärtinfarkter. Patienter erbjuds också hjärtskola som en del av rehabilitering.

Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för hjärtsjukvård (2015) framgår att primärvården har en viktig roll när det gäller att upptäcka och diagnostisera hjärt-och kärlsjukdomar. Detta innebär att primärvårdens roll som första linjen också ska se till att ”återbesök” genomförs där det är medicinskt motiverat. Återbesök kan till exempel betyda en remiss till specialistsjukvården för vidare behandling. Primärvårdens erfarenhet och kunnande när det gäller att diagnostisera hjärtsjukdomar är därför av stor vikt. Patienter som inte upptäcks och diagnostiseras rätt i tid kan få större problem än nödvändigt. Dessutom utförs också en omfattande del av den långsiktiga behandlingen, sekundärpreventionen och rehabiliteringen av patienter med hjärt-kärlsjukdom i primärvården. Det finns särskilda riktlinjer riktade till primärvården inom området hjärtsjukvård.

I intervjuer framkommer uppfattningen att inga särskilda undanträngningseffekter av återbesök till följd av nybesök. Däremot finns en flaskhals i form av väntetider till laboratorium och övergången till Cosmic journalsystem har ännu inte ”satt sig”.

Vår journalgranskning visar på god ordning och att uppföljning sker enligt lokala riktlinjer.

Hjärtinfarkt: Journalgranskning

Allmänt omdöme
Mycket god ordning på journalföring med adekvat innehåll. Det är enkelt att följa behandling och dess effekter och insatta åtgärder är väl underbyggda. Uppföljning/återbesök sker helt enligt lokalt vårdprogram för hjärtinfarkt med få undantag som då är motiverade.

Handläggningen bedöms vara patientorienterad, kvalitativ, säker och effektiv.

Granskade journaler
10 journaler har granskats. Medelålder 71,4 år. Alla har konstaterad hjärtinfarkt. PCI är gjord akut och ballongdillatation och stentar inlagda på alla. 3 personer har avlidit i samband med vården. Uppföljning enligt vårdprogram har skett för samtliga 7 patienter som skrivits ut från sjukhuset. En patient har fått vänta på återbesök på grund av svårigheter med att få tid till ultraljud på fysiologenheten.

Handläggning följer aktuella riktlinjer.

4.3.2 Iakttagelser rörande granskningsfrågorna

Har styrelsen vidtagit aktiva åtgärder utifrån de nationella riktlinjerna? I så fall vilka åtgärder?
Den politiska ledningen vidtar inga särskilda åtgärder direkt kopplade till de nationella riktlinjerna. Men resultaten följs löpande vilket kan medföra politiska beslut. Det fanns tidigare, till exempel inget PCI laboratorium, men har nu inrättats vid Östersunds sjukhus efter uppföljning av resultaten för hjärtinfarkt.

Finns tillfredsställande rutiner för att säkerställa att vårdprogrammen följs när det gäller återbesök?
Nationella riktlinjer finns för hjärtsjukvård. Regionala vårdprogram finns för akut hjärtinfarkt. Riktlinjer för hjärtsjukvården i regionen fastställer om och inom vilken tidsram återbesök ska ske. Därutöver finns fastställda Zamsynsdokument mellan specialistsjukvården och primärvården (hjärtsvikt, flimmerpatienter, nya antikoagulantia) med en strukturerad beskrivning av ”vem gör vad”. Hjärtmottagningen har en inarbetad praxis för återbesök. Sjuksköterskor har ansvar för uppdatering och genomgång av väntelistorna regelbundet. Rutinerna är inte dokumenterade utan baseras på praxis. Väntelistorna uppdateras någon eller några gånger per år

Görs uppföljning av att återbesöken sker enligt vårdprogrammen? I så fall, hur handläggs resultatet av denna? Hur används resultaten?
Resultat från öppna jämförelser följs löpande, framför allt olika kvalitetsindikatorer. Resultaten visar på brister när det gäller uppföljning, vilket är kopplat till återbesök. Jämtland Härjedalen har sämst resultat i landet när det gäller andel patienter som deltar/deltagit i fysisk rehabilitering 6 –

10 veckor efter hjärtinfarkt. Regionen ligger långt under riksgenomsnittet vad avser fysiskt träningsprogram efter hjärtinfarkt 12–14 månader. Samtidigt har resultaten inneburit att beslut har fattats kring förbättringar av hjärtsjukvården, till exempel införandet av PCI-lab.

Är Socialstyrelsens riktlinjer för vårdprogram kända på verksamhetsnivå?
Socialstyrelsens nationella riktlinjer är, enligt intervjuer, kända bland läkarna. Osäkerhet råder kring kunskapen hos övrig personal.

Finns en aktiv bevakning för att ajourhålla vårdprogrammen i enlighet med riktlinjerna?
För varje vårdprogram inom region Jämtland Härjedalen finns en läkare med ansvar att uppdatera vårdprogrammen löpande när ny information finns och nya eller reviderade nationella riktlinjer presenteras.

Finns rutiner för bevakning av att återbesök sker enligt vårdprogrammen?
Återbesök är väl specificerade i vårdprogrammet. Däremot saknas dokumenterade rutiner för bevakning av att återbesök sker enligt vårdprogrammen. Fokus ligger på hantering av väntelistor, där det finns en utsedda sjuksköterskor som ansvarar för löpande uppdatering.

Finns rutiner för att analysera och rapportera avvikelser från vårdprogrammen när det gäller återbesök?
Det finns inga särskilda rutiner för att analysera och rapportera avvikelser från vårdprogrammen när det gäller återbesök. Däremot finns avvikelsesystem där händelser ska rapporteras som inte stämmer med normal rutin och förväntade vårdförlopp. Avvikelser rapporteras och diskuteras men inte särskilt kopplat till vårdprogrammen.

4.4 Höftfrakturer

4.4.1 Beskrivning av området

Höftfraktur eller höftledsbrott innebär att benet i lårbenshalsen eller den övre delen av lårbenet bryts. Höftfraktur är vanligast hos äldre patienter med osteoporos. Tre fjärdedelar av patienterna med höftfraktur är kvinnor. En tredjedel av alla svenska 80-åriga kvinnor har haft en höftfraktur. Tidigare har brott på lårbenshalsen och där benet vridits ur läge vanligen behandlats genom spikning. Nya rön har lett till att behandlingsmodellen i Sverige har ändrats det senaste decenniet. 65 – 70 procent av patienterna med cervikal höftfraktur bör opereras med höftprotes.

Ortopediska kliniken i Östersund består av ortopedmottagning, ortopediska vårdavdelningar samt enheten för sjukgymnastik och arbetsterapi. På kliniken finns 30 anställda läkare, exklusive AT-läkare. Kliniken handlägger årligen ca 9500 akutbesök och ca 12 000 mottagningsbesök samt 75 procent av de 3 700 operationer/år är akuta.

Enligt senaste värden (2014) i ”vården i siffror” genomför regionen 161,6 höftprotesoperationer per 100 000 invånare (åldersstandardiserade värden) vilket ligger över riksgenomsnittet (152,4). Implantatöverlevnad kan utgöra en viss indikation på hur vårdkedjan för höftfrakturer fungerar. Andel totala höftproteser som inte omopereras inom 10 år ligger högre i regionen, 96 procent, jämfört med riket (94,7 procent).

Väntetider till höftprotes, som kan bli ett resultat, till följd av höftfraktur varier stort över tid. Enligt senaste mätresultateten (dec 2015) hade 72,2 procent av operationerna utförts inom 90 dagar vilket ligger under genomsnittet för riket (80,2 procent). Väntetider till höftfrakturoperation efter ankomst till sjukhus (2014) ligger under målnivån (24 tim) i regionen (22,8 tim) och ligger i paritet med riket (22,3 tim). Jämtland Härjedalen uppvisar bättre resultat än riket vad gäller ”Andel patienter som är åter till ursprungligt boende 4 månader efter operation för höftfraktur” (2014) med 73 procent jämfört med rikets 67 procent.

Ortopedi/höftfraktur: Journalgranskning

Allmänt omdöme
Mycket god journalföring med adekvat innehåll. Mycket ålderstigen grupp patienter med flera olika sjukdomar. Vårdförlopp och planering efter utskrivning framgår i dokumentationen. Åtgärder är väl dokumenterade.

Handläggningen bedöms vara patientorienterad, kvalitativ, säker och effektiv.

Granskade journaler
10 journaler har djupgranskats. Medelålder är 84 år. Alla patienter har pertrochantär femurfraktur och har opererats antingen med märgspik eller platta. Alla har fått postoperativ antikoagulantiabehandling. 5 patienter har skrivits ut till korttidsboende efter vårdplanering 1 till särskilt boende och övriga 4 till hemmet. Ingen patient har behandlats med bifosfonat (mot osteoporos) vilket uppmärksammats tidigare och arbete pågår för att öka användningen. Endast den yngste har satts upp på återbesök enligt vårdprogram övriga ansågs inte behöva återbesök på grund av stabil fraktur hög ålder och god kontroll i normal vistandemiljö. Vår bedömning är att detta varit adekvat.

Handläggningen bedöms följa aktuella riktlinjer med frågetecken för låg användning av bifosfonat.

Det kvalitetsmått som används är väntetider till höftfrakturoperation som enligt Socialstyrelsens rekommendation ska vara max 24 timmar mellan ankomst och operation. I Östersund ligger tiden på (22,8), ungefär som riksgenomsnittet (22,3) och har förbättrats. Prioritering ligger på akuta och trauma patienter.

Vårdprogram med avseende på återbesök
Socialstyrelsen har publicerat nationella riktlinjer för vård och behandling av höftfrakturer Inom ramen för nationella riktlinjer finns beskrivningar rörande postoperativ omvårdnad och tidig postoperativ mobilisering med fokus på rehabiliteringsinsatser. Innan beslut tas om att en patient är medicinskt färdigbehandlad bör läkaren också ta ställning till om den hälso- och sjukvård som landstinget skall svara för tillräcklig för patientens behov, vilket kan innebära beslut om återbesök.

Inom regionen finns vårdprogram. Därutöver används Svenska höftprotesregistret, internetmedicin.se och olika dokumenterade riktlinjer till exempel benbanksrutiner, infektionsprofylax och trombosprofylax. Vårdprogrammen och riktlinjer tar upp beskrivningar av operationsmetod och

behandling. Däremot finns inga särskilda riktlinjer kring återbesök. Vårdprogrammen har en giltighetstid på två år med en ansvarig person för uppdatering.

I intervjuer framkommer att återbesök oftast inte behövs på höftfraktur. Enbart om det upplevs vara problem med patienten bokas återbesök in. Genomgång görs om var vårdprogrammen finns att läsa och alla förväntas vara insatt i programmet. Utbildningen av nya läkare sker på plats. Vårdprogrammen revideras löpande.

Telefonuppföljning som en del av uppföljning och återbesök är oftast inte aktuellt då det oftast krävs en röntgenkontroll. Akuta och traumapatienter prioriteras. Sjukhuset har arbetat med att effektivisera antalet återbesök vilket ibland kan innebära att patienter inte sätts upp på återbesök trots att det finns önskemål.

I intervjuer framkommer uppfattningen att det inte finns några undanträngningseffekter av återbesök till följd av nybesök.

Vår journalgranskning visar på god ordning med adekvat innehåll.

4.4.2 Iakttagelser rörande granskningsfrågorna

Har styrelsen vidtagit aktiva åtgärder utifrån de nationella riktlinjerna? I så fall vilka åtgärder?
I intervjuer framkommer att det inga särskilda beslut har fattats eller åtgärder vidtagits inom området höftfrakturer utifrån de nationella riktlinjerna.

Finns tillfredsställande rutiner för att säkerställa att vårdprogrammen följs när det gäller återbesök?
Nationella riktlinjer finns för vård och behandling av höftfrakturer. Regionala vårdprogram finns gällande val av operationsmetod, däremot inga särskilda anvisningar om återbesök. Det finns inte heller några särskilda rutiner för att säkerställa att återbesök görs.

Görs uppföljning av att återbesöken sker enligt vårdprogrammen? I så fall, hur handläggs resultatet av denna? Hur används resultaten?
Det sker, enligt intervjuer, ingen särskild uppföljning av att återbesök sker. Intervjupersoner uppfattar inte att återbesök undanträngs av nybesök. Östersunds sjukhus är den enda ortopedkliniken inom regionen vilket innebär att patienter återkommer om det uppkommer problem vilket löpande diskuteras. Avvikelser används för lärande. Röntgenronden är en viktig del som används för lärande och utveckling.

Är Socialstyrelsens riktlinjer för vårdprogram kända på verksamhetsnivå?
Socialstyrelsens nationella riktlinjer är i huvudsak kända inom verksamheten.

Finns en aktiv bevakning för att ajourhålla vårdprogrammen i enlighet med riktlinjerna?
För varje vårdprogram inom region Jämtland Härjedalen finns en läkare med ansvar att uppdatera vårdprogrammen. Vårdprogrammen har en giltighetstid på två år. Uppdatering sker digitalt och det är lätt att hitta dokumenten. Däremot upplevs IT-systemet som svårt och onödigt krångligt när uppdateringar ska ske.

Finns rutiner för bevakning av att återbesök sker enligt vårdprogrammen?
Återbesök är inte specificerade i vårdprogrammen.

Finns rutiner för att analysera och rapportera avvikelser från vårdprogrammen när det gäller återbesök?
Det finns inga särskilda rutiner för att analysera och rapportera avvikelser från vårdprogrammen när det gäller återbesök.

4.5 Äldrepsykiatri – ångest och depression

4.5.1 Beskrivning av området

Ångestsjukdomar hör till de allra vanligaste sjukdomarna i samhället. Ungefär var fjärde person drabbas någon gång under livet av ångestsjukdom. Kvinnor drabbas oftare än män. Med ångestsyndrom avses att flera symtom på ångest förekommer samtidigt på ett specifikt sätt och med en viss varaktighet. Uppskattningar finns om att var fjärde individ någon gång i livet kommer att drabbas av ett ångestsyndrom. I dag lider cirka 20 procent av alla äldre personer av psykisk ohälsa. Inom en snar framtid förväntas 25 procent av alla svenskar att vara 65 år och äldre, vilket gör psykisk ohälsa till en av våra största folksjukdomar.

Kraven på det psykiatriska stödet inom primärvården och socialtjänsten till denna grupp kommer att öka. (Socialstyrelsen 2013). De flesta äldre patienter inom primärvården får inte ta del av specialistpsykiatrins kompetens. Flera organisationer (t.ex. WHO, European Association of Geriatrick Psychiatry) har framhållit att specialistutbildning, handledning och information rörande äldrepsykiatriska frågor är en bristvara. Äldres psykiska ohälsa är ett eftersatt område.

Regionens resultat för tillgängligheten till psykiatrisk specialistvård har varierat de senaste åren. Senaste rapporterade resultaten (2014 dec) hade 86,7% av patienterna fått besök inom 90 dagar, något lägre än riket (95,2%).

I Region Jämtland Härjedalen finns en mindre enhet för äldrepsykiatri, öppenvård, som behandlar äldre med psykisk ohälsa, demens och generellt psykiatriska diagnoser som kommit på äldre dagar. Det finns en stor affektiv mottagning med behandling av bipolära och affektiva patienter. Där kan det också finnas äldre patienter. Dessutom finns en enhet för trauma och ångest, patienter med trauma. Inom primärvården finns en geriatriker anställd. Flera psykiatriska diagnoser finns hos (äldre) patienter i primärvården. I intervjuer framkommer att telefonuppföljning av patienter används till viss delar, till följd av stora geografiska avstånd men också för att möjliggöra en intervention i avvaktan på att tid kan erbjudas för återbesöket. Väntetiden blir därmed en tid då man utprovar en åtgärd; vanligen i form av medicinering.

Äldrepsykiatri, depression och ångest: Journalgranskning

Allmänt omdöme
God journalföring med adekvat innehåll. Ofta långvariga kontakter med många kontakter både via telefon och besök. Relativt få nybesök och stor övervikt för demensutredning. Frågan handlar snarast om det inte finns möjlighet att minska antalet återbesök till förmån för nya patienter.

Handläggning bedöms vara patientorienterad med hög kvalitet men skulle behöva följas upp mer för att säkra effektivitet och säkerhet.

Granskade journaler
5 journaler har djupgranskats. Hela 2015 och 2016 fram till 18/2 har gåtts igenom vad gäller besökstyper och patientrelaterat arbete i övrigt (telefon, administration etc).

På grund av få nybesök i kategorin depression kunde inte flera djupgranskningar göras.

Medelålder är 71 år. Remisser kommer framför allt från primärvården. Patienternas symtom och behov är var för sig mycket olika varför några slutsatser på gruppnivå inte kan göras.

Dokumentationen är av god kvalitet och innehåller adekvat information om vården.

Vårdprogram med avseende på återbesök
Socialstyrelsen har publicerat nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. I dessa finns vissa skrivningar kring äldre. En rekommenderad kvalitetsindikator är ”*Uppföljning via telefon eller återbesök minst två gånger första månaden efter att läkemedelsbehandling satts in*”.

I regionen finns en rad olika lokala vårdprogram och riktlinjer, till exempel för depression (bipolära depression), trauma och ångest. Vårdprogrammen utformas av en partssammansatt grupp under ledning av enheternas medicinska ledningsansvariga doktorer med flera yrkeskategorier. Åter-

besök ska planeras utifrån patienternas behov. I vårdprogrammen framgår inte exakt när/hur återbesök ska ske. Det finns en praxis där första besöket innebär ett möte med läkare, ibland tillsammans med sjuksköterska och kurator. Efter någon vecka sker en telefonuppföljning och då beslutas om återbesök ska ske eller inte. Det framkommer i intervjuer att det är nödvändigt att arbeta med telefonuppföljning till följd av stora avstånd i länet.

I intervjuer framkommer vikten av att prioritera nybesök dels för att fånga upp patienter i tid, dels för att det finns ett ”tryck” från vårdgarantin. Väntetider till återbesök upplevs vara ett problem, särskilt till följd av vakanser och sjukskrivningar. För äldre finns en praxis om att telefonuppföljning bör ske efter någon vecka. Då fattas också beslut om återbesök eller inte.

Region Jämtland Härjedalen har ett vårdprogram för trauma och ångest (2015-02-26). Vårdprogram för Ångestsyndrom bygger i stora delar på Stockholms läns landstings (SLL) vårdprogram (2011). Vårdprogram för traumarelaterade psykiska störningar från kunskapscentrum för katastrofpsykiatri, SBU-rapporter (2005) samt Socialstyrelsens nationella riktlinjer (2011). Riktlinjerna avser lindriga och medelsvåra tillstånd.

Därutöver krävs möjlighet till ett nära samarbete med, alternativt medverkan av, psykiater vid komplicerade eller svårare tillstånd, samt möjlighet till regelbunden uppföljning och utvärdering av behandling.

I region Jämtland Härjedalen handläggs cirka 70 procent av alla patienter med ångestsyndrom inom primärvården som fungerar som första linjens psykiatri. Här görs en första bedömning av patientens hälsoproblem. När två på varandra följande adekvata behandlingsalternativ inte gett avsedd effekt bör, enligt vårdprogrammet, psykiatrin konsulteras alternativt helt överta behandlingsansvaret. Patienter som är färdigbehandlade inom specialistpsykiatrin utifrån de resurser och den kompetens som finns tillgänglig kan över remitteras till primärvården för fortsatt kontakt och eventuell läkemedelsuppföljning.

4.5.2 Iakttagelser rörande granskningsfrågorna

Har styrelsen vidtagit aktiva åtgärder utifrån de nationella riktlinjerna? I så fall vilka åtgärder?
I intervjuer framkommer att direktiv från politiska nivån endast har förekommit när det gäller tvångsvården med målet att minska antalet tvångsintagna.

Finns tillfredsställande rutiner för att säkerställa att vårdprogrammen följs när det gäller återbesök?
Det finns inga särskilda rutiner för att säkerställa att vårdprogrammen följs. I intervjuer framkommer ett behov av att arbeta mer systematiskt med uppföljning. Resultaten från kvalitetsregister följs över tid.

Görs uppföljning av att återbesöken sker enligt vårdprogrammen? I så fall, hur handläggs resultatet av denna? Hur används resultaten?
Uppföljning görs en gång om året då det sker en genomgång av patientstocken. Arbetet leds av den som har medicinskt ledningsansvar. Inget strukturerat arbete sker med uppföljning av återbesök eller särskilda analyser om följsamheten till vårdprogrammen.

Är Socialstyrelsens riktlinjer för vårdprogram kända på verksamhetsnivå?
Socialstyrelsens riktlinjer är kända inom framförallt läkarkåren.

Finns en aktiv bevakning för att ajourhålla vårdprogrammen i enlighet med riktlinjerna?
För varje vårdprogram inom region Jämtland Härjedalen finns en läkare med ansvar att uppdatera vårdprogrammen. Vårdprogrammen har en giltighetstid på två år. Uppdatering sker digitalt och det är lätt att hitta dokumenten. Däremot upplevs IT-systemet som svårt och onödigt krångligt när uppdateringar ska ske.

Finns rutiner för bevakning av att återbesök sker enligt vårdprogrammen?
Återbesök är inte specificerade i vårdprogrammen.

Finns rutiner för att analysera och rapportera avvikelser från vårdprogrammen när det gäller återbesök?
Det finns inga särskilda rutiner för att analysera och rapportera avvikelser från vårdprogrammen när det gäller återbesök.

4.6 Primärvården

Primärvården ingår inte som en del av denna granskning. Vi vill ändå lyfta fram vikten av ett nära samarbete mellan primärvården och specialistvården, särskilt med avseende på återbesök. Primärvårdens diagnossättning och remitterande till den öppna specialistvården är avgörande för att patienter får rätt sjukvård. I Östersund är 90 procent av primärvården i offentlig regi och 10 procent är privat. Inom primärvården pågår ett arbete att införa särskilt ansvar för sjuksköterskor inom kroniska sjukdomar. Diabetessjuksköterskor ansvarar till exempel för uppföljning av diabetiker. Normen är ett läkarbesök varje år, men det kanske inte behövs om patienten är stabil eller om det kan skötas av en sjuksköterska. Detta kan innebära en effektivisering.

I arbetet att stärka samverkan mellan primärvården och specialistvården har 12-14 Zamsynsdokument tagits fram, t.ex. ortopedi, demensdiagnostik och handläggning av hypertoni. Dessa kan innehålla beskrivningar av vad remisser och remissvar ska innehålla. Dokumenten har alltid två ansvariga, en läkare från specialistsjukvården och en från primärvården. Det finns önskemål om att betydligt fler områden bör få motsvarande samverkansavtal.

Det finns också en olika uppfattningar om vilka patienter primärvården tar och borde ta jämfört med den öppna specialistvården. Strokepatienter är mer olika sinsemellan jämfört med övriga tre diagnosområden. Uppföljning av strokepatienter sker på äldreboenden eller strokemottagning. Höftfrakturpatienter följs alltid upp av sjukgymnast och kommer inte till primärvården även om sjukgymnasten kan vara anställd i primärvården. För hjärtinfarkt patienter sker alla första besök i sjukhuset och återbesök på sjukhuset. Om patientens läge är stabilt remitteras patienterna till primärvården. Patienterna får beställa tid själva. Äldre patienter med depression och ångest är den grupp (av våra granskade områden) som till stor del finns inom primärvården. Indikationsgränserna för om patienter med diagnos ångest/depression upplevs av primärvården ibland som alltför hårda. Detta leder till att för många ”tunga” psykiatripatienter finns inom primärvården och inte i psykiatriska öppenvården.

Samtidigt framkommer synpunkter på bristande kompetens i primärvården vilket leder till att återbesök som i vanliga fall skulle kunna skötas av primärvården planeras i specialistsjukvården. I intervjuer framkommer också en uppfattning om att remisser skrivs till primärvården som sedan inte kallar patienterna och inte har tillfredsställande kontroll på patientens värden.

Primärvården upplever inga undanträngningseffekter av återbesök till följd av nybesök. Däremot framkommer i intervjuer att övergången till nytt journalsystem (Cosmic) har inneburit en undanträngning av besök av kroniker.

4.7 Övriga iakttagelser

Det som kan påverka rapporteringen av återbesök, är enligt intervjupersoner, byte av journalsystem vilket skedde år 2015 och införandet av egenvårdbegäran den 1 jan 2016 (som gör att patienten själv kan skriva remiss till specialistmottagning och komma direkt till specialist). Tidigare övergång till journalsystemet Cosmic innebar, enligt intervjuer, en kapacitetsförlust, till följd av ett relativt mer krångligt system jämfört med tidigare. Inom primärvården uppskattades övergången innebära en kapacitetsförlust med 50 procent. Systemövergången innebar en undanträngningseffekt, så till vida att återbesöken fick ”glesas ut” för kroniker med stabila förhållanden. Generellt uppfattas annars att det inte finns några undanträngningseffekter av återbesök till förmån för nybesök. Ledningen följer återbesök, till exempel kvoten nybesök/återbesök. Uppfattningen är snarare att det sker för många återbesök.

Bilaga 1 – Resultat från enkät

Om enkäten och dess resultat
Som en del av granskningen genomfördes en enkätundersökning. Enkäten är ett komplement till övriga underlag i granskningen i form av intervjuer, journalgranskningar, statistik, dokumentanalyser med mera. Enkäten och dess frågeställningar är konstruerad utifrån de fastställda granskningsfrågorna med särskilt fokus på återbesök.

Enkäten skickades ut till läkare inom region Jämtland Härjedalen med ett medicinskt ledningsuppdrag, medicinskt ledningsansvar och/eller läkare som arbetar inom områdena stroke, hjärtinfarkt, höftfrakturer och psykiatri**,** totalt 41 personer. Enkäten påbörjades av 23 personer men besvarades i sin helhet av endast 16 personer vilket ger en svarsfrekvens på 39 procent. Vi kan dock konstatera att resultaten av enkäten stödjer våra iakttagelser och slutsatser från analyserade dokument och underlag samt genomförda intervjuer. Vi bedömer att resultaten är intressanta.

Enkäten genomfördes som webbenkät under perioden 29 januari – 25 februari. Två påminnelser skickades ut under perioden.

Enkäten omfattar 10 huvudfrågor med underfrågor. Frågorna framgår av nedanstående redovisning av enkätens resultat.

Fråga 1. Ange vilka nationella, regionala och lokala dokument/ policys som är centrala för Dig för att bedriva en vård av hög kvalitet och säkerhet enligt nationella riktlinjer.

Sammanfattning av fri text svar:

- Nationella riktlinjer (exempelvis gällande hjärtsjukvård, rörelseorganens sjukdomar, de olika psykiska sjukdomarna)
- Regionala och lokala vårdprogram
- Lokala dokument som följer nationella riktlinjer
- Lokala PM (exempelvis gällande benbanksrutiner, infektionsprofylax, trombosprofylax)
- Svenska höftprotesregistret, SHPR.se
- Janusinfo.se (webbplats som innehåller kommersiellt obunden läkemedelsinformation riktad till läkare och sjukvårdspersonal)
- Information från Centuri (dokumenthanteringssystem)
- Internetmedicin.se
- SBU rapporter

2. Vårdprogram
Fråga 2.1 Finns vårdprogram inom ditt verksamhetsområde baserade på nationella riktlinjer?

	Antal	%
Ja	12	*71*
Nej	2	*12*
Vet ej	3	*18*

Fråga 2.2 Finns dokumenterade rutiner inom ditt verksamhetsområde baserade på nationella riktlinjer?

	Antal	%
Ja	12	*71*
Nej	2	*12*
Vet ej	3	*18*

Fråga 2.3 Innehåller vårdprogrammen eller motsvarande dokumenterade rutinerna tydliga krav på återbesök?

	Antal	%
Ja	8	*47*
Nej	6	*35*
Vet ej	3	*18*

Fråga 2.4 Finns det andra riktlinjer som inte bygger på nationella vårdprogram?

	Antal	%
Ja	8	*47*
Nej	1	*6*
Vet ej	8	*47*

3. Återbesök
Fråga 3.1 Jag har avstått från att boka in medicinskt motiverade återbesök

	Antal	%
Stämmer inte alls	9	*53*
I mycket låg grad	4	*24*

I ganska låg grad	**3**	*18*
I ganska hög grad	**1**	*6*
I mycket hög grad	**0**	*0*
Vet ej	**0**	*0*

Fråga 3.2 Jag har följt vårdprogram eller motsvarande dokumenterade rutiner när det gäller återbesök

	Antal	*%*
Stämmer inte alls	**0**	*0*
I mycket låg grad	**1**	*6*
I ganska låg grad	**0**	*0*
I ganska hög grad	**10**	*59*
I mycket hög grad	**3**	*18*
Vet ej	**3**	*18*

4. Styrning och ledning
Fråga 4. Hur väl anser Du att nedanstående påstående stämmer inom din egen specialitet?

4.1 Det finns tillfredsställande rutiner för att säkerställa att vårdprogram eller andra motsvarande dokumenterade rutiner följs när det gäller återbesök	**Antal**	*%*
Inte mycket låg grad	**0**	*0*
I ganska låg grad	**6**	*38*
I ganska hög grad	**3**	*19*
I mycket hög grad	**3**	*19*
Stämmer inte alls	**2**	*13*
Vet ej	**2**	*13*

4.2 Det görs uppföljning av att återbesöken sker enligt vårdprogram eller andra motsvarande dokumenterade rutiner	**Antal**	*%*
Inte mycket låg grad	**0**	*0*
I ganska låg grad	**4**	*25*
I ganska hög grad	**2**	*13*
I mycket hög grad	**1**	*6*
Stämmer inte alls	**2**	*13*
Vet ej	**7**	*44*

4.3 Socialstyrelsens nationella riktlinjer är kända på verksamhetsnivå	**Antal**	*%*
Inte mycket låg grad	**0**	*0*
I ganska låg grad	**2**	*13*
I ganska hög grad	**8**	*50*
I mycket hög grad	**4**	*25*
Stämmer inte alls	**1**	*6*
Vet ej	**1**	*6*

4.4 Det finns en aktiv bevakning för att ajourhålla vårdprogram eller andra dokumenterade rutiner i enlighet med riktlinjerna	**Antal**	*%*
Inte mycket låg grad	**2**	*13*
I ganska låg grad	**2**	*13*
I ganska hög grad	**6**	*38*
I mycket hög grad	**3**	*19*
Stämmer inte alls	**0**	*0*
Vet ej	**3**	*19*

4.5 Det finns rutiner för bevakning av att återbesök sker enligt vårdprogram eller andra motsvarande dokumenterade rutiner	**Antal**	*%*
Inte mycket låg grad	**1**	*6*
I ganska låg grad	**5**	*31*
I ganska hög grad	**3**	*19*
I mycket hög grad	**0**	*0*
Stämmer inte alls	**2**	*13*
Vet ej	**5**	*31*

Fråga 5. Anser Du att organisation och styrning fungerar väl i följande avseenden?

5.1 När det gäller stöd och information från regionledningen avseende implementering av nationella riktlinjer	**Antal**	*%*
Inte mycket låg grad	**5**	*31*
I ganska låg grad	**4**	*25*
I ganska hög grad	**4**	*25*
I mycket hög grad	**0**	*0*
Vet ej	**3**	*19*

5.2 När det gäller stöd och information från min områdesledning eller motsvarande för implementering av nya eller ändrade vårdprogram eller motsvarande dokumenterade rutiner grundade på nationella riktlinjer.	**Antal**	*%*
Inte mycket låg grad	**2**	*13*
I ganska låg grad	**6**	*38*
I ganska hög grad	**6**	*38*
I mycket hög grad	**0**	*0*
Vet ej	**2**	*13*

5.3 När det gäller uppföljning och lärande av vårdprogram eller motsvarande dokumenterade rutiner	**Antal**	*%*
Inte mycket låg grad	**5**	*31*
I ganska låg grad	**6**	*38*
I ganska hög grad	**5**	*31*
I mycket hög grad	**0**	*0*

Vet ej	**0**	*0*

Fråga 6. Vilken befattning har Du? (du kan välja flera alternativ)

	Antal	*%*
Medicinskt ledningsuppdrag (MLU)	**7**	*35*
Medicinskt ledningsansvar (MLA)	**0**	*0*
Överläkare	**9**	*45*
Underläkare	**3**	*15*
Annan (enhetschef)	**1**	*5*

Fråga 7. Vilket verksamhetsområde tillhör du?

	Antal	*%*
Akutvård	**0**	*0*
Ortopedi	**7**	*44*
Hjärt-, kärl-, neurologi-, rehab-, reumatologi	**4**	*25*
Hud, Infektion och Medicin	**5**	*31*
Psykiatri	**0**	*5*
Primärvård	**0**	*0*
Annat		

Fråga 8. Vad arbetar Du med?

	Antal	*%*
Strokesjukvård	**1**	*6*
Hjärtinfarkt	**3**	*19*
Psykiatri	**5**	*31*
Höftfrakturer	**5**	*31*
Annat, nämligen handkirurgi/ortopediskt trauma samt barnortopedi, allmänortopedi och trauma	**2**	*13*

Fråga 9. Hur lång tid har Du haft din nuvarande befattning?

	Antal	*%*
Mindre än ett år	**2**	*13*
Mellan ett och sex år	**5**	*31*
Mellan tre och sex år	**4**	*25*
Längre än sex år	**5**	*31*

Fråga 10. Skriv om du har synpunkter utöver eller om du vill förtydliga de svar du lämnat på föregående frågor. Du kan även skriva förtydliganden, förbättringsförslag avseende utformandet och implementering av vårdprogram eller motsvarande avseende återbesök i regionen:

Sammanfattning av fri text svar:

- Vi följer Janusinfo för att ta hand om, utreda och behandla personer som insjuknar i stroke. Alla med stroke och TIA följs på Strokemottagning som riktar in sig på intervention av riskfaktorer. Mobila stroketeamet och rehab följer upp och optimerar förmåga till aktivitet. En lokal rutin finns för Trombolys.
- Socialstyrelsens riktlinjer för rörelseapparaten berör inte höftfrakturer i alls!

- Återbesök pga. rörelseorganens sjukdomar rörr en relativt liten del av återbesök. De flesta återbesök är uppföljning av skadade patienter oavsett behandling, operativt eller konservativt. Pga bristande kompetens i primärvården blir man tvungen att planera återbesök som i vanliga fall skulle kunna skötas via primärvården. Många nybesök skulle också minskas om man hade motsvarande kompetens i primärvården.
- Vår utgångspunkt inom enheten är patientens situation, behov och tillstånd - mer än att viss tid förflutit. Telefonkontakter är frekventa och utgör prioriteringsunderlag för uppföljning och återbesök. Resvägar och andra pågående sjukvårdskontakter kan i viss mån påverka också.
- Vi har inget specifikt vårdprogram för depression hos äldre. Ledningen verkar inte ha tid att engagera sig på den nivå ni efterfrågar.
- Diskussion där man tänker utanför boxen t.ex. inventera möjligheter att hyra sjukhuslokal kvällstid för "egen" praktik- då uppdraget är att beta av köer samt verkställa återbesök inom tidsram. Detta på frivillig basis eftersom privatlivet tar olika mycket tid i anspråk olika perioder i livet. Kan ju vara ett alternativ till dyra stafetter!!! Och att locka anställda att stanna kvar.

Bilaga 2 – Intervjuade personer

Följande personer har intervjuats:

Malin Andersson
Carsten Dencker
Olof Englund
Ceclia Lyrén Fors
Lisbet Gibson
Magnus Gibson
Jan Hansson
Lars Holgén
Ingela Jönsson
Anna Kerstin Lejonklou
Håkan Lindholm
Sara Magnusson
Lena Olander
Simon Östling

14

Svar på skrivelse om Tillgänglighetsguide - projektsamverkan mellan kommunerna i Jämtlands län

RS/423/2016

REGION
JÄMTLAND HÄRJEDALEN
2016 -02- 24
Dnr...../...../20.....

2016-02-03

Region Jämtland Härjedalen

Ann-Marie Johansson

Bengt Bergqvist

Tillgänglighetsguide, projektsamverkan mellan kommunerna i Jämtlands län

Pensionärs- och Tillgänglighetsrådet i Bräcke är ett organ för överläggningar, samråd och ömsesidig information mellan kommunens nämnder och styrelser samt företrädare för organisationer för pensionärer och funktionshindrade.

God tillgänglighet är en förutsättning för att alla människor ska kunna delta i samhällslivet på jämlika villkor. Med god tillgänglighet menas att alla, oavsett eventuella funktionshinder, ska ha samma möjlighet som övriga medborgare att vistas på platser som har verksamheter för allmänheten. Det gäller banker, myndigheter, caféer, restauranger, frisörer, hotell, kulturlokaler, kommunikationer osv. Alla ska kunna använda sig av t.ex. hissar, toaletter, handikapparkering eller parkeringsplatser nära en entré som ska besökas. Så är förhållandet inte riktigt idag. Som funktionsnedsatt är det därför viktigt att i förväg veta vilka platser som är tillgängliga och vilka som är besvärliga eller kanske omöjliga att besöka.

Liksom övriga medborgare har även funktionsnedsatta intresse och behov av att resa och vistas, inte enbart i den egna kommunen utan framförallt även i hela länet. Pensionärs- och Tillgänglighetsrådet i Bräcke anser att det finns behov av en Tillgänglighetsguide som informerar om tillgängligheten i samtliga länets kommuner och som blir en hjälp för personer med funktionshinder vid planering av besök på olika platser. Tillgänglighetsguiden behöver vara både nätbaserad samt i form av en pappersprodukt.

Pensionärs- och Tillgänglighetsrådet i Bräcke föreslår att Region Jämtland Härjedalen tar upp frågan och verkar för att en Tillgänglighetsguide kommer till stånd, som ett samverkansprojekt mellan kommunerna i Jämtlands län.

För Pensionärs- och Tillgänglighetsrådet

Barbro Norberg, ordförande Pensionärs- och Tillgänglighetsrådet

Bräcke kommun

barbro.norberg@bracke.se , 076-8361085

15

Val av ledamöter till styrgrupp och arbetsgrupper i förberedelsearbetet för regionbildning

RS/854/2016

Landstinget Västernorrland | VÄSTERBOTTENS LÄNS LANDSTING | REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN | NORRBOTTENS LÄNS LANDSTING

2016-06-17

Socialdemokraterna
Moderaterna
Vänsterpartiet
Centerpartiet
Sjukvårdspartiet
Sverigedemokraterna
Liberalerna
Miljöpartiet
Kristdemokraterna

Inbjudan till partierna i Norrland att nominera ledamöter till styrgrupp och arbetsgrupper för förberedelsearbetet kring regionbildning

Denna inbjudan skickas med samma formulering från vardera Norrbottens läns landsting, Västerbottens läns landsting, Landstinget Västernorrland och Region Jämtland Härjedalen. För att ge er tid för nomineringsarbetet skickas denna inbjudan när alla fyra styrelserna beslutat angående förberedelsearbete inför regionbildningen, men innan fullmäktigebehandling. Därför gäller inbjudan under förutsättning av fullmäktiges beslut.

Partierna i Norrland erbjuds att nominera 27 ledamöter till styrgruppen för förberedelsearbetet kring regionbildning.

Socialdemokraterna ska utse	8 ledamöter
Moderaterna	3 ledamöter
Vänsterpartiet	3 ledamöter
Centerpartiet	3 ledamöter
Sjukvårdspartiet	2 ledamöter
Sverigedemokraterna	2 ledamöter
Liberalerna	2 ledamöter
Miljöpartiet	2 ledamöter
Kristdemokraterna	2 ledamöter
	27 ledamöter

Fördelningen innebär att partidistrikten i länen behöver komma överens sinsemellan om vilka som ska nomineras. Nomineringarna ska göras till senast den 1 augusti och sändas till NRF (norrlandstingen@vll.se).

För att ersättning ska kunna utgå till de som deltar i styrgrupp och arbetsgrupper, måste de nominerade personerna fastställas som ledamöter. Det måste ske hos den organisation som

ska betala ut ersättningar/arvode. I annat fall finns ingen grund för sådan utbetalning. Därför fattas beslut om nomineringarna till styrgruppen av resp landsting/region för ledamöter från det egna länet efter samordning via NRFs kansli.

Partierna erbjuds också att från vartdera län nominera 20 ledamöter till de fyra politiska arbetsgrupper som utöver styrgruppen också ska arbeta med förberedelserna. Arbetsgrupperna består av 5 förtroendevalda från varje län d.v.s. arbetsgruppens storlek blir 20 förtroendevalda. Varje län ska således totalt utse 20 förtroendevalda (från kommun/eller landsting). Ramverket för det, bör vara valresultat från 2014 års val i landstings/regionval och eventuella valsamverkan inom länen.
I första förslaget som sändes ut fanns förslag på fyra politiska arbetsgrupper:

- Samverkan kommuner-region
- Regional utveckling
- Infrastruktur och kultur
- Trafik

Det har framförts många synpunkter på indelningen i arbetsgruppsområden. Förslaget till indelning i arbetsgrupper ändras inte i nuläget. Frågan om den slutliga indelningen i arbetsgrupper och direktiv för dessa får bedömas vid styrgruppens första sammanträde.

Nomineringar ska för detta skickas till resp landsting/region senast 2016-08-01.
Beslut om nomineringarna till arbetsgrupperna kommer att fattas av respektive landstingsstyrelse/fullmäktige/Regionstyrelse/fullmäktige.

I er nominering av ledamöter bör ni beakta representation från kommunerna och även koppling till de representanter som deltar i samtal med Indelningskommittén om regionbildningen, på SKL. Vidare rekommenderas att de som utses har ett förtroendeuppdrag inom kommun/landsting/region.

Under förutsättning av beslut i landstingsfullmäktige/regionfullmäktige kommer utsedda ledamöter och ersättare i styrgrupp och arbetsgrupper som har mindre än 40 % fast arvode få arvode och ersättning för förlorad arbetsförtjänst enligt Kommittéförordning (1998:1474). Reseersättningar utgår enligt resp landsting/regions regelverk.

Till detta brev bifogas beslutsunderlag för ytterligare information.
Frågor kan ställas till NRFs kansli via mail (se ovan) eller resp landsting/regions kansli.

Med vänliga hälsningar

Ann-Marie Johansson
Regionstyrelsens ordförande
Region Jämtland Härjedalen

§ 84 Deltagande i förberedelsearbetet för regionbildning inom ramen för NRF (RS/854/2016)

Protokollsutdrag regionstyrelsen 2016-05-24—25, § 141

Ärendebeskrivning

Indelningskommittén presenterade den 9 mars ett diskussionsunderlag i form av en karta. Den 31 mars lämnade Indelningskommittén besked i en promemoria kallad ”Sammanfattning efter första omgången av sonderande samtal”. Där skriver Indelningskommittén: ”Utifrån de sonderande samtal som vi nu har slutfört drar vi slutsatsen att det finns stöd för vårt förslag till länsindelning för landet som helhet. Det förslag till indelning av Sverige som vi presenterade den 9 mars kommer därför att vara utgångspunkten för kommitténs kommande betänkanden. Vi gör också bedömningen att det finns förutsättningar att genomföra flera förändringar per den 1 januari 2019. Därför går vi nu vidare i processen att ta fram ett delbetänkande till den 30 juni 2016. Vi genomför nu en andra samtalsrunda i syfte att konkretisera utformningen av en ny regional samhällsorganisation och ta fram förslag till delbetänkandet i juni.”

En regionbildning kräver betydande förberedelser såväl inom politikområden som vad gäller förberedelser för regionens praktiska funktionalitet. Diskussionen om hur förberedelsearbetet ska organiseras behöver därför ske under våren 2016, med målsättning att skapa förutsättningar för att en projektorganisation kan börja sitt arbete efter sommaren 2016 om ett delbetänkande presenterats 30 juni.

Mot den bakgrunden har Norrlandstingens Regionförbunds direktion beslutat rekommendera landstingen
att erbjuda politiska partier i de fyra nordligaste länen att medverka i en samverkansorganisation för insyn och dialog kring förberedelsearbetet för regionbildning 2019, enligt bilagt förslag
att besluta om finansiering enligt befolkningsfördelning av projektorganisation enligt bifogat budgetförslag.

Av beslutsunderlaget framgår följande angående samverkansorganisationen
Norrlandstingens regionförbund ska användas som plattform och koordinerande funktion för utrednings-/förberedelsearbetet. Förbundsordningen medger inga beslut i denna typ av frågor, men det är inte heller avsikten med det förberedande arbetet. Det är en kartläggnings- och beredningsprocess för indelningsdelegerade som fr.o.m. 2018 kommer att kunna fatta beslut för den nya regionens räkning.

En styrgrupp ska finnas bestående av 27 ledamöter. Styrgruppens främsta

uppdrag är att svara för insyn och förankring. Styrgruppens uppdrag är att följa och överblicka kartläggnings- och förberedelsearbetet; att ge synpunkter på underlag som presenteras och att kontinuerligt informera och återkoppla till sina egna organisationer. Socialdemokraterna har 8 platser i styrgruppen, moderaterna, vänsterpartiet och centerpartiet har 3 platser vardera och sjukvårdspartiet, sverigedemokraterna, liberalerna, miljöpartiet och kristdemokraterna har 2 platser vardera. Partierna erbjuds att utse representanter till styrgruppen enligt fördelning ovan. Representanterna ska utses bland partiernas representanter i Landstings-/eller kommunfullmäktige. Respektive organisation ansvarar för arvoden och omkostnader för sina ledamöters deltagande.

Det ska också finnas fyra politiska arbetsgrupper, samverkan kommuner-region, Regional utveckling, Infrastruktur och kultur, samt Trafik. Frågan om den slutliga indelningen i arbetsgrupper och direktiv för dessa kommer att bedömas vid styrgruppens första sammanträde.

Arbetsgrupperna ska bestå av 5 förtroendevalda från varje län d.v.s. arbetsgruppens storlek blir 20 förtroendevalda därutöver utses en ordförande. Inom gruppen kan en 1:a och en 2:e vice ordförande väljas. Varje län ska totalt utse 20 förtroendevalda (från kommun/eller landsting). Ramverket för det, bör vara valresultat från 2014 års val i landstings/regionval och eventuella valsamverkan inom länen. I Jämtland Härjedalen betyder detta följande fördelning av de 20 ledamöterna:

S	9
M	5
C	3
V	1
Mp	1
SD	1
Kd	0
Fp	0
	20

Valsamverkan under nomineringsarbetet kan förändra denna fördelning.

Förutom de arbetsgrupper som utses för politikområden finns omfattande behov av förberedelsearbete i administrativa sakfrågor. En projektorganisation är föreslagen under ledning av den politiska styrgruppen. Landstingsdirektörerna utgör beredningsgrupp för ärenden som skall presenteras för styrgruppen. Projektorganisationen ska bestå av projektledare 100 procent, projektsekreterare 100 procent, kommunikatör 50 procent. En kostnadsberäkning av ovanstående tjänster samt reskostnader ger årssumman 3 588 000 kr. Fördelning mellan

landstingen/Region Jämtland Härjedalen utifrån befolkningsandelar ger en årskostnad för Region Jämtland Härjedalen på 516 000 kr.

Beslutsunderlag

Sammanfattande promemoria om deltagande i förberedelsearbete gällande regionbildning
Protokoll NRFs förbundsdirektion 2016-04-19
Beslutsunderlag till NRFs förbundsdirektion
Mandatfördelning
NRFs återkoppling till de politiska partierna
Förslag till gemensam inbjudan till partierna i Norrland för att nominera ledamöter till förberedelsearbetet

Regiondirektörens förslag

1. De politiska partierna representerade i Norrbottens läns landsting, Västerbottens läns landsting, Landstinget Västernorrland och Region Jämtland Härjedalen inbjuds att nominera ledamöter till styrgrupp för regionbildningen, totalt 27 ledamöter. Beslutet gäller under förutsättning att regionfullmäktige beslutar om deltagande i förberedelsearbetet.

2. De politiska partierna representerade i Region Jämtland Härjedalen inbjuds att också nominera 5 ledamöter till fyra arbetsgrupper, dvs totalt 20 ledamöter. Beslutet gäller under förutsättning att regionfullmäktige beslutar om deltagande i förberedelsearbetet.

3. Regiondirektören får i uppdrag att organisera tjänstemannadeltagande i förberedelsearbetet.

4. Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige
   a. Region Jämtland Härjedalen ska delta i projekt för förberedelsearbetet gällande regionbildning, enligt förslag i NRFs beslut 2016-04-19 § 33

   b. Region Jämtland Härjedalens utsedda ledamöter och ersättare i styrgrupp och arbetsgrupper som har mindre än 40 % fast arvode från Region Jämtland Härjedalen eller någon av Jämtland Härjedalens kommuner får arvode, ersättning för förlorad arbetsförtjänst och andra ersättningar enligt Kommittéförordning (1998:1474). Reseersättningar utgår enligt Region Jämtland Härjedalens regelverk. Kostnaden för arvode till ledamöter från Jämtland Härjedalen och resor och andra omkostnader finansieras av Region Jämtland Härjedalen.

   c. Finansiering av kostnaderna för övergripande projektorganisation och politiska ledamöter sker inom anslaget för politisk organisation.

   d. Val av ledamöter delegeras till regionstyrelsen.

Yrkanden

Ann-Marie Johansson (S) yrkar följande redaktionella ändring:
I punkt 4b stryks orden *och ersättare*.

Elin Lemon (C) yrkar avslag på regiondirektörens förslag.

Proposition

Ordföranden ställer proposition på sitt eget ändringsyrkande och finner det antaget.
Ordföranden ställer proposition på regiondirektörens förslag och Elin Lemons avslagsyrkande och finner regiondirektörens förslag antaget.

Omröstning

Omröstning begärs.

Propositionsordning

Den som bifaller regiondirektörens förslag röstar ”Ja”
Den som avslår regiondirektörens förslag röstar ”Nej”

Omröstningsresultat

Namn	**Ja**	**Nej**	**Avstår/ Deltar ej i beslutet**	**Frånvarande**
Bengt Bergqvist (S)	X			
Kristina Holm (S)	X			
Anders Frimert (S)	X			
Niklas Rohdin (S)	X			
Christer Siwertsson (M)			X	
Susanné Wallner (M)			X	
Jan-Olof Andersson (M)			X	
Thomas Andersson (C)		X		
Elin Lemon (C)		X		
Monalisa Norrman (V)	X			
Bengt-Åke Arendolf (SD)			X	
Anton Nordqvist (MP)	X			
Ann-Marie Johansson (S)	X			
Totalt	7	2	4	

Med 7 ja-röster, 2 nej-röster, 1 som avstår och 3 som inte deltar i beslutet finner ordföranden regiondirektörens förslag antaget.

REGIONSTYRELSENS BESLUT

1. De politiska partierna representerade i Norrbottens läns landsting, Västerbottens läns landsting, Landstinget Västernorrland och Region Jämtland Härjedalen inbjuds att nominera ledamöter till styrgrupp för regionbildningen, totalt 27 ledamöter. Beslutet gäller under förutsättning att regionfullmäktige beslutar om deltagande i förberedelsearbetet.

2. De politiska partierna representerade i Region Jämtland Härjedalen inbjuds att också nominera 5 ledamöter till fyra arbetsgrupper, d.v.s. totalt 20 ledamöter. Beslutet gäller under förutsättning att regionfullmäktige beslutar om deltagande i förberedelsearbetet.

3. Regiondirektören får i uppdrag att organisera tjänstemannadeltagande i förberedelsearbetet.

4. Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige
   a. Region Jämtland Härjedalen ska delta i projekt för förberedelsearbetet gällande regionbildning, enligt förslag i NRFs beslut 2016-04-19 § 33

   b. Region Jämtland Härjedalens utsedda ledamöter i styrgrupp och arbetsgrupper som har mindre än 40 % fast arvode från Region Jämtland Härjedalen eller någon av Jämtland Härjedalens kommuner får arvode, ersättning för förlorad arbetsförtjänst och andra ersättningar enligt Kommittéförordning (1998:1474). Reseersättningar utgår enligt Region Jämtland Härjedalens regelverk. Kostnaden för arvode till ledamöter från Jämtland Härjedalen och resor och andra omkostnader finansieras av Region Jämtland Härjedalen.

   c. Finansiering av kostnaderna för övergripande projektorganisation och politiska ledamöter sker inom anslaget för politisk organisation.

   d. Val av ledamöter delegeras till regionstyrelsen.

Reservation

Elin Lemon (C) och Thomas Andersson (C) reserverar sig till förmån för sitt eget yrkande.

Protokollsanteckning

Christer Siwertsson (M), Susanné Wallner (M) och Jan-Olof Andersson (M) deltar inte i beslutet och lämnar följande protokollsanteckning:
Vi moderater har i Norrlandstingens Regionförbund i samband med videosammanträde
den 30 mars 2016, yrkat avslag till att ett förberedelsearbete ska startas upp för bildandet
av ett ”stornorrland”.

Vårt nej grundar sig i att inga förberedelser ska göras före det att riksdagen fattat beslut om en eventuell regionförstoring. Ett sådant förfarande strider enligt oss mot demokratiska grundprinciper. En regionförstoring måste därför ha en folklig förankring. Konsekvenserna av moderaternas nej innebär två ställningstaganden:

1. Vi kommer inte att nominera moderata ledamöter till arbetsgrupper och

styrgrupper inom NRF som ska arbeta med regionförstoring.
2. Vi deltar, utifrån vårt ställningstagande i punkten 1, inte i beslut som ska fattas i styrelse eller fullmäktige som rör regionförstoring.

Yrkanden

Ann-Marie Johansson (S) föredrar ärendet och yrkar bifall till regionstyrelsens förslag.

Elin Lemon (C), Eva Hellstrand (C), Lars-Erik Olofsson (KD) och Lennart Ledin (L) yrkar avslag på regionstyrelsens förslag.

Monalisa Norrman (V), Anna Hildebrand (MP), Anton Nordqvist (MP) och Robert Uitto (S) yrkar bifall till regionstyrelsens förslag.

Cathrine Blomqvist (S) och Peter Johansson (SD) yttrar sig.

Proposition

Ordföranden ställer proposition på regionstyrelsens förslag och Elin Lemons m.fl. avslagsyrkande och finner regionstyrelsens förslag antaget.

Omröstning

Omröstning begärs.

Propositionsordning

Den som bifaller regionstyrelsens förslag röstar ”Ja”
Den som avstyrker regionstyrelsens förslag röstar ”Nej”

Omröstningsresultat

Med 28 ja-röster, 13 nej-röster och 14 som avstår finner ordföranden regionstyrelsens förslag antaget (se omröstningsprotokoll bilaga 1).

REGIONFULLMÄKTIGES BESLUT

1. Region Jämtland Härjedalen ska delta i projekt för förberedelsearbetet gällande regionbildning, enligt förslag i NRFs beslut 2016-04-19 § 33

2. Region Jämtland Härjedalens utsedda ledamöter i styrgrupp och arbetsgrupper som har mindre än 40 % fast arvode från Region Jämtland Härjedalen eller någon av Jämtland Härjedalens kommuner får arvode, ersättning för förlorad arbetsförtjänst och andra ersättningar enligt Kommittéförordning (1998:1474). Reseersättningar utgår enligt Region Jämtland Härjedalens regelverk. Kostnaden för arvode till ledamöter från Jämtland Härjedalen och resor och andra omkostnader finansieras av Region Jämtland Härjedalen.

3. Finansiering av kostnaderna för övergripande projektorganisation och politiska ledamöter sker inom anslaget för politisk organisation.

4. Val av ledamöter delegeras till regionstyrelsen.

Reservationer

Eva Hellstrand (C), Elin Lemon (C), Jörgen Larsson (C), Carina Asplund (C), Mats Gärd (C), Berit Johansson (C) Thomas Andersson (C) och Cristine Persson (C) reserverar sig till förmån för Elin Lemons avslagsyrkande.

Lennart Ledin (L) och Mats El Kott (L) lämnar följande reservation:
Vi liberaler i Region Jämtland Härjedalen avstyrker och kommer inte att delta i det föreslagna förberedelsearbetet för en region norr eller ett ”Stornorrland” eftersom det varken finns något utredningsförslag, remissförslag, regeringsproposition eller riksdagsbeslut om en ny regionindelning. Mot bakgrund av regionens miserabla ekonomi är det enligt vår mening ytterst oansvarigt att lägga pengar på ett sådant arbete.

Lars-Erik Olofsson (KD) och Margareta Mahmoud Persson (KD) reserverar sig mot beslutet att delta i projekt för förberedelsearbetet gällande regionbildning enligt NRFs förslag.

Protokollsanteckning

Christer Siwertsson (M), Susanné Wallner (M), Jan-Olof Andersson (M), Karin Ekblom (M), Gunnar Hjelm (M), Elise Ryder Wikén (M), Elisabeth Svensson (M), Margareta Glad (M), Pontus Nissblad (M), Lise Hjemgaard Svensson (M) och Veronica Eklund (M) deltar inte i beslutet och lämnar följande protokollsanteckning:
Vi moderater har i Norrlandstingens Regionförbund i samband med videosammanträde den 30 mars 2016, yrkat avslag till att ett förberedelsearbete ska startas upp för bildandet av ett ”stornorrland”.

Vårt nej grundar sig i att inga förberedelser ska göras före det att riksdagen fattat beslut om en eventuell regionförstoring. Ett sådant förfarande strider enligt oss mot demokratiska grundprinciper. En regionförstoring måste därför ha en folklig förankring. Konsekvenserna av moderaternas nej innebär två ställningstaganden:

1. Vi kommer inte att nominera moderata ledamöter till arbetsgrupper och styrgrupper inom NRF som ska arbeta med regionförstoring.
2. Vi deltar, utifrån vårt ställningstagande i punkten 1, inte i beslut som ska fattas i styrelse eller fullmäktige som rör regionförstoring.

Utdrag till

Politiska partier i Jämtland Härjedalen, Regiondirektören, NRFs kansli

16

Nominering av nya allmänrepresentanter till Regionala Etikprövningsnämnden i Umeå

RS/1118/2016

Tjänsteskrivelse
Regionstyrelsen

2016-08-04

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

RS/1118/2016

Nominering av nya allmänrepresentanter till Regionala Etikprövningsnämnden i Umeå

Ärendebeskrivning

Utbildningsdepartementet har anmodat Västerbottens läns landsting att inkomma med förslag på nya allmänrepresentanter (ledamöter och ersättare) till Regionala Etikprövningsnämnden i Umeå för perioden 2017-2019.

Västerbottens läns landsting ska lämna förslag på minst 9 nya allmänrepresentanter. Innan förslag lämnas ska samråd ske med de landsting som ingår i nämndens upptagningsområde. Regeringen utser sedan ledamöter och ersättare utifrån inkomna nomineringar.

Västerbottens läns landsting föreslår att respektive landsting lämnar förslag på tre allmänrepresentanter vardera, så att nomineringen blir totalt 12 representanter. Förslagen ska vara Västerbottens läns landsting tillhanda senast 12 september.

Regiondirektörens förslag

Region Jämtland Härjedalen nominerar xx, yy och zz till allmänrepresentanter i Regionala Etikprövningsnämnden.

Utdrag till

Sofia Jonsson, Västerbottens läns landsting

2016-06-03 190634

2016 -06- 10

Dnr RS /1118/2016

Nominering av nya ledamöter och ersättare till Regionala etikprövningsnämnden

Översänder handlingar angående Utbildningsdepartementets anmodan om att Västerbottens läns landsting ska inkomma med förslag på nya allmänrepresentanter (ledamöter och ersättare) till Regionala Etikprövningsnämnden i Umeå för treårsperioden 2017- 2019.

Den regionala etikprövningsnämnden har två avdelningar bestående av en ordförande och 15 ledamöter per avdelning, samt personliga ersättare för var och en vid respektive avdelning. Av ledamöterna har tio stycken per avdelning vetenskaplig kompetens och de övriga fem företräder allmänna intressen. (se bifogad lista)

Västerbotten läns landsting ska inkomma med förslag på minst 9 nya allmänrepresentanter (som inte redan sitter som ledamöter och ersättare i nämnden). Innan förslag avges ska samråd ske med andra landsting i de län som ingår i nämndens upptagningsområde (Västernorrland, Jämtland och Norrbotten). Det är sedan regeringen som utser ledamöter och ersättare bland de inkomna nomineringarna. Västerbottens läns landsting föreslår att respektive landsting lämnar förslag på 3 allmänrepresentanter vardera, så att nomineringen blir på totalt 12 allmänrepresentanter.

Västerbottens läns landsting har fullmäktige den 27 september då vi väntas kunna hantera valärendet. I handlingarna framgår att nomineringarna ska vara departementet tillhanda redan den 7 september men vi har begärt och beviljats anstånd med hänvisning till fullmäktiges mötesdatum.

Västerbottens läns landsting behöver era förslag på allmänrepresentanter senast den 12 september. Vänligen kontakta undertecknad om detta inte är möjligt.

Med vänlig hälsning,

Sofia Jonsson
Utredare/sekreterare landstingsstyrelsen och fullmäktige

Västerbottens läns landsting
Staben för planering och styrning
Tfn: 090-785 73 07
Mobil: 070-622 98 09
Epost: sofia.c.jonsson@vll.se

Ledamöter och ersättare regionala etikprövningsnämnden Umeå
2014-01-01 - 2016-12-31

Avdelningen för medicinsk forskning

Ordförande samt personlig ersättare
Anders Iacobæus f.d hovrättspresident
Ersättare: Agneta Ögren, lagman

Ledamöter med vetenskaplig kompetens
Inge Axelsson, docent, pediatrik
Ersättare: Torbjörn Lind, medicine doktor pediatrik, nutrition

Lars Bläckberg, universitetslektor, biovetenskap
Ersättare: Astrid Norberg, professor emeritus, omvårdnad

Pal Bordas, universitetslektor, radiologi
Ersättare: Ronnie Lundström, professor medicinsk teknik

Rune Dahlqvist, professor, klinisk farmakologi
Ersättare: Peter Munch Andersen, professor, neurologi

Sture Eriksson, professor geriatrik
Ersättare: Hugo Lövheim, docent, geriatrik

Bruno Hägglöf, professor barn- och ungdomspsykiatri, vetenskaplig sekreterare
Ersättare: Mikael Sandlund, docent, psykiatri

Per Lenner, adjungerad professor, onkologi
Ersättare: Siv Söderberg, docent, hälsovetenskap

Margareta Molin Thorén, professor, odontologi, vetenskaplig sekreterare
Ersättare: Thomas Brännström, professor, patologi

Ulrika Petterson Kymmer, docent, klinisk farmakologi
Ersättare: Ingegerd Hildingsson, professor, reproduktiv hälsa

Gunnevi Sundelin, professor, hälsovetenskap
Ersättare: Gunilla Strandberg, professor, omvårdnad

Ledamöter som företräder allmänna intressen

Ylva Hedquist-Hedlund, socionom
Ersättare: Alejandro Caviedes, vårdbiträde

Torleif Hitti, montör
Ersättare: Annica Nilsson, undersköterska

Elisabeth Larsson, handläggare
Ersättare: Anne Kotavuopio Jatko, studerande

Per-Erik Lundmark, lokförare
Ersättare: Hans Modig, läkare

Sören Olsson, kyrkoherde
Ersättare: Elisabeth Walfridsson, pensionär

Avdelning för övrig forskning

Ordförande samt personlig ersättare

Pia Sandeskog, hovrättsråd
Ersättare: Karin Granholm, rådman

Ledamöter med vetenskaplig kompetens

Eva Alerby, professor, pedagogik och lärande
Ersättare: Karin Sporre, professor pedagogik

Elisabeth Berg, professor arbetsvetenskap
Ersättare: Jonas Edlund, professor, sociologi

Erna Danielsson, docent, sociologi
Ersättare: Mikael Wiberg, professor, informatik

Staffan Karp, docent, pedagogik
Ersättare: Viola Boström, universitetslektor, juridik

Urban Lindgren, professor, kulturgeografi, vetenskaplig sekreterare
ERsättare: Einar Holm, professor, kulturgeografi

Gerhard Nordlund, docent, pedagogik
Ersättare: Bodil Landstad, professor, hälsovetenskap

Anders J Persson, universitetslektor, etik
Ersättare: Eivind Torp, docent, juridik

Ingrid Zakrisson, docent, psykologi
Ersättare: Joaquim JF Soares, professor, psykologi

Eva Lindh Waterworth, professor, informatik
Ersättare: Stefan Sjöström, docent, socialt arbete

Marie Wiberg, professor, statistik, vetenskaplig sekreterare
Ersättare: Xavier De Luna, professor, statistik

Ledamöter som företräder allmänna intressen

Lena Brännholm, förskolechef
Ersättare: Lennart Johansson, psykolog

Carin Hasslow, präst
Ersättare: Glenn Berggård, universitetsadjunkt

Marie-Louise Bystedt, vårdlärare
Ersättare: Anna-Karin Jonsson Berg, kemist

Mats Olofsson, journalist
Ersättare: Lars-Göran Brandt, integrationsdirektör

Zeth Olsson, säljare
Ersättare: Elisabeth Lindberg, gymnasielärare

EPN:s webbplats:

http://www.epn.se/umeaa/om-naemnden/

REGERINGSKANSLIET

2016-05-31 U2016/01029/F

Utbildningsdepartementet

Forskningspolitiska enheten
Ann-Sofie Hollsten-Yamamoto
Telefon 08-405 2281
E-post ann-sofie.hollsten-yamamoto@regeringskansliet.se

Västerbottens läns landsting
901 89 Umeå

Anmodan att komma in med förslag på nya ledamöter och ersättare till Regionala etikprövningsnämnden i Umeå inför förordnande för perioden 2017-2019

Den innevarande förordnandeperioden för ledamöter och ersättare vid etikprövningsnämnderna omfattar åren 2014-2016. Förordnandena för samtliga ledamöter och ersättare vid etikprövningsnämnderna löper därmed ut vid årsskiftet. Ett antal nya ledamöter och ersättare ska förordnas. Förordnandeperioden är tre år, men kan normalt sett förlängas en gång till sammanlagt sex år. Kommande period löper över tre år, dvs. från och med 2017 till och med 2019.

Samtliga ledamöter och ersättare förordnas liksom tidigare av regeringen. Det landsting som anges i 7 a § förordningen (2007:1069) med instruktion för regionala etikprövningsnämnder ska lämna förslag till regeringen på ledamöter och ersättare som företräder allmänna intressen. Innan förslag lämnas ska landstinget samråda med andra landsting i de län inom respektive nämnds upptagningsområde som anges i bilaga 1 till förordningen (2003:615) om etikprövning av forskning som avser människor.

Regeringens målsättning är att de ledamöter och ersättare som förordnas ska ge nämnderna en god sammansättning med avseende på bl.a. erfarenhet, kön och geografisk spridning varför Utbildningsdepartementet behöver få in förslag på ett större antal personer än det finns behov av för att kunna göra en bra sammansättning ur ett urval.

Regionala etikprövningsnämnden i Umeå har gjort en intresseinventering bland de sittande ledamöterna för att få veta deras intresse för att kvarstå även under kommande period.

Utbildningsdepartementet anmodar Västerbottens läns landsting att komma in med förslag på **minst 9 nya** allmänrepresentanter. (Observera att landstinget inte ska föreslå personer som redan sitter som ledamöter eller ersättare i nämnden. Se www.epn.se). Förslagen ska vara Utbildningsdepartementet tillhanda senast fredagen den 9 september 2016. Förslagen bör avse såväl män som kvinnor.

Ett formulär för förfrågan om medverkan som ledamot eller ersättare bifogas. Personer som landstinget föreslår som ledamöter eller ersättare måste vara tillfrågade om detta och ska också ha bekräftat sitt intresse för att medverka på bifogad blankett (eller på annat sätt) när förslagen översänds till Utbildningsdepartementet.

Vänligen notera att den som markerat intresse av medverkan blir av landstinget föreslagen till regeringen och är således inte garanterad ett förordnande.

Observera att Utbildningsdepartementet behöver namn, telefon och e-mailadress till den som är kontaktperson på landstinget, om annan än tidigare.

Enligt uppdrag

Ann-Sofie Hollsten-Yamamoto

Bilagor
Kort information om etikprövningsnämnderna
Formulär

Kopia till

Regionala etikprövningsnämnden i Umeå
Samverkanshuset, Universitetsområdet
901 87 Umeå

REGERINGSKANSLIET

Promemoria

2016-05-31

Utbildningsdepartementet

Forskningspolitiska enheten
Ann-Sofie Hollsten-Yamamoto
Telefon 08-405 22 81
E-post ann-sofie.hollsten-yamamoto@education.ministry.se

Svensk etikprövning av forskning - en kort beskrivning

Bakgrund

Organisationen för etikprövning av forskning beslutades av Riksdagen i lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor. Organisationen etablerades den 1 januari 2004.

Utgångspunkter för etikprövningen

Utgångspunkter för etikprövningen hämtades till stor del från Europarådets konvention om mänskliga rättigheter och biomedicin. Forskning får godkännas bara om den kan utföras med respekt för människovärdet. Mänskliga rättigheter och grundläggande friheter ska alltid beaktas vid etikprövningen samtidigt som hänsyn ska tas till intresset av att ny kunskap kan utvecklas genom forskning. Forskning får godkännas bara om de risker som den kan medföra för människors hälsa, säkerhet och personliga integritet uppvägs av dess vetenskapliga värde. Forskning får inte godkännas om det förväntade resultatet kan uppnås på ett annat sätt som innebär mindre risker för människors hälsa, säkerhet och personliga integritet. Forskning får godkännas bara om den ska utföras av eller under överinseende av en forskare som har den vetenskapliga kompetens som behövs.

Sex regionala nämnder

Etikprövning av forskning sker vid regionala nämnder, där varje nämnd utgör en egen myndighet.

De regionala etikprövningsnämnderna är självständiga i sitt beslutsfattande och har ett kansli förlagt till ett lärosäte. De regionala nämnderna består av avdelningar som självständigt fattar beslut om etikprövning på nämndens vägnar. Det finns sex regionala nämnder med placering i Lund, Linköping, Göteborg, Stockholm, Uppsala och Umeå.

Avdelningar

Varje regional nämnd består av minst två avdelningar; en eller flera avdelningar för etikprövning avseende medicinsk forskning och en avdelning avseende etikprövning av övrig forskning. Varje avdelning består av en ordförande, som skall vara eller ha varit ordinarie domare, tio ledamöter med vetenskaplig kompetens och fem ledamöter som företräder allmänna intressen. Det finns personliga ersättare för samtliga ledamöter.

En central nämnd

De regionala etikprövningsnämndernas beslut kan överklagas till Centrala etikprövningsnämnden, som även har tillsyn över efterlevnaden av etikprövningslagen och föreskrifter som har meddelats med stöd av denna lag. Centrala etikprövningsnämnden är en nämndmyndighet som består av ordföranden och sex övriga ledamöter, varav fyra med vetenskaplig kompetens och två som företräder allmänna intressen. Det finns personliga ersättare för samtliga ledamöter. Centrala etikprövningsnämnden har kansli vid Vetenskapsrådet, i Stockholm.

Ledamöternas arbete

Varje avdelning har i stort sett ett sammanträde i månaden. Det betyder i storleksordningen 10-12 sammanträden under ett år.

Ledamöterna kallas till alla sammanträden. Om man som ledamot har förhinder kallas i stället ersättaren in till det aktuella sammanträdet.

Som ersättare går man på sammanträden när den ordinarie ledamoten har förhinder.

Varje nämnd har ett kansli som förbereder sammanträdena och tar in ansökningar etc.

Inför ett sammanträde skickas material ut till de ledamöter som skall medverka i mötet. Alla ledamöter förväntas gå igenom materialet. Vid sammanträdet föredras varje ansökan av en ledamot som har läst in ansökan noga. Efter föredragningen finns möjlighet till frågor och ansökan diskuteras innan nämnden fattar beslut.

Ersättning utgår till Dig som person. Den regleras via *förordning (1992:1299) om ersättning för uppdrag i statliga styrelser, nämnder och råd m.m*. Ersättningen betalas per sammanträdesdag. Den föredragande får ett visst arvode per föredragen ansökan.

Tid för förordnande

Ledamöter och ersättare förordnas normalt för treårsperioder. Om man som ledamot eller ersättare vill avsluta sitt engagemang vid en nämnd innan förordnandetiden löper ut meddelar man det på lämpligt sätt till aktuell etikprövningsnämnd och skriftligt till regeringskansliet (Utbildningsdepartementet). Regeringen entledigar då personen och en ny ledamot/ersättare förordnas som efterträdare.

Författningar

- lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor
- förordning (2003:615) om etikprövning av forskning som avser människor
- förordning (2007:1068) med instruktion för Centrala etikprövningsnämnden
- förordning (2007:1069) med instruktion för regionala etikprövningsnämnder

För ytterligare information se Centrala etikprövningsnämndens och Regionala etikprövningsnämndernas gemensamma hemsida: www.epn.se

Personuppgifter för ny ledamot/ersättare i etikprövningsnämnd

Regionala etikprövningsnämnden i

Namn **Man / Kvinna**	
Födelseår	
Titel/yrke	
Bostadsadress	
Nuvarande arbetsplats / tjänst	
Telefonnummer	
E-postadress	
Eventuell tidigare erfarenhet av etikprövning	
Övriga upplysningar	
Svar på förfrågan	☐ **JA,** jag är intresserad av medverkan i Regionala etikprövningsnämnd 2017 - 2019 ☐ Jag är intresserad av förordnande som **ledamot / ersättare** (ringa in aktuellt alternativ) ☐ Jag kan även tänka mig förordnande som **ledamot / ersättare** (ringa in aktuellt alternativ) ☐ **NEJ,** jag är inte intresserad av medverkan i Regionala etikprövningsnämnden under perioden 2017 - 2019 **UNDERSKRIFT/……** **alternativt** ☐ **jag sänder bekräftelse per e-post till …….** **……..** **(kontaktperson vid aktuellt landsting)**

Förutsättningar: Innevarande treårsperiod löper från 1 jan 2017 till 31 dec 2019. Samtliga ledamöter och ersättare förordnas av regeringen. Landsting som anges i 7 a § förordningen (2007:1069) med instruktion för regionala etikprövningsnämnder ska lämna förslag till regeringen på ledamöter och ersättare som företräder allmänna intressen. Vid förordnandet har regeringen att ta hänsyn till en rad faktorer. Som exempel kan nämnas betydelsen av nämndens sammansättning med avseende på t.ex. erfarenhet, kön och geografisk spridning.

Vänligen notera att den som markerat intresse för medverkan blir av aktuellt landsting <u>föreslagen</u> till regeringen och är således inte garanterad förordnande.

Underlaget lämnas senast den till

_____

(kontaktpersonen vid aktuellt landsting)

19

Informationssäkerhetspolicy

RS/775/2016

Tjänsteskrivelse
Regionstyrelsen

2016-08-04

Samordningskansliet
Sanna Othman
Tfn: 063-147586
E-post: sanna.othman@regionjh.se

RS/775/2016

Informationssäkerhetspolicy

Ärendebeskrivning

Informationssäkerhetspolicy LS/1508/2012 har reviderats och anpassats till Region Jämtland Härjedalens verksamhet. Policyn följer även nuvarande formalia för utformning av en policy.

Förtydligande har skett gällande att regionstyrelsen ansvarar för omfattning och inriktning av Region Jämtland Härjedalens informationssäkerhetsarbete samt att nödvändiga resurser avsätts för samordningen av detta.

Bestämmelser om ansvar inom informationssäkerhet har förflyttats till ”Ansvarsfördelning inom informationssäkerhet”. Regler för användning av SMS funktion för påminnelser och kallelser i hälso- och sjukvård samt tandvård i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter är även den förflyttad till ett annat regelverk, ”Regler för SMS-påminnelser”.

Ett förslag till beslut har utarbetats inom samordningskansliet.

Regiondirektörens förslag

Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

Informationssäkerhetspolicy antas.

I tjänsten

Björn Eriksson
Regiondirektör

Mikael Ferm
Regionstabschef

Utdrag till

Sanna Othman
Anna-Lena Alfreds

REGION
JÄMTLAND
HÄRJEDALEN

Informationssäkerhetspolicy

Version: 1

Ansvarig: Regionfullmäktige

Sanna Othman 2016-05-26 Dnr:RS/775/2016

ÄNDRINGSFÖRTECKNING

Version	Datum	Ändring	Beslutat av	Datum
1.		Nyutgåva		

Sanna Othman 2016-05-26 Dnr:RS/775/2016

Inledning

Information är en av Region Jämtland Härjedalens viktigaste tillgångar och en förutsättning för all verksamhet och effektivitet. Region Jämtland Härjedalens verksamhet och trovärdighet får inte äventyras på grund av brister i informationshantering. Syftet är att all information ska hanteras på ett säkert sätt. Gällande lagar och föreskrifter ska följas.

Region Jämtland Härjedalens (RJH) informationssäkerhetsarbete ska bedrivas på ett formaliserat och riskorienterat sätt och ta sin utgångspunkt i den internationella ledningssystemstandarden för informationssäkerhet, ISO/IEC SS 27001:2014.

Alla vårdgivare är enligt Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalföring SOSFS 2008:14 skyldiga att ha en informationssäkerhetspolicy.

Region Jämtland Härjedalen ska ha ett tydligt regelverk för informationssäkerhet.

Värdering och förhållningssätt

Det övergripande syftet med Region Jämtland Härjedalens informationssäkerhetsarbete är att säkerställa ett väl avvägt skydd för Region Jämtland Härjedalens informationstillgångar så att rätt information är tillgänglig för rätt person vid rätt tidpunkt och på ett spårbart sätt.

Policyn omfattar alla informationstillgångar inom verksamheten utan undantag, oavsett om den behandlas manuellt eller automatiskt, och oberoende av i vilken form eller miljö den förekommer. All information ska vara klassificerad med avseende på känslighetsgrad.

Informationssäkerhetsarbetet ska ta sin utgångspunkt i regelbundna riskanalyser som syftar till att avväga rätt skyddsnivå i alla delar av verksamheten, samt motivera investeringar eller utbildningsinsatser för att:

- förhindra eller försvåra för obehöriga att få tillgång till information (konfidentialitet)
- säkerställa att den information som produceras och bearbetas är korrekt, aktuell och fullständig (riktighet)
- bidra till att informationen är åtkomlig vid behov (tillgänglighet)
- säkerställa ursprunget av varje transaktion (spårbarhet)

För vart och ett av dessa områden ska organisatoriska, administrativa och tekniska skyddsåtgärder vidtas och dokumenteras på ett sådant sätt att möjlighet ges att kontrollera att en tillfredsställande skyddsnivå uppnåtts. Skyddet ska vara anpassat till skyddsvärde, risk och lagkrav och därigenom möjliggöra för verksamheterna att uppnå sina mål.

Informationssäkerhetsskyddet ska granskas regelbundet. Avvikelser och incidenter ska systematiskt dokumenteras och följas upp, så att erfarenheter från dessa kan tas till vara som en del av det kontinuerliga förbättringsarbetet.

Resultatet av Region Jämtland Härjedalens informationssäkerhetsarbete ska årligen redovisas vid ledningens genomgång.

Ansvar

Regionstyrelsen är ytterst ansvarig för informationssäkerheten och för omfattning och inriktning av Region Jämtland Härjedalens informationssäkerhetsarbete. Ansvaret omfattar att säkerställa att det finns ekonomiska och personella resurser för informationssäkerhetsarbetet.

Ansvaret och befogenheterna följer sedan verksamhetsansvaret.

Det ska inom Region Jämtland Härjedalen finnas en utsedd funktion med uppgift att samordna informationssäkerhetsarbetet samt ansvara för årlig uppföljning av Region Jämtland Härjedalens informationssäkerhetsarbete.

20

Ändring av beslut för möjlighet till avgiftsfri uppdelning av betalning av patientavgift vid besök inom öppenvård

RS/200/2015

Tjänsteskrivelse
Regionstyrelsen

2016-08-11

Regiondirektören
Lena Sved
Tfn: 063/142474
E-post:

RS/200/2015

Ändring av beslut för möjlighet till avgiftsfri uppdelning av betalning av patientavgift vid besök inom öppenvård

Ärendebeskrivning

Regionfullmäktige beslutade 2016-02-09—10, §10 att möjlighet till avgiftsfri uppdelning av betalning inom en bestämd tidsrymd ska införas.

Vid regionfullmäktiges möte 2016-04-11--12, § 60 beslutades regler för betalning av patientavgifter inom öppenvård. Huvudregeln för betalning av patientavgifter för öppenvård är att avgiften betalas i samband med besöket. Region Jämtland Härjedalen erbjuder två alternativ till huvudregeln där patienten endast kan välja ett av alternativen.
Alternativ 1. Om en patient önskar att få avbetala ett öppenvårdsbesök ska patienten erbjudas att avgiftsfritt flytta fram betaldatum 60, 90 eller 120 dagar från besökstillfället. Patienten kan delbetala summan under perioden fram till betaldatumet.

Alternativ 2. En patient kan i samband med det första besöket köpa ett frikort på avgiftsfri avbetalning för en frikortsperiod på 12 månader. Patienten ska då ingå en överenskommelse med Region Jämtland Härjedalen med villkor om avbetalningstider.

Faktureringsavgift ska inte tas ut av patienten vid betalning enligt de två alternativen.

I beslutet som togs i april framgår att reglerna också ska gälla för de privata vårdgivarna. Detta beslut behöver dock ändras eftersom de privata vårdgivare som nu har avtal med Region Jämtland Härjedalen är reglerade enligt Lagen (2007:1091) om offentlig upphandling (LOU), Lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi (LOF), Lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning (LOL) samt Lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV). Även privata tandläkare hanterar patientavgifter enligt hälso- och sjukvårdtaxa.

För vårdgivare verksamma enligt LOL och LOF kan ovanstående krav inte ställas då de helt är styrda av lag och förordning och de flesta av dessa vårdgivare är enskilda vårdgivare som inte har möjlighet att investera i system som kan hantera beslut enligt ovan.

Därför föreslås privata vårdgivare att undantas från beslutet att erbjuda avbetalning och köp av frikort.

Regiondirektörens förslag

Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige:

Regionfullmäktiges beslut, 2016-04-11--12, § 60, om avgiftsfri uppdelning av betalning för vårdavgifter och köp av frikort med avgiftsfri avbetalning gäller inte för privata vårdgivare.

I tjänsten

Björn Eriksson
Regiondirektör

Bo Carlbark
Ekonomidirektör

Utdrag till

Ekonomidirektör
Beställarchef

21

Regler för Region Jämtland Härjedalen som ägare i bolag och medlem i föreningar.

RS/467/2015

Tjänsteskrivelse
Regionstyrelsen

2016-08-02

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

RS/467/2015

Regler för Region Jämtland Härjedalen som ägare i bolag och medlem i föreningar.

Ärendebeskrivning

Region Jämtland Härjedalens är ägare till bolag och medlem i föreningar som bedriver verksamhet för regionen. Region Jämtland Härjedalens bör vara en aktiv ägare eller medlem i de bolag och föreningar som regionen är engagerad i. Reglerna bör omfatta ledningsorganisation och styrinstrument, uppföljning och information, principer för utseende av styrelse, regler för hur inflytande ska utövas på bolagsstämmor och årsmöten och styrning och samordning av verksamhet.

Ett förslag till regler för Region Jämtland Härjedalen som ägare i bolag och medlem i föreningar har arbetats fram inom regionstaben och regionala utvecklingsförvaltningen.

Regiondirektörens förslag

Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

Regler för Region Jämtland Härjedalen som ägare i bolag och medlem i föreningar antas.

I tjänsten

Björn Eriksson
Regiondirektör

Mikael Ferm
Regionstabschef

Utdrag till

Regionstyrelsen
Regionala utvecklingsnämnden

Regler för Region Jämtland Härjedalen som ägare i bolag och medlem i föreningar

Version: 1

Beslutsinstans: Regionfullmäktige

ÄNDRINGSFÖRTECKNING

Version	Datum	Ändring	Beslutat av
1.		Nyutgåva	Regionfullmäktige

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1 GRUNDLÄGGANDE UTGÅNGSPUNKTER 4

2 MOTIV FÖR ÄGANDE I ANNAN FORM ÄN EGEN FÖRVALTNING 4

3 LEDNINGSORGANISATION OCH STYRINSTRUMENT 4

4 UPPFÖLJNING OCH INFORMATION TILL REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN 5

5 VAL TILL STYRELSE 5

6 STÄMMOOMBUD 5

7 STYRNING OCH SAMORDNING AV VERKSAMHET 6

7.1 Helägda bolag 6

7.2 Delägda bolag 6

8 STÄMMOINFORMATION 6

9 INFORMATION INFÖR REGION JÄMTLAND HÄRJEDALENS ÅRSBOKSLUT 7

10 SVENSK KOD FÖR BOLAGSSTYRNING 7

1 GRUNDLÄGGANDE UTGÅNGSPUNKTER

Det grundläggande för all verksamhet inom Region Jämtland Härjedalen är att den ska vara till nytta för medlemmarna i regionen. Detta kommer till uttryck i regionens vision ”En region att växa i och längta till”. Fokus är attraktivitet och tillväxt - två viktiga utmaningar, nu och i framtiden. Nyttan för medlemmarna måste också vara tydlig för valet att lägga verksamhet i bolag och föreningar.

I Region Jämtland Härjedalens årsredovisning redovisas de bolag där regionen utövar väsentligt inflytande. Med väsentligt inflytande menas att regionen har en röstandel motsvarande minst 20 procent eller tillsätter minst 20 procent av styrelseledamöterna.

2 MOTIV FÖR ÄGANDE I ANNAN FORM ÄN EGEN FÖRVALTNING

Region Jämtland Härjedalens verksamhet kan bedrivas i annan form än i egen förvaltning. Regionfullmäktige beslutar om överlämnande av verksamhet i varje fall och avgör då motiven för att bedriva verksamheten i annan verksamhetsform. Den yttersta ramen för motiven är att den förväntade effekten medför bättre uppfyllelse av visionen eller att nyttan för medlemmarna är högre än om verksamheten drivs i den egna förvaltningen.

3 LEDNINGSORGANISATION OCH STYRINSTRUMENT

Region Jämtland Härjedalens ska vara en aktiv ägare/medlem i bolag och föreningar som Region Jämtland Härjedalen är engagerad i. Region Jämtland Härjedalen ska hålla sig väl informerad om bolagets/föreningens verksamhet. Påverkan ska ske genom tydlig styrning och ett aktivt engagemang på bolags- och föreningsstämmor och årsmöten. Region Jämtland Härjedalen ska regelbundet överväga värdet av engagemanget.

Bolagsstämman är det forum där regionen ensamt eller tillsammans med andra ägare utövar den formella ägarstyrningen. Denna styrning utförs genom Region Jämtland Härjedalens instruktioner till ombudet.

Region Jämtland Härjedalen ska för helägda bolag fastställa ändamålet med verksamheten som ska framgå av bolagsordning. Region Jämtland Härjedalen ska också ta ställning till principiellt viktiga frågor såsom större investeringar, bildande av dotterbolag, förvärv av aktier eller andelar i annat bolag taxor, borgensförbindelser samt frågor som formuleras i bolagsordningen och ägardirektivet och andra frågor som bolagsstämma ska fatta beslut om.

Genom ägardirektiv utövar Region Jämtland Härjedalen den ur ägarperspektiv mer kortsiktiga övergripande styrningen. Ägardirektivet är ägarnas instruktioner till bolagsstyrelsen.

Om Region Jämtland Härjedalen är delägare i ett bolag ska regionen se till att det i konsortialavtal eller aktieägaravtal regleras hur samverkan mellan ägarna ska gå till för att

uppfylla intentionerna med att låta bolaget utföra regionens verksamhet. Region Jämtland Härjedalen ska dessutom försäkra sig om att det finns goda former för ägarsamråd. För de bolag där det finns ägarsamråd ska en plan tas fram för hur ägarsamrådet ska genomföras.

Genom att aktivt engagemang i val av ledamöter i bolagens styrelse kan Region Jämtland Härjedalen ytterligare försäkra sig om att få en verksamhet som stämmer med Region Jämtland Härjedalens visioner och mål.

Region Jämtland Härjedalen ska som en del i att vara en aktiv ägare årligen se över ägardirektiv och regelbundet se över bolagsordning, konsortialavtal eller aktieägaravtal.

Regionstyrelsen i Region Jämtland Härjedalen har enligt kommunallagen skyldighet att ha uppsikt över de bolag som Region Jämtland Härjedalen äger.

Region Jämtland Härjedalen ska på motsvarande sätt agera i de föreningar och förbund som Region Jämtland Härjedalen är medlem.

4 UPPFÖLJNING OCH INFORMATION TILL REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Den nämnd som förvaltar Region Jämtland Härjedalens ägande i bolaget eller föreningen ska årligen, förutom årsredovisningen, inhämta kunskap om utveckling och ekonomisk ställning för de verksamheter som bedrivs i bolag, föreningar och förbund. Denna uppföljning ska ske enligt Region Jämtland Härjedalens styrmodell.

Redovisningarna kan också utgöra en del av den uppsiktsplikt som regionstyrelsen har enligt kommunallagen och ska göra enligt reglerna för regionstyrelsens uppsiktsplikt.

5 VAL TILL STYRELSE

Region Jämtland Härjedalen ska tillämpa principen om jämn könsfördelning vid val till styrelser.
I styrelserna ska Region Jämtland Härjedalen eftersträva att ledamöterna har rätt erfarenhet och kompetens.

De styrelseledamöter eller ersättare som Region Jämtland Härjedalen utser eller nominerar till bolag eller föreningar representerar inte Region Jämtland Härjedalen i sitt styrelsearbete. Det får inte ställas krav på att ledamöterna verkar för åtgärder som står i strid mot de intressen som dessa har att tillgodose i bolaget eller föreningen.

6 STÄMMOOMBUD

Region Jämtland Härjedalen ska utse ombud att företräda regionen vid bolagsstämmor, föreningsstämmor eller årsmöten i föreningar. Ombuden utses normalt för den aktuella mandatperioden.

Region Jämtland Härjedalens ombud ska inför varje stämma förses med instruktioner från Region Jämtland Härjedalen. Dessa instruktioner ska behandla alla de på den kommande stämmans förslag till beslut som inte är av stämmoadministrativ karaktär.

Till varje stämma ska protokollsutdrag från regionfullmäktiges beslut om val av ombud ställas till ombudets förfogande. Ombudet ska till regionstyrelsen eller regionala utvecklingsnämnden rapportera vad som hänt på stämman/årsmötet. Detta kan ske genom att protokollet från stämman eller årsmötet lämnas in.

Om inte regionfullmäktige kan fatta beslut om instruktioner till ombudet ska den nämnd som förvaltar Region Jämtland Härjedalens ägande i bolaget eller föreningen fatta beslut om instruktioner.

Om ombud inte kan närvara vid stämma ska ombudet meddela ersättare och ge denne nödvändig information för att kunna ersätta ombudet.

Om varken ordinarie ombud eller ombudsersättare kan närvara på en stämma ska Region Jämtland Härjedalen försäkra sig om annan närvaro på stämman för informera sig om diskussioner och beslut på stämman.

7 STYRNING OCH SAMORDNING AV VERKSAMHET

7.1 Helägda bolag

Där så är möjligt samordnas funktioner i de helägda bolagen med Region Jämtland Härjedalens funktioner, såsom finansiering/borgen, fastighetsförvaltning, finansfunktion m.m. Där så är möjligt ska bolagen också följa Region Jämtland Härjedalens fastställda policys inom till exempel personal-, miljö- och tillgänglighetsfrågor och direktiv vad gäller Region Jämtland Härjedalens representation.

7.2 Delägda bolag

Region Jämtland Härjedalen ska vid samverkan i bolag där regionen utövar inflytande nyttja detta inflytande för att tillgodose regionens intressen. Vid samverkan i bolagsform mellan flera parter ska den styrning som utövas tillexempel genom ägardirektiv på bolagsstämma föregås av samråd.

8 STÄMMOINFORMATION

Protokoll från årsstämmor och extrastämmor ska redovisas till den nämnd som ansvarar för berörd verksamhet inom Region Jämtland Härjedalen.

9 INFORMATION INFÖR REGION JÄMTLAND HÄRJEDALENS ÅRSBOKSLUT

Bolagsordning eller ägardirektiv ska innehålla bestämmelser om insyn och om rapporteringsskyldighet för helägda bolag.

I delägda bolag, föreningar och stiftelser ska sådana bestämmelser finnas så långt det är möjligt med hänsyn till andelsförhållandena, verksamhetens art och övriga omständigheter.

10 SVENSK KOD FÖR BOLAGSSTYRNING

Region Jämtland Härjedalen ska verka för att bolagen ska följa Kollegiet för svensk bolagsstyrnings ”Svensk kod för bolagsstyrning”.

22

Svar på motion från Lars-Erik Olofsson (KD) om att tillvarata pensionerade läkares kompetens och erfarenhet

RS/212/2016

Tjänsteskrivelse
Regionstyrelsen

2016-08-04

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

RS/212/2016

Svar på motion från Lars-Erik Olofsson (KD) om att tillvarata pensionerade läkares kompetens och erfarenhet

Ärendebeskrivning

Lars-Erik Olofsson (KD) har lämnat in en motion om att tillvarata pensionerade läkares kompetens och erfarenhet. I motionen föreslås att Region Jämtland Härjedalen aktivt och uppsökande ska arbeta för att läkare, efter pension och om så önskas, får en möjlighet till en skräddarsydd tjänst inom primär-/slutenvård.

Region Jämtland Härjedalen har en ’Utbildningsplan för läkare’. Planen beskriver struktur och funktioner som stödjer processen vad gäller utbildning av läkarstudenter, AT- och ST-läkare. Stödjande funktioner i organisationen är verksamhetschef, övergripande studierektor, klinikstudierektor, huvudhandledare och handledare. Funktionerna innehas av medarbetare som i regler har detta som en del i ordinarie befattning.

Rent generellt ställer sig verksamheterna positiva till att medarbetare inom bristyrken arbetar även efter uppnådd pensionsålder. Att arbeta som mentor och handledare inom ramen för ’Utbildningsplan för läkare’ kan vara en sådan arbetsuppgift. Idag arbetar 20 läkare som är 65 år eller äldre på månadslön. Inklusive medarbetare som arbetar på timlön/arvodesanställning är antalet 31 läkare. Varje verksamhet har ansvar att bemanna sin verksamhet utifrån uppdrag inklusive utbildningsuppdrag. Om behov finns av kompetens hos medarbetare som uppnått pensionsålder är det verksamheternas ansvar att tillfråga dessa medarbetare om intresse av att arbeta längre inom ramen för existerande struktur och uppdrag. Personalavdelningen har för avsikt att lägga in frågor om intresse att arbeta efter pension i mallarna för både medarbetarsamtal och avslutningssamtal.

Ärendet behandlades av Utskottet för personal den 3 juni 2016. Utskottet föreslår att motionen ska bifallas i avseende att det ska vara obligatoriskt att fråga efter intresse att arbeta efter pension vid avlutningssamtal med medarbetare.

Regiondirektörens förslag

Utskottet för personal föreslår regionstyrelsen

Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

Motionen bifalls i avseende att det ska vara obligatoriskt att fråga efter intresse att arbeta efter pension vid avlutningssamtal med medarbetare.

Utdrag till

Regionfullmäktige

§ 22 Motion från Lars-Erik Olofsson (KD) om att tillvarata pensionerade läkares kompetens och erfarenhet (RS/212/2016)

Ärendebeskrivning

Lars-Erik Olofsson (KD) har lämnat in en motion om att tillvarata pensionerade läkares kompetens och erfarenhet. I motionen föreslås att Region Jämtland Härjedalen aktivt och uppsökande ska arbeta för att läkare, efter pension och om så önskas, får en möjlighet till en skräddarsydd tjänst inom primär-/slutenvård.

Region Jämtland Härjedalen har en ’Utbildningsplan för läkare’. Planen beskriver struktur och funktioner som stödjer processen vad gäller utbildning av läkarstudenter, AT- och ST-läkare. Stödjande funktioner i organisationen är verksamhetschef, övergripande studierektor, klinikstudierektor, huvudhandledare och handledare. Funktionerna innehas av medarbetare som i regler har detta som en del i ordinarie befattning.

Rent generellt ställer sig verksamheterna positiva till att medarbetare inom bristyrken arbetar även efter uppnådd pensionsålder. Att arbeta som mentor och handledare inom ramen för ’Utbildningsplan för läkare’ kan vara en sådan arbetsuppgift. Idag arbetar 20 läkare som är 65 år eller äldre på månadslön. Inklusive medarbetare som arbetar på timlön/arvodesanställning är antalet 31 läkare. Varje verksamhet har ansvar att bemanna sin verksamhet utifrån uppdrag inklusive utbildningsuppdrag. Om behov finns av kompetens hos medarbetare som uppnått pensionsålder är det verksamheternas ansvar att tillfråga dessa medarbetare om intresse av att arbeta längre inom ramen för existerande struktur och uppdrag. Personalavdelningen har för avsikt att lägga in frågor om intresse att arbeta efter pension i mallarna för både medarbetarsamtal och avslutningssamtal.

Beslutsunderlag

Motion från Lars-Erik Olofsson (KD) om att tillvarata pensionerade läkare kompetens och erfarenhet.

Regiondirektörens förslag

Motionen anses besvarad.

Yrkande

Thomas Andersson (C) yrkar att motionen bifalls avseende att det ska vara obligatoriskt att fråga efter intresse att arbeta efter pension vid avlutningssamtal med medarbetare

Proposition

Ordförande ställer proposition på Thomas Anderssons (C) yrkande och finner det antaget.

UTSKOTTET FÖR PERSONALS BESLUT

Motionen bifalls i avseende att det ska vara obligatoriskt att fråga efter intresse att arbeta efter pension vid avlutningssamtal med medarbetare

Utdrag till

Fullmäktigesekreterare, Regionstyrelsen

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

REGION
JÄMTLAND HÄRJEDALEN
2016 -01- 29
Dnr RS/212/2016

Motion

Överläkare/Distriktsläkare Emeritus

Hos äldre läkare som går i pension finns en samlad kompetens och erfarenhet som bör tillvaratas.

Kristdemokraterna föreslår att Region Jämtland/Härjedalen aktivt och uppsökande arbetar för att läkare, efter pension och om så önskas, får en möjlighet till en skräddarsydd tjänst inom primär/slutenvård, s.k. överläkare/distriktsläkare emeritus-tjänst. Fokus skall ligga på specialiteter där regionen har ett uttalat behov av läkare och med en inriktning på mentorsskap och handledning och med ett beaktande av bådas parters önskemål.

160129
Lars-Erik Olofsson
Gruppledare Kristdemokraterna

23

Svar på motion från Jörgen Larsson (C) om att förlänga möjligheten för fullmäktigeledamöter att ställa frågor

RS/321/2016

Tjänsteskrivelse
Regionstyrelsen

2016-08-04

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

RS/321/2016

Svar på motion från Jörgen Larsson (C) om att förlänga möjligheten för fullmäktigeledamöter att ställa frågor

Ärendebeskrivning

Jörgen Larsson (C) har lämnat in en motion till regionfullmäktige om möjligheten att förlänga tiden för fullmäktiges ledamöter att ställa frågor under punkten fullmäktiges frågestund. Efter majoritetsskiftet har mängden frågor ökat och Jörgen Larsson vill därför att tiden för frågestunden utökas från 30 minuter till 1 timme.

Fullmäktiges frågestund infördes på försök i dåvarande landstingsfullmäktige redan 2005 för att göra fullmäktigearbetet livligare och mer dagsaktuellt och har sedan permanentats.

I arbetsordningen för regionfullmäktige punkt 15 Frågor från fullmäktigeledamöter (fullmäktiges frågestund) står skrivet:
Vid varje fullmäktigesammanträde ska ledamot eller tjänstgörande ersättare få tillfälle att ställa frågor i dagsaktuella ämnen som berör regionens verksamhet eller roll i samhället till någon ledamot i regionstyrelsen. Frågorna ska vara korta och muntliga liksom svaren. Frågor och svar begränsas till två minuter vardera. En följdfråga får ställas och besvaras.

Fullmäktiges frågestund, som inte ska användas till debatt, ska genomföras vid varje fullmäktigesammanträde vid en tidpunkt som anges i programmet för fullmäktigesammanträdet. Frågestunden får vara högst 30 minuter vid varje sammanträde.

Statistiken från 2012-2016 visar att antalet frågor legat kring 5-7 stycken per sammanträde och tiden för fullmäktiges frågestund har varit ca 10-15 minuter per sammanträde men både antalet frågor och tiden har ökat sedan majoritetsskiftet i oktober 2015. Om det är en tillfällig ökning eller om det kommer att se lika ut resten av mandatperioden är svårt att förutsäga.

Ledamöterna har utöver fullmäktiges frågestund möjlighet att ställa frågor genom att lämna interpellationer och frågor. Svaren på dessa har vid ett flertal tillfällen bordlagts på grund av tidsbrist. En utökning av tiden för fullmäktiges frågestund skulle sannolikt innebära en ytterligare inskränkning av tiden för behandling av interpellationer och frågor.

Eftersom tiden på fullmäktige ofta är knapp finns idag inte möjlighet att utöka tiden för fullmäktiges frågestund till en timme per sammanträde.

Fullmäktiges presidium behandlade ärendet den 2016-05-31, §44 och föreslår att motionen avslås.

Regiondirektörens förslag

Fullmäktiges presidium föreslår regionstyrelsen

Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

Motionen avslås.

Utdrag till

Jörgen Larsson (C)

Regionfullmäktige	Tid	Antal frågor
2012 - februari	iu	6
2012 - april	iu	4
2012 - juni	iu	5
2012 - oktober	iu	6
2012 - november	iu	5
2013 - februari	iu	2
2013 - april	Ärende utgår	
2013 - juni	iu	3
2013 - oktober	iu	3
2013 - november	iu	7
2014 - februari	15 min	8
2014 - april	11 min	6
2014 -juni	15 min	9
2014 - okt	7 min	4
2014 - nov	Ärende utgår	
2014 - dec	3 min	1
2015 - februari	18 min	10
2015 - april	14 min	7
2015 - juni	23 min	8
2015 - oktober	29 min	16
2015 - november	24 min	12
2016 - februari	22 min	9
2016 - april	27 min	14
2016- juni		

REGION
JÄMTLAND HÄRJEDALEN

2016 -02- 09

Dnr RS/321/2016

CENTERPARTIET

Motion

Förläng möjligheten för fullmäktigeledamöter att ställa frågor

Under hösten 2015 ändrades de politiska majoritetsförhållandet, majoriteten representerade av de två största partier tillsammans bildar en majoritet med 58,5%. Oppositionen representeras av sex mindre partier.

Demokrati är den viktigaste aspekten för våra folkvalda församlingar! Under de två regionfullmäktige sammanträden som varit sedan bytet av majoritet har punkten Fullmäktiges frågestund fyllts av frågor till ledande politiker. Det är ett stor behov att få svar på frågor och tiden är knapp med sina 30 minuter.

I regionfullmäktiges arbetsordning 2015-2018 går det läsa:

> 15 FRÅGOR FRÅN FULLMÄKTIGELEDAMÖTER (FULLMÄKTIGES FRÅGESTUND)
> Vid varje fullmäktigesammanträde ska ledamot eller tjänstgörande ersättare få tillfälle att ställa frågor i dagsaktuella ämnen som berör regionens verksamhet eller roll i samhället till någon ledamot i regionstyrelsen. Frågorna ska vara korta och muntliga liksom svaren. Frågor och svar begränsas till två minuter vardera. En följdfråga får ställas och besvaras. Fullmäktiges frågestund, som inte ska användas till debatt, ska genomföras vid varje fullmäktigesammanträde vid en tidpunkt som anges i programmet för fullmäktigesammanträdet. Frågestunden får vara högst 30 minuter vid varje sammanträde.

Med anledning av detta yrkar jag:

- En ändring i arbetsordningen för regionfullmäktige görs under punkt 15 "Frågor till fullmäktige ledamöter (Fullmäktiges frågestund)" från 30 minuter till 60 minuter.

Östersund 10 februari 2016

Jörgen Larsson
Centerpartiet

§ 44 Svar på motion från Jörgen Larsson (C) om att förlänga möjligheten för fullmäktigeledamöter att ställa frågor (RS/321/2016)

Ärendebeskrivning

Jörgen Larsson (C) har lämnat in en motion till regionfullmäktige om möjligheten att förlänga tiden för fullmäktiges ledamöter att ställa frågor under punkten fullmäktiges frågestund. Efter majoritetsskiftet har mängden frågor ökat och Jörgen Larsson vill därför att tiden för frågestunden utökas från 30 minuter till 1 timme.

Fullmäktiges frågestund infördes på försök i dåvarande landstingsfullmäktige redan 2005 för att göra fullmäktigearbetet livligare och mer dagsaktuellt och har sedan permanentats.

I arbetsordningen för regionfullmäktige punkt 15 Frågor från fullmäktigeledamöter (fullmäktiges frågestund) står skrivet:
Vid varje fullmäktigesammanträde ska ledamot eller tjänstgörande ersättare få tillfälle att ställa frågor i dagsaktuella ämnen som berör regionens verksamhet eller roll i samhället till någon ledamot i regionstyrelsen. Frågorna ska vara korta och muntliga liksom svaren. Frågor och svar begränsas till två minuter vardera. En följdfråga får ställas och besvaras.

Fullmäktiges frågestund, som inte ska användas till debatt, ska genomföras vid varje fullmäktigesammanträde vid en tidpunkt som anges i programmet för fullmäktigesammanträdet. Frågestunden får vara högst 30 minuter vid varje sammanträde.

Statistiken från 2012-2016 visar att antalet frågor legat kring 5-7 stycken per sammanträde och tiden för fullmäktiges frågestund har varit ca 10-15 minuter per sammanträde men både antalet frågor och tiden har ökat sedan majoritetsskiftet i oktober 2015. Om det är en tillfällig ökning eller om det kommer att se lika ut resten av mandatperioden är svårt att förutsäga.

Ledamöterna har utöver fullmäktiges frågestund möjlighet att ställa frågor genom att lämna interpellationer och frågor. Svaren på dessa har vid ett flertal tillfällen bordlagts på grund av tidsbrist. En utökning av tiden för fullmäktiges frågestund skulle sannolikt innebära en ytterligare inskränkning av tiden för behandling av interpellationer och frågor.

Eftersom tiden på fullmäktige ofta är knapp finns idag inte möjlighet att utöka tiden för fullmäktiges frågestund till en timme per sammanträde.

Beslutsunderlag

Motion från Jörgen Larsson (C) om att förlänga möjligheten för fullmäktigeledamöter att ställa frågor
Statistik för fullmäktiges frågestund 2012-2016

Regiondirektörens förslag

Fullmäktiges presidium föreslår regionstyrelsen

Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

Motionen avslås.

FULLMÄKTIGES PRESIDIUMS BESLUT

Fullmäktiges presidium föreslår regionstyrelsen

Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

Motionen avslås.

Utdrag till

Jörgen Larsson (C)

24

Svar på motion från Eva Hellstrand (C) om angående Landstingsbostäder och Region Jämtland Härjedalens fastigheter

RS/741/2016

Tjänsteskrivelse
Regionstyrelsen

2016-08-04

Ekonomistaben
Anneli Svensson
Tfn: 063-147661
E-post: anneli.svensson@regionjh.se

RS/741/2016

Svar på motion från Eva Hellstrand (C) om angående Landstingsbostäder och Region Jämtland Härjedalens fastigheter

Ärendebeskrivning

Eva Hellstrand (C) föreslår i en motion att regionstyrelsen får i uppdrag att utvärdera om det är möjligt att lägga alla fastigheter i ett bolag och återkomma till regionfullmäktige med en rapport.

Hon skriver vidare att centerpartiet anser att om regionen väljer att sälja tillgångar är det klokt att också använda det till kommande investeringar. Centerpartiets förslag är att samla alla fastigheter i ett bolag – hyresfastigheter, sjukhuset och andra verksamhetslokaler. Om man sedan säljer hyresfastigheter kan man använda vinster till investeringar i verksamhetslokaler.

Ett uppdrag att se över möjligheten att sälja Landstingsbostäder AB och bolagets lägenhetsbestånd har getts av den politiska majoriteten och slutsatsen blev att en försäljning inte är aktuell för närvarande. En försäljning skulle ge en förhållandevis liten ekonomisk vinst samt dessutom en förlust i att inte längre kunna erbjuda svårrekryterad personal och studenter boende.

Den 27-28 april 2016 beslutade regionstyrelsen att avslå ett initiativärende från Anna Hildebrand (MP) om försäljning av Landstingsbostäder, av skälen enligt ovan.

Eva Hellstrands förslag är inte ointressant, men bygger på att en försäljning ska ske. Eftersom en försäljning inte är aktuell bedöms det inte vara försvarbart att avsätta utredningsresurser till att göra den utredning som motionären föreslår.

Regiondirektörens förslag

Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

Motionen avslås.

I tjänsten

Björn Eriksson
Regiondirektör

Bo Carlbark
Ekonomidirektör

Utdrag till

Eva Hellstrand (C)
Ekonomidirektör

REGION
JÄMTLAND HÄRJEDALEN

2016 -04- 11

Dnr RS /741 /2016

NÄRODLAD POLITIK

CENTERPARTIET

MOTION

ANGÅENDE LANDSTINGSBOSTÄDER OCH REGION JÄMTLAND HÄRJEDALENS FASTIGHETER

Frågan om en eventuell försäljning av Landstingsbostäder AB var aktualiserats på sistone som en möjlighet att reglera skuldbördan. Efter en marknadsvärdering tycks dock frågan vara avförd från dagordningen.

Centerpartiet anser att om regionen väljer att sälja tillgångar är det klokt att också använda det till kommande investeringar. Centerpartiets förslag är att samla alla fastigheter i ett bolag – hyresfastigheter, sjukhuset och andra verksamhetslokaler. Om man sedan säljer hyresfastigheter kan man använda vinster investeringar i verksamhetslokaler.

Jag yrkar därför

att regionstyrelsen får i uppdrag att utvärdera om det är möjligt att lägga alla fastigheter i ett bolag och återkomma till regionfullmäktige med en rapport.

Eva Hellstrand

centerpartiet