

Till
Regionfullmäktige i Västra Götalandsregionen

Revisionsberättelse för primärvårdsstyrelsen år 2018

Vi, av regionfullmäktige utsedda revisorer har granskat primärvårdsstyrelsens verksamhet under år 2018.

Primärvårdsstyrelsen ansvarar för att verksamheten bedrivs enligt gällande mål, beslut och riktlinjer samt de föreskrifter som gäller för verksamheten. Den ansvarar också för att det finns en tillräcklig intern kontroll och återredovisning till regionfullmäktige.

Revisorernas ansvar är att granska verksamhet, intern kontroll och räkenskaper samt att pröva om verksamheten bedrivits enligt regionfullmäktiges uppdrag och mål samt de föreskrifter som gäller för verksamheten.

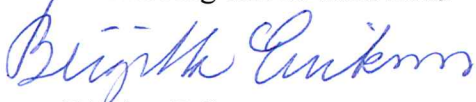
Granskningen har utförts enligt kommunallagen, god revisionssed i kommunal verksamhet och regionens reglemente för revisorskollegiet. Granskningen har genomförts med den inriktning och omfattning som behövs för att ge rimlig grund för bedömning och ansvarsprövning. Vår samlade kommentar och bedömning från granskningen under året samt omfattningen av granskningen framgår av revisionens årspromemoria, som fogats till revisionsberättelsen för regionstyrelsen.

Vi bedömer att verksamheten bedrivits på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt och att den interna kontrollen varit tillräcklig.

Vi har vid granskningen av styrelsens redovisning funnit att den fyller kraven enligt den kommunala redovisningslagen.

Vi tillstyrker att ansvarsfrihet beviljas för primärvårdsstyrelsen och dess enskilda ledamöter.

Vänersborg den 13 mars 2019



Birgitta Eriksson
Ordförande



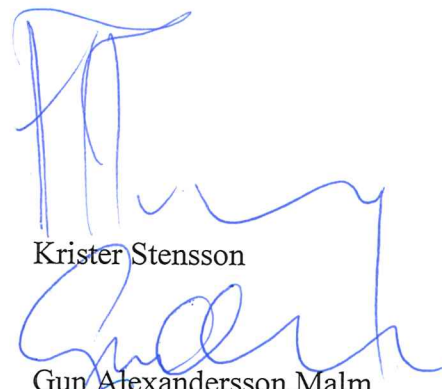
Ulf Sjösten
Vice ordförande



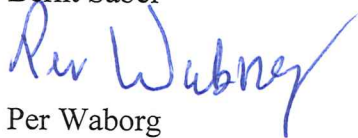
Bernt Sabel



Ulla Göthager



Krister Stensson



Per Waborg



Bo-Lennart Bäcklund

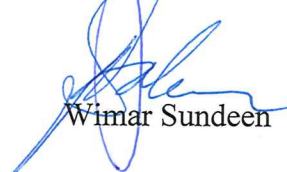
Gun Alexandersson Malm



Marie Engström Rosengren



Staffan Albinsson



Wimar Sundeen

Årsrapport

Primärvårdsstyrelsen 2018

Diarienummer REV 2018-00017

Behandlad av revisorskollegiet den 13 mars 2019

Innehåll

1	Årets granskning	1
2	Styrelsens ansvar	1
3	Resultatet av revisorernas granskning	2
3.1	Styrelsens utformning av styrning, uppföljning och kontroller	2
3.1.1	Granskning primärvårdsstyrelsens styrning mot regionfullmäktiges mål.	3
3.1.2	Granskning kontroll av bisysslor.....	3
3.1.3	Granskning av IS/IT - stöd.....	4
3.2	Styrelsens genomförande av styrning, uppföljning och kontroller	6
3.2.1	Granskning styrelsens styrning av personalresurs och minskad förhyrning	7
3.2.2	Granskning patientens ställning ska stärkas	7
3.2.3	Granskningsrapport uppföljning direktupphandling.....	8
3.2.4	Uppföljning av tidigare granskning SIP	9
3.3	Styrelsens resultat och effektivitet.....	11
3.3.1	Granskning tillgänglighet	11
3.4	Styrelsens räkenskaper.....	11
3.4.1	Granskning årsrapport för Närhälsan Vårdvalsverksamhet för räkenskapsåret 2018-01-01–2018-12-31.....	12
4	Revisorernas sammanfattande bedömning	12

1 Årets granskning

I den årliga revisionen prövas om verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt, om räkenskaperna är rättvisande samt om den interna styrningen och kontrollen är tillräcklig.

Revisionen har utförts enligt kommunallagen och enligt god revisionsred för kommunal verksamhet. Revisionen har vidare genomförts med grund i de styrande dokument för revisorskollegiet samt revisionsenheten som anger preciserade anvisningar för granskningens genomförande och bedömningar. Det omfattar revisorskollegiets ramplanering där regionövergripande risker identifierats och prioriterats. Det omfattar även revisorskollegiets riktlinjer samt revisionsenhetens riktlinjer och rutiner.

Revisionen har utifrån de styrande dokumenten upprättat en granskningsplan avseende primärvårdsstyrelsen där de mest väsentliga riskerna identifierats och prioriterats. Granskningsplanen har stämts av med utsedd kontaktrevisor i revisorskollegiet Ulla Göthager och beslutats av revisionsdirektören. Granskningen har genomförts av Marianne Förars. Därtill har räkenskaperna granskats av PwC. Granskningens sammantagna resultat utifrån granskningsplanen presenteras kortfattat i denna rapport. I bilaga 1 anges de rapporter och de underlag som ligger till grund för redogörelsen. Siffror inom parentes i redogörelsen avser hänvisning till dessa rapporter och underlag.

Primärvårdsstyrelsen genom primärvårdsdirektör Marie-Louise Gefvert har beretts tillfälle att faktagranska rapportens innehåll.

2 Styrelsens ansvar

Styrelsen granskas och bedöms utifrån det samlade ansvar som följer av fullmäktiges mål, beslut och riktlinjer samt gällande lagstiftning och föreskrifter.

Utdrag ur reglementet:

Styrelsen ska bedriva Västra Götalandsregionens primärvård som faller under lagen om valfrihet (LOV). Styrelsen verkar på en konkurrensutsatt marknad och ska uppmärksamt följa utvecklingen inom sitt område och vidta nödvändiga åtgärder föra att snabbt anpassa verksamheten till ändrade förutsättningar i omvärlden. Styrelsen ska verka för att vårdenheterna aktivt arbetar för att stärka sin marknadsposition enligt den inriktning som regionfullmäktige eller regionstyrelsen, i egenskap av ägare av egenregiverksamhet, anger.

4§ styrelsen svarar för drift, förvaltning och utveckling av de verksamheter som ingår. Styrelsen ska verka för samordning och utveckling i samverkan med andra utförare av vårdtjänster utifrån sitt ansvarsområde. I styrelsens uppgifter ingår att

- a) bedriva verksamheten effektivt och ändamålsenligt samt utveckla och följa upp verksamheten enligt regionfullmäktiges beslut samt regionstyrelsens och hälso- och sjukvårdsstyrelsens anvisningar
- b) genom sina vårdenheter vara leverantör i Västra Götalandsregionens valfrihetssystem och utifrån ett helhetsperspektiv ge enheterna stor frihet och självständighet att bedriva verksamheten
- c) etablera och avveckla Närhälsans vårdenheter inom vårdvalssystemen

- d) ansvara för att vårdenheterna uppfyller de krav och villkor som anges i KoK-bok
- e) beakta patientnämndernas systematiska återkoppling av synpunkter på verksamheten
- f) följa utvecklingen inom sitt område och ta initiativ rörande långsiktiga utvecklings- och strategifrågor
- g) samråda med övriga utförarstyrelser i Västra Götalandsregionen samt med regionstyrelsen för att utveckla vårdproduktionen i egen regi
- h) bereda och besluta i investeringsfrågor enligt den investeringsmodell som Västra Götalandsregionen fastställt
- i) svara för bemannings- och personalförsörjningsfrågor för samtliga personalkategorier på kort och lång sikt. Samråd ska ske med regionstyrelsen och övriga styrelser inom hälso- och sjukvård i syfte att trygga en långsiktig personalförsörjning
- j) svara för att utbildning i legitimationsyrken är integrerad i verksamheten bedriva utbildnings- och forskningsverksamhet inom ramen för styrelsens driftsansvar
- k) samverka med Sahlgrenska Internation Care AB vid vårdrelaterad tjänsteexport nyttja det utbud av fastighets-, service-, IS/IT-, inköps- och företagshälsovårdstjänster som tillhandahålls internt av regionens styrelser och nämnder
- l) följa de beslut som regionstyrelsen fattar i sin roll att samordna och ha uppsikt över Västra Götalandsregionens verksamheter

Styrelsen är anställningsmyndighet för personal samt har ansvar för arbetsmiljöfrågor inom sitt verksamhetsområde.

3 Resultatet av revisorernas granskning

Revisorernas granskning utgår från att styrelsen ska utforma styrning, uppföljning och kontroller utifrån styrelsens ansvar. Styrelse ska också se till att styrningen, uppföljningen och kontrollerna efterlevs i verksamheten. Det i sin tur ska leda till att styrelsen lever upp till fullmäktiges mål, beslut och riktlinjer samt gällande lagstiftning och föreskrifter inom ramen för tillgängliga resurser. Vidare ska styrelsens räkenskaper vara rättvisande. Det innebär sammantaget att styrelsen har tagit sitt ansvar.

3.1 Styrelsens utformning av styrning, uppföljning och kontroller

Styrelse har utformat ett tillfredställande styr- och uppföljningssystem som innebär att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de föreskrifter som gäller för verksamheten. En förutsättning är att styrelsen har brutit ned mål och preciserat styrsignaler från fullmäktige med flera. Styrelse har vidare formaliserat detta i beslut i god tid för genomförande och utvecklat en tydlig och tillräcklig styrning och uppföljning som väl avspeglar styrelsens ansvar. När förutsättningar saknas för att utforma ett tillfredställande system så har styrelsen uppmärksammat fullmäktige på detta.

Styrelse ska vidare ha utformat ett system för den interna kontrollen som i tillräcklig utsträckning förebygger, upptäcker och åtgärdar eventuella brister i styrelsens styrning och uppföljning genom att upprätta arbetssätt och organisation för den interna kontrollen.

Styrelse ska vidare ha utformat tillräckliga och dokumenterade kontroller utifrån en risk- och väsentlighetsanalys baserat på ett helhetsperspektiv på styrelsens styrning och uppföljning.

Utifrån granskningsplanen identifierades och prioriterades särskilt styrning mot regionfullmäktiges mål och kontroll av bisysslor.

3.1.1 Granskning primärvårdsstyrelsens styrning mot regionfullmäktiges mål.

Brister i primärvårdsstyrelsens styrning mot regionfullmäktiges mål avseende jämlik vård identifierades i granskning vård på lika villkor¹ I årlig granskning har därför följts upp om styrelsen har upprättat tillfredsställande system/reviderat system utifrån granskningens rekommendationer.

lakttagelser

Primärvårdsstyrelsen har generellt stort fokus på måluppfyllelse och arbetar strukturerat med uppföljning av verksamhetens resultat. Med anledning av revisionsrapporten vård på lika villkor gav styrelsen uppdrag till primärvårdsdirektören att återkomma med redovisning av åtgärder för att följa rekommendationerna i revisionens granskning. Primärvårdsstyrelsen gav också primärvårdsdirektören i uppdrag att upprätta en styrmodell föra att säkerställa en jämlik vård i Närhälsans verksamheter². Återrapportering gavs och godkändes i september.³ Primärvårdsområdenas ledningsgrupper har startat upp ett arbete för att förbättra resultatet av granskade kvalitetsindikatorer, vilket kommer att följas upp regelbundet av förvaltningsledningen och i internkontrollplanen.

Bedömning

Primärvårdsstyrelsen har upprättat tillfredsställande system/reviderat system utifrån granskningens rekommendationer.

Rekommendationer

- *Ingen rekommendation lämnas*

3.1.2 Granskning kontroll av bisysslor

Styrelsens kontroll av medarbetares bisysslor har granskats genom dokumentgranskning och frågor till förvaltningsledning. Granskningens syfte var att belysa vilka åtgärder som vidtagits utifrån de rekommendationer som revisionen lämnade i granskningen 2017 och om sådana eventuella åtgärder bidragit till att nämnder och styrelser har en tillräcklig intern kontroll avseende medarbetares bisysslor. Granskningen har sökt svar på följande revisionsfrågor:

- Har kontroller av bisysslor formaliserats och dokumenterats?
- Görs det uppföljning av efterlevnaden av de regionala riktlinjerna för bisysslor?

För samtliga nämnder och styrelser har under året gjorts en övergripande kartläggning av om nämnder/styrelser har rutiner för genomgång av bisysslor och om en uppföljning görs

¹ Granskning vård på lika villkor diarienummer REV 2016 - 00148

² §30 Åtgärder med anledning av vård på lika villkor, diarienummer PVV 2018-00113

³ §66 Uppföljning av åtgärder med anledning av rapport Granskning vård på lika villkor

av efterlevnaden av de regionala riktlinjerna för bisysslor. Frågor och förvaltningens svar framgår ur tabell nedan.

Fråga till förvaltningen för PVV	Svar
Tillämpas riktlinjer och rutiner för genomgång av medarbetares bisysslor?	Ja Närhälsan tillämpar regionens riktlinjer och har rutiner för genomgång. Det finns information och länkar på vårt intranät
Med vilken frekvens görs genomgång av medarbetares bisysslor?	Vid nyanställning samt vid det årliga utvecklingssamtalet. Vi har beslutat att i Närhälsan så använder vi regionens standardmall för utvecklingssamtal, och där finns frågan med.
Dokumenteras genomgång av bisysslor?	Ja, om ovanstående mall används
Görs en redovisning och uppföljning av godkända och ej godkända bisysslor?	Alla beslut finns diarieförda. Samlad rapportering till styrelsen har inte gjorts men framöver tänkt att ske som en årlig rapportering.

Bedömning

Bedömningen är att riktlinjer och rutiner tillämpas.

Rekommendationer

- *Ingen rekommendation lämnas*

3.1.3 Granskning av IS/IT - stöd

Under året har granskats styrsystem avseende IS/IT. Revisorskollegiet har bedömt att det finns en risk för att bristande utformning och implementering av IS/IT-stödet i verksamheterna försvårar verksamheternas måluppfyllelse och minskar deras effektivitet. Granskningen har omfattat om utvalda nämnder och styrelser har säkerställt att IS/IT-stödet utgör en ändamålsenlig del av verksamheten och att deras styrsystem stödjer måluppfyllelsen samt bidrar till verksamheternas effektivitet. Primärvårdsstyrelsen är en av granskade nämnder/styrelser. Granskningen har genomförts av revisionsenheten/KPMG⁴.

Iakttagelser i granskningen är att regionala riktlinjer och policyn inte är uppdaterade och att det i direktiv saknas hur GDPR och NIS-direktivet ska hanteras.

För primärvårdsstyrelsen noteras att Närhälsans eHälsostrategiska avdelning arbetar för effektiva och optimala IS/IT-lösningar inom Närhälsan och att arbetet utgår från såväl verksamheternas behov som ett regionalt perspektiv.

Kort utdrag ur rapport:

”Vi saknar ett dokumenterat strategiskt ställningstagande för den verksamhet som faller utanför eHälsarbetet. Vi har heller inte erhållit några tillämpningsföreskrifter för någon del av verksamheten. Vi har däremot fått en reaktion på revisionsfrågorna från Närhälsans IT-chef. Vi sammanfattar svaret enligt nedan:

⁴ Revisionsrapport IS/IT REV 2017-00119

- *”Styrmodellen har inneburit mycket långa handläggningstider för utvecklingsåtgärder. Detta dels beroende på styrmodellens konstruktion, dels beroende på resursbrister inom objekten.”*
- *Det finns risk för att angelägna utvecklingsåtgärder inom Närhälsan får stå tillbaka för regiongemensamma prioriteringar.*
- *”Närhälsan har sammanställt behov som framförts enligt styrmodellen under lång tid men som inte blivit utförda. Denna förteckning har överlämnats till förvaltningschef för hantering via olika ledningskanaler.”*
- *”IT-styrmodellen innebär orättfärdig negativ konkurrenssituation för Närhälsan.”*

Vidare noterar vi att det finns ett IS/IT-avsnitt i *”Krav- och kvalitetsbok Vårdval Vårdcentral 2018”*. Här finns ingen direkt angiven koppling till IS/IT-policyn förutom indirekt genom: *”Västra Götalandsregionen står inför en stor förändring inom området verksamhetsutveckling som genererar IT-funktionalitet i vården. I den takt som förändringen pågår och när innehållet i denna IT-bilaga påverkas av det så har VGR rätt att verkställa förändringen för de leverantörer som har avtal med VGR 6 månader efter att information till de som berörs har meddelats.”*

Ovan redovisat uppfyller, som sammantaget underlag, inte en ändamålsenlig och effektiv styrning.

”Av erhållna dokument kan noteras om den interna kontrollen att både primärvårdsstyrelsen och styrelsen för beställd primärvård upprättat en riskanalys. Båda analyser iakttas ha samma grund i en *”bruttolista’ över identifierade risker som tagits fram av Närhälsans kompetensgrupp för intern kontroll samt styrelsens risk- och väsentlighetsanalys 2017-09-21.”* Vidare framgår av dokumenten att från *”bruttolistan har gjorts urval baserat på bedömning om sannolikhet och konsekvens.”* Med bäring på IS/IT noterar vi att nedanstående identifierats med riskvärden som indikerar att de är oacceptabla. Det innebär enligt den modell för risk- och sårbarhetsanalys som regionen ska använda att en *”direkt åtgärd krävs, risken bör minimeras.”*

- *”Datorbyten (leasingbyte) har låg kvalitet”* med kommentarerna: *”Många avvikelserapporter”* och *”PC-utbytet är ett driftsavbrott i sig och leder till onödigt stora störningar, bristande funktionalitet, extraarbete och tappat förtroende hos personal.”*
- *”Styrmodellen för IS/IT skapar en tröghet i utvecklingen av verksamheten.”* med kommentarerna: *”Regionnyttan går före enskilda verksamheter. Modellen försvårar för en konkurrensutsatt organisation.”* och *”Utvecklingen går långsamt och konkurrensen försvagas. Små möjligheter för att hantera behov av snabba förändringar.”*
- *”Möjligheter av digitaliseringens utveckling tas inte tillvara.”* med kommentarerna: *”Hör delvis samman med tröghet i nuvarande IT-styrmodell. Konkurrenter går före med nya lösningar som efterfrågas av patienterna”* och *”Tappar listade, tappar intäkter, påverkar varumärke, försämrade effektivitet, personalomsättning, försvårar rekrytering.” ...*

Alla riskerna finns redovisade i respektive interkontrollplan med angivelse av kontrollmoment, ansvar kontrollmetod, tidplan samt hur rapportering/uppföljning ska ske.”

Bedömning

Utdrag ur rapport: Generellt bedömer vi att IS/IT-policyn, fastställd av regionfullmäktige 2016-04-12⁵, vid granskningstillfället inte är ett okänt dokument. Vision, värderingar samt mål framgår och tidigt i dokument anges det för ”att använda digitaliseringens möjligheter krävs ett gemensamt förhållningssätt för all IS/IT.” Av policyn framgår även att den ”kommer att kompletteras med strategiska IT-planer för olika ansvarsområden.” Vi saknar inte något väsentligt i policyns beskrivning av vad som, på både kort och lång sikt, ska upprättas och uppnås

”För denna del av organisationen erhåller vi i jämförelse fler styrande och stödjande dokument. Via dokumentationen och kommunikation av internkontrollarbetet så gör vi bedömningen att IS/IT stödet löpande analyseras. Vi har dock inte erhållit styrande dokumentation som anger hur styrelserna vill/kräver att få detta rapporterat och vilka åtgärder som vidtas för att säkerställa IS/IT-stödets ändamålsenlighet utifrån de brister och avvikelser som uppges ha rapporterats. Internkontrollarbetet är genomarbetat och rapporterat fram till en uppföljning som inte verkar ha omfattat alla identifierade risker. I det sammanhanget bedömer vi det som nödvändigt att effekten av den tillkommande risken, införandet av Windows 10 och Office 365, uppmärksammas på ett sätt som gör det möjligt för ansvariga att bedöma om de kan leda till brister i patientsäkerheten.

”Sammanfattningsvis kan vi med ledning av de underlag vi erhållit konstatera att operativt styrande och stödjande dokument saknas eller inte kan bedömas som kompletta i en ändamålsenlig omfattning. Alternativt bedöms de som upprättats inte kända och enkelt tillgängliga. Vad gäller internkontrollprocessen så identifierar alla de riskanalyser vi erhållit IS/IT-brister i varierande detaljeringsgrad. Inte sällan klassas dessa som oacceptabla. Inte alla beslutade internkontrollmoment är genomförda och det uppges förekomma brister som inte går att åtgärda.” Mot bakgrund av resultatet av vår granskning rekommenderar vi att:

Rekommendationer

- *Vi rekommenderar att primärvårdsstyrelsen kompletterar, utvecklar och formaliserar befintliga styrande och stödjande dokument med de redogörelser vi erhållit i denna granskning. Vi bedömer det även som nödvändigt att effekten av införandet av Windows 10 och Office 365 som meddelats oss under granskningen uppmärksammas och bedöms av ansvariga. Allt för att säkerställa att införandet primärt inte leder till brister i patientsäkerheten.*

3.2 Styrelsens genomförande av styrning, uppföljning och kontroller

Styrelse ska ha använt sitt styr- och uppföljningssystem så att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de föreskrifter som gäller för verksamheten. Det innebär att styrelse ska ha säkerställt att beslutad styrning och uppföljning har genomförts och rapporterats i enlighet med beslut. Vidare har styrelse aktivt värderat återrapportering och vid behov fattat beslut om tillkommande styrning och uppföljning.

⁵ Diarienummer RS 135-2016

Styrelse ska vidare ha använt sitt system för den interna kontrollen i tillräcklig utsträckning så att det förebygger, upptäcker och åtgärdar eventuella brister i styrelsens styrning och uppföljning. Det innebär att styrelse ska ha säkerställt att beslutade kontroller har genomförts och rapporterats i enlighet med beslut. Vidare har styrelse aktivt värderat återrapportering av kontrollerna och vid behov fattat beslut om tillkommande kontroller och/eller styråtgärder.

Utifrån granskningsplanen identifierades och prioriterades särskilt styrelsens styrning och beslut relaterat till avtal och regionfullmäktiges mål avseende minskad förhyrning personal via bemanningsföretag.

3.2.1 Granskning styrelsens styrning av personalresurs och minskad förhyrning

Ett av regionfullmäktiges mål är minskad förhyrning av bemanningspersonal. En konkurrensutsatt verksamhet som vårdvalsverksamhet har att upprätthålla och driva enheter inom vårdvalet enligt avtal och riktlinjer i Krav- och kvalitetsbok. Om avtalet inte hålls kan vite utdömas av beställarnämnd. Ur reglementet framgår också att *Styrelsen ska verka för att vårdenheterna aktivt arbetar för att stärka sin marknadsposition enligt den inriktning som regionfullmäktige eller regionstyrelsen, i egenskap av ägare av egenregiverksamhet, anger*. Således ställs vårdvalsverksamheten inför större utmaningar än övrig regional hälso- och sjukvård vid bristsituationer. I årlig granskning har uppföljning gjorts av styrelsens styrning av personalresurs relaterat till målet minskad förhyrning.

Iakttagelser i granskningen är att Närhälsan har strategier, kompetensförsörjningsplan och arbetar aktivt med mål att minska behovet av bemanningsföretag. Under året redovisar verksamheten en minskning av användningen av hyrläkare. Kostnaden för bemanningsföretag har minskat med ca 14% jämfört med 2017⁶. Ett arbete pågår ”Fler läkare i Närhälsan” för minskade hyrläkarkostnader. Kompetensförsörjningen är en stor utmaning även avseende andra yrkeskategorier.

Bedömning

Primärvårdsstyrelsen har en tillfredsställande styrning av personalresurs.

Rekommendationer

- *Ingen rekommendation lämnas*

3.2.2 Granskning patientens ställning ska stärkas

Patientlagen trädde i kraft den 1 januari 2015. Lagens övergripande syfte är att stärka och tydliggöra patientens ställning samt vidare främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har utvärderat om patientlagen fått någon effekt. Myndighetens slutsats är att patientens ställning inte har stärkts sedan lagen infördes. En fördjupad granskning har därför gjorts i syfte att bedöma om primärvårdsstyrelsen säkerställt att informationsplikten genomförs på Närhälsans vårdcentraler, rapport Patientens ställning ska stärkas REV 2018-00095.

⁶ Närhälsan Vårdval, Årsredovisning 2018

Granskningen visar att det i stor utsträckning förväntas att personal inom vården har kunskap kring den medicinska informationen. Det framhålls att personalens kunskaper om den medicinska informationen inte har tillskansats utifrån patientlagen, utan är ett sätt de arbetar på ändå. Protokollsgranskning har inte visat att informationsplikten eller patientlagen varit uppe på primärvårdsstyrelsens dagordning under 2018.

Bedömning

Vi bedömer att primärvårdsstyrelsen inte säkerställt lagens krav på informationsplikt.

Rekommendationer

Primärvårdsstyrelsen rekommenderas att:

- *säkerställa att alla delar av informationsplikten enligt patientlagen, både den generella och den specifika informationen, utförs, följs upp och bedöms,*
- *säkerställa att den Nationella patientenkätens resultat analyseras och tillgängliggörs för verksamheten,*
- *utifrån resultat i den Nationella patientenkäten och övrig uppföljning, fatta beslut om uppdrag till förvaltningen och verksamheten med krav på återrapportering.*

3.2.3 Granskningsrapport uppföljning direktupphandling

Under året har revisionsenheten följt upp direktupphandling i syfte att granska om styrelsen säkerställer att den har kontroll över inköp och avtal samt om styrelsen säkerställt implementeringen av ny inköspolicy? Granskningen har bland andra nämnder och styrelser även omfattat primärvårdsstyrelsen.⁷

Analys, bedömning och slutsatser i granskningsrapport – utdrag ur rapport

”Av genomförd granskning bedöms att regionstyrelsen och respektive nämnd/styrelse säkerställt att delegationsordningen i huvudsak följts gällande direktupphandling och tecknande av externa avtal med leverantörer. Regionstyrelsen har delvis säkerställt att den interna kontrollen av att inköspolicyn och riktlinjerna följs under den tid som har granskats. Regionstyrelsen har inte säkerställt att tillräckliga och tillförlitliga underlag och uppgifter kan tas fram för uppföljning och kontroll av genomförda upphandlingar fram till och med oktober 2018. Anledningen anges vara att systemplattformen byts ut och att det varit problem att få igång de nya rutinerna. Tillförlitlig inköpsstatistik kommer troligen att saknas året ut då systemstöd inte bedöms vara installerat under 2018.

Koncernkontorets bedömning av att ”förvaltningarna generellt har låg kunskap kring lagkrav kopplat till inköp och upphandling” medför risk för att bristfälliga eller felaktiga upphandlingar görs både avseende direktupphandlingar i intervallet 0–100 tkr samt för service och supportavtal som genomförs av förvaltningarna. Detta bör innebära återhållsamhet med att låta förvaltningar genomföra egna upphandlingar då risken för fel annars sannolikt är stor. Regionstyrelsen konstaterar i beslut RS 2018–00384 § 202 att de majoritetsägda bolagen ännu inte har infört inköspolicyn och att detta arbete nu behöver påbörjas. Enligt TU 2018-04-26 skall en plan för införandet tas fram i syfte att följa intentionerna i inköspolicyn. Vidare anges att oklarheter kring vad policyn innebär i praktiken för bolagen har diskuterats och det finns ett behov av förtydligande. En översyn av bolagens möjligheter att närma sig inköspolicyn bör göras och bland annat omfatta om tillgång till marknadsplatsen och Västra Götalandsregionens IT-miljö kan förbättra följsamheten gentemot inköspolicyn.

⁷ Granskningsrapport uppföljning direktupphandling Diarienummer REV 2018–00140

Med utgångspunkt i svaren på ställda revisionsfrågor och med beaktande av iakttagelser och bedömningar som redovisas ovan, är vår slutsats att regionstyrelsen delvis skapat förutsättningar som säkerställer införande och efterlevnad av den nya policyn för inköp men att det också finns brister som behöver hanteras.”

”Det finns fortsatt utmaningar avseende hanteringen av inköp och upphandlingar och dessa kan medföra risk för bristande intern styrning och kontroll avseende nämnders och styrelsers följsamhet till inköspolicyn.

Vår bedömning är att revisorskollegiet under 2019 fortsatt bör följa tillämpningen av inköspolicyn inom ramen för årlig granskning. Revisorskollegiet bör vid dialogmöte med regionstyrelsen framföra följande:

- Regionstyrelsen bör säkerställa ett regelverk för service- och supportavtal som inte generellt undantar dessa från policyn till och med 2019-12-31 oavsett avtalens omfattning och pris.
- Regionstyrelsen bör snarast säkerställa att ett fungerande systemstöd för uppföljning av efterlevnad av den nya inköspolicyn finns.
- Regionstyrelsen bör säkerställa att upphandlingsrätt inte beviljas för förvaltningar där kunskaperna kring lagkrav kopplat till inköp och upphandling är så låga att risk för att bristfälliga eller felaktiga upphandlingar föreligger.
- Regionstyrelsen bör säkerställa att införandet av inköspolicyn hos de majoritetsägda bolagen genomförs och att oklarheter kring vad policyn innebär i praktiken för bolagen utreds och förtydligas.”

I rapporten riktas ingen kritik mot primärvårdsstyrelsen. Styrelsen bör fortsatt tillse och följa upp att inköspolicyn efterlevs. Revisionen kommer fortsatt följa upp efterlevnaden inom ramen för årlig grundläggande granskning.

Rekommendationer

Ingen rekommendation lämnas.

3.2.4 Uppföljning av tidigare granskning SIP

Göteborgs Stadsrevision och Västra Götalands revisionsenhet granskade "Samverkan mellan kommunen och regionen kring barn med behov av samordnade insatser", diarienummer REV-52-2015, rapport publicerad den 16 mars 2016. Granskade styrelser inom Västra Götalandsregionen var primärvårdsstyrelsen, styrelsen för beställd primärvård samt styrelsen för Sahlgrenska universitetssjukhuset. I granskningen bedömdes att det fanns brister i riktlinjer och att lokala rutiner saknades. Innehållet i de samordnade individuella planerna, SIP, behöver säkerställas. Dokumentation av planen, kallelser och samtycke saknades och styrning och uppföljning behövde stärkas. Revisionen gav då följande rekommendationer:

Revisorerna i Västra Götalandsregionen rekommenderar samtliga styrelser att säkerställa att dokumentationen av arbetet med samordnade individuella planer följer gällande regelverk.

Revisorerna i Västra Götalandsregionen rekommenderar samtliga styrelser att utifrån de övergripande riktlinjerna, upprätta lokala rutiner för arbetet med samordnade individuella planer. Rutinerna bör omfatta en beskrivning av hur dokumentationen ska hanteras och förvaras.

Denna uppföljande granskning som genomförts under 2018 syftar till att följa upp om styrelserna följt revisionens rekommendationer och om nya rutiner som följer gällande regelverk är vidtagna⁸. Styrelsens dokumenterade åtgärder och beslut är listade i tabell nedan.

Rekommendation	Åtgärder och beslut
Att säkerställa att dokumentationen av arbetet med samordnade individuella planer följer gällande regelverk.	Primärvårdsstyrelsen beslutar §58 2016-10-21 om handlingsplan samt beslutar om återrapportering till styrelsen i oktober 2017. PVV 2016-168 respektive §78 2017-10-27 PVV 2016-000357.
Att utifrån de övergripande riktlinjerna, upprätta lokala rutiner för arbetet med samordnade individuella planer. Rutinerna bör omfatta en beskrivning av hur dokumentationen ska hanteras och förvaras	<p>Handlingsplan för primärvårdsstyrelsen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Primärvårdscheferna får i uppdrag att se till att vårdcentralchefer och medarbetare på vårdcentralerna väl skall känna till VÄSTBUS riktlinjer och regelverket kring Samordnade Individuell Plan, SIP. Dessa återfinns på www.samverkanstorget.se. 2. Samtliga vårdcentralchefer och av dem utvalda medarbetare gör webbutbildningen om SIP 30 minuter på www.samverkanstorget.se. 3. Medarbetare vid arbetet kring samordnad individuell plan använder godkända mallar som finns inlagda i AsynjaVisph. Dessa kan då användas som dokumentation i patientjournalen. 4. Enhetlig KVÅ-kod (Klassifikation av vårdåtgärder) används för SIP-möten, för att lättare kunna följa upp verksamheten framöver. 5. De vårdcentraler som fördjupar sitt arbete med barn och unga i utsatt miljö och eller med psykisk ohälsa hos barn och unga (till exempel i tilläggsuppdrag) skall följa handlingsplan och åtgärder som föreläggs styrelsen för beställd primärvård, diarienummer PVB 99-2016. <p>Primärvårdsstyrelsens uppföljning oktober 2017: ”Slutsatsen är att införandet av SIP går bra men behöver fortsätta för full implementering och kännedom i verksamheterna. Noterbart är att det är svårt för personalen att sätta rätt KVÅ-kod, då det finns för många varianter.” Förbättringsarbetet har därefter fortsatt.</p>

Styrelsen har beslutat om åtgärder och fastställt rutin. Planen innehåller åtgärder som syftar till att förbättra det individuella omhändertagandet.

Ur beställarbokslut för Göteborgs hälso- och sjukvårdsnämnd: *Inom VG Primärvård arbetar vårdcentralerna med att utveckla användningen av Samordnad Individuell Plan (SIP) för att*

⁸ Uppföljning granskningsrapport Samverkan mellan kommunen och regionen REV 2018-00138

säkerställa ett personcentrerat arbetssätt. SIP som upprättas i samverkan med patienten och när en person har behov av insatser från både region och kommun. Noterat: Ingen värdering görs i beställarbokslut om insatserna är tillräckliga.

Revisionsenheten kommer fortsatt följa upp arbetet inom ramen för grundläggande granskning.

Bedömning:

Primärvårdsstyrelsen arbetar med förbättringsåtgärder i enlighet med rekommendationer.

Rekommendationer

- *Ingen rekommendation lämnas*

3.3 Styrelsens resultat och effektivitet

Styrelse har att leva upp till fullmäktiges mål, beslut och riktlinjer samt gällande lagstiftning och föreskrifter. Vidare ska styrelsen genomföra sitt uppdrag med tillgängliga resurser. Utifrån granskningsplanen identifierades och prioriterades särskilt måluppfyllelse tillgänglighet.

Styrelsens styrning och uppföljning avseende ekonomi i balans är aktiv och ändamålsenlig. Årets resultat är + 62,5 mnkr vilket utgör 1,3% av omsättningen.

3.3.1 Granskning tillgänglighet

Vårdgarantin i vårdval vårdcentral avser telefontillgänglighet (0:an) samt besökstillgänglighet till läkare (7:an) och rapporteras två gånger om året till Sveriges Kommuner och Landsting. I granskningsplanen identifierades risk för bristande styrning mot tillgänglighetsmål.

Under 2018 når Närhälsan inte de övergripande målen för vårdgarantin och anger att mätetalen är känsliga för personalvakanser och hastigt påkomna händelser som ökar efterfrågan av vård. Verksamheten följer måluppfyllelsen enligt riktlinjer.

Bedömning

Styrelsen har systematiskt följt upp måluppfyllelse tillgänglighet och redovisar de svårigheter som påverkar måluppfyllelsen. Ett antal aktiviteter är beslutade och pågår för att förbättra tillgängligheten och uppfylla vårdgarantin.

Rekommendationer

- *Ingen rekommendation lämnas*

3.4 Styrelsens räkenskaper

Att räkenskaperna är rättvisande innebär att den externa redovisningen ger en rättvisande bild av resultat och ställning och att årsredovisning och delårsrapport är upprättade i enlighet med lagstiftning och god redovisningssed. Utifrån granskningsplanen identifierades och prioriterades särskilt brister avseende redovisning och uppföljning av projekt.

3.4.1 Granskning årsrapport för Närhälsan Vårdvalsverksamhet för räkenskapsåret 2018-01-01–2018-12-31.

Vi har utfört en revision av årsrapporten för Närhälsan Vårdvalsverksamhet för räkenskapsåret 2018-01-01–2018-12-31⁹. (PwC)

Uttalanden

Enligt vår uppfattning ger årsrapporten en i alla väsentliga avseenden rättvisande bild av nämndens resultat och finansiella ställning per den 31 december 2018 enligt lag om kommunal redovisning. Förvaltningsberättelsen är, inom de områden som revisionsverksamheten uppdragit åt oss att granska, förenlig med årsrapportens övriga delar.

lakttagelser

- Närhälsans vårdvalsverksamhet redovisar en positiv avvikelse mot budget på 62,5 mnkr. Resultatet för 2018 före avkastningskravet till ägaren på 25 mnkr uppgår till 87,5 mnkr. Den positiva avvikelsen mot budget beror till största delen på ökade intäkter i form av ersättningar och patientavgifter samt sänkta kostnader gällande bemanningsföretag.
- Närhälsans vårdvalsverksamhet tillämpar inte, i likhet med övriga delar av regionen, komponentavskrivning. Det innebär att nämnden avviker från god redovisningssed som den kommer till uttryck i RKR 11. 4 Materiella anläggningstillgångar.
- Noterad tvist med LäkarLeasing Sverige AB noterad i bokslutet 2017 är löst till Närhälsans fördel. Reserverat belopp var 557 tkr.
- En uppbokning motsvarande 15 mnkr finns upptagen som en kortfristig skuld. Denna post bör klassificeras som en avsättning då förpliktelsen är obestämd ifråga om tidpunkt då den ska infrias och till vilket belopp. Detta är enligt vår bedömning en avsättning i enlighet med RKR 10.2.
- Verksamheten redovisar pågående projekt på konto 2999 i balansräkningen. Vi anser att ett antal av underlagen kopplade till vår granskning är bristfälliga på ett sådant sätt att bidrag/intäkter och kostnader inte går att härleda till avgränsade perioder och projekt. Det framgår inte heller av dessa projektplaner vilka kostnader som får belasta projektet eller hur kvarvarande projektmedel ska hanteras. Vi har därmed svårt att uttala oss om kontots bokförda belopp. Risk finns att det bokförda värdet på kontot är för högt då delar av projektmedlen borde ha intäktförts. Vi anser att den interna kontrollen av projektredovisningen behöver stärkas så att dess redovisning följer god redovisningssed. Verksamheten har under 2018 arbetat med att stärka sin interna kontroll avseende pågående projekt på konto 2999 med tydliggörande av krav för specificering och hantering av dessa och detta arbete fortlöper under 2019.

Rekommendationer

- *Styrelsen rekommenderas att fortsätta arbetet med att stärka den interna kontrollen av projektredovisningen*

4 Revisorernas sammanfattande bedömning

Årets revision har utförts enligt kommunallagen och enligt god revisionsmed för kommunal verksamhet. Revisionen har utgått från revisionsplanen som fastställts av revisorskollegiet samt från en granskningsplan avseende primärvårdsstyrelsen. Granskningen har genomförts utifrån revisionsenhetens granskningsprogram och i dialog med berörda verksamheter.

⁹ Årsrapport för Närhälsan Vårdvalsverksamhet för räkenskapsåret 2018-01-01–2018-12-31, KPMG

Utifrån vad som framkommit i årets granskning av styrelsen för primärvårdsstyrelsen bedömer revisionsenheten att verksamheten i tillräcklig omfattning bedrivits ändamålsenligt, med god ekonomisk hushållning, rättvisande räkenskaper och med en tillräcklig intern kontroll. Av årsrapporten och övriga granskningsrapporter framgår på vilka grunder revisionsenheten gör sin bedömning. Revisionsenheten lämnar i årsrapporten och i övriga granskningsrapporter rekommendationer inom områden som styrelsen bör fokusera på under 2019 för att stärka ledning och styrning av verksamheten.

Bilaga 1. Rapporter och underlag

1. Styrelsens dokument, protokoll och handlingar
2. Revisionsenheten, "Bisysslor uppföljning av granskning REV 2018-00146," Revisorskollegiet, Västra Götalandsregionen, 2018
3. Revisionsenheten, "Granskningsrapport uppföljning direktupphandling Diarienummer REV 2018-00140," Revisorskollegiet, Västra Götalandsregionen, 2018.
4. Revisionsenheten, "Uppföljande granskning samverkan mellan kommunen och regionen kring barn med behov av samordnade insatser REV 2018-00138," Revisorskollegiet, Västra Götalandsregionen, 2018
5. Revisionsenheten/PwC, "Rapport om årsrapporten REV 2018-00017," Revisionsenheten, Västra Götalandsregionen, 2018.
6. Årsrapport revisionen 2017
7. Lista underlag PVV, REV 2018-00017