

Till
Regionfullmäktige i Västra Götalandsregionen

Revisionsberättelse för östra hälso- och sjukvårdsnämnden år 2017

Vi, av fullmäktige utsedda revisorer har granskat östra hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhet under år 2017.

Östra hälso- och sjukvårdsnämnden 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 fullmäktige.

Revisorernas ansvar är att granska verksamhet, intern kontroll och räkenskaper samt att pröva om verksamheten bedrivits enligt fullmäktiges 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 nämndens redovisning funnit att den fyller kraven enligt den kommunala redovisningslagen.

Vi tillstyrker att ansvarsfrihet beviljas för östra hälso- och sjukvårdsnämnden och dess enskilda ledamöter.

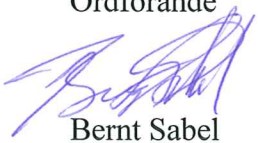
Vänersborg den 14 mars 2018



Birgitta Eriksson
Ordförande



Ulf Sjösten
Vice ordförande



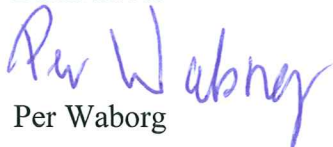
Bernt Sabel



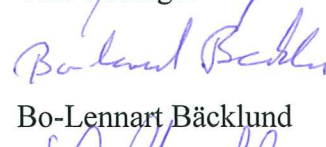
Ulla Göthager



Krister Stensson



Per Waborg



Bo-Lennart Bäcklund



Gun Alexandersson Malm



Marie Engström Rosengren



Staffan Albinsson



Wimar Sundeen

Årsrapport Hälso- och sjukvårdsnämnd Östra 2017

Diarienummer REV 2017-00064

Behandlad av revisorskollegiet 14 mars 2018

Innehåll

Årets granskning	3
Nämndens ansvar	3
Resultatet av revisorernas granskning	3
Nämndens utformning av styrning, uppföljning och kontroller	4
Bevakningsområde A1. System för kontroll av jäv.....	4
Bevakningsområde A2. Kostnader för utlandsvård.....	4
Fördjupning A3. System för intern kontroll (A3)	5
Fördjupat granskningsprojekt: Uppföljning av vårdgarantin inom primärvården (A4)	5
Fördjupat granskningsprojekt: Vård på lika villkor – del 2 (A5)	6
Nämndens genomförande av styrning, uppföljning och kontroller	7
Fördjupat granskningsprojekt: Ändamålsenligheten i HSN:s utövande av beställarrollen (B1).....	7
Fördjupat granskningsprojekt: Styrning, ledning och intern kontroll av upphandling och avrop (B2)	8
Fördjupat granskningsprojekt: Uppföljning av privata vårdgivare utifrån av regionfullmäktige fastställt program (B3)	9
Nämndens resultat och effektivitet	9
Bevakning C1. Mellanvårdsplatser	9
Bevakning C2. Närsjukvårdscentrum	10
Bevakning C3. Måluppfyllelse avseende tillgänglighet inom barn- och ungdomspsykiatri	10
Nämndens räkenskaper (D1)	11
Revisorernas sammanfattande bedömning	11
Bilaga 1. Rapporter och underlag	12

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 revisionssed 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 HSN Östra där de mest väsentliga riskerna identifierats och prioriterats.

Granskningsplanen har stämts av med utsedd kontaktrevisor i revisorskollegiet, Marie Engström Rosengren, och beslutats av revisionsdirektören. Granskningen har genomförts av Josephine Massie och Martin Andersson. Därtill har räkenskaperna granskats av Deloitte. 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.

Nämndens ansvar

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

Nämnden har ett befolknings- och finansieringsansvar inom det egna geografiska området. Utifrån behovsanalyser och prioriteringar samt fastställda mål ska nämnden verka för en förbättring av befolkningens hälsa. Arbetet sker i samverkan med bland annat kommuner och frivilligorganisationer. Nämnden ska träffa och följa upp överenskommelser med Västra Götalandsregionens utförare av vårdtjänster och vårdavtal med externa vårdgivare om primärvårds-, tandvårdstjänster och sjukhusvård samt annan specialiserad sjukvård för befolkningen i nämndens geografiska område. Nämnden ansvarar för lokalt folkhälsoarbete i samverkan med andra lokala aktörer med utgångspunkt i de kunskaps- och metodunderlag som tas fram av folkhälsokommittén. Nämnden ska inom sitt verksamhetsområde följa vad som anges i lag eller annan författning, där särskilt kommunallagen och hälso- och sjukvårdslagen är relevanta. Nämnden ska även följa det fullmäktige i reglemente, i samband med budget eller i annat särskilt beslut har bestämt att nämnden ska fullgöra och verka för att fastställda mål uppnås och i övrigt följa givna uppdrag och angivna riktlinjer.

Resultatet av revisorernas granskning

Revisorernas granskning utgår från att nämnden ska utforma styrning, uppföljning och kontroller utifrån nämndens ansvar. Nämnden 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 nämndens räkenskaper vara rättvisande. Det innebär sammantaget att nämnden har tagit sitt ansvar.

Nämndens utformning av styrning, uppföljning och kontroller

Nämnden har att utforma 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 nämnden har brutit ned mål och preciserat styrsignaler från fullmäktige med flera. Nämnden har vidare formaliserat detta i beslut i god tid för genomförande och utvecklat en tydlig och tillräcklig styrning och uppföljning som väl avspeglar nämndens ansvar. När förutsättningar saknas för att utforma ett tillfredställande system så har nämnden uppmärksammat fullmäktige på detta.

Nämnden ska vidare ha utformat ett system för den interna kontrollen som i tillräcklig utsträckning förebygger, upptäcker och åtgärdar eventuella brister i nämndens styrning och uppföljning genom att upprätta arbetssätt och organisation för den interna kontrollen. Nämnden ska ha utformat tillräckliga och dokumenterade kontroller utifrån en risk- och väsentlighetsanalys baserat på ett helhetsperspektiv på nämndens styrning och uppföljning.

Utifrån granskningsplanen identifierades och prioriterades särskilt nämndens system för kontroll av jäv, kontroll av kostnader för utlandsvård samt system för intern kontroll. Nämnden är även inkluderad i två fördjupade granskningsprojekt om uppföljningen av vårdgarantin inom primärvården och vård på lika villkor.

Bevakningsområde A1. System för kontroll av jäv

Nämnden sluter avtal med utförare av vård vilket skapar risker för jävssituationer. Revisionsenheten har därför granskat nämndens utformning av ett system för kontroll av jäv och bisysslor. Frågan har lyfts med processansvarig samt med nämndens presidium vid dess möte med revisorskollegiet.

Granskningen visar att det finns vissa rutiner för att hantera jäv på tjänstemannasidan. Det finns bland annat en blankett ("Jäv och sekretess projektgrupper – Blankett") för detta syfte, som innebär krav på att deklarerar eventuella jävssituationer inför deltagande i en upphandling. Frågan om jäv tycks dock inte ha diskuterats av nämnden i någon större utsträckning. Det har hänt att enskilda ledamöter har anmält jäv i specifika situationer men framtagandet av lokala rutiner för detta har inte tagits upp. År 2016 var nämnden delaktig i framtagandet av VGR:s riktlinjer mot korruption, mutor och jäv genom att bidra med remissvar.

Bevakningsområde A2. Kostnader för utlandsvård

Hälso- och sjukvårdsnämnderna har de senaste åren sett ökade kostnader för utlandsvård. Inför årets granskning bedömdes nämndens kontroll av kostnader för utlandsvård vara aktuellt som bevakningsområde. Frågan har lyfts i intervjuer med nämndens processansvarige och med nämndens presidium vid dess möte med revisorskollegiet.

Utlandsvård och EU-vård ingår i nämndens ansvar för utomregional länssjukvård. Av nämndens årsredovisning framgår att kostnaderna för sådan vård har ökat även under 2017. Utlandsvård/EU-vård uppgår till 9,4 mnkr, 500 tkr högre än budget, och 1,4 mnkr mer är år 2016. Vid mötet med revisorskollegiet lyfte nämndens presidium att den här typen av

avvikelser är omöjliga för nämnden att påverka. Fakturorna för utlandsvård och EU-vård kan komma långt i efterhand, ibland först flera år efter att vården har utförts. För att täcka upp för denna och andra avvikelser uppgav nämnden att de gjorde en omfördelning inom budgetens ram. De ökade kostnaderna har därför inte påverkat nämndens totala resultat.

Fördjupning A3. System för intern kontroll (A3)

Inför år 2017 identifierade revisionsenheten att det fanns risk för att HSN Ö inte skulle ha ett uppdaterat system för intern kontroll. Revisionsenheten har därför följt utvecklingen under året för att se hur nämnden arbetar med intern kontroll.

Granskningen visar att nämnden genomförde ett gediget arbete med intern kontroll tidigt under år 2016 men att systemet för intern kontroll inte har uppdaterats för 2017. Revisionsenhetens bedömning är att nämnden under 2017 har följt de regiongemensamma anvisningarna vad gäller internkontrollarbetets innehåll men inte vad gäller dess tidsplan. Revisionsenhetens bedömning är att detta kan drabba nämndens möjligheter att identifiera och åtgärda eventuella brister i nämndens styrning och uppföljning, och att nämnden därmed inte har sett till att den interna kontrollen är tillräcklig under år 2017.

Hälso- och sjukvårdsnämnd Östra rekommenderas att

- säkerställa att nämnden har ett uppdaterat system för intern kontroll.

Fördjupat granskningsprojekt: Uppföljning av vårdgarantin inom primärvården (A4)

Revisionsenheten har på revisorskollegiets uppdrag genomfört en fördjupad granskning av uppföljningen av vårdgarantin inom primärvården. Syftet är att bedöma om ansvariga nämnder och styrelser har säkerställt ändamålsenlig uppföljning av vårdgarantin i primärvården, med fokus på om uppföljningen genererar rättvisande och tillgänglig information. Granskningen belyser tre olika typer av uppföljningssystem genom vilka vårdgarantin inom primärvården följs upp i VGR: nationell uppföljning, avtalsuppföljning och uppföljning av regionfullmäktiges fokusområden.

Granskningen visar att uppföljningssystemet för den nationella uppföljningen har brister som innebär ett merarbete för verksamheterna med inrapportering och riskerar att leda till medveten eller omedveten manipulering av informationen. Vad gäller informationens tillgänglighet konstateras att primärvårdens resultat i vårdgarantimätningarna finns redovisat i SKL:s databas och i VGR:s verksamhetsanalys, men att analyser av primärvårdens resultat och utveckling vad gäller vårdgarantin i stor utsträckning saknas.

Granskningen visar vidare att det genom uppföljningen av kvalitetsindikatorer inom vårdvalet samlas in utökad information om vårdcentralernas efterlevnad av vårdgarantin och att informationen görs tillgänglig för nämnderna, vårdgivare och allmänheten. Det finns dock aspekter av kraven i lagstiftningen som inte följs upp och uppföljningssystemet har brister i och med att resultatet kan manipuleras på olika sätt.

Slutligen konstateras att uppföljningen av regionfullmäktiges fokusområde om att uppfylla vårdgarantin inte har varit inriktad på primärvården, i och med att flera av de ansvariga nämnderna inte har rapporterat några aktiviteter eller resultat vad gäller vårdgarantin i

primärvården. Bristen på måltal, indikatorer och analyser gör det svårt att bedöma måluppfyllelse vad gäller regionfullmäktiges fokusområde.

Den sammanvägda bedömningen är att regionstyrelsen, hälso- och sjukvårdsstyrelsen samt hälso- och sjukvårdsnämnderna inte i tillräcklig utsträckning har säkerställt att uppföljningen av vårdgarantin i primärvården är ändamålsenlig. Med anledning av granskningens resultat ges rekommendationer.

Regionstyrelsen rekommenderas att

- stärka uppföljningen av regionfullmäktiges fokusområden så att resultatet av nämndernas och styrelsernas arbete kan utläsas.

Regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsstyrelsen rekommenderas att

- säkerställa tillräckligt systemstöd för ändamålsenlig uppföljning av vårdgarantin.

Hälso- och sjukvårdsnämnderna rekommenderas att

- stärka uppföljningen av vårdgarantin i primärvården inom ramen för vårdvalet.

För fördjupad beskrivning av granskningens resultat och bedömningar hänvisas till granskningsrapport REV 2017-00100 Granskning av uppföljningen av vårdgarantin inom primärvården.

Fördjupat granskningsprojekt: Vård på lika villkor – del 2 (A5)

Revisionsenheten har genomfört en granskning som handlar om att vården ska ges på lika villkor. Det ska inte spela någon roll var du bor i regionen. Det får inte finnas skillnader som är väsentliga och omotiverade. När det finns omotiverade och väsentliga skillnader så är vården ojämlik. Granskningens syfte är att bedöma om berörda nämnder och styrelser, såväl enskilt som samlat i regionen, har upprättat ändamålsenlig styrning och uppföljning mot mål och beslut. Vidare är syftet att bedöma i vilken mån fullmäktiges mål, beslut och riktlinjer samt gällande lagstiftning och andra föreskrifter som gäller för verksamheten i bemötande, vård och behandling av patienterna efterlevs. Den geografiska ojämlikheten granskas utifrån ett antal indikatorer. HSN Östra berörs av granskningen vad gäller läkemedelsgenomgångar och registrering av rökningssuppgift för astmapatienter i primärvården.

I relation till frågan om läkemedelsgenomgångar i primärvården noteras att HSN Östra har en styrning och uppföljning mot mål och beslut och att insatser görs för att säkerställa efterlevnaden. Mot bakgrund av att bristerna avseende läkemedelsgenomgångar är långvariga och väl kända är bedömningen dock att det finns brister när det gäller nämndens förmåga att omvärdera sin styrning. Primärvårdsstyrelsen har misslyckats med att förbättra situationen under lång tid. Nämnden har möjlighet att ge ansvarig tjänsteman ett tydligt och riktat uppdrag att följa upp huruvida styrningen inom Närhälsan med avseende på läkemedelsgenomgångar är effektiv. Nämnden och dess tjänstemän tar själva upp flera möjliga förklaringar till bristerna inom Närhälsan. En av dem är personalbrist i Östra nämndens område. Om nämnden bedömer detta som ett hinder för en jämlik vård som ligger helt utanför nämndens kontroll och inte kan lösas genom uppföljning och dialog med primärvårdsstyrelsen så borde nämnden ha kommunicerat detta till fullmäktige. När det gäller registrering av rökningssuppgift vid astma är bedömningen att nämnden inte

säkerställt att den får tillräcklig information, att det saknas styrning samt att uppföljningen utifrån avtalen med Närhälsans vårdcentraler varit otillräcklig.

Den sammanvägda bedömningen är att den styrning och uppföljning som har upprättats av nämnden inte är ändamålsenlig. Styrningen och uppföljningen säkerställer heller inte att varken nämndens eller hälso- och sjukvårdslagens krav på en god vård på lika villkor efterlevs.

Utifrån att granskningens slutsats att nämnder och styrelser, såväl enskilt som samlat i regionen, uppvisar brister utifrån kommunallagen, 6 kapitlet 7§, ges tre generella rekommendationer:

1. Att nämnder och styrelser ser över att befintlig information om en jämlik vård används på ett ändamålsenligt sätt.
2. Att nämnder och styrelser vid behov ger förvaltningen i uppdrag att säkerställa och påvisa att styrningen är effektiv som en grund för att analysera verksamhetens resultat.
3. Att nämnder och styrelser mer aktivt omvärderar sin styrning med grund i sådana analyser (se rekommendation 2) när resultat uteblir och en ojämlig vård kvarstår.

För fördjupad beskrivning av granskningens resultat och bedömningar hänvisas till granskningsrapport REV 2016-00148 Granskning av vård på lika villkor.

Nämndens genomförande av styrning, uppföljning och kontroller

Nämnden 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 nämnden ska ha säkerställt att beslutad styrning och uppföljning har genomförts och rapporterats i enlighet med beslut. Vidare har nämnden aktivt värderat återrapportering och vid behov fattat beslut om tillkommande styrning och uppföljning.

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

Utifrån granskningsplanen identifierades och prioriterades särskilt ändamålsenligheten i HSN:s utövande av beställarrollen samt styrning, ledning och intern kontroll av upphandling och avrop.

Fördjupat granskningsprojekt: Ändamålsenligheten i HSN:s utövande av beställarrollen (B1)

Revisionen har genomfört en fördjupad granskning av hälso- och sjukvårdsnämndernas utövande av beställarrollen. Syftet med granskningen har varit att utvärdera om respektive

hälso- och sjukvårdsnämnd utformat ett ändamålsenligt system för utövandet av beställarrollen - utifrån reglementens krav på befolknings- och finansieringsansvar samt inom ramen för vårdöverenskommelser. Merparten av de iakttagelser och bedömningar som görs i granskningen bedöms vara giltiga för samtliga nämnder, således också Östra hälso- och sjukvårdsnämnden.

Granskningen visar att det vid ingången till vårdöverenskommelseprocessen (VÖK-processen) sammantaget finns ett omfattande material som beskriver vårdbehoven i det geografiska område som nämnden verkar inom. Det finns också en god kunskap om respektive utförarens förutsättningar, utmaningar och möjligheter att bedriva verksamhet för att tillhandahålla vård som tillgodoser dessa behov inom givna ekonomiska ramar.

Samtliga sjukhus som ingår i granskningen har genomgående problem att uppfylla regionfullmäktiges definierade tillgänglighetsmål. Med endast enstaka undantag har utförarna även stora problem med beläggning och över tiden möter samtliga utförare utmaningar avseende kvalitet och ekonomi i balans. Granskningen visar att underlagsmaterialet inte resulterar några mer betydande avtryck i nämndernas mål- och inriktningsdokument som anger den inriktning respektive nämnd har inför VÖK-processen. De vårdöverenskommelser (VÖK:ar) som tecknas skiljer sig inte nämnvärt från tidigare års VÖK:ar, vilket får till följd att de brister och avvikelser som noterats tidigare år i allt väsentligt kvarstår. Det omfattande underlaget inför VÖK-processen resulterar således inte i några mer betydande nya satsningar.

För fördjupad beskrivning av granskningens resultat och bedömningar hänvisas till granskningsrapport REV 2017-00104 Granskning av ändamålsenligheten i HSN:s utförande av beställarrollen – utifrån fastställda reglementen.

Fördjupat granskningsprojekt: Styrning, ledning och intern kontroll av upphandling och avrop (B2)

Regionfullmäktige beslutade på hösten 2016 om ny policy för inköp som gäller från och med den 1 januari 2017. Som en del i införandet av den nya policyn har Regionstyrelsen rekommenderat att hälso- och sjukvårdsnämnderna anpassar sina delegeringsordningar till den nya inköspolicyn så att det framgår att tilldelningsbeslut enligt Lagen om offentlig upphandling (LOU) och eventuella andra kommersiella frågor delegeras till chefen för koncerninköp vid koncernkontoret. I maj 2017 beslutade HSN-östra att följa regionstyrelsens rekommendation och ändrade delegeringsordningen i överensstämmelse med detta.

Med beslutet om ändrad delegering följer nämnden regionens nya inköspolicy vid upphandling av vård. Nämnden genomför för övrigt få inköp. Den nya inköspolicyn avviker inte heller mycket från de rutiner som gällt tidigare inom HSN-östra avseende inköp. I de fall det är aktuellt med inköp/upphandling tas kontakt med koncerninköp för genomförande av upphandlingen.

Fördjupat granskningsprojekt: Uppföljning av privata vårdgivare utifrån av regionfullmäktige fastställt program (B3)

Regionfullmäktige har 2016-05-10 fastställt program för uppföljning av privata utförare, RF 2341-2015. Programmet innehåller riktlinjer för uppföljning, direktiv för allmänhetens möjlighet till insyn i verksamheter som lämnats över till privata utförare och återrapportering av uppföljning till regionfullmäktige. Granskningens syfte är att bedöma om nämnd/styrelse utformat en tillfredställande styrning, uppföljning och kontroll avseende fullmäktiges program för uppföljning, insyn och återrapportering av verksamhet som utförs av privata utförare,

Granskningen visar att samtliga granskade nämnder och styrelser har implementerat regionfullmäktiges plan och fastställt rutin för uppföljning. Alla hälso- och sjukvårdsnämnder har också tagit beslut om när och hur avrapportering till nämnden skall ske.

- I årsredovisningarna för 2017 för hälso- och sjukvårdsnämnderna redovisas vårdval men det saknas till del sammanfattande bedömningar för privata utförare enligt LOU.
- Styrelser och nämnder har säkerställt uppföljning i nya avtal.
- Det pågår ett väl strukturerat utvecklingsarbete för utveckling av uppföljningen.
- Allmänhetens insyn via webben är begränsad.

Bedömningen är att granskade nämnder/styrelser har utformat ett ändamålsenligt system men att det finns viss fortsatt utvecklingspotential. Följande rekommendationer lämnas:

- Revisionen rekommenderar regionstyrelsen fortsatt utveckling av verktyg för allmänhetens insyn.
- Revisionen rekommenderar hälso- och sjukvårdsstyrelsen och alla hälso- och sjukvårdsnämnder fortsatt utveckling av årlig återrapportering till fullmäktige.

För fördjupad beskrivning av granskningens resultat och bedömningar hänvisas till granskningsrapport REV 2017-00101 Granskning av uppföljning av privata vårdgivare utifrån av regionfullmäktige fastställt program.

Nämndens resultat och effektivitet

Nämnden har att leva upp till fullmäktiges mål, beslut och riktlinjer samt gällande lagstiftning och föreskrifter. Vidare ska nämnden genomföra sitt uppdrag med tillgängliga resurser. Utifrån granskningsplanen identifierades och prioriterades särskilt mellanvårdsplatser, närsjukvårdscentrum samt måluppfyllelse avseende tillgänglighet inom barn- och ungdomspsykiatri.

Bevakning C1. Mellanvårdsplatser

Efter diskussioner mellan HSN Östra och Skaraborgs sjukhus stängdes slutenvårdsplatserna i Mariestad och ersattes år 2016 av så kallade mellanvårdsplatser. Definitionen av vad dessa mellanvårdsplatser skulle innebära var inte helt tydlig från början men de utvecklades så småningom till platser för utskrivningsklara patienter. En tilläggsöverenskommelse skapades mellan nämnden och sjukhuset för dessa platser. I februari 2017 fattade sjukhusdirektören dock beslut om att stänga mellanvårdsplatserna. Beslutet var en följd av att platserna inte kunde bemannas i sådan grad att

patientsäkerheten kunde garanteras. HSN Östra bröt som en följd av detta tilläggsöverenskommelsen med sjukhuset. Planen är att mellanvårdsplatserna ska kompenseras med mer samverkan för nära vård, inom ramen för utvecklingsprojektet Nära Vård Norra Skaraborg.

Bevakning C2. Närsjukvårdscentrum

Under 2016 beslutade HSN Östra om att utveckla ett närsjukvårdscentrum tillsammans med styrelsen för Skaraborgs sjukhus. Revisionsenheten har följt nämndens arbete med satsningen under året.

Närsjukvårdscentrum är en samarbetsarena som syftar till att utnyttja gemensamma resurser i Mariestad, Töreboda och Gullspång för att patienterna ska få en tillgänglig och nära vård. De tre kommunerna samt offentliga och privata vårdcentraler deltar. Delprojekten som har startats upp inkluderar bland annat utveckling av dagsjukvård och mobil närvård. Gemensamma projektplaner har antagits och projektledare har anställts. Nämndens kostnad för projektet uppgår till 10 mnkr fördelat på 2 år. Nämnden har skapat en särskild politisk styrgrupp för projektet, som fått namnet Nära vård Norra Skaraborg. I styrgruppen ska man arbeta gemensamt med olika vårdgivare och kommuner för att nå en, ur patientperspektiv, sömlös vård.

Bevakning C3. Måluppfyllelse avseende tillgänglighet inom barn- och ungdomspsykiatri

Redan i årsredovisningen för 2016 angavs att tillgängligheten på BUP är mycket bekymmersam bland annat på grund av stora rekryteringssvårigheter. I budget för 2017 angav HSNÖ under målet ”Den psykiska ohälsan ska minska och omhändertagande av personer med psykisk sjukdom ska förbättras” och delmålet ”Förbättra tillgänglighet inom barn- och ungdomspsykiatri” att tillgängligheten till barn- och ungdomspsykiatri har legat under de måttal som anges nationellt och regionalt. I nämndens vårdöverenskommelse med Skaraborgs Sjukhus ingår kompetensförstärkning av personal som arbetar med barn och unga med neuropsykiatrisk funktionsstörning/nedsättning.

Vid nämndmöten under året redovisas antal väntande för besök och behandling inom somatisk och psykiatrisk vård och hur stor andel som får vård inom rätt tid, inom barn och ungdomspsykiatri gällande 30 dagar. För att klara situationen köps neuropsykiatriska utredningar från extern vårdgivare.

Det finns en särskild styrgrupp för psykiatri, med representanter från både SkaS och nämnden som träffas regelbundet och följer utvecklingen med målet att förbättra tillgängligheten. HSNÖ:s analys är att personal med rätt kompetens är grundproblemet. Ambitionen är att minska på inflödet av nya fall genom att satsa på att förebygga psykisk ohälsa.

I delårsrapporten per sista augusti har tillgängligheten på BUP angivits som den största utmaningen. Personal- och kompetensbristen på BUP har också medfört att verksamhetschefen har stängt de fyra slutenvårdsplatserna som fanns. De hade i snitt 75 procents beläggning. Alla resurser inom BUP har i stället satsats på att förbättra öppenvården med bland annat mobila team.

Nämnden har under året bjudit in kommunerna till samverkan i folkhälsofrågor. Temat för denna satsning är social hållbarhet och målgruppen ska vara barn och ungdomar, med inriktning på psykisk hälsa. Sammanlagt har fem ansökningar inkommit.

I årsredovisningen för 2017 konstateras att Skaraborgs Sjukhus fortsatt har långa väntetider för neuropsykiatriska utredningar för barn. Totalt har 112 patienter skickats för utredning till externa vårdgivare. Kompetensbrist och ökat antal remisser anges som orsaker till detta. Vid verksamhetsårets slut väntade 434 barn på en fördjupad utredning. Flera åtgärder har genomförts under året för att förbättra tillgängligheten men det går inte att styrka att VGR:s strategiska mål att ”den psykiska ohälsan ska minska och omhändertagande av personer med psykisk sjukdom ska förbättras” uppfylls.

Nämndens räkenskaper (D1)

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.

Deloitte har granskat redovisningen i HSN Östra för 2017. Granskningen har omfattat löpande granskning, delårsrapport och årsbokslut. Utifrån granskningen har följande bedömningar gjorts.

Det har inte framkommit något som tyder på några väsentliga avvikelser i fråga om huruvida:

- Delårsboksluten visar en rättvisande bild av enhetens resultat och ställning
- Delårsrapporterna och den löpande redovisningen uppfyller i allt väsentligt kraven enligt den kommunala redovisningslagen och regionstyrelsens anvisningar
- Oförändrade redovisningsprinciper har tillämpats

Deloitte har genomfört analytisk granskning för att identifiera eventuella avvikelser. Granskningen har omfattat områdena:

- Likvida medel
- Eget Kapital
- Leverantörsskulder
- Interimsskulder
- Verksamhetens externa intäkter
- Verksamhetens externa kostnader
- Personalkostnader

I granskningsrapporten konstaterar Deloitte att inga avvikelser har noterats.

Revisorernas sammanfattande bedömning

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

Utifrån vad som framkommit i årets granskning av HSN Östra bedömer revisionsenheten att verksamheten i allt väsentligt bedrivits ändamålsenligt, med god ekonomisk hushållning, rättvisande räkenskaper och med en tillräcklig intern kontroll. Dock lämnar enheten i årsrapporten rekommendationer inom områden som nämnden under 2018 bör utveckla och förbättra och som ansvarig yrkesrevisor kommer återkomma till under revisionsåret 2018.

HSN N

Bilaga 1. Rapporter och underlag

HSN Ö

(A3) Fördjupning A3. HSN Östras system för intern kontroll. REV 2017-00064, 2018-01-11, Josephine Massie.

(A4) Fördjupat granskningsprojekt. Uppföljning av vårdgarantin inom primärvården, REV 2017-00100, fastställd av revisorskollegiet 2018-03-07, Josephine Massie.

(A5) Fördjupat granskningsprojekt. Granskning av vård på lika villkor, REV 2016-00148, fastställd av revisorskollegiet 2018-02-07, Andreas Ivarsson och Marianne Förars.

(B1) Fördjupat granskningsprojekt. Ändamålsenligheten i HSN:s utövande av beställarrollen – utifrån fastställda reglementen, REV 2017-00104, fastställd av revisorskollegiet 2018-02-21, Ulf Aronsson.

(B2) Fördjupat granskningsprojekt. Införandet av ny inköbspolicy 2017, REV 2017-00099, fastställd av revisorskollegiet 2018-02-14, Martin Andersson.

(B3) Fördjupat granskningsprojekt. Granskning av uppföljning av privata vårdgivare utifrån av regionfullmäktige fastställt program, REV 2017-00101, fastställd av revisorskollegiet 2018-02-21, Marianne Förars.

(D1) Sammanfattande rapport för HSN Östra – granskning av redovisning för 2017. 2018-02-22, Deloitte.