

Till
Regionfullmäktige i Västra Götalandsregionen

Revisionsberättelse för hälso- och sjukvårdsstyrelsen år 2017

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

Styrelsen 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 revisionsd 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 tillräckligt 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 hälso- och sjukvårdsstyrelsen och dess enskilda ledamöter.

Vänersborg den 14 mars 2018

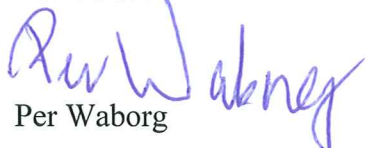

Birgitta Eriksson
Ordförande

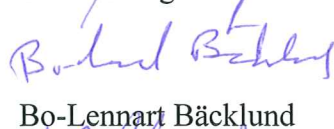

Ulf Sjösten
Vice ordförande


Bernt Sabel


Ulla Göthager

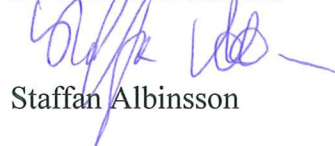

Krister Stensson

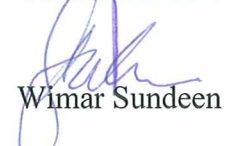

Per Waborg


Bo-Lennart Bäcklund


Gun Alexandersson Malm


Marie Engström Rosengren


Staffan Albinsson


Wimar Sundeen

Årsrapport Hälso- och sjukvårdsstyrelsen 2017

Diarienummer REV 2017-00058

Behandlad av revisorskollegiet den 14 mars 2018

INNEHÅLL

Årets granskning	3
Styrelsens ansvar.....	3
Resultatet av revisorernas granskning	4
A. Styrelsens utformning av styrning, uppföljning och kontroller.....	4
Fördjupad granskning: HSS utformning av sin styrning utifrån reglementet, (A1)	4
Fördjupad granskning: Uppföljning av vårdgaranti inom primärvården, (A3).....	5
B. Styrelsens genomförande av styrning, uppföljning och kontroller.....	7
Fördjupad granskning: Vård på lika villkor, (B1)	7
Fördjupad granskning: Jämlik cancervård, del 3 (B2).....	8
Nämndfördjupning: Genomförande av den ekonomiska styrningen (B4)	9
Nämndfördjupning: Genomförande av systemet för intern kontroll (B5).....	10
C. Styrelsens resultat och effektivitet	11
Nämndfördjupning: Styrelsens ekonomiska resultat (C1)	11
Bevakningsområde: Styrelsens verksamhetsmässiga resultat (C2)	12
Bevakningsområde: Styrelsens resultat utifrån budget och reglemente (C3).....	12
Bevakningsområde: Efterlevnad av gränssnitt (C4).....	13
D. Styrelsens räkenskaper	13
Revisorernas sammanfattande bedömning	14

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 hälso- och sjukvårdsstyrelsen (HSS) där de mest väsentliga riskerna identifierats och prioriterats. Granskningsplanen har stämts av med utsedda kontaktrevisorer i revisorskollegiet, Birgitta Eriksson och Ulf Sjösten och beslutats av revisionsdirektören. Granskningen har genomförts av verksamhetsrevisor Anna Ljungkvist. 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. Siffror inom parentes i redogörelsen avser hänvisning till dessa rapporter och underlag.

Styrelsens ansvar

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

Hälso- och sjukvården i Västra Götalandsregionen är organiserad enligt den så kallade beställar-utförarmodellen. Sedan 2015 är ägarskapet i denna styrmodell delat mellan regionfullmäktige, regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsstyrelsen (HSS). Ansvarsfördelningen dem emellan beskrivs dels i respektive reglemente, dels i konkreta beslut såsom beslut om utformning av den politiska organisationen.

I reglementet anges att HSS är systemägare av det samlade hälso- och sjukvårdssystemet och har ett övergripande ansvar för invånarnas tillgång till vård samt för sjukvårdens innehåll, kvalitet och tillgänglighet. Detta ansvar preciseras i övergripande uppgifter samt arbetsuppgifter. Bland de övergripande uppgifterna fastslås att HSS ska verka för en jämlik hälso- och sjukvård, en god hälsa och vård på lika villkor för befolkningen, samt att befolkningens behov av hälso- och sjukvård och möjligheter till val av vårdutbud tillgodoses jämnt.

HSS har valt att styra mot samtliga av RF:s tre hälso- och sjukvårdsmål:

1. Den psykiska ohälsan ska minska och omhändertagandet av personer med psykisk sjukdom ska förbättras
2. Patientens ställning inom hälso- och sjukvården ska stärkas
3. Den medicinska kvaliteten ska öka och den organisatoriska effektiviteten förbättras

Resultatet av revisorernas granskning

Revisorernas granskning utgår från att styrelsen ska utforma styrning, uppföljning och kontroller utifrån styrelsens ansvar. Styrelsen 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.

A. Styrelsens utformning av styrning, uppföljning och kontroller

Styrelsen 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. Styrelsen 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 RF på detta.

Styrelsen 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 arbetsätt och organisation för den interna kontrollen. Styrelsen 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 nedanstående områden.

Fördjupad granskning: HSS utformning av sin styrning utifrån reglementet, (A1)

REV 2017-00096

I reglementet anges att HSS är systemägare av det samlade hälso- och sjukvårdssystemet och har ett övergripande ansvar för invånarnas tillgång till vård samt för sjukvårdens innehåll, kvalitet och tillgänglighet. Granskningens syfte har varit att bedöma om HSS utformat ett tillfredsställande system för styrning och uppföljning, som säkerställer att styrningen avspeglar styrelsens ansvar utifrån reglementet. Granskningen har genomförts genom dokumentstudier och intervjuer.

Utifrån iakttagelserna går det att konstatera att HSS inte har ett fullständigt dokumenterat och heltäckande styrsystem utifrån reglementesansvaret.

- De styrdokument som utgör HSS styrsystem innehåller inte beskrivningar av HSS övergripande ansvarsområden i sin helhet. Några utav dem nämns, men beskrivningarna är inte alltid styrningsinriktade.
- För de övergripande ansvarsområdena saknas sammantaget dokumenterad planering för tidplan, resurser, ev måltal och/eller rutiner. För vissa områden finns en del av detta i förvaltningen, men kopplingen mellan förvaltningens organisation och hur det ska bidra till att HSS uppfyller sina ansvarsområden är inte helt tydliggjord.

Det går vidare att konstatera att bedömningen av huruvida HSS styrning är tillräcklig försvåras av att det först är under hösten 2017 som RF tydliggjort vad de anser att en systemägare bör göra. Vår bedömning är att det i och för sig är en brist att HSS inte själva vänt sig till RF tidigare för att kunna få till stånd ett liknande förtydligande och på så vis kunnat säkerställa en kraftfull styrning av hälso- och sjukvårdssystemet. Samtidigt väntas ytterligare rutiner och anvisningar, där det kommer att förtydligas vad som är en tillräcklig styrning av en systemägare, vilket bör avvaktas för att bättre kunna bedöma om HSS styrning utformats i enlighet med dessa direktiv.

Vad gäller utformning av uppföljning av kontroll visar iakttagelserna att det finns några kontrollområden som skulle kunna bidra till att eventuella brister i HSS styrsystem upptäcks. Dock är metoden och frekvensen troligen inte tillräcklig i förhållande till de brister som finns i styrsystemet, för att kunna kompensera tillräckligt snabbt.

Sammanfattningsvis går det att konstatera att HSS utformning av sin styrning på övergripande nivå har brister. De allvarligaste bristerna bedöms bestå i att HSS inte i tillräcklig grad konkretiserat och tydliggjort hur styrelsens idéer om sin styrning inom de större övergripande ansvarsområden man tilldelats ska genomföras. Organisation och rutiner finns inom förvaltningen, men det finns ingen dokumenterad systematik i hur styrelsen följer upp och säkerställer att dessa fungerar.

Vid granskning av två av HSS processer som beskrivs i reglementet blir det tydligt att enskilda styrelsebeslut bara i viss mån kan kompensera för den bristande styrningen på övergripande nivå. Vad gäller krav- och funktionsbeskrivningar har en styrning delvis utformats som kan bidra till att styrningen genomförs på ett sådant sätt som anvisningarna anger, framförallt vad gäller medicinska riktlinjer och riktlinjer för patientsäkerhet. HSS utformning av styrning för att utveckla och samordna beställningsarbetet brister å andra sidan. Den styrning som HSS faktiskt beslutat om för området är inte tillräckligt omfattande för att uppfylla kriteriet att alla krav från anvisningarna ska inkorporeras, och då uppföljning saknas kan HSS heller inte säkerställa att styrningen utförs som tänkt.

Utifrån uppställda revisionskriterier är bedömningen att HSS inte utformat ett tillfredsställande system för styrning och uppföljning, som säkerställer att styrningen avspeglar styrelsens ansvar utifrån reglementet.

HSS rekommenderas att

- Fortsätta det påbörjade arbetet där ansvaret i reglementet identifierats, för att tydliggöra på ett dokumenterat sätt hur man ämnar styra mot de uppgifter styrelsen tilldelas.
- Tydliggöra hur man ämnar följa upp att den beslutade styrningen genomförs.
- Vid behov vända sig till RF för förtydliganden av oklara ansvarsområden.

Fördjupad granskning: Uppföljning av vårdgaranti inom primärvården, (A3)

REV 2017-00100

Revisorerna har genomfört en fördjupad granskning av uppföljningen av vårdgarantin inom primärvården. Syftet var 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 måttal, 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 och hälso- och sjukvårdsstyrelsen rekommenderas att

- säkerställa tillräckligt systemstöd för ändamålsenlig uppföljning av vårdgarantin.

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

Styrelsen 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 styrelsen ska ha säkerställt att beslutade kontroller har genomförts och rapporterats i enlighet med beslut. Vidare har styrelsen aktivt värderat återrapportering av kontrollerna och vid behov fattat beslut om tillkommande kontroller och/eller styråtgärder.

Utifrån granskningsplanen identifierades och prioriterades särskilt nedanstående områden.

Fördjupad granskning: Vård på lika villkor, (B1)

REV 2016-00148

Granskningen handlar om att vården ska ges på lika villkor. Fokus har varit om kvaliteten på vården är jämlik i regionen. Tidigare delstudier har visat att det funnits omotiverade och väsentliga skillnader inom strokevård, kirurgi och ortopedi när det gällde specialistvården. Det har även funnits skillnader inom primärvården som gällde läkemedelsgenomgångar, förebyggande arbete kring rökning för astmatiker och förskrivning av antibiotika.¹

Syftet har varit att bedöma om berörda nämnder och styrelser, såväl enskilt, som samlat i regionen, upprättat en ändamålsenlig styrning och uppföljning mot mål och beslut. Vidare har syftet varit 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. Följande revisionsfrågor har ställts:

1. Har nämnden/styrelsen tillräcklig information för att identifiera ojämlig vård?
2. Har nämnden/styrelsen utformat styrning för att komma till rätta med ojämlig vård?
3. Har nämnden/styrelsen säkerställt att styrningen genomförts?

Granskningen visade att hälso- och sjukvårdsstyrelsen fattat beslut om regiongemensamma riktlinjer och förutsättningar för den regionfinansierade hälso- och sjukvården som berör de områden som granskats. Det omfattar beslut om kvalitetsindikatorer för specialistvården, medicinska riktlinjer, krav- och kvalitetsbok samt patientsäkerhetsplan/riktlinjer för patientsäkerhet. Uppföljning har skett i framförallt delårsrapporter och årsredovisning. Granskningen visade även att en uppföljning sker inom ramen för revideringen av krav- och kvalitetsboken och beslut om kvalitetsindikatorer samt patientsäkerhetsplan/riktlinjer. Det gick också att se att uppdragen till kunskapsorganisationen innefattar en sådan aspekt som är kopplade till bland annat medicinska riktlinjer.

Granskningen visade dock att styrelsen inte i tillräcklig utsträckning och på ett systematiskt sätt följt upp huruvida systemet som helhet är ändamålsenligt för att åstadkomma en jämlik

¹ Se delstudie 1 som genomfördes under 2016 (Dnr REV 2016-00148)

vård. Vi kan inte se att hälso- och sjukvårdsstyrelsen i tillräcklig utsträckning hanterat den frågan när det gäller de exempel som lyfts fram och som lett till resultat. Det är helt uppenbart att i de fall som granskats har systemet inte varit tillräckligt effektivt för att skapa en jämlik vård ur ett geografiskt perspektiv och bristerna har för styrelsen varit väl kända genom rapportering och funnits under en längre tid. En mer systematisk uppföljning som varit inriktad på en sådan bedömning hade kunnat ligga till grund för egna beslut avseende granskade områden, eller förslag på beslut till fullmäktige, i ett tidigare skede. Revisorerna bedömde att hälso- och sjukvårdsstyrelsen inte har följt upp sin verksamhet så att den fått tillräckligt med information avseende en jämlik vård som grund för att vidta eller föreslå åtgärder. Revisorerna noterade att utvecklingsinsatser pågår och har beslutats för en bättre uppföljning. Följande rekommendationer lämnades:

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.

Fördjupad granskning: Jämlik cancervård, del 3 (B2)

REV 2017-00140

Revisorskollegiet beslutade 2015 om granskning av cancervården i tre steg. Denna granskning följde upp iakttagelser gjorda i de tidigare delgranskningarna och syftade till att ge svar på om nämnder och styrelser genomfört åtgärder utifrån revisionens rekommendationer. Granskningen omfattade vårdförloppen för lungcancer, bröstcancer, cancer i urinvägarna och prostatacancer. Syftet var att ge revisorerna underlag för att bedöma om nämnder och styrelser har säkerställt att: De stipulerade ledtiderna kan uppnås, om uppföljning sker av eventuella undanträngningseffekter, om åtgärder vidtas vid identifierade problem samt om alla cancerpatienter erbjuds en namngiven kontaktsjuksköterska.

HSS bedömdes inte ha vidtagit tillräckliga åtgärder för att säkerställa tillräcklig kapacitet inom patologi, radiologi och onkologi. Det finns också en viss problematik med undanträngning mellan SVF-patienter och andra patienter. Cancerpatienter inom de fyra granskade cancerprocesserna i stort erbjuds en namngiven kontaktsjuksköterska. Tillgänglig statistik för alla cancerformer visar dock att cirka 20 procent av patienterna inte får en namngiven kontaktsjuksköterska.

HSS rekommenderades att:

- intensifiera arbetet med att alla inblandade verksamheter enkelt kan ta fram produktionsstatistik, inte bara de ledtider som rapporteras nationellt. Även de ingående ledtiderna är väsentliga för att verksamheterna ska kunna utveckla vårdlogistiken.
- vidta analyser och förbättringsåtgärder för att säkerställa kvaliteten i statistiken (se punkt ovan).
- initiera åtgärder för att regionen får ett enhetligt förhållningssätt till de ledtidskrav som finns i de standardiserade vårdförloppen. För närvarande är regionen långt ifrån att uppfylla dessa mål och i flera fall är de inte styrande för verksamheten.

- tillse att riktlinjer upprättas för hur undanträngningseffekter ska hanteras. Ett exempel är de patienter som får återfall men vars process inte ingår i de standardiserade vårdförloppen.

Nämndförddjupning: Genomförande av den ekonomiska styrningen (B4)

Tidigare års grundläggande granskning av HSS har visat att det inte funnits ett tydligt system kring den ekonomiska styrningen, men inför 2017 har vissa beslut fattats som kan förbättra det ekonomiska resultatet. Granskningen har syftat till att bedöma om den ekonomiska styrningen genomförts som planerat samt om styrelsen vid behov fattat beslut om ytterligare styrning. Följande revisionsfrågor har ställts:

- Har styrelsen säkerställt att ekonomisk uppföljningsinformation återförs till den?
- Har styrelsen vid behov fattat beslut om styråtgärder eller vidtagit andra nödvändiga åtgärder baserat på den ekonomiska uppföljningsinformationen?

Granskningen visar att HSS får uppföljningsinformation om ekonomin i sin helhet främst i samband med delårsrapporteringarna och årsredovisning. Utöver den ordinarie rutinen har styrelsen vid sitt sammanträde 29 september fått information om utfallet januari – augusti. HSS har också fått och ibland även efterfrågat ekonomisk uppföljning inom mer specifika områden.

För statsbidrag och ordnat införande har styrelsen under året arbetat för att förbättra rutinerna avseende implementering och uppföljning. Under hösten har HSS fattat beslut enligt ny rutin för statsbidragen 2018, men för de flesta statsbidrag som fördelas 2017 gäller inte den. Där har HSS för vissa beslut fattat beslut om särskild rapportering till styrelsen men i de flesta fall har man angett att hälso- och sjukvårdsdirektören ska ta fram en plan för uppföljning. Några statsbidrag har dock följts upp särskilt av styrelsen. Den nya rutinen för ordnat införande börjar gälla 2018. Bland de förändringar som införs finns ett antal som kan bidra till att medel fördelas och följs upp i större utsträckning.

Av den ekonomiska uppföljning som skett till HSS under året är det vid den ”ordinarie” ekonomiska rapporteringen som HSS vidtagit ytterligare styråtgärder med avsikt att påverka resultatet 2017. Detta skedde vid fastställandet av delårsrapport augusti 2017 samt årsredovisning 2017. I samband med delårsrapport augusti beslutar man (under förutsättning av regionfullmäktiges beslut) att utöka ersättningarna för ”brutna tak” till totalt 305 mnkr. I tjänsteutlåtandet och rapporten beskriver HSS att man förutsätter kompensation för de brutna taken från moderförvaltningen, vilket man även beskrivit i delårsrapport mars. HSS fattar dock inget beslut om att föreslå för regionfullmäktige att få kompensation. Vid årsredovisningen beslutar HSS dock att föreslå regionfullmäktige att bemyndiga regionstyrelsen att ianspråka 8 mnkr ur moderförvaltningen för att bidra till HSS finansiering av tillgänglighetssatsningen brutna tak.

Bedömningen är att styrelsen delvis säkerställt att ekonomisk uppföljningsinformation återförs till den. Styrelsen har utformat mer ändamålsenliga rutiner avseende framförallt styrningen kring statsbidrag och ordnat införande, men då dessa rutiner ännu inte genomförts fullt ut hade troligen mer enskild uppföljning av dessa poster behövts för att kunna påverka resultatet för 2017 i tillräcklig utsträckning. Vad gäller ekonomiska styråtgärder har HSS fattat beslut om åtgärder i anslutning till brutna tak. Däremot har styrelsen inte beslutat om åtgärder för övriga poster som gör både över- och underskott, för att balansera dessa poster. Bedömningen är därför att styrelsen bara delvis vidtagit

nödvändiga åtgärder. (Se även avsnitt Nämndför djupning: Styrelsens ekonomiska resultat (C1)).

Nämndför djupning: Genomförande av systemet för intern kontroll (B5)

Tidigare års grundläggande granskning av HSS interna kontroll har visat att det funnits brister i utformning såväl som i genomförandet och uppföljningen av internkontrollsystemet. I slutet av 2016 startades ett projekt för att förbättra systemet för intern kontroll. Granskningens främsta fokus har därför varit att granska och bedöma huruvida styrelsen säkerställt att systemet för intern kontroll genomförts. Bedömningarna har gjorts utifrån ÄKL 6:7 och 9:9, God revisions sed och regionens riktlinjer för intern kontroll. Följande revisionsfrågor ställdes:

- Har HSS säkerställt att beslutade kontroller har genomförts och rapporterats i enlighet med beslut?
- Har HSS aktivt värderat återrapportering av kontrollerna och vid behov fattat beslut om tillkommande kontroller och/eller styråtgärder?

Iakttagelserna visade att samtliga kontrollområden på något sätt kontrollerats under 2017. Kontrollerna har till övervägande del genomförts och rapporterats vid angiven tidpunkt och av angiven funktion. Däremot fanns brister vad gäller om kontrollerna genomförts i den omfattning som planerats, samt om kontrollerna genomförts med angiven kvalitet. Vad gäller kontrollernas omfattning var det framförallt de kontroller som skulle utföras genom ”genomgång och analys”, där genomgångar och beskrivningar gjorts, men ingen dokumenterad analys.

Vad gäller kontrollernas kvalitet har samtliga av styrelsens åtta kontroller har frågor som kontrollen ska besvara. Några av frågorna är dock inte tydligt definierade. Detta på grund av att man inte brutit ned och definierat ett antal begrepp såsom ”Får styrelsen den information som *behövs*”, ”Är uppdragen *tillräckligt tydliga*”, ”Sker *tillräcklig samordning*” och ”Finns *tillräckliga rutiner*”. Granskningen visar att i genomförandet av kontrollerna ger fyra eller möjligen fem genomförda kontroller delvis tillräcklig information kring beskrivna risker och problem. För två kontroller ges inga dokumenterade svar utifrån riskerna.

Några utav de kontrollområden som inte genomförts helt som planerat har ändå följts upp. Detta har skett inom ramen för den ordinarie uppföljningen samt då brister eller problem framkommit under året. Vissa åtgärder har då vidtagits utifrån denna rapportering.

Bedömningen är att HSS inte i tillräcklig utsträckning använt sitt system för intern kontroll så att brister kan upptäckas, förebyggas och åtgärdas. En del utvalda kontrollområden har täckts och rapporterats ändå under året, men det är svårt att bedöma om det är tillräckligt utifrån de risker som angivits. Att systemet för intern kontroll hänger ihop med systemet för uppföljning är positivt, det är dock viktigt att de risker som identifierats faktiskt kontrolleras under året på det sätt man bedömt bäst för att säkerställa att riskerna tas omhand. Det är också viktigt att styrelsen vet om en kontroll/uppföljning skett utifrån ett riskhanteringsperspektiv eller ordinarie uppföljning så att adekvata åtgärder kan vidtas. Synkroniseringen mellan HSS IK-arbete och övriga arbete verkar i dagsläget inte vara helt systematisk och planerad. Avsteg från det planerade genomförandet bör också dokumenteras. De förändringar HSS gjort i utformningen under 2018 har lett till en större involvering för styrelsens del i planeringen. Styrelsen behöver dock i större utsträckning även säkerställa själva genomförandet av kontrollerna.

C. Styrelsens resultat och effektivitet

Styrelsen 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 områdena nedan.

Nämndförddjupning: Styrelsens ekonomiska resultat (C1)

Tidigare års granskning har visat att det finns risk för avvikelser gällande det ekonomiska resultatet ställt till regionfullmäktiges och lagstiftningens krav på budget i balans och god ekonomisk hushållning. Regionfullmäktige har under en lång rad av år i sin budgethandling framhållit vikten av att nämnder/styrelser håller sig inom angivna budgetramar. Även regionstyrelsens anvisningar för delårsrapporterna anger att vid befarade eller konstaterade större avvikelser eller obalanser ska arbetet vara åtgärdsinriktat och beskriva de åtgärder man tänker genomföra samt tidsplanen för dessa. Jämförelser och analyser ska i lämpliga delar ske både med budget och föregående år. Säkerheten i den prognos man lägger ska också motiveras.

Granskningen syftade till att bedöma om HSS rapporterar enligt de anvisningar koncernkontoret och lagstiftaren anger för bland annat delårsrapporter och årsredovisning, samt om det faktiska resultatet är i enlighet med lagstiftning. Följande revisionsfrågor ställs:

- Har styrelsen uppnått resultat i enlighet med budget och målnivåer?
- Har styrelsen följt anvisningar för ekonomisk återrapportering och uppföljning?

HSS resultat för år 2017 blir antingen -8 mnkr eller 0. Detta beror på att man begärt kompensation à 8 mnkr för delfinansiering av satsningen brutna tak, men RF har ännu inte fattat beslut om detta. I november beslutade RF dock att RS skulle ersätta HSS med upp till 105 miljoner vid ett redovisat underskott som kan härledas till beslutet om "brutna tak". HSS resultat innebär dock ett antal större avvikelser för en del budgetposter. Underskotten är störst vad gäller vårdval rehab, statsbidrag för försäkringsmedicin samt posten "övriga utvecklingsresurser". Överskotten är störst inom posterna ordnat införande, utvecklingsmedel psykiatri, statsbidrag för psykiatri och rehab, samt balanserade statsbidrag för 2016.

Utifrån uppföljningsinformationen i främst delårsrapporterna har HSS inte fattat beslut om ytterligare styråtgärder för att förbättra resultatet för ovanstående poster under 2017. Vid revisorskollegiets arbetsgruppsmöte i oktober beskrev HSS presidium att anledningen till det varit att man räknar med ett nollresultat totalt. I detta ingår att HSS räknat med, om HSS på grund av brutna tak skulle få ett underskott på slutresultatet, att bli kompenserade för avvikelse upp till 0.

HSS har inte fattat beslut avseende obalanserna i anslutning till delårsrapporteringen, utan främst beskrivit behovet av kompensation i rapporterna. De prognoser HSS lagt har beskrivits vara beroende på om kompensation för brutna tak ges eller inte. I övrigt motiveras inte säkerheten i prognosen.

Bedömningen är att HSS totalt visserligen når ett resultat i enlighet med budget, men att enskilda poster inte följer kraven avseende god ekonomisk hushållning. Orsaken till bedömningen är främst att flera avvikelser varit kända under året, vissa redan i delårsrapport mars och andra i delårsrapport augusti, utan att styrelsen vidtagit

dokumenterade åtgärder. Anvisningarna följs endast delvis, på grund av att prognosens säkerhet inte motiveras och att HSS inte redan vid delårsrapport augusti beslutar om att framställa om kompensation för brutna tak hos RF.

Bevakningsområde: Styrelsens verksamhetsmässiga resultat (C2)

Revisorerna granskar årligen en delårsrapport samt årsredovisningen för nämnder och styrelser. Granskningen innebär bland annat att bedöma om målrapporteringen är i enlighet med de anvisningar som regionstyrelsen angett.

För målen ska utvecklingen av måluppfyllelse över tid historiskt samt framtidsutsikter anges. För de tre mål HSS valt att styra mot anges görs dock endast en jämförelse med 2016, däremot görs ingen dokumenterad bedömning av framtidsutsikter för respektive mål som helhet. För ett av målen görs detta för ett av fokusområdena. Vidare ska styrelsen vid konstaterade avvikelser ange orsaker, analytiska kommentarer samt konsekvenser av att målet inte uppnås. För två av målen anges orsaker till resultatet till viss del. För det tredje målet anges en trolig orsak för en av indikatorerna som avviker, men inte för målet i sin helhet. För en av de indikatorer som förbättrats beskrivs dock orsak till det. För ett av målen finns analys till viss del, men för två av målen saknas detta. För samtliga mål saknas konsekvensbeskrivningar av att de inte nås.

För fokusområdena ska anges om aktiviteter genomförts enligt plan, om tänkt effekt uppnåtts samt orsaker och konsekvenser. För samtliga fokusområden beskrivs vilka aktiviteter som genomförts. Det görs dokumenterade bedömningar av om huruvida arbetet löpt enligt plan för mycket få av fokusområdena. Vidare görs mycket få bedömningar av om tänkt effekt uppnåtts. Detsamma gäller för orsak och konsekvens. Bedömningen är att HSS inte i tillräcklig utsträckning följt anvisningarna för de delar av målrapporteringen som handlar om bedömningar och analyser.

Bevakningsområde: Styrelsens resultat utifrån budget och reglemente (C3)

Under året har styrelsens beslut löpande bevakats utifrån uppdraget från reglemente och budget, för att översiktligt bedöma om besluten följer RF:s mål och riktlinjer, samt bedöma om något beslut har behövt granskas fördjupat. Granskningen har genomförts genom protokollgranskning av styrelsens och ledningens beslut. Utifrån denna granskning bedömdes att beslut §31-2017 samt §170-2017 avseende regionens alarmeringstjänster samt att beslut §108-2017 avseende att godkänna Tibro kommun för att bedriva rehabverksamhet enligt vårdval Rehab skulle granskas ytterligare. För granskningen avseende alarmeringstjänster, se Fördjupad granskning: Beredning av beslut avseende avtal med SOS Alarm AB (C5). Beslutet avseende Tibro kommun som rehabutförare analyserades av jurist och redogörs för nedan.

Frågan gällde en bedömning av om Tibro kommuns ansökan och drift av verksamheten var lagenlig och om VGR kunde vägra att godkänna Tibro kommun som leverantör. Juristen ansåg att Tibro kommuns anbud och bedrivande av primärvårdsrehabilitering troligen innebar ett åsidosättande av den kommunala kompetensen och kommunallagen. Det gav i så VGR rätt att säga upp Kontraktet i förtid, kanske till och med till omedelbart upphörande, samt rätt till ekonomisk sanktion. Åsidosättandet av kommunallagen hade också gett HSS rätt att inte godkänna Tibro kommuns ansökan enligt p 1.1.2 i Krav- och kvalitetsboken för 2017 som utgör VGR:s förfrågningsunderlag i LOV-hänseende. Analysen har överlämnats till HSS.

Bevakningsområde: Efterlevnad av gränssnitt (C4)

Styrelsens beslut har löpande bevakats utifrån styrelsens efterlevnad av gränssnitt gentemot andra nämnder och styrelser, för att bedöma om något beslut har behövt granskas fördjupat. Granskningen har genomförts genom protokollgranskning av styrelsens och ledningens beslut. Utifrån denna granskning bedömdes att beslutet §149-2017 avseende uppstart av så kallade nivå 2-akuter skulle analyseras av jurist.

Frågan gällde en bedömning av om HSS beslut var korrekt samt om ärendeberedningen varit tillräckligt ändamålsenlig. Sammanfattningsvis fann juristen att HSS:s beslut och dess ärendeberedning var tveksamt eller felaktigt utifrån bland annat följande:

- HSS hade troligen inte rätt att besluta om finansiering av ett projekt som ska utföras av nämnd som troligen inte har befogenhet att utföra projektet. Vidare kan ifrågasättas om inte, trots att det är ett projekt, RF borde ha fattat beslutet om projektet eftersom flera omständigheter talade för att ärendet var av principiell beskaffenhet eller annars av större vikt.
- Ärendet var inte tillräckligt och korrekt berett. Ärendet berörde flera nämnder och verksamheter som inte hade getts tillfälle att yttra sig. Vidare hade det inte heller säkerställts i beredningen av ärendet att underlagen är korrekta eftersom underlagen på flera sätt var tveksamma och till och med felaktiga.

Analysen har stämts av och överlämnats till HSS. HSS har sedan tillsett att uppföljande beslut i ärendet hanterats av rätt instans.

D. 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.

Revisorskollegiet har upphandlat redovisningsrevisionen av Deloitte för perioden 2017-2020. I granskningen för 2017 har inga väsentliga avvikelser noterats.

Revisorernas sammanfattande bedömning

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

Utifrån vad som framkommit i årets granskning av hälso- och sjukvårdsstyrelsen bedömer revisionsenheten att verksamheten inte 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 hälso- och sjukvårdsstyrelsen bör fokusera på under 2018 för att stärka ledning och styrning av verksamheten.

Bilaga 1. Rapporter och underlag

A1: Fördjupad granskning: HSS utformning av sin styrning utifrån reglementet, REV 2017-00096, jan-18.

A3: Fördjupad granskning: Uppföljning av vårdgaranti inom primärvården, REV 2017-00100, mars-18.

B1: Fördjupad granskning: Vård på lika villkor, REV 2016-00148, jan-18.

B2: Fördjupad granskning: Jämlik cancervård, del 3 REV 2017-00140, dec-17.

B4: Nämndfördjupning: Genomförande av den ekonomiska styrningen. *Rapporteras ihop med C1.*

B5: Nämndfördjupning: Genomförande av systemet för intern kontroll.

C1: Nämndfördjupning: Styrelsens ekonomiska resultat. *Rapporteras ihop med B4.*

C3: Bevakningsområde: Styrelsens resultat utifrån budget och reglemente - juridisk analys, nov-17.

C4: Bevakningsområde: Efterlevnad av gränssnitt – juridisk analys, nov-17.