

Till
Regionfullmäktige i Västra Götalandsregionen

Revisionsberättelse för styrelsen för beställd primärvård år 2018

Vi, av regionfullmäktige utsedda revisorer har granskat styrelsen för beställd primärvårdsverksamhet under år 2018.

Styrelsen för beställd primärvård 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.

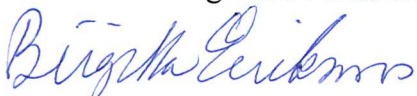
Granskningen har utförts enligt kommunallagen, god revisionsred i kommunal verksamhet och regionens reglemente för revisorskollegiet. Granskningen har genomförts med den inriktning och omfattning som behövs för att ge rimlig grund för bedömning och ansvarsprövning. Vår samlade kommentar och bedömning 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 styrelsen för beställd primärvård och dess enskilda ledamöter.

Vänersborg den 13 mars 2019



Birgitta Eriksson
Ordförande



Bernt Sabel



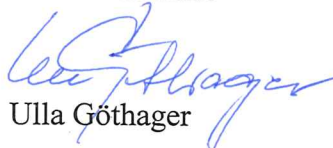
Per Waborg



Marie Engström Rosengren



Ulf Sjösten
Vice ordförande



Ulla Göthager



Bo-Lennart Bäcklund



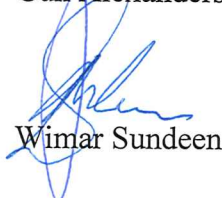
Staffan Albinsson



Krister Stensson



Gun Alexandersson Malm



Wimar Sundén

Årsrapport Styrelsen för beställd primärvård 2018

Diarienummer REV 2018-00018

Behandlad av revisorskollegiet den 13 mars 2019

Innehåll

1	Årets granskning	3
2	Styrelsens ansvar	3
3	Resultatet av revisorernas granskning.....	4
3.1	Styrelsens utformning av styrning, uppföljning och kontroller	4
3.1.1	Granskning styrning, uppföljning och kontroll av utdelade uppdrag	4
3.2	Styrelsens genomförande av styrning, uppföljning och kontroller	5
3.2.1	Granskning Intern kontroll	5
3.2.2	Granskning styrelsens kontroll av bisysslor	5
3.2.3	Granskning av direktupphandling.....	6
3.2.4	Uppföljande granskning samverkan mellan kommunen och regionen kring barn med behov av samordnade insatser	7
3.3	Styrelsens resultat och effektivitet.....	8
3.3.1	Granskning uppföljning på enhetsnivå	8
3.3.2	Granskning styrelsens resultat - budgetprocessen	8
3.3.3	Granskning styrelsens resultat utifrån VÖK (flera).....	8
3.4	Styrelsens räkenskaper.....	9
3.4.1	Granskningsrapport om årsrapporten (PwC)	9
4	Revisorernas sammanfattande bedömning	9

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 styrelsen för beställd primärvård där de mest väsentliga riskerna identifierats och prioriterats. Granskningsplanen har stämts av med utsedd kontaktrevisor i revisorskollegiet Ulf Sjösten 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.

Styrelsen för beställd primärvård genom primärvårdsdirektör Marie-Louise Gefvert har beretts tillfälle att faktagranska rapportens innehåll.

Även om verksamhet under styrelsen för beställd primärvård övergår till nya styrelsen för regiongemensam hälso- och sjukvård så lämnas rekommendationer till beaktande av nya styrelsen.

2 Styrelsens ansvar

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

Styrelsen för beställd primärvård ska bedriva Västra Götalandsregionens primärvård som inte faller under lagen om valfrihet (LOV) Styrelsen ska bedriva vård enligt vårdöverenskommelser med de fem hälso- och sjukvårdsnämnderna och enligt uppdrag från hälso- och sjukvårdsstyrelsen och regionstyrelsen. Styrelsen svarar för drift, förvaltning och utveckling av de verksamheter som ingår och ska verka för samordning och utveckling i samverkan med andra utförare av vårdtjänster inom sitt ansvarsområde. Styrelsen skall samråda med HSN i frågor som rör investeringar som påverkar verksamheternas inriktning och omfattning och ändring i utbudspunkter.

Styrelsen har att bedriva verksamheten ändamålsenligt och effektivt i enlighet med regionfullmäktiges beslut samt regionstyrelsens och hälso- och sjukvårdsstyrelsens anvisningar. I reglementet påtalas att styrelsen ska särskilt beakta de områden där det finns särskilda skäl för en regiongemensam produktionsplanering.

Reglementet i sin helhet: reglemente styrelsen för beställd primärvård.

Styrelsen anger verksamhetens mål i budget 2018.

Styrelsen delar ledningskontor med primärvårdsstyrelsen samt verkar mot Närhälsans affärsplan. Enligt Närhälsans affärsplan 2016-2018 är den gemensamma strategin:

- Vi har rätt kompetens på rätt plats
- Vi erbjuder goda utvecklingsmöjligheter
- Vi skapar en god arbetsmiljö
- Utvecklar ett gemensamt system för kvalitets- och effektivitetsförbättringar med standardiserade vård- och arbetsprocesser, där våra chefer driver utvecklingen

Våra fokusområden är:

- En hög tillgänglighet
- Värdeskapande vårdprocesser
- Rätt registrering i rätt tid

3 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.

3.1 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 fullmäktige 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 arbetssätt och organisation för den interna kontrollen. Styrelsen 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, uppföljning och kontroll av utdelade uppdrag.

3.1.1 Granskning styrning, uppföljning och kontroll av utdelade uppdrag

I revisionen av räkenskaperna för 2017 fanns *brister i uppföljning och redovisning av projekt*. Under året har bevakats om styrelsen har utformat tydliga uppdrag för de ingående verksamheterna och om styrelsen har utformat ett tillfredställande system för styrning och uppföljning av projektuppdrag.

Bedömning

Styrelsen har inför 2019 och ny styrelse arbetat med uppdrag tagit erforderliga beslut inför förändringen.

Rekommendationer

- *Ingen rekommendation lämnas*

3.2 Styrelsens genomförande av styrning, uppföljning och kontroller

Styrelsen 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 beslutad 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 uppföljning och kontroll utifrån beslutad plan för intern kontroll samt uppföljning och kontroll av bisysslor.

3.2.1 Granskning Intern kontroll

Under året har granskats om styrelsen arbetar ändamålsenligt med uppföljning och kontroll utifrån beslutad plan för intern kontroll. Granskningen har sökt svar på frågan om styrelsen säkerställt att IK-planen genomförs och att styrelsen får tillräcklig löpande rapportering.

Styrelsen har beslutat att rapportering ska göras tre gånger per år. Återrapportering har gjorts under året §3, §52 och §98 varav en samlad årsrapportering.¹

Bedömning

Styrelsen arbetar ändamålsenligt med uppföljning av internkontrollplan.

Rekommendationer

- *Ingen rekommendation lämnas*

3.2.2 Granskning styrelsens kontroll av bisysslor

Styrelsens kontroll av medarbetares bisysslor har granskats genom dokumentgranskning och frågor till förvaltningsledning.² 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?

¹ Dnr PVB 2017-00246 årsrapport Intern kontroll 2018

² Revisionsrapport bisysslor uppföljning av granskning REV 2018-00146

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 av efterlevnaden av de regionala riktlinjerna för bisysslor. Följande frågor har ställts i samband med löpande årlig granskning:

Fråga till förvaltningen för PVB	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.

Rutinen tycks också i allt väsentligt följas och redovisning och uppföljning av bisysslor har stärkts sedan genomförd granskning 2016. Rutinen och tillämpningen av rutinen har bidragit till att kontroller av bisysslor formaliserats och dokumenterats. Det innebär också att efterlevnaden av regional rutin för bisysslor följs upp mer systematiskt och strukturerat. Nämnder och styrelser bedöms med anledning av ovanstående ha en tillräcklig intern kontroll avseende medarbetares bisysslor

Rekommendationer

- *Ingen rekommendation lämnas*

3.2.3 Granskning av direktupphandling

Under året har revisionsenheten följt upp direktupphandling³ i syfte att granska om nämnder och styrelser säkerställt att de har kontroll över inköp och avtal samt om de säkerställt implementeringen av ny inköbspolicy? Granskningen har bland andra nämnder och styrelser även omfattat styrelsen för beställd primärvård.

Bedömning styrelsen för beställd primärvård

I rapporten riktas ingen kritik mot styrelsen för beställd primärvård. Styrelsen bedöms ha säkerställt att den har kontroll över inköp och avtal liksom implementeringen av ny inköbspolicy.

Rekommendationer

- *Ingen rekommendation lämnas.*

³ Revisionsrapport uppföljning direktupphandling Diarienummer REV 2018–00140

3.2.4 Uppföljande granskning samverkan mellan kommunen och regionen kring barn med behov av samordnade insatser

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. Revisionen rekommenderade på basen av granskningen att styrelsen för beställd primärvård skulle säkerställa dokumentation och upprätta riktlinjer, se tabell nedan.

Rekommendation	Åtgärder och beslut
Att säkerställa att dokumentationen av arbetet med samordnade individuella planer följer gällande regelverk.	Beslut om handlingsplan 20161028 §42 diarienummer PVB 99-2016
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	<ol style="list-style-type: none"> 1. Chefer och medarbetare inom Närhälsans beställda primärvård som möter barn och unga, väl skall känna till och kunna använda VÄSTBUS riktlinjer och regelverket kring Samordnade Individuell Plan, SIP. Dessa återfinns på www.samverkanstorget.se. 2. Samtliga Barn- och ungdomsmedicinska mottagningar utbildar minst en mötesledare för SIP/VÄSTBUS ärenden. Denna person ansvarar tillsammans med chef också för kvalitetssäkring och uppföljning av alla samverkansstrukturer på mottagningen. 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 används för SIP möten, för att lättare kunna följa upp verksamheten framöver. <p>Rapport från samverkansgrupper är satt som en stående punkt på ledningsmöten BUM. Handlingsplanen omfattar även verksamhet som inte ingick i granskningen.</p>

Uppföljande granskning under året finner att styrelsen har beslutat om åtgärder och fastställt rutin. Planen innehåller åtgärder som syftar till att förbättra det individuella omhändertagandet.⁴

Bedömning

Styrelsen för beställd primärvård arbetar med förbättringsåtgärder i enlighet med rekommendationer.

⁴ Uppföljning granskningsrapport Samverkan mellan kommunen och regionen, Diarienummer REV 2018 – 00138

Rekommendationer

- *Ingen rekommendation lämnas*

3.3 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 uppföljning på enhetsnivå.

3.3.1 Granskning uppföljning på enhetsnivå

Vid 2017 års granskning identifierades bristande uppföljning av projekt. En uppföljning har gjorts av förvaltningens åtgärder och förbättringsarbete avseende de påtalade bristerna. Noteras att åtgärder vidtagits, men ytterligare åtgärder krävs enligt förvaltningen.

Bedömning

Styrelsen har enligt rekommendation vidtagit åtgärder och plan finns för ytterligare åtgärder. Se även under avsnitt 4 i denna rapport.

Rekommendationer

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

3.3.2 Granskning styrelsens resultat - budgetprocessen

Risk för avvikelser mot fullmäktiges mål generellt. Granskningen syftar till att bedöma om styrelsen rapporterar enligt de anvisningar som regionkansliet utfärdat samt om de resultat Styrelsen redovisar för verksamhet och ekonomi i delårsrapporterna/ årsredovisningen överensstämmer med fullmäktiges beslut om budget. (Granskningen omfattar ej räkenskaper).

Bedömning

Styrelsen rapporterar enligt anvisningar samt redovisar ekonomi i balans

Rekommendationer

- *Ingen rekommendation lämnas*

3.3.3 Granskning styrelsens resultat utifrån VÖK (flera)

Risk för avvikelser mot vårdöverenskommelse(r) generellt. Granskningen syftar till att bedöma om styrelsen rapporterar enligt vårdöverenskommelsens uppföljningsplan samt om de resultat som styrelsen redovisar överensstämmer med vårdöverenskommelsens uppdrag och målsättningar.

Bedömning

Styrelsen följer plan/planer.

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 styrelsens projektredovisning.

3.4.1 Granskningsrapport om årsrapporten (PwC)

Vi har utfört en revision av årsrapporten för Närhälsan Beställd Primärvård för räkenskapsåret 2018-01-01–2018-12-31. (PwC)⁵

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

Närhälsan beställd primärvård 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. Närhälsan beställd primärvård redovisar för år 2018 ett positivt resultat jämfört med budget på 3,5 mnkr. Resultatet beror bl.a. på ökade intäkter i form av statsbidrag och beställningar samt lägre personalkostnader på grund av vakanser.

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 kommunalverksamhet. Revisionen har utgått från revisionsplanen som fastställts av revisorskollegiet samt från en granskningsplan avseende styrelsen för beställd primärvård. Granskningen hargenomförts utifrån revisionsenhetens granskningsprogram och i dialog med berörda verksamheter.

⁵ Rapport om årsrapporten för Närhälsan Beställd Primärvård för räkenskapsåret 2018-01-01–2018-12-31 (PwC)

Utifrån vad som framkommit i årets granskning av styrelsen för beställd primärvård bedömer revisionsenheten att verksamheten bedrivits ändamålsenligt, med god ekonomisk hushållning, rättvisande räkenskaper och med en tillräcklig intern kontroll.

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 2018-00018," Revisionsenheten, Västra Götalandsregionen, 2018.
6. Årsrapport revisionen 2017
7. Lista underlag PVB, REV 2018-00018