

Till
Regionfullmäktige i Västra Götalandsregionen

Revisionsberättelse för styrelsen för NU-sjukvården år 2016

Vi, av fullmäktige utsedda revisorer har granskat styrelsen för NU-sjukvårdens verksamhet under år 2016.

Styrelsen för NU-sjukvården 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 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 NU-sjukvården och dess enskilda ledamöter.

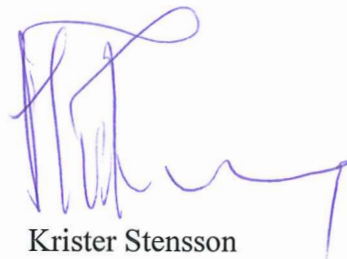
Vänersborg den 15 mars 2017



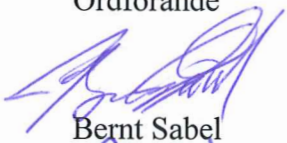
Birgitta Eriksson
Ordförande



Ulf Sjösten
Vice ordförande



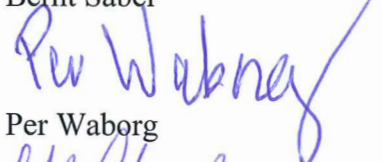
Krister Stensson



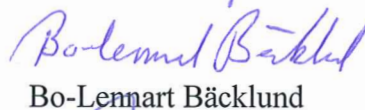
Bernt Sabel



Ulla Göthager



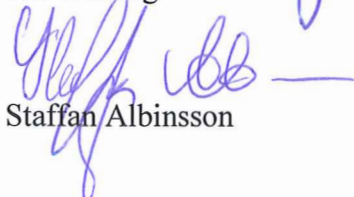
Per Waborg



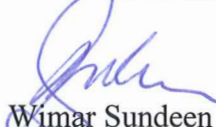
Bo-Lemart Bäcklund



Marie Engström Rosengren



Staffan Albinsson



Wimar Sundeen

Årsrapport NU-sjukvården 2016

Diarienummer REV 2017-00026

Behandlad av revisorskollegiet den 15 mars 2017

Årets granskning av NU-sjukvården

1. Inriktning

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. Den årliga revisionen omfattar granskning och bedömning inom följande områden:

- Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat
- Intern kontroll
- Räkenskaper

2. Genomförd granskning

Revisionen 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 nämnd/styrelse. I granskningen har revisorerna biträttats av revisionsenheten. Därtill har räkenskaperna granskats av Deloitte.

- 2.1 Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat

Genomförda fördjupade granskningar:

- 2.2 Granskning av intern kontroll

Genomförda nämndfördjupningar:

- 2.3 RMR för barn och unga med neuropsykiatriska diagnoser

- 2.4 Processorienterad styrning

Övriga granskningsområden:

- 2.5 Granskning av intern kontroll

2.1 Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat

NU-sjukvården arbetar med vårdutveckling inom många olika delar. Äldre ska få hjälp utan att behöva ta sig till sjukhuset. Patienterna ska vara mer delaktiga och vården ska systematiseras. Det är ett långsiktigt arbete som till stor del utförs internt. Antalet vårdplatser har minskat med konsekvensen att beläggningsnivån är fortsatt hög. Tillgängligheten enligt vårdgarantin har försämrats ytterligare och köerna har växt något. För att underlätta samspelet med kommun, primärvård och närstående har omsorgskoordinatorer inrättats. Personalomsättningen fortsätter att öka och det är främst sjuksköterskor och undersköterskor som lämnar regionen.

Året har präglats av åtgärder för att nå en ekonomi i balans. Ett aktivt arbete med åtgärdsplanen och poster som fallit bättre ut än väntat bidrar till resultatet på -16 mnkr vilket är bättre än det från regionfullmäktige godkända -40 mnkr. Både intäkter och kostnader har ökat mer än budget. På intäktssidan är det olika statsbidrag och regionala satsningar och på kostnadssidan gäller det olika typer av köpt vård och bemanningsföretag. Bemanningssituationen avseende sjuksköterskor är fortsatt svår samtidigt som köpen av bemanningsläkare minskar. Antalet förlossningar var betydligt fler än planerat.

2.2 Granskning av intern kontroll

Granskningen syfte var att granska att - och hur - nya riktlinjer och rutiner för direktupphandling har implementerats. Inom ramen för detta belystes även hur förvaltningarna säkerställt att de medarbetare som har rätt att göra inköp har adekvat kunskap och kompetens för detta.

Ansvarsgrunden för de nämnder och styrelser som berörs i denna granskning är risken för bristande styrning, ledning, uppföljning och kontroll vid implementeringen av de nya riktlinjerna för direktupphandling. Våra iakttagelser och bedömningen av dessa utifrån ställda revisionsfrågor ger att samtliga nämnder och styrelser – med undantag för Fastighetsnämnden – uppvisar brister utifrån denna ansvarsgrund. Utifrån våra bedömningar lämnas följande rekommendationer till NU-sjukvården med flera att:

- säkerställa att tillägget till gällande riktlinjer för tillämpning av inköspolicyn i VGR avseende direktupphandling implementeras fullt ut
- säkerställa att delegationsordningen är förstådd och följs gällande direktupphandling och tecknande av externa avtal med leverantörer
- stärka den interna kontrollen av att riktlinjerna för direktupphandling följs
- säkerställa att rutiner för direktupphandling sprids och är förstådda i linjeorganisationen på sådant sätt att följsamheten till riktlinjerna för direktupphandling säkras

2.3 RMR för barn och unga med neuropsykiatriska diagnoser

Revisionen noterade i granskningen från 2014 att samverkan i regionen inte följde lagar, föreskrifter och styrdokument samtidigt som införandet av de nya regionala medicinska riktlinjerna (RMR) ytterligare komplicerade samverkan. Under våren 2016 genomförs en utvärdering av införandet av RMR och hur samverkan fungerar.

Ställda revisionsfrågor besvaras enligt följande:

- Vilka insatser har gjorts för att åtgärda de initiala bristerna?

Det har varit två huvudinriktningar där Göteborg inte ansett sig ha resurser för att möta kraven i RMR men diagnostiseringen har fortsatt enligt tidigare rutiner. I verksamheterna utanför Göteborg har RMR implementerats i olika grad. På regionövergripande nivå har det inte gjorts tillräckliga insatser för att samverkan ska fungera men även på förvaltningschefsnivå bedöms inte ambitionen ha varit tillräcklig.

- Vad krävs för att få en enhetlig hantering i regionen?

I dagsläget finns det två separata arbetsmetoder för att fånga upp patienter inom AST vilket medför olika hantering. Tidig upptäckt är mer resurskrävande men det bedöms långsiktigt ge patienterna bättre stöd. Vid sen upptäckt ska barnen få sina insatser av BUP. Till följd av det stora remissinflödet krävs det dock att patienten har en stor problematik för att få hjälp. Om dagens geografiskt skilda identifieringsmetoder kvarstår är det troligt att noterade brister kommer att kvarstå även i kommande RMR. Troligtvis krävs även en översyn av de ekonomiska förutsättningarna.

Sammanfattningsvis så följs de nya RMR för barn och unga med neuropsykiatriska diagnoser i olika grad i regionen. Det finns olika arbetssätt som påverkar följsamheten men också resultaten för patienterna. Styrningen från HSS och berörda styrelser har inte varit tillräckligt kraftfull.

2.4 Processorienterad styrning

För ett par år sedan påbörjade Sahlgrenska universitetssjukhuset ett införande av värdestyrd vård, NU-sjukvården har initierat motsvarande arbete. Av NU-sjukvårdens detaljbudget 2016 framgår att ett av uppdragen dessutom är att ”Utveckla ett personcentrerat arbetssätt i hälso- och sjukvården”.

- Har sjukhuset arbetat effektivt med implementeringen av modellerna? Personcentrerad vård är i inledningskedet och kan ännu inte utvärderas.

Insatserna i processerna avseende värdebaserad vård består av personalens tid. Det medför ett initialt tapp i produktionen som ska ställas mot skapade värden. Det finns en genomtänkt idé för hur implementeringen ska ske på djupet för att vara hållbar över tid.

- Har uppföljning och analys genomförts för att bedöma värdet för patienterna? Det har gjorts patientundersökningar som visar att patientnöjdheten har ökat och vissa vårdprocesser kunnat effektiviseras. Bristen på tillräckligt systemstöd medför dock att säkerställda värden inte kan verifieras.

Sammanfattningsvis så kan personcentrerad vård ännu inte utvärderas men värdebaserad vård har kunnat visa förbättringar av verksamheten även om värdet för patienterna inte kan säkerställas då det saknas systemstöd.

2.5 Granskning av intern kontroll

Styrelsen har avsatt tid för riskbedömning för att ta fram de största hindren mot att förvaltningen når sina mål. Därefter har sjukhusledningen presenterat fram förslag på åtgärder/aktiviteter. Planen bedöms utgå från ett styrelseperspektiv med olika infallsvinklar på verksamheten och god koppling till väsentliga delar av regionfullmäktiges mål och styrning. Uppföljningen rapporteras som bilaga till årsredovisningen. Inriktningen är övergripande och återger redovisning av nuläget för åtgärder/aktiviteter. Det saknas dock redovisning av resultatet av innehållet i de genomförda momenten. Årets arbete med intern kontroll har inte medfört några förändrade styråtgärder från styrelsen.

3. Granskning av räkenskaper

Noteringar från löpande granskning

- Vid vår granskning har vi att utranteringar inte bokades i samma period som noteringen av utrantering funnits.
- I samband med vår granskning noterade vi att enheten ej utför nedskrivningsprövningar av anläggningstillgångar i enlighet med VGR:s interna rutiner för anläggningstillgångar.
- I samband med vår löpande granskning har vi noterat att det saknas märkning av inventarier som inte är medicintekniska inventarier, såsom datorer och stolar.
- Vi har noterat att förändringar, aktiveringar samt utranteringar i anläggningsregistret görs av ekonomiavdelningen utifrån erhållna underlag från verksamheten. Det saknas dock kontroll av att gjorda uppdateringar av anläggningsregistret är korrekta.

Negativt eget kapital

Vid vår granskning har noterats att enhetens eget kapital är negativt vilket det även var per 151231, 141231, 131231 och 121231. 2011 var första året som den erhålla bokslutsdispositionen inte täckte föregående års förlust.

Komponentavskrivningar materiella anläggningstillgångar

Enheten tillämpar per 2016-12-31 inte komponentavskrivning på materiella anläggningstillgångar. Någon beräkning av en eventuell effekt av övergång till komponentavskrivning på materiella anläggningstillgångar har ej skett. Enheten följer de riktlinjer som regionen tagit fram för komponentavskrivningar.

Förutom ovanstående områden har det inte framkommit något som tyder på några väsentliga avvikelser i fråga om huruvida:

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