

Revisionsrapport

Samlad uppföljning av tidigare genomförda granskningar

Region Västmanland

*Tobias Bjöörn, Certifierad kommunal revisor
Jenny Nyholm*

Augusti 2017

Innehållsförteckning

SAMMANFATTANDE BEDÖMNING	3
1. INLEDNING	4
1.1. BAKGRUND	4
1.2. REVISIONSFRÅGA OCH AVGRÄNSNING	4
1.3. AVGRÄNSNING OCH TILLVÄGAGÅNGSSÄTT	5
2. UPPFÖLJNING AV DE 12 UTVALDA GRANSKNINGARNA	6
2.1. JÄMLIK VÅRD	6
2.1.1. Sammanfattning av genomförd granskning	6
2.1.2. Revisorernas rekommendationer/ noterade brister	6
2.1.3. Styrelsens/nämndens yttrande	7
2.1.4. Uppföljning av vidtagna åtgärder	7
2.2. TÄRNA FOLKHÖGSKOLA	9
2.2.1. Sammanfattning av genomförd granskning	9
2.2.2. Revisorernas rekommendationer/ noterade brister	9
2.2.3. Styrelsens/nämndens yttrande	10
2.2.4. Uppföljning av vidtagna åtgärder	10
2.3. STYRNING OCH LEDNING AV CENTRUM FÖR KOMMUNIKATION	12
2.3.1. Sammanfattning av genomförd granskning	12
2.3.2. Revisorernas rekommendationer/ noterade brister	12
2.3.3. Styrelsens/nämndens yttrande	13
2.3.4. Uppföljning av vidtagna åtgärder	13
2.4. LANDSTINGSSTYRELSENS FÖREBYGGANDE ARBETE AVSEENDE MUTOR OCH OEGENTLIGHETER	16
2.4.1. Sammanfattning av genomförd granskning	16
2.4.2. Revisorernas rekommendationer/ noterade brister	17
2.4.3. Styrelsens/nämndens yttrande	17
2.4.4. Uppföljning av vidtagna åtgärder	17
2.5. SAMMANHÅLLEN VÅRD FÖR DE MEST SJUKA ÄLDRE	19
2.5.1. Sammanfattning av genomförd granskning	19
2.5.2. Revisorernas rekommendationer/ noterade brister	19
2.5.3. Styrelsens/nämndens yttrande	20
2.5.4. Uppföljning av vidtagna åtgärder	20
2.6. ANLÄGGNINGSREDOVISNING	22
2.6.1. Sammanfattning av genomförd granskning	22
2.6.2. Revisorernas rekommendationer/ noterade brister	22
2.6.3. Styrelsens/nämndens yttrande	23
2.6.4. Uppföljning av vidtagna åtgärder	24
2.7. KOLLEKTIVTRAFIKNÄMNDENS KONTROLL ÖVER INTÄKTSFLÖDENA	25
2.7.1. Sammanfattning av genomförd granskning	25
2.7.2. Revisorernas rekommendationer/ noterade brister	25
2.7.3. Styrelsens/nämndens yttrande	26
2.7.4. Uppföljning av vidtagna åtgärder	26
2.8. STYRNING OCH DIMENSIONERING AV ANTALET VÅRDPLATSER	28
2.8.1. Sammanfattning av genomförd granskning	28
2.8.2. Revisorernas rekommendationer/ noterade brister	28
2.8.3. Styrelsens/nämndens yttrande	29
2.8.4. Uppföljning av vidtagna åtgärder	29
2.9. VÅRD PÅ LIKA VILLKOR	33
2.9.1. Sammanfattning av genomförd granskning	33
2.9.2. Revisorernas rekommendationer/ noterade brister	33
2.9.3. Styrelsens/nämndens yttrande	34
2.9.4. Uppföljning av vidtagna åtgärder	34

2.10.	TILLGÄNGLIGHET FÖR KRONIKER	35
2.10.1.	<i>Sammanfattning av genomförd granskning</i>	35
2.10.2.	<i>Revisorernas rekommendationer/noterade brister</i>	36
2.10.3.	<i>Styrelsens/nämndens yttrande</i>	36
2.10.4.	<i>Uppföljning av vidtagna åtgärder</i>	36
2.11.	STYRNING OCH UPPFÖLJNING AV AVTAL INOM LANDSTINGET.....	38
2.11.1.	<i>Sammanfattning av genomförd granskning</i>	38
2.11.2.	<i>Revisorernas rekommendationer/noterade brister</i>	38
2.11.3.	<i>Styrelsens/nämndens yttrande</i>	39
2.11.4.	<i>Uppföljning av vidtagna åtgärder</i>	39
2.12.	KONTROLL AV LEGITIMATION VID ANSTÄLLNING OCH INHYRNING AV PERSONAL	40
2.12.1.	<i>Sammanfattning av genomförd granskning</i>	40
2.12.2.	<i>Revisorernas rekommendationer/ noterade brister</i>	40
2.12.3.	<i>Styrelsens/nämndens yttrande</i>	41
2.12.4.	<i>Uppföljning av vidtagna åtgärder</i>	41
3.	ÖVERGRIPANDE ANALYS OCH BEDÖMNING	43
3.1.	ÖVERGRIPANDE ANALYS AV YTTRANDE	43
3.2.	SUMMERING AV BEDÖMNING FÖR RESPEKTIVE GRANSKNING	45
3.3.	SUMMERANDE BEDÖMNING	46

Sammanfattande bedömning

På uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Region Västmanland har PwC gjort en samlad uppföljning av tidigare genomförda granskningar i regionen.

Uppföljningen har syftat till att besvara följande revisionsfråga:

- *Har Regionstyrelsen vidtagit tillräckliga åtgärder med anledning av den bedömning och de åtgärdsförslag som lämnats i genomförda granskningar?*

Efter genomförd granskning är den sammanfattande bedömningen att regionstyrelsen i många avseenden vidtagit tillräckliga åtgärder med anledning av den bedömning och de åtgärdsförslag som lämnats i genomförda granskningar, men att det finns ett fortsatt utvecklings- och förbättringsarbete inom vissa delar.

De 12 granskningar som varit föremål för uppföljning omsluter många olika delar av regionens verksamhet. Flertalet av de granskningar som följts upp har varit av den karaktären att det inte går att bedöma arbetet inom granskningsområdet som färdigställt eller inte, eftersom det är ett ständigt pågående och levande arbete, exempelvis processer avseende jämlik vård eller vård på lika villkor. Andra områden som följts upp är mer konkreta, exempelvis förebyggande av mutor och oegentligheter och kollektivtrafiknämndens kontroll över intäktsflöden.

- *Vår övergripande bild utifrån intervjuer med berörda tjänstemän och genom dokumentgranskning är att de medskick och synpunkter som framkommer av revisionens granskningar i allra högsta grad beaktas och tas hänsyn till.*
- *Vår bedömning är att åtgärder har vidtagits i någon utsträckning för samtliga av de tolv revisionsgranskningar som följts upp inom ramen för denna samlade uppföljning.*
- *Utifrån vår trafikljusmodell bedömer vi de flesta av revisionens lämnade synpunkter och rekommendationer som gröna eller gula, d.v.s. att åtgärder vidtagits och implementerats alternativt är planerade eller i implementeringsfasen. Det ska dock noteras att det finns variationer mellan de områden som har erhållit gult (se respektive bedömning).*
- *Det finns i flera fall en frånvaro i styrelsens yttranden av konkreta åtgärder som styrelsen ämnar vidta.*
- *I arbetet med att fånga utvecklingen sedan genomförd granskning och vad som har genomförts av styrelsens beslutade åtgärder (såsom de formuleras i yttrandet till revisorerna) har vi noterat variationer i hur det går att följa vad som faktiskt har genomförts. Vår bedömning är åiterrapportering av verkställandet av åtgärder bör stärkas. Denna iakttagelse menar vi är viktig, då den rör verkställighet av styrelsens beslut.*

1. Inledning

1.1. Bakgrund

På uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Region Västmanland gör PwC en samlad uppföljning av tidigare genomförda granskningar i regionen.

De granskningar som revisionen genomför innehåller ofta förslag på åtgärder som bör genomföras. Dessa åtgärder varierar i omfattning och därmed också i tid för genomförande. En viktig del av revisionens arbete är därför att följa upp tidigare genomförda granskningar för att se om åtgärder vidtagits med anledning av dessa och om granskade nämnder har tagit till sig kritik, synpunkter och förslag.

Region Västmanlands revisorer gör återkommande uppföljningar av genomförda granskningar. I detta uppdrag är utgångspunkten att ta ett större grepp och göra en samlad uppföljning av ett flertal granskningar genomförda under de senaste åren 2012-2015.

1.2. Revisionsfråga och avgränsning

Uppföljningen syftar till att besvara följande revisionsfråga:

- *Har Regionstyrelsen vidtagit tillräckliga åtgärder med anledning av den bedömning och de åtgärdsförslag som lämnats i genomförda granskningar?*

Granskningen omfattar granskningar som berört Regionstyrelsen (f.d. Landstingsstyrelsen). Granskningen avgränsas till uppföljning av följande 12 granskningar genomförda åren 2012 – 2016:

- Jämlik vård (2012)
- Tärna Folkhögskola (2012)
- Styrning och ledning av Centrum för kommunikation (2013)
- Förebyggande arbete avseende mutor och oegentligheter (2013)
- Sammanhållen vård för de mest sjuka äldre (2013)
- Anläggningsredovisning (2014)
- Kollektivtrafiknämndens kontroll över intäktsflöden (2014)
- Styrning och dimensionering av vårdplatser (2014)
- Vård på lika villkor (2014)
- Styrning och uppföljning av avtal i landstinget (2014)
- Tillgänglighet för kroniker (2015)
- Kontroll av legitimation vid anställning och inhyrning av personal (2016)

1.3. *Avgränsning och tillvägagångssätt*

Uppföljningen är avgränsad till 12 utvalda granskningar som rör regionstyrelsen under åren 2012-2016.

Slutsatserna från respektive granskning samt yttrande från regionstyrelsen sammanfattas i rapporten men återges inte i sin helhet då detta skulle bli för utrymmeskrävande.

Uppföljningen av de 12 granskningarna görs övergripande och inte lika omfattande än vad som är brukligt vid en fördjupad uppföljning av en separat granskning.

Tillvägagångssättet har i korthet varit följande:

- Genomgång av revisorernas synpunkter och förslag till åtgärder som angetts i lämnade revisionsrapporter och tillhörande missivbrev.
- Genomgång och granskning av yttranden som revisorerna erhållit.
- Inhämtande av lägesbeskrivningar för respektive granskning genom intervjuer med berörda tjänstemän. Valet av intervjupersoner har genomförts i dialog med regionkansliet och de tjänstemän som arbetat med framtagandet av yttrandet och bedömts vara mest informerade om utvecklingen kring respektive granskningsområde har intervjuats. Sammantaget har 14 personer intervjuats.
- Inhämtande av kompletterande underlag för granskning och verifiering av genomföra åtgärder och utveckling, samt övrig materialinsamling nödvändig för att fånga statusen för respektive granskning.
- Beskrivning av statusen för respektive granskning som följts upp, samt aggregerad analys utifrån helhetsbilden som framträder utifrån de 12 uppföljningarna.

Baserat på vidtagna åtgärder utifrån lämnade rekommendationer och noterade brister kommer en sammanfattande bedömning/gradering göras för varje enskild granskning enligt följande "trafikljusmodell":



Identifierade brister och rekommendationer har inte beaktats eller åtgärdats sedan tidigare granskning, vilket medför att relaterad risk och rekommendation kvarstår.



Aktiviteter och åtgärder finns planerade eller är under genomförande, dock kvarstår utvecklingsbehov då åtgärderna ännu inte är på plats och bristerna inte fullt ut har hanterats.



Aktiviteter har vidtagits för att åtgärda identifierade brister och utveckling har skett på området sedan föregående granskning.

De intervjuade har givits möjlighet att sakgranska beskrivningen av respektive uppföljning innan rapportens färdigställande och slutbehandling.

2. Uppföljning av de 12 utvalda granskningarna

2.1. Jämlik vård

2.1.1. Sammanfattning av genomförd granskning

I december 2012 genomförde PwC på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i landstinget Västmanland en granskning av jämlik vård. Revisorernas uppgift var inte att bedöma om vården i landstinget är jämlik eller inte (Socialstyrelsens uppgift), utan hur landstingsstyrelsen följer upp uppsatta mål beträffande jämlik vård. Granskningen syftade till att besvara följande revisionsfråga:

- *Säkerställer landstingsstyrelsen att landstingets hälso- och sjukvård är jämlik?*

Efter genomförd granskning gjordes bedömningen att landstingsstyrelsen inte kan säkerställa att vården är jämlik.

Landstingsrevisorerna behandlade och godkände revisionsrapporten 2013-04-05 och begärde svar senast 2013-06-12.

2.1.2. Revisorernas rekommendationer/ noterade brister

Inga konkreta rekommendationer lämnades i granskningen, däremot noterades ett antal brister och förslag på åtgärder:

- ➔ För att säkerställa att vården är jämlik måste det finnas metoder för att mäta och utvärdera. I landstinget Västmanland saknas metoder och indikatorer för att bedöma om vården är jämlik eller ej. Ett utvecklingsarbete inom detta område har påbörjats på nationell nivå och en första ansats i den riktningen kan sägas ha påbörjats även inom Landstinget Västmanland.
- ➔ I förvaltningsplanerna förekommer begreppet jämlik hälsa och patientupplevd kvalitet. Några mål beträffande jämlik vård är inte satta. Förvaltningsplanerna fungerar därför inte som styrdokument i detta avseende.
- ➔ Eftersom det saknas metoder för att på ett objektivt sätt mäta graden av jämlighet i vården kan kunskap inte finnas inom området, annat än de skillnader i kvalitet, vårdkonsumtion etc. som framgår av Öppna jämförelser på nationell nivå. Det finns dock goda förutsättningar att via policydokument och utbildningsinsatser medvetandegöra jämlighetsfrågor inom vården.

2.1.3. Styrelsens/nämndens yttrande

Landstingsstyrelsen lämnade sitt yttrande på granskningsrapporten 2013-06-19. I sitt svar angav landstingsstyrelsen att rapporten pekade på brister som finns i gårdagens och dagens vård. Vidare angavs att det i syfte att minska ojämlikheten är angeläget att förbättra arbetet med bemötande, tillgänglighet och personalens kunskaper om faktorer som orsakar ojämlikhet i vården och att förvaltningsplanerna och dess roll som styrdokument kan tydliggöras genom att formulera mål att sträva mot för att nå en mindre ojämlikhet för länets invånare. I sitt svar angav styrelsen att arbetet med att ta fram indikatorer eller motsvarande för att mäta jämlikheten blir en utmaning och att arbetet ännu inte påbörjats.

I sitt svar lyfte landstingsstyrelsen även satsningar på Hälsocenter i olika områden där de största problemen kunnat identifieras, som visat sig vara exempel på god åtgärd. Likaså utbildningsinsatser för personal i bl.a. HBT-frågor.

Några direkta konkreta förslag på åtgärder framkom inte av yttrandet.

2.1.4. Uppföljning av vidtagna åtgärder

Lägesuppdatering har inhämtats genom intervju med berörd tjänsteman (hälso- och sjukvårdsstrateg), samt genom dokumentstudier.

Inhämtade underlag:

Handlingsplan Jämlik vård (antagen av LS 2015-11-25, § 298)

Handlingsplan hälsoinriktat arbete (LS 2016-02-24)

Riktlinje: Landstingets styrning och ledning för hälsoinriktat arbete (2016-12-13)

Åtterrapporering Jämlik vård för BFS-beredning (2016-12-14)

Regionplan och budget 2017-2019

Förvaltningsplan

Uppföljning av åtgärder (mål) 2016

Sedan genomförd granskning har en handlingsplan för jämlik vård tagits fram tillsammans med beredningen för folkhälsa och sjukvård. Handlingsplanen antogs av landstingsstyrelsen hösten 2015 och började gälla från och med januari 2016. Handlingsplanen genererar både i konkreta mål, men även hur granskning ska göras utifrån ett analysperspektiv. Handlingsplanen är även ett viktigt verktyg i samband med att planeringsförutsättningarna tas fram. Till denna har även ett vägledande dokument i form av en riktlinje tagits fram, december 2016. En muntlig återrapporering för beredningen för folkhälsa och sjukvård gjordes 2016-12-14, då redogjordes hur arbetet med planen framskridit samt att åtgärder i handlingsplanen följdes upp. Av Regionplan och budget 2017-2019 framgår att handlingsplanen för jämlik vård ska verkställas och att området är ett prioriterat utvecklingsområde. Verksamheterna behöver analysera och vid behov säkerställa att det inte finns könsrelaterade skillnader inom hälso- och sjukvården.

Sedan genomförd granskning har även en handlingsplan till landstingets program för hälsoinriktat arbete tagits fram som beslutades av landstingsstyrelsen i februari 2016.

Uppföljning av målnivåer sker i samband med årsredovisning. Krav att följa upp detta infördes under 2015. Vid 2016 års uppföljning följdes samtliga utom ett mål upp. Vid intervju framkommer att det saknas vissa variabler för att kunna mäta målnivåerna till fullo. Dock poängteras att det skett en avsevärd förbättring sedan 2013, vilket bland annat anges bero på att de nationella riktlinjerna har blivit avsevärd mycket bättre och att diskussionen är mer aktiv. Det framkommer att alltför förvaltningar väljer att rapportera och följa upp, t.ex. inom mammografi. Regionen utgår från de nationella riktlinjer som finns och jämför med hur det ser ut i regionen, en s.k. gapanalys. Beroende på utfallet av denna gapanalys så väljer man ut vad som ska lyftas för politikerna.

Inom ramen för jämlik vård finns även nationella insatser. Bl.a. rapporten ”Vården i siffror” består av ca 40 målnivåer.

Vid intervju anges att diskussionen kring jämlik vård numera är en ständigt aktuell och levande fråga. Historiskt sett har begreppet upplevts som en provokation utifrån att de flesta aktörer ansett sig bedriva jämlik vård. Diskussionen och arbetet med jämlik vård anses dock ha utvecklats en hel del sedan 2013, fler talar om den aspekten av vården nu.

Bemötande anses vara en av grundpelarna för att bedriva jämlik vård. För att mäta bemötande görs patientenkäter för olika vårdgrupper. Regionen har infört hälso-samtal och provtagning för alla 50-åringar som är listade hos en Vårdcentral i länet. Vidare så har Kompetenscentrum för hälsa tilldelats medel för att under 2018 starta ett nytt Hälsocentrum i området Hallstahammar/Surahammar. Detta innebär att det kommer att finnas hälsocenter i 8 av 10 kommuner i regionen. Dessa var under uppbyggnad när rapport/yttrande skrevs. Enligt uppgift pågår även utbildningsinsatser i HBTQ-frågor för personalen.

Sammanfattande bedömning av vidtagna åtgärder

Regionen förhåller sig till den lagstiftning och de nationella riktlinjer som finns inom området. Vidare så har arbetet och uppdraget tydliggjorts genom den handlingsplan som tagits fram och beslutats av landstingsstyrelsen efter genomförd granskning. De målnivåer som ingår i handlingsplanen följs upp i samband med årsredovisning. Landstingsstyrelsen har även beslutat om handlingsplan för hälsoinriktat arbete och till denna en riktlinje som vägledande dokument. Arbeta pågår med att starta upp ytterligare hälsocenter, hälsosamtal och provtagning erbjuds samtliga 50-åringar och utbildningsinsatser inom HBTQ-frågor för personal pågår.

Jämlik vård är något att sträva mot och ett område där det är svårt att definitivt vara i mål. Utifrån ovanstående iakttagelser gör vi ändå bedömningen att regionstyrelsen vidtagit konkreta och förstärkande åtgärder (bl.a. framtagande av en handlingsplan för jämlik vård) inom granskningsområdet sedan genomförd granskning.

Bedömning:



2.2. Tärna Folkhögskola

2.2.1. Sammanfattning av genomförd granskning

I februari 2013 genomförde PwC på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna en granskning av ledning och styrning inom Tärna Folkhögskola. Granskningen syftade till att besvara följande revisionsfråga:

- *Bedriver Tärna folkhögskola en ändamålsenlig verksamhet med hänvisning till landstingsfullmäktiges mål i landstingsplanen, styrkort eller motsvarande för enheten samt det reglemente som gäller för styrelsen?*

Efter genomförd granskning gjordes bedömningen att Tärna Folkhögskola bedriver en ändamålsenlig verksamhet med hänsyn till landstingets värdegrund, vision och de mål som formulerats för verksamheten. Målen i verksamheten är dock fokuserade på att klara statsbidragsvillkoren och att attrahera deltagare med deltagarnas önskemål för ögonen i första hand.

Landstingsrevisorerna behandlade och godkände rapporten 2013-03-08 och överlämnade den till Landstingsstyrelsen och Styrelsen för Tärna Folkhögskola. Revisorerna begärde svar på rapporten senast 2013-05-15.

2.2.2. Revisorernas rekommendationer/ noterade brister

Den sammanfattande bedömningen baserades på följande noterade brister:

- ➔ Verksamhetsmålen avspeglar inte självklart de regionala behoven och därmed efterlyses ett tydligare uppdrag för Tärna Folkhögskola från landstinget.
- ➔ Syftet med Tärna Folkhögskola bör tydliggöras, liksom de mål som på regional nivå ska styra verksamheten. Målen bör utformas så att de går att följa upp. De ska gå att mäta framstegen och effekterna på regional nivå av skolans verksamhet.
- ➔ Det finns ingen separat internkontrollplan för Tärna Folkhögskola. Utöver den landstingsövergripande planen bör en plan för intern kontroll utformas med utgångspunkt från en risk- och väsentlighetsanalys av Tärnas verksamhet.
- ➔ Det finns en otydlighet beträffande ledningsfunktionen (den politiskt tillsatta styrelsen), beroende på nuvarande organisation med en styrelse å ena sidan och tillhörigheten till Centrum för regional utveckling å den andra. Enligt reglementet har styrelsen det fulla ansvaret för verksamheten, men i praktiken inte fullt mandat att fatta beslut som rör skolan.
- ➔ Utvärdering och uppföljning av såväl ekonomi som pedagogiska verksamheten sker enligt riktlinjer, men förbättringspotential finns. Exempelvis bör

verksamhetens uppföljning och utvärdering av den pedagogiska verksamheten utökas att omfatta regelmässig uppföljning av elever 1-2 år efter att de tagit examen från skolan.

- Förbättringspotential finns avseende uppföljning och kontroll av kostnader. Det bör tydliggöras hur landstingets anslag fördelar sig på olika delar av verksamheten, så att medlen styrs till de insatser som landstinget avser stödja.

2.2.3. Styrelsens/nämndens yttrande

Landstingsstyrelsen överlämnade sitt yttrande över revisionsrapporten 2013-05-29. I yttrandet berördes de brister som lämnades i rapporten och ett antal konkreta åtgärder presenterades:

- Strategidokument för att beskriva den framtida inriktningen på skolan är under framtagande. Målen kommer att vara tydliga, tidsatta och uppföljningsbara.
- Uppföljning av examinerade elever kommer att ske ett till två år efter att de lämnat skolan.
- Arbete pågår med att tydliggöra och dokumentera rutiner.
- Ledningsfunktionen och organisationen kommer att utvärderas under hösten 2014.

2.2.4. Uppföljning av vidtagna åtgärder

Lägesbeskrivning har inhämtats genom intervju med berörd tjänsteman (rektor), samt genom dokumentgranskning.

Inhämtade underlag:

Strategiplan 2014-2019 (2013-08-07)
Strategiplan 2016-2019 (2016-05-03)
Policydokument för Tärna Folkhögskola (datering saknas)
Riktlinjer för studerandevården (2014-02-20)
Generella antagningskriterier
Månadsuppföljning för verksamheten
Uppföljning av strategiska mål 2016

Tärna folkhögskola har två huvuduppdrag, dels att ansvara för och bedriva folkbildningsverksamhet, dels administration av interkommunal ersättning. Skolan är en del av Centrum för regional utveckling.

Tärna Folkhögskola har sedan genomförd granskning arbetat med att skapa en tydlighet i styrning och uppföljning. 2013 togs ett strategidokument fram tillsammans med skolans personal, den politiska styrningen och facket. Dokumentet reviderades 2016 och bantades då ner utifrån önskan av det politiska utskottet. Av strategiplanen framgår skolans uppdrag, strategiska mål med tillhörande indikatorer/nyckel-

tal samt hur målen ska följas upp. Indikatorerna utgår från målen i styrkortet i Verksamhetsplan tillsammans med regional utveckling. Uppföljning av målen sker i samband med delår- och årsbokslut. Återrapportering av måluppfyllelsen delges det politiska utskottet, samt regionens ekonomidirektör och personaldirektör. Utfallet redovisas genom en muntlig dragning av skolans rektor.

Av skolans policydokument (datum saknas) framgår hur den pedagogiska utbildningsverksamheten ska utvärderas. Avstämningar görs varje månad, t.ex. frånvaro och boende på internat. Sedan genomförd granskning görs även en årlig uppföljning av examinerade elever 1-2 år efter att de lämnat skolan. Vartannat år görs uppföljning av elever som gått på allmänna kurser och vartannat år av elever som gått andra kurser. Utfallet redovisas för det politiska utskottet som önskar veta hur stor nytta av examen som eleverna upplever etc.

Tärna Folkhögskola har inte utformat någon separat internkontrollplan, utan följer regionens övergripande internkontrollplan. Vidare anges under intervju att den övergripande risk- och väsentlighetsanalysen som finns inom regionen anses vara heltäckande även för skolans verksamhet. Ibland görs riskbedömningar-/analys för vissa ombud eller medlemmar. Månatligen har Samverkansmöten med fackliga ombud varje månad.

Efter genomförd granskning ansågs att det fanns en otydlighet beträffande ledningsfunktionen, d.v.s. den politiskt tillsatta styrelsen. I enlighet med yttrandet skulle en utvärdering ske av ledningsfunktion och organisation under hösten 2014. Enligt uppgift har någon sådan utvärdering inte gjorts.

Det politiska utskottet för Tärna folkhögskola har till uppgift att ha uppsikt över verksamheten och utvärdera skolans pedagogiska verksamheter, att svara för den ekonomiska redovisningen samt att ansvara för skolans pedagogiska verksamhet inför fullmäktige. Politiska utskottet följer årligen upp prissättning för kurser, mat etc. Årligen fastställer även utskottet kursutbudet. Rent praktiskt har utskottet hand om verksamheten, medan Regiondirektören har hand om ekonomi och personal. Inför valet 2018 ska enligt uppgift ansvarsfördelningen ses över, framförallt för att tydliggöra utskottets faktiska uppgifter.

Sammanfattande bedömning av vidtagna åtgärder

Sedan genomförd granskning har Tärna Folkhögskola arbetat med att skapa tydlighet i styrning och uppföljning. 2013 antogs en Strategiplan för 2014-2019 som sedermera reviderades 2016. Av Strategiplanen framgår skolans uppdrag och strategiska mål med tillhörande nyckeltal/indikatorer, vilket är i linje med som angavs i yttrandet. Uppföljning samt återrapportering till det politiska utskottet sker i samband med delår- och årsbokslut. Vidare sker uppföljning månatlig av bl.a. frånvaro och boende på internat. Uppföljning görs även av examinerade elever ett till två år efter att de lämnat skolan.

Sedan genomförd granskning har Tärna Folkhögskola även tydliggjort och dokumenterat flera rutiner/regler. Ledningsfunktionen (den politiskt tillsatta styrelsen)

och organisationen har inte utvärderats som planerat hösten 2014. Inför valet 2018 ska däremot organisationen och ansvarsfördelning ses över.

Utifrån ovanstående gör vi bedömningen att regionstyrelsen har vidtagit konkreta och förstärkande åtgärder inom granskningsområdet sedan genomförd granskning, samt utifrån de åtgärder som man åtog sig att vidta i yttrandet.

Bedömning:



2.3. Styrning och ledning av Centrum för kommunikation

2.3.1. Sammanfattning av genomförd granskning

I november 2014 genomförde PwC på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna en granskning av styrning och ledning av Centrum för kommunikation. Granskningen syftade till att bedöma om system och rutiner vid Centrum för kommunikation säkerställer såväl att målen (verksamhet och ekonomi) uppfylls, som tillförlitliga och säkra administrativa rutiner. Granskningen utgick från ett antal revisionskriterier med bäring på styr- och kontrollmiljö.

Efter genomförd granskning gjordes bedömningen att system och rutiner i huvudsak var tillräckliga för att stödja processerna i syfte att säkerställa måluppfyllelsen avseende verksamheten och ekonomin. De administrativa rutinerna bedömdes i huvudsak tillförlitliga och säkra, men kunde vara mer specificerade. Den sammanfattande bedömningen var att CK:s verksamhet inte fungerade ändamålsenligt och att det fanns förväntansgap i landstinget mellan de tjänster som CK utför och de tjänster som förvaltningarna önskar få hjälp med.

Landstingsrevisorerna behandlade och godkände granskningsrapporten 2014-12-12 och begärde svar på rapporten senast 2015-02-10.

2.3.2. Revisorernas rekommendationer/ noterade brister

Den sammanfattande bedömningen baserades på följande noterade iakttagelser/brister som revisorerna bedömde att behöver ses över:

- ➔ Det finns brister i ledning och styrning av verksamheten. Ansvar och befogenheter inom CK är otydliga och medarbetarenkäter visar att ledarskapet inte fungerat på ett tillfredställande sätt.
- ➔ Kunskapen om CK:s uppdrag varierar i övriga organisationen. Det är inte tydligt när övriga verksamheter inom landstinget kan använda sig av CK:s tjänster, vilket visar att den förändring som skett inom CK inte kommunicerats tydligt med övriga verksamheter eller förankrats tydligt hos personaler på CK.

- Det finns dokumenterade beskrivningar av de vanligaste rutinerna/processerna inom enheten, men att dessa inte tydliggör ansvaret och behoven på funktions-/personnivå inom CK.
- Det finns inte någon dokumenterad väsentlighets- och riskanalys för CK, men en prioritering sker i samband med framtagande av verksamhetsplanen.
- Det sker ingen systematisk utvärdering av om styr- och kontrollsystem är ändamålsenliga eller om ändamålsenligheten i den verksamhet som bedrivs av CK.

2.3.3. Styrelsens/nämndens yttrande

Landstingsstyrelsen överlämnade sitt yttrande över revisionsrapporten 2015-02-25. I sitt svar bemötte landstingsstyrelsen kritiken och redogjorde för de utmaningar och förändringar som verksamheten står inför. Landstingsstyrelsen angav i sitt svar att de skulle förbättra det som upplevdes som brister samt göra en översyn av de administrativa rutinerna. Vidare poängterades att det är landstingsdirektören som har uppdraget att följa upp effekterna av handlingsplanen i dialog med kommunikationsdirektören. Utöver ovanstående innehöll yttrandet inga förslag på åtgärder.

2.3.4. Uppföljning av vidtagna åtgärder

Lägesuppdatering har inhämtats genom intervju med berörd tjänsteman (kommunikationsdirektör, samt verksamhetschef för kommunikationsenheten) samt genom dokumentstudier.

Inhämtade underlag:

Redogörelse "vad har hänt sedan sist"

Organisationsschema

Uppdragsbeskrivning Verksamhetschef Centrum för kommunikation

Handlingsplan (LS 2015-05-27, § 116)

Kommunikationsstrategi (LS 2015-05-27, § 116)

Kommunikationsenhetens handbok (arbetsdokument)

Medarbetarenkät 2015

Exempel på uppföljning/mätning av kommunikationsinsatser

Verksamhetsplan 2017 för kommunikationsenheten

Centrum för Kommunikation (CK) är en del av regionkontoret och arbetar utifrån de styrdokument (regionplan, förvaltningsplan och verksamhetsplan), samt de förväntningar/uppdrag som ges från Regiondirektören. CK följer även gällande policies och program, handlingsplaner, strategier och riktlinjer som finns.

CK ansvarar för att utveckla och säkra det strategiska, taktiska och operativa stödet i regionen inom området information och kommunikation. Sedan genomförd granskning har det skett en del förändringar rent organisatoriskt sett kopplat till centrumbildningen. Under hösten 2017 flyttar verksamheterna som bedriver arbetet inom "Mänskliga rättighetsfrågor" samt regionens Kontaktcenter till annan cent-

rumbildning och förvaltning, vilket innebär att CK:s verksamhet i större utsträckning kan fokusera på kommunikation och invånarperspektivet. Kommunikationsenheten fick en ny verksamhetschef våren 2015 och det har även skett en del förändringar på medarbetarsidan.

När nuvarande kommunikationsdirektör tillträdde år 2010 fanns ett tydligt uppdrag att förändra. Det var ett tydligt strategiskt uppdrag utifrån en prioritering med dåvarande Landstingsdirektör med fokus på ledning och politik och i mån av möjlighet stötta verksamheterna. Efter genomförd granskning upplevdes att det fanns ett förväntansgap mellan det som CK ska/kan hjälpa till med och verksamheternas behov. När den nya verksamhetschefen tillträdde 2015 blev revisionsrapporten och de identifierade bristerna en utgångspunkt i arbetet. Den nya verksamhetschefen gjorde en grundlig kartläggning av uppdraget, ansvar och roller och kompetensinventering. Vid intervju poängteras vikten av trygghet hos medarbetarna samt transparens och tydliggjorda roller inom ledarskapet, vilket uppges fungera på ett bra sätt idag. Regionbildningen innebär att ytterligare behov av kommunikationsstöd uppstår och det är ännu inte kartlagt tydligt och klart exakt vad det innebär resursbehoven hos CK:s verksamhet.

Sedan genomförd granskningar jobbar CK närmare verksamheterna än tidigare och i samråd med Regiondirektören har prioriteringar gjorts för att i större utsträckning kunna stötta verksamheterna i deras arbete. Bl.a. har CK stöttat ledning och stab inom VS samt inom PPHV. Verksamhetschefen för Kommunikationsenheten har även besökt flertalet verksamheter och informerar kontinuerligt om enhetens uppdrag vid varje ny förfrågan. CK driver även kommunikationsfrågor i samverkan med övriga centrumbildning och förvaltningar, eftersom kommunikationsperspektivet behöver genomsyra hela organisationen. Trots detta så bedömer de intervjuade att det finns risk att förväntansgapet kvarstår. Kommunikationsenheten har svårt att avkräva sina uppdragsgivare kommande förfrågningar och uppdrag inför planering av kommande verksamhet enligt nuvarande styrsystem, vilket innebär att enheten i sin verksamhetsplan för kommande år inte kan beakta den tid som alla externa uppdrag kommer att ta i anspråk. Vidare är kommunikationsverksamhet svår att till fullo planera långsiktigt. Inom verksamheterna finns ett stort behov och önskan om att få hjälp och stöttning, medan motsvarande resurser och tid inte alltid finns hos CK. Sedan genomförd granskning har CK dessutom ansvarat för stora utvecklingsarbeten (bl.a. nytt intranät, ny externwebb, inträdande i sociala medier) som varit både tid- och resurskrävande. Vidare så erbjuder de även utbildning i kommunikation och kommunikationsverktyg, vilket medför att behovet ökar ytterligare. Den största utmaningen är bemanning och kompetensförsörjning. Enheten har varit tvungen att ta in vikarier och tillfälligt anställda för att klara behovet. Inför 2017 fick CK mandat att, via omprioritering inom befintligt budget, tillsätta två kommunikationstjänster.

Vid intervju poängteras att CK inte har samma verksamhetslogik som exempelvis ekonomi- och HR-stöd, de finansierats inte av verksamheter utan av regionövergripande medel. Förutom att CK har uppdraget att leverera sina uppdrag utifrån upprättade regionövergripandeplaner, uppfylla regionövergripande mål samt stötta

verksamheter så ingår i uppdraget även en styrningsfunktion med ansvar för att säkra regionens varumärke. Vid intervju anges att CK tror att utfallet av 2017 års medarbetarundersökning ska visa ett mer positivt resultat än tidigare år. I och med att ny verksamhetschef börjat så nära inpå mätningen så menar de att det inte går att dra några slutsatser kring de upplevda problemen. Verksamhetschefen har ett tydligt uppdrag att vända trenden. Medarbetarundersökning utifrån ett medarbetarperspektiv görs vartannat år och utfallet av 2015 års enkät visade ett något sämre resultat än 2013. NMI totalt (samlat index) sjönk från 57 till 52. Resultatet av undersökningen 2017 är inte klar ännu och är en fråga för revisorerna att följa upp i slutet av 2017.

Verksamheten är en del av Regionkontoret och inriktningen fastställs av förvaltningsplan samt regiondirektören. I dialog med Regionkontorets ledning har verksamheten gått igenom de synpunkter som lämnades i genomförd granskning för att se om verksamhetens de administrativa rutiner avviker från Regionkontorets, vilket anges inte vara fallet. Granskningsområdet bedöms av de intervjuade som komplext. Vidare anser verksamheten att det inom en dynamisk och kreativ verksamhet som kommunikation och sett till de resurser verksamheten har är en avvägning mellan att ha detaljstyrning av verksamheten och att ha utrymme för flexibilitet.

Kommunikationsenheten har gjort ett omfattande arbete för att tydliggöra arbetsstruktur och roller/funktioner. Inom kommunikationsenheten finns idag tre tematiska arbetsområden: löpande uppdrag, produktion och redaktion. Medarbetarna löser arbetsuppgifter med hjälp och stöd av varandra inom respektive tema som också hanterar planering och struktur inom respektive område. Inflödet av större förfrågningar bedöms och värderas alltid av verksamhetschef. För att verksamheten ska fungera ändamålsenligt måste medarbetarna kunna samtliga områden, men rollerna har på senare tid också utvecklats mot allt högre specialisering. Under våren 2016 har en handbok tagits fram som internt stöd och en samlad bild av det uppdrag som enheten har.

Området kommunikation uppges vara svårt att mäta, men ett flertal olika sätt används för att mäta och bedöma kommunikationsarbetet inom regionen, exempelvis:

- Rekrytering - här följs hela kedjan. Vid digital annonsering mäts räckvidd, engagemang och hur många som klickar sig vidare till regionens webb. På webben mäts bl.a. hur länge personer läser annonser, hur de tar sig runt på webben och om de väljer att skicka in ansökan via reachmee (rekryteringssystemet).
- Tjänster som erbjuds invånarna – när kommunikationsansvaret övertas mäts effekten av nyttjandet.
- Kampanjmätningar - när det finns budget görs kampanjmätningar för att undersöka om målgruppen gillar kampanjen, förstår budskapen osv.
- Varumärkesmätningar - Nollmätning förra året för att få en uppfattning om hur organisationen uppfattas samt kännedom kring våra tjänster, genomförs av extern part via telefonintervjuer.
- Webb - använder Google Analytics för att kontinuerligt mäta inflöden på externwebben.

- Facebook - här mäts engagemang och räckvidd i poster för att bättre förstå hur målgrupper kan nås. Även Facebookannonsering, där mäts primärt på hur många som klickar sig dit regionen vill att de ska klicka sig, exempelvis en annons för ny tjänst på 1177 eller en rekryteringsannons.
- 1177 - här mäts mot uppsatta mål såsom antal konton i länet.

CK har jobbat fram en kommunikationsstrategi och tillgänglighetsstrategi – Handlingsplanen ska under året revideras för att skapa tydlighet kring hur de ska tänka, göra och prioritera. Handlingsplanen ska vara ett stöd att basera verksamheten på.

Sammanfattande bedömning av vidtagna åtgärder

Av yttrandet och uppföljningen framgår att verksamheten delvis ställer sig frågande till en del av de förbättringsåtgärder som revisionen pekade på. Verksamheten poängterar att de är en del av Regionkontoret, vilket innebär att de inte själva prioriterar på vilket sätt de ska arbeta eller hur tjänsterna ska prioriteras utan detta fastställs av förvaltningsplan samt regiondirektören.

Kommunikationsverksamheten har arbetat med utveckling av sin verksamhet ur flera aspekter sedan revisorernas granskning och ny verksamhetschef har anställts. Nya strategier och handlingsplaner har tagits fram för kommunikationsarbetet. Det finns en medvetenhet om förväntansgapet mellan CK:s verksamhet och en del av organisationens önskemål, vilket är svårt att undvika relaterat till de resurser som CK har samt utifrån det ökade behovet av kommunikationsinsatser-/stöd som är resultatet av att verksamheternas kommunikationsmognad ökar. Medarbetarundersökningar görs även fortsättningsvis och under andra halvan av 2017 kommer det bli möjligt att se årets resultat och göra en jämförelse med hur resultaten såg ut vid granskningen 2014.

Utifrån ovanstående blir bedömningen att åtgärder till flera delar har vidtagits. Effekter av förändringsarbetet är dock inte möjligt att fullt ut bedöma ännu. Några aspekter har bedömts annorlunda än revisorerna.

Bedömning: 

2.4. Landstingsstyrelsens förebyggande arbete avseende mutor och oegentligheter

2.4.1. Sammanfattning av genomförd granskning

I december 2013 genomförde PwC på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Landstinget Västmanland en granskning av landstingets förebyggande arbete avseende mutor och oegentligheter. Granskning syftade till att besvara följande revisionsfråga:

- *Är landstingsstyrelsens förebyggande arbete avseende mutor och oegentligheter ändamålsenligt?*

Efter genomförd granskning gjordes bedömningen att landstingets förebyggande arbete i huvudsak var ändamålsenligt. Bedömning baserades på det engagemang som styrelsen och tjänstemannaledningen visade, de styrsignaler som sänts ut i organisationen samt omfattningen av policydokument och riktlinjer.

2.4.2. Revisorernas rekommendationer/ noterade brister

Efter genomförd granskning lämnades följande rekommendationer/behov av utvecklingsinsatser:

- ➔ Utveckla arbetet med risk- och sårbarhetsanalysen.
- ➔ Kartlägga behovet av riktade utbildningsinsatser.
- ➔ Fastställa riktlinjer gällande etik, korruption och oegentligheter.

2.4.3. Styrelsens/nämndens yttrande

Landstingsrevisorerna önskade inget svar på granskningsrapporten, istället föreslogs att en hearing skulle anordnas för landstingsstyrelsen. Revisorerna önskade återkoppling från landstingsstyrelsen kring lämpligt datum för detta.

Enligt uppgift har hearing med revisorerna inte genomförts. Däremot genomfördes en workshop om mutor och oegentligheter i samband med landstingsstyrelsens möte i juni 2014.

2.4.4. Uppföljning av vidtagna åtgärder

Lägesuppdatering har inhämtats genom intervju med berörd tjänsteman (administrativ chef) samt genom dokumentstudier.

Inhämtade underlag:

Riktlinjer och policys inom ett stort antal områden (bl.a. inköpshandbok, medarbetarpolicy, representation, attest)

Riskanalys genomförda våren 2017

Förslag: Instruktion genomförande av riskanalys/riskbedömning

Förslag: Bedömningsmall riskanalys/riskbedömning

Utkast till "Riktlinjer avseende etik, korruption och oegentligheter"

Sedan genomförd granskning har Region Västmanland utvecklat arbetet med risk- och sårbarhetsanalyser. Vid intervju uppges att de har hittat metoder och systematik för hur arbetet ska bedrivas och till skillnad från vid genomförd granskning finns numera en integrerad modell. Vid intervju framkommer att uppdrag erhållits att ta fram en fördjupad modell med ännu mer fokus på en integrerad modell utifrån att ny dataskyddsförordningen träder i kraft i maj 2018. Det finns personer som arbetar med att ta fram dessa analyser, och framöver kommer fler att utbildas. Ett arbete pågår även med att ta fram en gemensam riskbedömningsmall som ska vara heltäckande och kunna användas oavsett vilket område som ska analyseras. Vid intervju anges att avsikten är att även ta fram en e-utbildning för riskana-

lyser/riskbedömningar som kan lanseras när den nya mallen är klar. Arbetet förväntas vara klart under 2018.

Enligt uppgift görs ca 10-15 stycken riskanalyser per år. Riskanalyser har bl.a. gjorts inför IT-projekt, i samband med verksamhetsförändringar och arbetsmiljöprojekt. Den senaste togs fram som ett stöd inför bildandet av gemensamt ägt trafikbolag för Region Örebro län och Region Västmanland. Regionen har inte gjort någon särskild risk- och sårbarhetsanalys specifikt mot området avseende förebyggande mutor och oegentligheter. Vid intervju uppges att det inom ramen för det övergripande riskarbetet finns möjlighet att lyfta in dessa frågor.

Region Västmanland har inte gjort någon övergripande utbildningsinsats inom regionen som helhet. Utbildningsinsatser har genomförts inom de sakområden och de verksamheter som bedöms mest utsatta, såsom inköp och fastighet. Inom ramen för de överenskommelser som finns mellan SKL och läkemedelsindustrin, den medicintekniska industrin och den laboratorietekniska industrin behandlas även frågor förknippade med området vid seminarier inom ramen för den regionala samverkan. I samband med anställning ges grundläggande utbildning och information om bl.a. värdegrund och bisysslor. Risker förknippade med mutor och oegentligheter lyfts inte upp som en specifik fråga.

Arbetet med att ta fram riktlinjer gällande etik, korrupcion och oegentligheter tillsammans med utbildningsaktiviteter är under arbete. Arbetet har pågått under en längre tid och vid tidpunkt för uppföljning finns ett utkast framtaget och förankringsarbete pågår. En instruktion med frågor och svar kommer också att tas fram som beskriver exempel på hur chef/medarbetare ska agera i olika situationer som kan uppstå. Vid intervju anges att det svåra är hur de ska göra rent organisatoriskt. Rutinen som gäller i nuläget är att anställda i första hand ska vända sig till närmaste chef. Aktuellt förslag i samband med att riktlinjerna träder i kraft är att de anställda utöver att kunna vända sig till närmaste chef också ska kunna vända sig till regionens säkerhetsstrateg, vilket bedöms som en kompletterande åtgärd utifrån att det inte alltid är bekvämt att gå till chefen. Säkerhetsstrategen är oberoende part och arbetar med internutredningar. Förslaget är säkerhetsstrategen ska ha en grupp med kompetenser inom både HR och redovisning, detta utifrån att resurser behöver finnas ifall utredning krävs. I samband med att riktlinjer träder i kraft ska ett utbildningspaket tas fram under hösten 2017.

Sedan genomförd granskning har de flesta riktlinjer och policys reviderats, bl.a. interkontrollreglementet, i vilken anges att alla anställda är skyldiga att följa antagna reglementen, policys och regler i sin arbetsutövning och att brister omedelbart ska rapporteras till närmaste överbud. Övriga dokument som reviderats är medarbetarpolicyn och riktlinjerna för representation. En översyn har även gjorts av inköbspolicyn och inköpshandboken har kompletterats med text om mutor, bestickning och jäv. En översyn/revidering av riktlinje och instruktion för bisyssla pågår och beräknas vara klar inom kort.

Sammanfattande bedömning av vidtagna åtgärder

Arbetet med att ta fram riktlinjer gällande etik, korruption och oegentligheter tillsammans med utbildningsaktiviteter är i slutskedet, förankringsarbetet pågår och riktlinjerna ska vara på plats till början hösten 2017. Sedan genomförd granskning ett stort antal styrdokument med bäring på granskningsområdet reviderats. Exempelvis har inköspolicyn och inköpshandboken kompletterats med text om mutor, korruption och jäv. Region Västmanland har i stor utsträckning utvecklat det övergripande arbetet med risk- och sårbarhetsanalyser. Det finns metoder och en systematik för hur arbetet med analyser och riskbedömningar ska bedrivas, samt en integrerad modell. Ett arbete pågår med att även ta fram en gemensam heltäckande bedömningsmall för riskanalyser och vidare även en e-utbildning i riskanalys. Risk- och sårbarhetsanalys specifikt för förbyggande av mutor och oegentligheter har inte gjorts. Regionen har inte heller gjort någon övergripande utbildningsinsats inom regionen som helhet.

Utifrån ovanstående gör vi bedömningen att landstingsstyrelsen i stor utsträckning vidtagit konkreta och förstärkande åtgärder inom granskningsområdet sedan genomförd granskning, samt utifrån de åtgärder som man åtog sig att vidta i yttrandet. Ytterligare/kvarstående åtgärder är dock i genomförandefas eller under planering.

Bedömning:



2.5. Sammanhållen vård för de mest sjuka äldre

2.5.1. Sammanfattning av genomförd granskning

I november 2013 genomförde PwC på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna en granskning av landstingets sammanhållna vård för de mest sjuka äldre. Granskning syftade till att besvara följande övergripande revisionsfråga:

- *Säkerställer landstingsstyrelsen genom sin styrning en ändamålsenlig vård för de mest sjuka äldre?*

Efter genomförd granskning gjordes bedömning att landstingsstyrelsen i betydande delar hade utvecklat tydliga och relativt ändamålsenliga former för styrning för vård av mest sjuka äldre.

Landstingets revisorer behandlade och godkände rapporten 2013-12-13 och önskade svar senast 2014-02-10.

2.5.2. Revisorernas rekommendationer/ noterade brister

Den sammanfattande bedömningen baserades på följande noterade brister/förbättringsområden:

- Brister i samverkan mellan kommun och landsting kring den enskilde patienten beror till stor del på att riktlinjer och rutiner inte följs.
- Det krävs en utökad och systematiserad kontakt mellan kommunens sjuksköterskor och ansvarig läkare för att säkerställa att de mest sjuka äldre som finns bland hemsjukvårdens patienter får en ändamålsenlig vård.
- Det finns mycket god kunskap om vad som behövs för att förbättra vården, men förutsättningarna i länet ser olika ut och för att få tillräcklig genomslag behöver detta ägnas mer uppmärksamhet.

2.5.3. Styrelsens/nämndens yttrande

Landstingsstyrelsen överlämnade sitt svar över revisionsrapporten 2014-03-26. Landstingsstyrelsen delade revisorernas uppfattning och angav att utvecklingsarbetet för mest sjuka äldre behöver fortgå och att landstinget behöver ha mer fokus på målgruppen. I svaret angavs inga förslag på konkreta åtgärder.

2.5.4. Uppföljning av vidtagna åtgärder

Lägesuppdatering har inhämtats genom intervju med berörd tjänsteman (hälso- och sjukvårdsstrateg), samt genom dokumentstudier.

Inhämtade underlag:

Planeringsförutsättningar Västmanlands sjukhus 2017-2019
Förteckning över vidtagna åtgärder sedan genomförd granskning

I planeringsförutsättningarna för VS 2017-2019 finns under verksamhet/process följande prioriterade utvecklingsområde: "Gränsöverskridande utvecklingsinitiativ med mest sjuka äldre och patienter med psykisk sjukdom och ohälsa i fokus."

Sedan genomförd granskning har det enligt intervjuad tjänsteman hänt mycket inom granskningsområdet. En viktig del är etableringen av ett Äldrevårdsteam 2015 som består av bl.a. läkarkompetens. Nedan följer ett utdrag över åtgärder som vidtagits inom området:

- En så kallad "Äldreöverenskommelse" har träffats mellan regionen och kommunerna.
- De offentliga vårdcentralerna har etablerat särskilda mottagningar för äldre, seniormottagningar, vilket uppges ha öppnat upp tillgängligheten i primärvården.
- Cosmic har införts på samtliga vårdcentraler (privata aktörer i samma system), vilket innebär att primärvården använder samma journalsystem som sjukhusen.
- MOFFA (omdöpt till MFLE) – arbetet med mobil familjeläkare som besöker äldre sjuka i hemmet har fortsatt och är under utveckling.

- Kartläggning har gjorts av in- och utskrivningsprocessen tillsammans med kommunerna. Gemensamma riktlinjer för utskrivning från slutenvård håller på och tas fram.
- Webb-kollen används på vissa avdelningar på medicinkliniken i Västerås, vilket innebär att den utskrivande enheten ringer upp patienten ett par dagar efter utskrivning för att följa upp patienten. Detta har fått positiva effekter både för den som rings upp som kan få hjälp med eventuella frågor eller problem, men också ur ett större perspektiv där avdelningen får en samlad bild av vilka brister som kan behöva åtgärdas.
- Gemensamma utbildningar tillsammans med kommunerna och regionen har genomförts. Bl.a. avseende hjärtsvikt, munhälsa, läkemedel, palliativ vård och demens.
- En ny grupp med representanter från länets tio kommuner, PPHV, VS och Äldrevårdsteam jobbar med länsgemensamma hälso- och sjukvårdsfrågor. Gruppen sammankallas av CRU.
- Läkemedelsgenomgång vid alla särskilda boenden.
- Under 2015-2016 genomfördes ett Må bra-projekt i form av café-modell och en inspirationsdag.
- ”Bättre liv för sjuka äldre”, som är en inspirationsdag gemensam för region och kommuner har anordnats under 2015, 2016 och 2017. Dagen vänder sig till alla som på något sätt är involverade i vården av de äldre för kunskaps-påfyllning och idé- och erfarenhetsutbyte.
- En så kallad ”Fallkampanjsvecka” har de tre senaste åren anordnats gemensamt i länet. Syftet är att väcka uppmärksamhet kring fallskador och hur de kan förebyggas.

Vid intervju framkommer att förberedelser pågår för att förbereda införandet av den nya lagen avseende samverkan vid utskrivning från slutenvård till primärvård. Projektet inom regionen har igång sedan våren 2016 och innebär bl.a. ett större fokus på att primärvården utser fast vårdkontakt samt kallar till SIP i högre omfattning än tidigare. Även vilket informationsöverföringssystem som ska användas mellan huvudmännen i samband med utskrivning från slutenvård ses över. Enligt uppgift kommer detta att kräva en hel del utveckling eftersom hanteringen blir en helt annan.

Vårdvalsenheten fortsätter att följa den tidiga identifieringen av mest sjuka äldre och vilka åtgärder som sätts in (MGRP).

Under hösten 2017 planeras ett mobilt hemsjukvårdsteam i Västerås starta som projekt i syfte att förbättra samarbetet mellan primärvårdens läkare och hemsjukvårdens sjuksköterskor. Även projekt AH-äldre (avancerad hemsjukvård med fokus mot äldre) planeras att startas upp som pilot under hösten 2017. Projektet innebär

att äldre multisjuka får fortsatt stöd av geriatriken efter utskrivning under en begränsad tid, därefter sker överlämning till primärvården.

Vid intervju anges att styrningen kommit närmare regionen i och med att VKL kommit in i den nybildade regionen. Samverkan uppges fungera bättre än tidigare och regionen gör bedömningen att det framöver finns bättre förutsättningar för att arbeta närmare kommunerna. Även nationella stimulansmedel har kommit, vilket har passat bra in i förändringsarbetet på området.

Sammanfattande bedömning av vidtagna åtgärder

Sedan genomförd granskning har ett stort antal konkreta åtgärder vidtagits i syfte att utveckla den sammanhållna vården för mest sjuka äldre, bl.a. "Äldreöverenskommelsen" och utbildningsinsatser tillsammans med kommunerna. Frågan är ständigt levande och fortsatta åtgärder är under planering till hösten.

Utifrån ovanstående gör vi bedömningen att åtgärder vidtagits i stor utsträckning. Området kräver dock fortsatta förbättringar kring exempelvis informationsöverföring och samverkan. Det återstår även att se resultat av vidtagna åtgärder för att mäta effekterna av genomförande. Enligt vår bedömning kvarstår även åtgärder som är i planeringsfasen.

Bedömning:



2.6. Anläggningsredovisning

2.6.1. Sammanfattning av genomförd granskning

I mars 2015 genomförde PwC på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Landstinget Västmanland en granskning av landstingets anläggningsredovisning. Granskning syftade till att besvara följande revisionsfråga:

- *Är rutinerna kring anläggningsregistret säkra och är uppgifterna i registret tillförlitliga?*

Efter genomförd granskning gjordes bedömningen att rutinerna kring anläggningsregistret i huvudsak var säkra, men att uppgifterna i registret inte var helt tillförlitliga.

Landstingsrevisorerna behandlade och godkände rapporten 2015-04-10 och önskade svar från Landstingsstyrelsen senast 2015-09-03.

2.6.2. Revisorernas rekommendationer/ noterade brister

Efter genomförd granskning lämnades landstingsstyrelsen att säkerställa att följande åtgärder vidtas:

- ➔ Att dokumenterade anvisningar/riktlinjer kompletteras med avseende på förvaltningarnas ansvar beträffande anläggningsredovisningen.

- Att rutinerna för aktivering av byggnadsinventarier ser över i syfte att säkerställa att avskrivning sker enligt god redovisningssed för samtliga tillgångar, dvs avskrivning påbörjas när tillgången tas i bruk. Vid sakgranskningen har framkommit att arbete pågår med att förbättra rutinerna.
- Att anläggningsregistret blir tydligare genom att göra en kompletterande inrapportering av fastighetsbeteckning.
- Att avstämning sker av anläggningsregister och eget fastighetsregister gentemot Lantmäteriets register för att säkerställa överensstämmelsen mellan registren. Om det finns behov av att ge försäkringsbolag information om tidigare av Landstinget ägda fastigheter, rekommenderas att sålda fastigheter redovisas i separat register som komplement till det egna fastighetsregistret.
- Landstinget bör vidare snarast utreda varför det finns 16 fler fastigheter i Lantmäteriverkets register som anges vara ägda av landstinget än vad som Landstinget har i sitt eget fastighetsregister. Vid sakgranskning har framkommit att detta kommer att utredas och rättelse ske av de felaktigheter som finns.
- Att inventering sker av redovisade fastigheter i anläggningsregistret för att säkerställa substansen i registret.
- Att rutinerna för hantering av konst ses över för att säkerställa att inköpt konst redovisas i anläggningsregistret och i konst databasen.

2.6.3. Styrelsens/nämndens yttrande

Landstingsstyrelsen överlämnade sitt yttrande över revisionsrapporten 2015-09-02. I yttrandet berördes ett antal av de rekommendationer som lämnades i rapporten och ett antal konkreta åtgärder presenterades:

- Landstinget arbetar med processutveckling och ständiga förbättringar inom alla verksamhetsområden. Inom områden kopplade till anläggningsredovisning har flera processer publicerats under våren.
- Inom fastighetsverksamhet pågår förbättringsarbete avseende rutiner kring registrering och aktivering i anläggningsregistret.
- Rättelser avseende avvikelser mellan Lantmäteriets register och anläggningsregistret ska slutföras under 2015.
- Inventering av registrerad konst i anläggningsregistret och konst databasen har startats och förväntas vara klar under 2015. Rutin för att säkerställa att framtida inköp registreras korrekt ses över.

2.6.4. Uppföljning av vidtagna åtgärder

Lägesuppdatering har inhämtats genom intervju med berörd tjänstemän (förvaltningschef för verksamhet- och ledningsstöd, ekonomichef verksamhet- och ledningsstöd och fastighetschef), samt genom dokumentstudier.

Inhämtade underlag:

Riktlinje principer för avskrivning av materiella anläggningstillgångar (2017-03-08)

Instruktion - Anläggningstillgång/Investering (2015-06-09)

Instruktion - Hantering av byggnadsinventarier (2015-10-14)

Förteckning värdefull konst 2015-2016

Projektplan förvaltning av den fasta konsten i Region Västmanlands ägo

Slutrapport – Inventering av fast och värdefull konst i Landstinget Västmanlands ägo (2017-03)

Underlag som efterfrågats men inte erhållits:

Processkarta/beskrivning

Avtal för hantering av konst

Komponentredovisning infördes i slutet av 2015. I samband med det arbetet gjordes en inventering av anläggningsregistret för att kontrollera vilka anläggningar som skulle finnas kvar, rimliga bokförda värden etc. och enligt uppgift togs en hel del anläggningar bort från registret. Riktlinjer har tagits fram som tydliggör principer för avskrivningar av materiella anläggningstillgångar. Vidare så har även rutinerna för byggnadsinventarier setts över och förbättras, och instruktioner har tagits fram. Numera ska aktivering och avskrivning påbörjas när huvudprojektet är färdigt och tillgången tas i bruk, vilket är förenligt med god redovisningssed. Den eventuella slutjustering som kan tillkomma på projekt ska aktiveras separat.

Inom fastighetsavdelningen finns sedan genomförd granskning ytterligare en controller (ekonomistöd).

Per 2017-05-30 har en avstämning gjorts mellan regionens fastighetslista och Lantmäteriets fastighetsregister. Av avstämningen framgår att det finns fler objekt i Lantmäteriets förteckning jämfört med regionens. I samband med granskningen har förklaring till detta efterfrågats, men svar har inte erhållits. Vidare så saknas fastighetsbeteckningar i regionens anläggningsregister. Förklaring till detta har efterfrågats, men svar har inte erhållits.

Hantering av regionens konst tillhör centrum för regional utveckling. Konstansvaret är delat på Kultur- och Museiverksamheten och fastighetsavdelningen. Enligt uppgift finns ett avtal upprättat. I samband med granskningen har avtalet efterfrågats men inte erhållits. Efter genomförd granskning gjordes en uppföljning i form av ett projekt med två mål. Dels att upprätta en förteckning av den fasta värdefulla konsten som ingår i regionens ägo. Dels att utröna orsaken till obalansen mellan de platser där konsten registreras. Enligt förteckning 2015-2016 uppgår värdet av regionens värdefulla och fasta konst till 4,4 mnkr.

Sammanfattande bedömning av vidtagna åtgärder

Sedan genomförd granskning har vissa förbättringsåtgärder vidtagits. Exempelvis så har riktlinjer för avskrivning av materiella anläggningstillgångar tagits fram. Även rutiner för hantering av byggnadsinventarier har tagit fram. Regionen har även gjort en inventering och av den fasta och värdefulla konsten.

Utifrån ovanstående gör vi bedömningen att åtgärder i viss utsträckning vidtagits utifrån de brister som noterades i granskningen samt utifrån vad styrelsen i sitt yttrande angav att de skulle göra. Fortsättningsvis kvarstår åtgärder att vidta för att kunna bedöma att riskerna kopplade till identifierade brister fullt ut är eliminerade. Bl.a. finns skillnader mellan regionens anläggningsregister och Lantmäteriets fastighetsregister, samt att det i regionens anläggningsregister saknas fastighetsbeteckningar. Efterfrågat material och förklaringar har inte heller kunnat erhållas i önskad utsträckning under uppföljningen.

Bedömning:



2.7. Kollektivtrafiknämndens kontroll över intäktsflödena

2.7.1. Sammanfattning av genomförd granskning

I september 2014 genomförde PwC på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna en granskning av kollektivtrafiknämndens kontroll över intäktsflöden. Granskningen syftade till att dels kartlägga de intäktsflöden som är förenade med den allmänna kollektivtrafiken, dels undersöka nämndens hantering av intern kontroll på detta område. Den övergripande revisionsfrågan som skulle besvaras var följande:

- *Utövar kollektivtrafiknämnden sitt ansvar gällande styrning, ledning och uppföljning för att säkerställa att den interna kontrollen är ändamålsenlig?*

Efter genomförd granskning gjordes den samlade bedömningen att nämnden i huvudsak utövar sitt ansvar gällande styrning, ledning och uppföljning med avseende på intäktsflödena. Vidare poängterades att det är av stor vikt att internkontrollplan snarast fastställs och att nämnden tillser rutiner för avstämning och kontroller dokumenteras mer heltäckande.

Landstingets revisorer överlämnade granskningsrapporten till Kollektivtrafiknämnden och önskade svar senast 2014-11-30.

2.7.2. Revisorernas rekommendationer/noterade brister

Efter genomförd granskning lämnades ett antal förbättringsområden:

- ➔ Arbetet med internkontrollplanen för nämndens ansvarsområde bör snarast färdigställas. Vidare bör de avstämningar och kontroller som görs av förvaltningen återges i tydliga rutinbeskrivningar.

- En förbättring som kan göras är att kopplingen mellan avstämning och bokföring, kontroll mot intäktskontot dokumenteras tydligare.
- På Busspunkten där det idag förekommer manuella kassor (ej datoriserade) sker rapportering till ekonomiansvarig i form av handskrivna kassasammansättning (utifrån kassarapporterna från kassorna). Här kan rutinen säkerställas ytterligare om kassarapporterna kontrolleras mot lämnad sammansättning, samt eventuellt ytterligare underlag.
- Avstämningarna mot bank och plusgiro skulle underlättas och effektiviseras om ekonomichefen har behörighet att se transaktionerna på nätet. Idag förekommer det att underlagen missas att skickas och då försvårar detta avstämningsarbetet.
- En förbättringsåtgärd i intäktsrutinen för återförsäljarna skulle kunna vara att underlagen till redovisningen (t.ex. rekvisitioner och annulleringar) kontrolleras mot lämnad redovisning.

2.7.3. Styrelsens/nämndens yttrande

Kollektivtrafiknämnden överlämnade sitt yttrande över granskningsrapporten 2014-12-09. Nämnden angav i sitt yttrande att internkontrollplan för 2015 hade antagits. Planen bygger i princip på den allmänna internkontrollplanen för Landstinget, med tillägg för bl.a. kontroll av rutiner för avstämning av intäktsflödet enligt fastställda instruktioner. Nämnden angav vidare att arbetet med att ta fram dokumenterade rutiner och beskrivningar för avstämning av intäkter hade påbörjats.

2.7.4. Uppföljning av vidtagna åtgärder

Lägesuppdatering har inhämtats genom intervju med berörd tjänsteman (controller vid kollektivtrafikförvaltningen), samt genom dokumentstudier.

Inhämtade underlag:

Internkontrollplan 2017
Instruktion – Intäktsredovisning och avstämning
Försäljningsrapport för april 2017
Avstämningsrapport jan-april 2017

Sedan 2015 har kollektivtrafiknämnden årligen tagit fram en internkontrollplan. Internkontrollplanen för 2017 togs av nämnden i november. Planen bygger på den allmänna internkontrollplanen för regionen, med tillägg för bl.a. kontroll och avstämning av intäktsflödet samt säker kontanthantering.

Nämnden bytte biljettmaskinsystem i augusti 2015. Sedan dess har rutiner tagits fram vartefter och det finns en dokumenterad instruktion för arbetet avseende intäktsredovisning och avstämningsrapport. Av rutinen framgår hur redovisningen ska in-

täktsföras för varje intäktsslag, vilka kontroller som ska göras samt rutin för månadsvis avstämning av intäkterna.

En betydande skillnad sedan genomförd granskning är att det inte längre förekommer manuella kassor eller handskrivna kassasammanställningar vid Kundcenter. Numera används enbart PC-kassor till vilka kortterminaler är anslutna. Alla kontanter hanteras av en s.k. autocash som ägs och hanteras av Nokas genom avtal. Controllern vid kollektivtrafikförvaltningen får dagligen kassarapporterna från kassasystemet och tar dagligen ut försäljningsrapporter från biljettsystemet. Controllern stämmer av dessa rapporter mot varandra och bokför sedan.

Vid varje månadsslut görs sedan avstämning av totala bokförda intäkter mot försäljningsrapporter för hela månaden för samtliga försäljningsställen. Controllern sammanställer även statistik över fördelningen av biljettyper. Vid tidpunkt för genomförd granskning var det inte möjligt att följa upp intäkterna mot systemet, eftersom den här formen av underlag för att jobba med intäktsredovisning saknades. Numera har förvaltningens controller även åtkomst till samtliga av regionens bankkonton via internetbank. Största delen av den här bokföringen sker förvisso på ekonomiservice, men kontrollern har möjlighet att följa upp och kontrollera transaktioner.

Rapportering till nämnden sker löpande vid varje sammanträde och kontrollern redovisar då försäljningen jämfört med motsvarande period föregående år.

Sammanfattande bedömning av vidtagna åtgärder

Kollektivtrafiknämnden har sedan genomförd granskning tagit fram dokumenterade rutiner för intäktsredovisning och avstämning. Årligen antar även nämnden en interkontrollplan med kontrollmoment som har bäring på intäktsflödet samt kontanthantering. Alla kassor är numera digitala och kassarapportering skickas dagligen per automatik från systemet till ekonomiservice. Vid månadsslut gör ansvarig controller vid kollektivtrafikförvaltningen avstämning av bokförda intäkter mot försäljningsrapporter från systemet för samtliga försäljningsställen. Controllern har åtkomst till samtliga landstingets bankkonton via internetbank och har därmed möjlighet att kontrollera transaktioner vid behov.

Utifrån ovanstående gör vi bedömningen att Kollektivtrafiknämnden har vidtagit åtgärder utifrån de brister som noterades i granskningen samt utifrån vad nämnden i sitt yttrande angav att de skulle göra.

Bedömning:



2.8. Styrning och dimensionering av antalet vårdplatser

2.8.1. Sammanfattning av genomförd granskning

I oktober 2014 genomförde PwC på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Landstinget Västmanland en granskning av styrning och dimensionering av antalet vårdplatser. Granskningen syftade till att besvara följande övergripande revisionsfråga:

- *Har Västmanlands sjukhus en ändamålsenlig styrning och dimensionering av antalet vårdplatser?*

Efter genomförd granskning gjordes den sammanfattande bedömningen att det fanns brister i landstingsstyrelsens styrning och dimensionering av vårdplatser. Bedömningen baserades på att det skedde en begränsad politisk styrning av vårdplatsbegreppet. Eftersom det verkliga antalet vårdplatser (disponibla) understeg antalet fastställda vårdplatser skedde den faktiska styrningen på tjänstemannanivå.

Landstingets revisorer behandlade och godkände rapporten 2014-10-14 och önskade svar senast 2014-11-30.

2.8.2. Revisorernas rekommendationer/ noterade brister

Den sammanfattande bedömningen baserades på följande noterade brister/förbättringsområden:

- ➔ Det finns ingen målsättning vad gäller antalet vårdplatser i landstingets styrdokument. Målsättningen i förvaltningsplanen för Västmanlands sjukhus är långt från måluppfyllelse och kan inte anses ge tillräckliga styr signaler till verksamheten. Bedömningen är att en tydligare styrning behövs för att i görligaste mån inte riskera att en god och patientsäker vård inte uppnås.
- ➔ Det finns inte aktuella underlag för dimensionering av vårdplatser mellan sjukhusförvaltningens verksamheter. Det har inte skett någon genomgripande analys av vårdplatsbehovet på landstingsövergripande nivå under de senaste tio åren.
- ➔ Det finns en risk för att överbeläggningar och utlokaliseringar av patienter kan innebära att målen om en god och patientsäker vård inte uppnås. En tydligare styrning behövs för att i görligaste mån eliminera dessa risker, inte minst på längre sikt. Landstingsstyrelsen bör utveckla den övergripande styrningen så att målsättningen om en patientsäker vård uppnås för samtliga patienter på respektive verksamheter samt antalet överbeläggningar och utlokaliseringar av patienter så långt som möjligt minimeras.
- ➔ Begreppet disponibel vårdplats tillämpas olika i organisationen. Detta innebär att uppgifter om överbeläggning inte är tillförlitliga. Det är angeläget att hela organisationen tillämpar begrepp såsom disponibel vårdplats och över-

beläggning på ett gemensamt sätt. Det saknas också tillförlitlighet i de system och rutiner som granskats vad gäller uppgift om överbeläggning. Det är angeläget att lämnade uppgifter kvalitetssäkras för att möjliggöra att landstinget kan göra en korrekt analys av materialet.

- ➔ Den dagliga styrningen av patienter till vårdplatser är i huvudsak ändamålsenlig. Det finns instruktioner och dessa följs i organisationen. Antalet utskrivningsbara patienter som inte kan överföras till respektive kommun utgör ett problem i den dagliga styrningen.

2.8.3. Styrelsens/nämndens yttrande

Landstingsstyrelsen överlämnade sitt svar över revisionsrapporten 2015-01-28. Landstingsstyrelsen bemötte kritiken, men delade inte revisorernas uppfattning fullt ut. I sitt svar angav de följande förslag på åtgärd:

- Under våren 2015 kommer en genomgripande händelseanalys av utlokaliserade patienter vid Västmanlands sjukhus tillsammans med patientsäkerhetsteamet genomföras.

2.8.4. Uppföljning av vidtagna åtgärder

Lägesuppdatering har inhämtats genom intervju med berörda tjänstemän (planeringschef PPHV, sjukhusdirektör och biträdande sjukhusdirektör), samt genom dokumentstudier.

Inhämtade underlag PPHV:

Överbeläggning inom vuxenpsykiatri

Vårdplatser – Bakjour. Krisberedskap inom vuxenpsykiatri

Sedan genomförd granskning har regionens vuxenpsykiatri en vårdplatskoordinator på akutmottagningen, funktionen inrättades i mars 2015. Koordinatorn arbetar endast dagtid, men det uppges finns önskemål om att tjänsten skulle vara bemannad även kvällstid och helger.

Vid intervju anges att det inte samma problem med överbeläggning inom PPHV som inom den somatiska vården på VS. Det finns en rutin för överbeläggning, t.ex. kan man köpa vårdplats någon annanstans. Utlokalisering av patienter förekommer inte inom PPHV. Inom psykiatri finns olika grenar och en patient kan vårdas på annan gren än vad som kanske vore mest optimalt utan att detta räknas som en utlokalisering.

Begreppet disponibel vårdplats bedöms vara det faktiska antalet platser. Region Västmanland uppges ha generellt färre platser inom psykiatri än övriga delar av landet. Under 2015 skedde en nerdragning av vårdplatser, bl.a. på grund av vattenskada och hösten 2016 stängdes Lövhaga på grund av svårigheter med svårt att rekrytera sjuksköterskor. För tillfället finns 51 vårdplatser, vilket innebär att regionen har färre vårdplatser just nu fram tills att en ny avdelning vid ingång 29 (vuxenpsykiatri) öppnar hösten 2017 med 10-12 platser. Framöver ska platser på allmän psy-

kiatri utökas, eftersom det är färre psykopatienter som behöver sluten psykiatrisk vård.

På grund av att det är färre vårdplatser är det stort tryck på beläggningen och under sommaren drar de ner ytterligare platser. Det finns en krisplan - 100 % beläggning. Vid intervju anges att den optimala beläggningsgraden inom vuxenpsykiatri är 90 % och inom barn- och ungdomspsykiatri 80 %. Under 2015 och 2016 var beläggningsgraden inom vuxenpsykiatri ca 94-94 % och under 2017 har beläggningen varit ännu högre. Avdelning 99 (barn- och ungdomspsykiatri) har fem platser. Nyttjandet av dessa vårdplatser uppgår till ca 50 % och är till stor del belagda av sörmlänningar. Detta har gett upphov till frågor huruvida västmanlänningar är friskare eller har ett annat sätt att ta hand om barn och unga. En kartläggning har gjorts bl.a. utifrån vem som nyttjar vårdplatserna och på grund av låg beläggning blir vården dyr.

Planeringschefen får varje morgon en rapport med beläggningen på respektive enhet. Månatligen följs beläggningen i verksamhetsrapporten.

Inom vuxenpsykiatri råder brist på sjuksköterskor på en del avdelningar, dock inga krissituationer. Den konstanta höga beläggningen gör att det finns risk för överbeläggning. Vid intervju anges att bördan på akutmottagningen för primär och bakjour blir tung då möjlighet till inläggning försvåras på grund av få vårdplatser. Det finns en rutin för krisplan och en rutin för överbeläggning, som till viss del överlappar varandra, men som båda fungerar som ett stöd för personalen. I tabellen nedan redogörs för antalet fastställda vårdplatser, disponibla vårdplatser samt beläggningsprocent under 2014 – april 2017.

År		Fastställda vårdplatser	Disponibla vårdplatser	Beläggning (%)
2014	<i>Akutvård</i>	49	49	96
	<i>Lövhaga</i>	16	16	72
2015	<i>Akutvård</i>	49	47,8	100
	<i>Lövhaga</i>	16	14,8	76
2016	<i>Akutvård</i>	51	49,6	97
	<i>Lövhaga</i>	12	12	72
2017 (jan- april)	<i>Akutvård</i>	51	51	100
	<i>Lövhaga</i>	0	0	0

Inhämtade underlag somatisk vård VS:

Fastställda och disponibla vårdplatser 2014-2017

Statistik Överbeläggning och utlokaliserade vårdplatser 2014-2017

Risikanalys överbeläggning och utlokaliserade patienter (2015-05)

Rapport ”Definiera och tillgodose behov av vårdplatser”

Bilaga Genomförd inventering av vårdplatser

Under våren 2015 genomfördes en genomgripande händelseanalys av utlokaliserade patienter vid Västmanlands sjukhus tillsammans med patientsäkerhetsteamet.

Definitionen ”disponibel vårdplats” har diskuterats. Vid tidpunkt för genomförd granskning fanns det en chef som enligt de intervjuades mening använde begreppet överbeläggning felaktigt. Han hade 60 fasta platser, men ansåg att allt över 50 platser var att se som överbeläggning. Enligt uppgift är numera samtliga överens om vad begreppet innefattar. En disponibel vårdplats innebär att patienten har tillgång till en säng och en toalett. Begreppet överbeläggning innebär att patienten ligger i en korridor, men är kvar på den avdelning som är specialiserad på patientens åkomma, medan begreppet utlokalisering innebär att patienten kan hamna på en avdelning som inte är specialiserad på just det behovet som patienten har.

Tabellen nedan visar överbeläggningar och utlokaliseringar på Västmanlands sjukhus under 2014-2017:

År	Överbeläggningar	Utlokaliserade
2014	7439	1976
2015	6200	3211
2016	6667	3094
2017 (jan-april)	2511	785

Varje morgon skickas information om beläggning till SKL:s databas.

Hur man jobbar i vården har förändrats under de senaste åren, bl.a. förändringar vad gäller inläggningsrätt. Under 2015 och 2016 hade kirurgkliniken svåra år, men situationen upplevs som förbättrad efter att ny chef tillträtt. I hela landet har man rensat bort de patienter som opereras inom ramen för dagkirurgi. Kirurgerna behöver nuförtiden vara mer aktiva på avdelningarna för att planera för vården tillsammans med sjuksköterskor. Stabiliteten av sjuksköterskor är en viktig utgångspunkt. Det finns ett pågående program för att få detta, bl.a. arbetstidsavtal.

Vid intervju anges att vårdplatserna är dynamiska och att begreppet fastställda vårdplatser, dvs. budgeterade vårdplatser, känns förlegat. Förr bestämde politiken över de fastställda vårdplatserna. Verksamheten får budget utifrån de vårdplatser som de förväntas ha öppna. Regionen jobbar med disponibla vårdplatser utifrån den budget de har. Nedskärning av vårdplatser kräver bra motivering, exempelvis brist på sjuksköterskor. De arbetar och följer med vårdplatserna kontinuerligt och beläggningar och vårdbehov är en levande planering som bottnar i att systematisera samspelet mellan produktion – bemanning – vårdplatser. Ett produktionsråd startades i februari 2015. Inför varje år tas en produktionsplan fram som ska täcka budget. Produktionsplanering sker integrerat vid sommar och jul/nyår för att säkerställa vårdbehovet. Utöver produktionsrådet finns även ett strategiskt vårdplatsråd och en strategisk grupp för OP. En utredning och inventering enligt visionsarbete 2025 har gjorts för att se över frågan hur regionen ska dimensionera vårdplatserna över tid. Slutsatsen blev att 60 nya vårdplatser behövs som situationen ser ut just nu. De har startat upp avancerad vård i hemmet och om de lyckas vårda äldre hemma samt även cancersjuka så kanske behovet av antalet nya vårdplatser kan reduceras. De senaste året har de även gjort bemanningsrevisioner och även jämfört med andra landsting, vilket användes som benchmarking inför budget 2017.

Vid intervju anges att det stort tryck på förlossningsvården och det finns en viss oro inför sommaren. Hela landet befinner sig i samma situation, vilket innebär att man inte kan hjälpa varandra i samma utsträckning som förr. En bidragande orsak är befolkningsökningen och det faktum att många utlandsfödda föder många barn. Behovet av tolkar växer i takt med detta.

Vid krissituation går de upp i så kallad fördelningsgrupp, då verksamhetsföreträdare med flera försöker hjälpa varandra. Även samspel med kommunerna är en annan viktig dimension. Regionen märker av när Västerås stad stänger eller öppnar korttidsplatser. Samspelet med primärvården flyttades upp i april 2016. Jourmottagning för primärvård har numera samma ingång vid akuten.

I samband med genomförd granskning fanns rollen som vårdplatskoordinator redan, men detta uppdrag nu förtydligats ytterligare. Inom förvaltningen/verksamheten finns vårdplatskoordinatorer dygnet runt för Köpings sjukhus, medicin i Västerås och ortopedien. Övriga opererande specialiteter koordineras via kirurgen. Läkare som beslutar om inläggning ansvarar för att vårdplatskoordinator kontaktas. Koordinatören ansvarar och har beslutanderätt gentemot avdelningarna inom sjukhusen för att anvisa vårdplatser för patienter som kommer från akutmottagningarna och/eller andra sjukhus. De ansvarar också för att koordinera överflyttning mellan sjukhusens avdelningar. Vårdplatskoordinatorernas arbete tillsammans med fördelningsgruppen uppges vara ett sätt att styra behovet att vård. Upplevelsen är arbetet fungerar på ett bra sätt. Vid intervju anges att de har ett gynnsamt vårdplatsläge sedan april jämfört med motsvarande period föregående år, men att faktumet kvarstår det vill säga att det finns svårigheter med att dimensionera vårdplatser.

Sammanfattande bedömning av vidtagna åtgärder

Inom PPHV har man har skapat tydliga rutiner både ur patientsäkerhetsperspektivet och ur ett arbetsrättsligt perspektiv. Under hösten 2017 öppnar en ny avdelning med 10-12 platser. Inom den somatiska vården har man sedan genomförd granskning arbetat med bl.a. standardiserad cancervård och diagnostikcentrum. Det har även skett en utveckling av andra vårdformer såsom exempelvis avancerad vård i hemmet. Produktionsråd startades under 2015 och produktionsplanering sker integrerat vid sommar och jul/nyår för att säkerställa vårdbehovet. Utöver produktionsrådet finns även ett strategiskt vårdplatsråd och en strategisk grupp för OP.

Vårdplatskoordinatorernas roll har förstärkts sedan genomförd granskning och deras roll är en betydande pusselbit i det dagliga arbetet med dimensioneringen av vårdplatser.

Utifrån ovanstående gör vi bedömningen att åtgärder vidtagits utifrån de brister som noterades i granskningen samt utifrån vad styrelsen i sitt yttrande angav att de skulle göra. Regionen har tagit sig an området på ett ambitiöst sätt och jobbar systematiskt och strukturerat vad gäller vårdplatsplaneringen. Det är ett komplext område som griper in i många frågor, vilket gör att det svårt att bedöma att man är i mål. Det har skett ett stort förändringsarbete, men fortfarande kvarstår åtgärder som är under planering.

Bedömning:



2.9. Vård på lika villkor

2.9.1. Sammanfattning av genomförd granskning

I oktober 2014 genomförde PwC på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i landstinget Västmanland en granskning av vård på lika villkor. Utgångspunkten i granskningen var att undersöka den sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödligheten, samt om det fanns skillnader i dödstal mellan olika länsdelar. Granskningen syftade till att besvara följande revisionsfråga:

- *Bedriver landstingsstyrelsen en jämlik vård på lika villkor för länets befolkning och har landstingsstyrelsen en tillräcklig intern kontroll avseende detta område?*

Efter genomförd granskning gjordes bedömningen att det fanns stora skillnader mellan olika länsdelar vad gäller sjukvårdsrelaterade dödligheten.

Landstingsrevisorerna behandlade och godkände rapporten 2014-10-09 och önskade svar senast 2014-11-30.

2.9.2. Revisorernas rekommendationer/ noterade brister

Den sammanfattande bedömningen baserades på följande noterade iakttagelser/brister:

- ➔ Det finns stora skillnader mellan olika länsdelar vad gäller den sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödligheten.
- ➔ Länetns män har ett dödstal som är mer än dubbelt så högt som för kvinnorna.
- ➔ Inom landstinget har det skett en ökning av den sjukvårdsrelaterade dödligheten sedan 2010 (i motsats till riket i övrigt). Framförallt vad gäller ischemisk hjärtsjukdom.

Ovanstående bedöms vara skäl för landstingsstyrelsen att djupare analysera förhållanden inom länet för att identifiera åtgärder som kan genomföras för att ur ett länsperspektiv uppnå en större likhet vad gäller den sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödligheten och en mer jämlik vård.

- ➔ Vad gäller den interna kontrollen av området vård på lika villkor/jämlik vård saknas tydligt utskrivna målsättningar och målvärden. Detta innebär att styrelsen saknar möjlighet till en styrning och god intern kontroll av området.

2.9.3. Styrelsens/nämndens yttrande

Landstingsstyrelsen överlämnade sitt yttrande över revisionsrapporten 2015-01-28. Landstingsstyrelsen bemötte revisionsrapporten positivt, men ansåg även att revisionen drog alltför långtgående slutsatser avseende användandet av indikatorn sjukvårdsrelaterad dödlighet. Styrelsen angav i sitt svar en redogörelse om den komplexitet som området innefattar. I svaret framkom även ett antal åtgärder/fokusområden:

- En likabehandlingsplan ska utarbetas för att utveckla området jämlik hälsa och vård.
- Förbättra den somatiska vården för psykiskt sjuka med målet att minska dödligheten.
- Landstinget lokala arbete med Öppna Jämförelser ska fokuseras på målnivåer för att få en mer adekvat beskrivning av ambitionsnivåer.

2.9.4. Uppföljning av vidtagna åtgärder

Lägesuppdatering har inhämtats genom intervju med berörd tjänsteman (hälso- och sjukvårdsstrateg), samt genom dokumentstudier.

Inhämtade underlag:

Handlingsplan Jämlik vård (2016-01-08)
Handlingsplan Hälsoinriktad arbete (2016-03-22)
Riktlinje Hälsoinriktat arbete (2016-12-13)

Det finns ett missnöje med hur den genomförda revisionsgranskningen gick till, framförallt rent statistiskt sett.

Öppna Jämförelser skiljer på följande två nivåer: Hälsopolitisk åtgärdbar dödlighet och sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet. Utfallet av den hälsopolitiskt åtgärdbara dödligheten under 2016 visade ett något bättre utfall än föregående år. Skillnaden är marginell, men inte statistiskt säkerställd. Vid intervju anges att det kan bero på att de kommit åt en viss typ av problem, men det är svårt att veta exakt vad. Regionens strävan är att åtgärdbar dödlighet inte ska inträffa, men frågan hur man kommer åt detta problem är mer komplex än så. Regionen har inte specifikt arbetat med måttet sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet, eftersom måttet i sig är ett index uppbyggt av olika specifika mått såsom dödsfall orsakade av stroke, diabetes, cancer i livmoderhals, astma och högt blodtryck.

Regionens arbete för att minska den åtgärdbara dödligheten går i många avseenden in i arbetet för jämlik vård. En av de aspekter som påpekas vid genomförd granskning var avsaknaden av tydliga målsättningar och målvärden inom vård på lika villkor/jämlik vård. Sedan granskningen har en handlingsplan för jämlik vård tagits fram i vilken målnivåer finns framtagna. Av det följer att vidtagna åtgärder och arbete redovisas inom ramen för uppföljning av granskningen jämlik vård. Dessa åtgärder har relevans även för granskningsområdet vård på lika villkor. Se avsnitt 2.1.4. Sedan genomförd granskning har även handlingsplan och riktlinjer avseende hälsoinriktat arbete tagits fram.

Sammanfattande bedömning av vidtagna åtgärder

Sedan genomförd granskning har en handlingsplan för jämlik vård tagits fram som innehåller målnivåer. Även om regionen inte specifikt har arbetat med måttet sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet, eftersom måttet i sig är ett index uppbyggt av olika specifika mått, så har handlingsplaner och riktlinjer inklusive målnivåer utarbetats i relation till exemplifierade områden, som i sin tur påverkar måttet sjukvårdsrelaterad dödlighet.

Vård på lika villkor är ett komplext område och det är svårt att definitivt vara i mål. Vår bedömning är att styrelsen, genom framtagen handlingsplan med målnivåer, har vidtagit en konkret åtgärd som ger förutsättningar för att mäta och komma åt problematiken i högre grad än tidigare.

Bedömning:



2.10. Tillgänglighet för kroniker

2.10.1. Sammanfattning av genomförd granskning

I mars 2016 genomförde PwC på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i landstinget Västmanland en granskning av tillgänglighet för kroniker. Granskningen syftade till att besvara följande övergripande revisionsfråga:

- *Vidtar landstingsstyrelsen ändamålsenliga åtgärder för att säkra tillgängligheten för kroniskt sjuka personer och personer med nedsatt autonomi?*

Efter genomförd granskning gjordes den sammanfattande bedömningen att landstingsstyrelsen inte i tillräcklig utsträckning vidtar åtgärder för att säkra tillgängligheten för kroniskt sjuka personer och personer med nedsatt autonomi.

Landstingsrevisorerna behandlade och godkände rapporten 2016-04-01 och önskade svar från Landstingsstyrelsen senast 2016-09-16.

2.10.2. Revisorernas rekommendationer/noterade brister

Den sammanfattande bedömningen baserades på följande noterade brister:

- ➔ Det finns en begränsad styrning av vården för kroniskt sjuka personer i landstinget och styrningen kan förtydligas och utvecklas. Det finns en tydlig styrning för diabetespatienter, men inte för övriga kronikergrupper.
- ➔ Uppföljning och rapportering avseende eventuella undanträngnings- eller prioriteringseffekter sker inte strukturerat och har inte efterfrågats på landstingsövergripande nivå.
- ➔ Landstingsstyrelsen efterfrågar ingen kvantitativ uppföljning av eventuella undanträngnings- eller prioriteringseffekter och får heller ingen uppföljning och rapportering om undanträngning och tillgängligheten för kroniskt sjuka. Styrning och uppföljning sker huvudsakligen utifrån vårdgarantin.
- ➔ Tillgängligheten för återbesök mäts inom specialiserad vård, inom primärvården sker ingen systematisk mätning avseende tillgängligheten för återbesök.
- ➔ Inom diabetesvården finns system, rutiner och intern kontroll för planerade besök och återbesök för kroniker. För övriga kronikergrupper är den interna kontrollen inte lika tydlig.
- ➔ Det pågår utvecklingsarbete för att undvika negativa undanträngnings- och prioriteringseffekter.

2.10.3. Styrelsens/nämndens yttrande

Landstingsstyrelsen överlämnade sitt yttrande över revisionsrapporten 2016-08-31. Landstingsstyrelsen svarade att revisionen hade pekat på viktiga frågor gällande styrelsens ansvar att på ett systematiskt sätt följa tillgängligheten för kroniskt sjuka via utökad internkontroll. Synpunkterna kommer att beaktas i det fortsatta arbetet. I sitt svar lyfte landstingsstyrelsen även fram vidtagna åtgärder och förslag på åtgärder.

2.10.4. Uppföljning av vidtagna åtgärder

Lägesuppdatering har inhämtats genom intervju med berörd tjänsteman (hälso- och sjukvårdsstrateg), samt genom dokumentstudier.

Inhämtade underlag:

Uppföljning återbesök 2016

Uppföljning av medel för kroniskt sjuka (2017-01-10)

För att förtydliga styrningen av vården för kroniskt sjuka personer inom regionen har det sedan genomförd granskning skett ett arbete med processutveckling. Regionen har även tillsatt ett antal medicinska programråd för olika sjukdomsbesvär, såsom astma/KOL, stroke, palliativ vård och diabetes. Vid intervju anges att det är tydligare uppdelat samt att det finns en trygghet i att ha stabila grupper som är brydda i respektive besvär på ett annat sätt än tidigare. Vidare så har man anställt en hjärtsviktssjuksköterska och en astma/KOL-sjuksköterska, för detta har regionen fått medel och resurser från staten. För astma/KOL finns även samverkansgrupper och samverkansdokument. Regionen har även genomfört utbildningsinsatser tillsammans med kommunerna.

Vad gäller undanträngning- och prioriteringseffekter uppges det inte ha hänt någonting på nationell nivå. Avseende undanträngning så finns en definition som förts ut i organisationen. Det är läkaren som bedömer vilken patient som ska få gå in först.

Vid genomförd granskning sades att det inom primärvården inte sker någon systematisk mätning avseende tillgängligheten för återbesök. Vid intervju anges att det är en resursfråga. Primärvården har en bättre tillgänglighet på återbesök än vad slutenvården har. För kronikergrupper, andra än diabetesvård, är system, rutiner och intern kontroll för planerade besök och återbesök inte lika tydlig. Vid intervju anges att det inte finns samma indikatorer på Vården i siffror, vilket gör att det är svårt att mäta.

I januari 2017 kom en uppföljningsrapport avseende medel till landstinget från överenskommelse om insatser för att förbättra vården för personer med kronisk sjukdom. Utfallet visade att den satsning som erhållna medel inneburit för arbetet med kroniskt sjuka äldre är och har varit av stor betydelse. Framförallt betonades fokus på gemensamma åtgärder till stöd för utvecklingen inom primärvården och utvecklad kunskapssamverkan mellan primär- och slutenvård.

Sammanfattande bedömning av vidtagna åtgärder

Sedan genomförd granskning har ett antal medicinska programråd inrättats och samverkansdokument har tagits fram. Även utbildningsinsatser har genomförts i samverkan med kommunerna. Med hjälp av medel från staten har en hjärtsviktssjuksköterska och en astma/KOL-sjuksköterska anställts. Av de brister som noterades i granskningen kvarstår problematiken kring uppföljning på gruppnivå på grund av brister i kvalitetsregistren inom detta område.

Utifrån ovanstående iakttagelser gör vi bedömningen att styrelsen i flera avseenden vidtagit åtgärder för att säkra tillgängligheten för kroniker, men arbetet behöver fortsätta utvecklas bl.a. avseende uppföljning och undanträngnings- och prioriteringseffekter.

Bedömning:



2.11. Styrning och uppföljning av avtal inom landstinget

2.11.1. Sammanfattning av genomförd granskning

I september 2014 genomförde PwC på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i landstinget Västmanland en granskning av styrning och uppföljning av ramavtal med fokus på entreprenörer som utför reparationer och underhåll inom landstinget. Granskningen omfattade tre delar och syftade till att besvara följande revisionsfrågor:

- *Har landstinget en tillräcklig intern kontroll avseende hantering av avtal med externa leverantörer avseende reparationer och underhåll?*
- *Har landstinget en tillräcklig intern kontroll avseende avtalstrohet mot tecknade ramavtal för entreprenörer som utför reparationer och underhåll inom landstinget?*
- *Har landstinget en tillräcklig intern kontroll beträffande förtroendeskadliga bisysslor och jävsförhållanden avseende upphandling och inköp av entreprenörer som utför reparationer och underhåll inom landstinget?*

Efter genomförd granskning gjordes den sammanfattande bedömningen att landstinget i huvudsak hade en tillräcklig intern kontroll avseende hantering av leverantörer för reparationer och underhåll, i huvudsak hade en tillräcklig intern kontroll avseende avtalstrohet mot tecknade ramavtal för entreprenörer som utför reparationer och underhåll, samt att landstinget inte i alla delar hade en tillräcklig intern kontroll beträffande förtroendeskadliga bisysslor och jävsförhållanden avseende upphandling och inköp av entreprenörer som utför reparationer och underhåll inom landstinget.

2.11.2. Revisorernas rekommendationer/noterade brister

Den sammanfattande bedömningen baserades på följande noterade brister:

- ➔ Det finns inte några tydliga regler eller riktlinjer för hur avtal ska följas upp eller kontrolleras i landstinget. Dock pågår en ständig dialog mellan årsentreprenörerna och Fastighet, därav bedöms inte finnas behov av ytterligare uppföljning.
- ➔ Det sker inte någon systematisk uppföljning av avtalstroheten. Uppföljning av avtalstrohet kommer, enligt uppgift, att göras i och med att Fastighet anställer en ny projektcontroller.
- ➔ Det går inte att på ett enkelt sätt sammanställa de samlade inköpen för reparationer och underhåll.

- Rutinen för att följa upp anställdas bisysslor efterlevs inte, vilket framgår av att det på de granskade enheterna finns betydligt fler bisysslor än vad som har anmälts. Vidare betonas att det totala antalet bisysslor i landstinget är högt, över 200 av de anställdas företag återfinns i landstingets leverantörsregister.

2.11.3. Styrelsens/nämndens yttrande

Landstingsstyrelsen överlämnade sitt yttrande över revisionsrapporten 2014-11-26. Landstingsstyrelsen höll med revisionen avseende bristerna vad gäller att enkelt göra sammanställningar av de samlade inköpen, samt även möjligheten att följa upp ramavtal. Styrelsen angav i sitt svar att uppföljning av avtal ska förbättras och att ett nytt IT-stöd ska göra det lätt att följa upp ramavtal till specifika produkter.

Landstingsstyrelsen höll däremot inte med revisorerna avseende bisysslor, utan angav i sitt svar att landstinget har bra rutiner och riktlinjer för kontroll av detta. Åtgärder för att säkerställa att riktlinjerna följs genomförs under 2015.

2.11.4. Uppföljning av vidtagna åtgärder

Lägesuppdatering har inhämtats genom intervju med berörda tjänstemän (förvaltningschef för verksamhet- och ledningsstöd, ekonomichef verksamhet- och ledningsstöd och fastighetschef), samt genom dokumentstudier.

Inhämtade underlag:

Riktlinje bisyssla

Stöd till cheferna avseende bisyssla

Underlag som efterfrågats men ej erhållits:

Sammanställning över vilka avtalskontroller som gjorts avseende reparationer och underhåll

Region Västmanland har en gemensam inköpsorganisation tillsammans med Sörmland, som enligt uppgift har uppdraget att följa upp avtal. Enligt uppgift arbetas det aktivt med systematisk uppföljning av avtal och avtalstrohet arbetas och pågående utveckling sker. Bl.a. har en revision utförts under 2015 inom detta område och ett övergripande arbete inom "e-handel" sker i samverkan med Landstinget i Sörmland (inköp/upphandling).

Sedan genomförd granskning har projektet Estelle förankrats, som är ett inköpssystem. Vid intervju anges även att arbete pågår med ett nytt IT-stöd. Dock kvarstår den brist som påpekades vid genomförd granskning. Regionen kan fortsättningsvis inte sammanställa de samlade inköpen för reparationer och underhåll som gjorts inom ramavtal. Ramavtal inom fastighetsavdelningen hanteras av controller som även hanterar anläggningsredovisningen.

Inom hela regionen har de arbetat med att styra upp riktlinjerna och rutinerna för bisysslor. En översyn/revidering av riktlinje och instruktion för bisyssla pågår och beräknas vara klar inom kort. Revideringen har passerat det s.k. förhandlingsrådet

som remissinstans i april och förhandlats i den centrala samrådsgruppen i maj. Riktlinjen och instruktionen fastställs av HR-direktören.

Sammanfattande bedömning av vidtagna åtgärder

Sedan genomförd granskning har bl.a. projektet Estelle förankrats. Även rutinerna för bisysslor har setts över och nya riktlinjer tagits fram, som inom kort ska fastställas. Flertalet brister kvarstår dock bl.a. sammanställning av inköp.

Utifrån ovanstående iakttagelser gör vi bedömningen att styrelsen vidtagit vissa åtgärder avseende styrning och uppföljning av avtal. Inom ramen för vår granskning har vi däremot inte kunnat följa upp åtgärderna och det råder en tveksamhet kring statusen på vissa delar, vilket leder till att vi inte kan bedöma området fullt ut.

Bedömning:



2.12. Kontroll av legitimation vid anställning och inhyrning av personal

2.12.1. Sammanfattning av genomförd granskning

I juni 2016 genomförde PwC på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i landstinget Västmanland en granskning av kontroll av legitimation vid anställning och inhyrning av personal. Granskning syftade till att besvara följande revisionsfråga:

- *Har Landstingsstyrelsen säkerställt en ändamålsenlig kontroll av anställd och inhyrd personal utifrån legitimation, utbildning och lämplighet?*

Efter genomförd granskning var den sammanfattande revisionella bedömningen att landstingsstyrelsen inte helt säkerställt en ändamålsenlig kontroll av legitimation vid anställning och inhyrning av personal.

Landstingets revisorer behandlade och godkände rapporten 2016-06-17 och önskade svar från Landstingsstyrelsen senast 2016-10-21.

2.12.2. Revisorernas rekommendationer/ noterade brister

I genomförd granskning noterades följande brister:

- ➔ Det saknas övergripande regler och rutiner för kontroller om en sökande har varit eller är under utredning vid annat landsting. Strukturerade kontroller genomförs dock inom vissa verksamheter.
- ➔ Det finns en risk i att verksamheterna vid interna rekryteringar utgår ifrån att den anställda är legitimationskontrollerad. Enligt rutinerna ska legitimation alltid kontrolleras vid såväl externt som internt sökande. Avsteg från denna rutin är förenligt med risker för patientsäkerheten och rutinen bör kommuniceras ytterligare med rekryterande chefer.

- Vid genomförd kontroll av anställda noterades att sju anställda saknade legitimation, varav sex av dessa hade examensbevis, men som inte tagit ut legitimation. En person saknade både examensbevis och legitimation. Landstinget har skyndsamt genomfört en intern utredning gällande dessa anställda. Bland inhyrd personal hade samtliga giltig legitimation. De anställda som saknade legitimation har samtliga varit anställda inom landstinget en längre tid. Detta tyder på att det inte nödvändigtvis är de aktuella regler och rutiner som brustit i dessa fall, men pekar dock på vikten av att genomföra kontroller av redan anställd personal.

2.12.3. Styrelsens/nämndens yttrande

Landstingsstyrelsen överlämnade sitt yttrande över granskningsrapporten 2016-10-26. Landstingsstyrelsen tog i sitt yttrande ställning till de kontrollmål som i granskningen bedömdes ej eller delvis uppfyllda. Följande planerade åtgärder presenterades:

- Landstinget behöver utbilda cheferna så att kontroll av att sökande inte är under utredning av annat landsting alltid sker vid rekrytering.
- Landstinget planerar för information till alla chefer via chefsplatsen, mail och med hjälp av HR-konsulter och rekryterare. Riktlinjerna kommer att förtydligas avseende legitimationskontroll även på internsökande.
- Cheferna inom landstinget kommer att informeras om vikten av legitimationskontroller. Dessutom ska årligen göras "slagning" mot registret över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal på samtlig legitimerad personal inom landstinget.

2.12.4. Uppföljning av vidtagna åtgärder

Lägesuppdatering har inhämtats genom intervju med berörda tjänstemän (verksamhetschef för HR-stöd och verksamhetschef för Resursenheten) samt genom dokumentstudier.

Inhämtade underlag:

Instruktion - Anställning av legitimerad Hälso- och sjukvårdspersonal (HOSP) (2017-04-18)

Instruktion - Inmatning legitimationskoder Heroma (2017-04-03)

Sedan genomförd granskning har instruktionen för anställning av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (HSOP) reviderats. Vid revideringen förtydligades bl.a. rutinen för kontroll av huruvida sökande har varit eller är under utredning av annat landsting/region, vilket saknades vid genomförd granskning. Denna kontroll sker numera per automatik om verksamheten använder den centrala rekryteringsfunktionen, annars så framgår det att instruktionen vilka kontroller som ska göras innan beslut om anställning. Även rutinen avseende kontroll av legitimation av sökande har förtydligats i samband med revideringen. Instruktionerna ska finnas tillgängliga på chefsplatsen. Alla nya chefer får information om instruktionerna i samband med anställning. Gamla chefer informeras via HR.

Av landstingsstyrelsens yttrande framgick att legitimationskontroll på internt sökande skulle införas. Vid intervju framkommer att verksamheten i samråd med regionrådet har beslutat att så inte kommer att ske utifrån att den interna kontrollen bedöms som tillräcklig. Anställning sker inte av personer utan legitimation och eventuell deslegitimerad skulle i så fall vara känd och registrerad i personalsystemet där det framgår om någon har stängts av. Sedan 2014 finns alla legitimationer inscannade i dokumenthanteringssystemet Kibi tillsammans med övriga personalhandlingar. Kontrollen utförs enbart vid extern rekrytering. Det har sedan genomförd granskning anordnats tre utbildningstillfällen för lönekonsulterna i hur registrering ska göras, samt vilka kontroller som ska göras.

Av verifieringen i samband med genomförd granskning noterades att sju personer saknade legitimation, varav sex stycken hade examensbevis. En person saknade både legitimation och examensbevis. Efter vår granskning gjordes en intern utredning som resulterade i att införa en årlig kontroll genom s.k. "slagning" av nya anställda. Slagningen gjordes i mars 2017 och då skickades 2526 stycken personnummer till för kontroll mot Socialstyrelsens register. Utfallet visade att samtliga hade giltiga legitimationer, men att det var sju stycken som inte hade lämnat in legitimation.

Vid intervju poängteras vikten av att kontinuerligt diskutera och informera kring riskerna förknippade till legitimationsyrken. De berörda upplever själva att de har fått ögonen på problemen som identifierades vid genomförd granskning och att de pratar dessa frågor vid olika sammanhang, samt genom utbildning och information på chefsplatsen.

Sammanfattande bedömning av vidtagna åtgärder

Sedan genomförd granskning har landstingsstyrelsen reviderat instruktionen för anställning av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Instruktionen har förtydligats avseende rutiner för kontroll av huruvida sökande har varit eller är under utredning av annat landsting/region. Även rutinen avseende kontroll av legitimation av sökande har förtydligats i samband med revideringen. Vidare har en instruktion avseende inmatning av legitimationskoder i Heroma tagits fram som lönekonsulterna ska följa vid registrering.

Tre utbildningstillfällen har anordnats för att utbilda lönekonsulterna i hur registrering av anställda ska göras, samt vilka kontroller som ska göras för samtliga legitimerade yrken innan beslut om anställning sker. För att kontrollera redan anställd personal görs sedan 2017 årligen en slagning av nyanställda då kontroll sker mot Socialstyrelsens register.

Utifrån ovanstående gör vi bedömningen regionstyrelsen har vidtagit åtgärder utifrån de brister som noterades i granskningen, samt utifrån vad styrelsen i sitt yttrande angav att de skulle göra.

Bedömning: 

3. Övergripande analys och bedömning

3.1. Övergripande analys av yttrande

För samtliga granskningar har landstingsstyrelsens yttrande över granskningsrapporten inhämtats (granskningen avseende förebyggande av mutor och oegentligheter saknar yttrande utifrån att revisorerna ej önskade svar på granskningsrapporten).

För att åskådliggöra och jämföra inhämtade yttranden har dessa dokumentgranskats utifrån ett antal parametrar (som bedömts ja, delvis eller nej, som i förekommande fall även förtydligats med en kommentar):

- ✓ Instämmer styrelsen i revisionens bedömning eller framförs annan åsikt?
- ✓ Beaktas samtliga identifierade brister/medskick/rekommendationer i yttrandet?
- ✓ Framgår förslag på konkreta åtgärder av yttrandet?
- ✓ Vilken omfattning har yttrandet?

Tabell 1: sammanställning och analys av yttranden

Granskningsrapport	Instämmer i kritik/brister?	Samtliga brister/ rekommendationer beaktas?	Förslag på konkreta åtgärder ges?	Yttrandets omfattning
<i>Jämlik vård</i>	Delvis	Ja	Nej	1,5 sida
<i>Tärna folkhögskola</i>	Oklart, framgår inte tydligt	Ja	Ja	2,5 sida
<i>Centrum av kommunikation</i>	Delvis	Nej	Nej (förslag, men inte hur)	2,5 sida
<i>Sammanhållen vård av mest sjuka äldre</i>	Ja	Ja	Nej	1 sida
<i>Anläggningsredovisning</i>	Framgår inte tydligt	Nej	Delvis	En halv sida
<i>Kollektivtrafiknämndens kontroll över intäktsflöden</i>	Framgår inte tydligt	Nej, alla förbättringsområden tas inte upp	Ja	2 meningar
<i>Dimensionering och styrning av vårdplatser</i>	Nej	Delvis	Nej	1,5 sida
<i>Vård på lika villkor</i>	Nej	Delvis	Delvis - yttrandet belyser problematiken kring begrepp och metod.	4 sidor

<i>Tillgänglighet för kroniker</i>	Ja	Ja	Ja	2,5 sida
<i>Styrning och uppföljning av avtal</i>	Delvis	Ja	Delvis - förslag anges, men inte hur	1 sida
<i>Kontroll av legitimation vid anställning och inhyring av personal</i>	Ja	Ja	Delvis	1 sida

Utifrån ovanstående sammanställning och analys kan vi konstatera att det råder stor variation mellan inhämtade yttranden, både i avseendet beträffande innehåll, men även sett till omfattning och struktur. Följande kan noteras:

- *För flera av de yttranden som analyserats framgår det inte tydligt om eller vilka delar som styrelsen/nämnden håller med revisionen om och inte. För ett antal inhämtade yttranden framgår det tydligt att styrelsen inte instämmer i den kritik och synpunkter som revisionen lämnat.*
- *Hälften av de yttranden som analyserats anses beakta samtliga de brister/rekommendationer och synpunkter som lämnats i granskningsrapport och missiv. En orsak till att samtliga av revisionens synpunkter/påtalade brister inte omnämns eller beaktas i yttrandet anges vara att alla brister inte alltid prioriteras och därmed inte heller omnämns.*
- *Det finns i flera fall en frånvaro av förslag på konkreta åtgärder som styrelsen ämnar vidta. Däremot är det vanligt förekommande att föra resonemang om att åtgärder bör vidtas. Trots att förekomsten av faktiska konkreta åtgärder är förhållandevis marginell så är samtidigt vår uppfattning utifrån intervjuer att revisionens granskningsrapporter tas på allvar. Samtidigt ska sägas att det som kanske är av störst vikt och intresse från revisionens sida är just vilka åtgärder som styrelsen avser vidta med anledning av identifierande utvecklingsområden.*
- *Det finns en stor variation avseende yttrandenas omfattning och struktur. Det kortaste yttrandet består endast av ett par meningar, medan det längsta yttrandet uppgår till fyra sidor.*

3.2. Summering av bedömning för respektive granskning

I det följande summeras bedömningen för respektive granskning i syfte att skapa överblick kring de 12 granskningarna som har följts upp. Tabellen nedan visar den samlade bedömningen för respektive granskning utifrån den trafikljusmodell som använts i bedömningen (se definition i avsnitt 1.3).

Tabell 2: bedömning av respektive granskning som följts upp

GRANSKNINGSRAPPORT	GRÖN	GUL	RÖD
Jämlik vård	X		
Tärna folkhögskola	X		
Centrum av kommunikation		X	
Mutor och oegentligheter		X	
Sammanhållen vård av mest sjuka äldre		X	
Anläggningsredovisning		X	
Kollektivtrafiknämndens kontroll över intäktsflöden	X		
Dimensionering och styrning av vårdplatser		X	
Vård på lika villkor	X		
Tillgänglighet för kroniker		X	
Styrning och uppföljning av avtal		X	
Kontroll av legitimation vid anställning och inhyrning av personal	X		

- Sammanställningen i tabellen ovan visar att åtgärder har vidtagits i någon utsträckning för samtliga av granskningar. Utifrån vår trafikljusmodell bedömer vi de flesta av revisionens lämnade synpunkter och rekommendationer som gröna eller gula, d.v.s. att åtgärder vidtagits och implementerats alternativt är planerade eller i implementeringsfasen.
- Denna uppföljning har varit av mer översiktlig karaktär än en fördjupad uppföljning av en enskild uppföljning, vilket är det sedvanliga sättet som revisorerna väljer att följa upp granskningar. Det ska noteras att det i uppföljningsarbetet har varit förhållandevis stora variationer i hur det har fungerat att erhålla en aktuell lägesbild av vad som hänt sedan granskningen genomfördes och vilka av åtgärderna som styrelsen beslutat om faktiskt har genomförts. Den iakttagelsen menar vi är viktig, då den rör verkställighet av styrelsens beslut.

3.3. Summerande bedömning

De 12 granskningar som varit föremål för uppföljning omsluter många olika delar av regionens verksamhet. Flertalet av de granskningar som följts upp har varit av den karaktären att det inte går att bedöma arbetet inom granskningsområdet som färdigställt eller inte, eftersom det är ett ständigt pågående och levande arbete, exempelvis processer avseende jämlik vård eller vård på lika villkor. Andra områden som följts upp är mer konkreta, exempelvis förebyggande av mutor och oegentligheter och kollektivtrafiknämndens kontroll över intäktsflöden.

- *Vår övergripande bild utifrån intervjuer med berörda tjänstemän och genom dokumentgranskning är att de medskick och synpunkter som framkommer av revisionens granskningar i allra högsta grad beaktas och tas hänsyn till.*
- *Vår bedömning är att åtgärder har vidtagits i någon utsträckning för samtliga av de tolv revisionsgranskningar som följts upp inom ramen för denna samlade uppföljning.*
- *Utifrån vår trafikljusmodell bedömer vi de flesta av revisionens lämnade synpunkter och rekommendationer som gröna eller gula, d.v.s. att åtgärder vidtagits och implementerats alternativt är planerade eller i implementeringsfasen. Det ska dock noteras att det finns variationer mellan de områden som har erhållit gult (se respektive bedömning).*
- *I arbetet med att fånga utvecklingen sedan genomförd granskning och vad som har genomförts av styrelsens beslutade åtgärder (såsom de formuleras i yttrandet till revisorerna) har vi noterat variationer i hur det går att följa vad som faktiskt har genomförts. Vår bedömning är återrapportering av verkställandet av åtgärder bör stärkas.*

2017-08-25

Tobias Bjöörn

Projektledare och uppdragsledare