

Revisionsberättelse 2019 för Region Västmanland

Vi, av fullmäktige utsedda revisorer, har granskat den verksamhet som bedrivits i styrelse, nämnder och genom utsedda lekmannarevisorer den verksamhet som bedrivits i regionens företag.

Revisorernas ansvar är att granska verksamhet, intern kontroll och räkenskaper samt att pröva om verksamheten bedrivits enligt fullmäktiges uppdrag och mål samt de föreskrifter som gäller för verksamheten. Granskningen har utförts enligt kommunallagen, god revisionssed i kommunal verksamhet och regionens revisionsreglemente. Granskningen har genomförts med den inriktning och omfattning som behövs för att ge rimlig grund för bedömning och ansvarsprövning.

Vi bedömer att årsredovisningen i allt väsentligt innehåller upplysning om verksamhetens utfall, verksamhetens finansiering och den ekonomiska ställningen.

Regionen lever upp till kommunallagens krav på en ekonomi i balans.

Vi bedömer att resultatet är förenligt med de finansiella mål som fullmäktige fastställt i budget 2019.

Vi bedömer att verksamhetens utfall delvis är förenligt med de av fullmäktige fastställda verksamhetsmålen i budget 2019.

Styrelsen lämnar en sammanfattande bedömning avseende den samlade måluppfyllelsen avseende god ekonomisk hushållning för år 2019. Den sammanfattande bedömningen är att god ekonomisk hushållning uppnås.

Vi bedömer att räkenskaperna i allt väsentligt är rättvisande.

Årets resultat är positivt och uppgår till 864,0 mnkr (justerat resultat om 4,3 mnkr föregående år). Resultatet medför därför en positiv avvikelse mot budget om 692,2 mnkr. Avvikelsen i förhållande till budget förklaras främst av orealiserade vinster och förluster från värdepapper uppgående till 707,5 mnkr. Västmanlands sjukhus redovisar ett underskott, uppgående till -318,3 mnkr att jämföra med -329,4 mnkr förra året. Revisorerna är kritiska till det stora underskott som redovisas. Det är av vikt att regionstyrelsen vidtar ytterligare effektiviseringsåtgärder och säkerställer att dessa ger avsedd effekt. Revisionen avser nogsamt följa resultatutvecklingen under innevarande år.

Varuförsörjningsnämnden är gemensam för regionerna Dalarna, Örebro, Västmanland, Sörmland och Uppsala. Under 2019 har nämnden bl a ansvarat för genomförande av upphandlat byte av tredjepartsleverantör avseende förbrukningsmaterial. Den nya leverantören har haft omfattande problem med att leverera beställt material. Av den granskning som gjorts av Varuförsörjningsnämnden framgår att nämnden inte tagit fram någon införandeplan samtidigt som riskbedömningarna varit otillräckliga, aktiviteterna för

att reducera riskerna i vissa fall saknat relevans och kärnverksamheternas behov inte beaktats. Den information som lämnades kring leverantörsbytet var, mot denna bakgrund, inte heller välgrundad. Nämnden har därmed på ett allvarligt sätt brustit i sin styrning, ledning och interna kontroll vilket medfört allvarliga verksamhetsskador för bl a hälso- och sjukvården och påverkat patienter samt medfört ekonomisk skada för regionen.

Ansvarsfrihet

Vi bedömer sammantaget att styrelse och nämnder i Region Västmanland i allt väsentligt har bedrivit verksamheten på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt, med undantag för den gemensamma varuförsörjningsnämnden.

Vi bedömer att räkenskaperna i allt väsentligt är rättvisande.

Vi bedömer att styrelsens och nämndernas interna kontroll har varit tillräcklig, med undantag för den gemensamma varuförsörjningsnämnden.

Vi bedömer att resultatet enligt årsredovisningen till största delen är förenligt med de finansiella mål och verksamhetsmål som fullmäktige uppställt.

Vi avstyrker, utifrån redogörelsen ovan, att fullmäktige beviljar ansvarsfrihet för varuförsörjningsnämnden för bristande styrning, ledning och intern kontroll.

Vi tillstyrker att fullmäktige i övrigt beviljar ansvarsfrihet för styrelse, övriga nämnder och beredningar samt enskilda ledamöter i dessa organ.

Vi tillstyrker att regionens årsredovisning för 2019 godkänns.

Till revisionsberättelsen hör bilagan Revisorernas redogörelse för 2019 års granskningar.

Västerås den 3 april 2020

Hans Strandlund

Elisabeth Löf

Tanja Linderborg

Birgitta Andersson

Rolf Hahre

Barbro Hillring

Börje Lindström

Frank Pettersson

Göran Sonesson

Revisorernas redogörelse för 2019

Revisorernas granskningsuppdrag utgår från kommunallagen, fastställt revisionsreglemente och god revisionssed. Av kommunallagen framgår att revisorerna skall granska all verksamhet och då bedöma om verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt, om räkenskaperna är rättvisande och om den interna kontrollen som sker i nämnderna är tillräcklig.

Denna redogörelse, som är en bilaga till revisorernas revisionsberättelse, innehåller en sammanfattning av de revisionsprojekt som genomförts under året samt en beskrivning av revisorernas verksamhet i övrigt.

Granskningsrapporterna har löpande under året lämnats till de granskade nämnderna för yttrande och till fullmäktige för kännedom. Rapporterna finns även tillgängliga i sin helhet på regionens hemsida.

Genomförda granskningar 2019

Granskning av delårsrapport
Granskning av årsredovisning
Granskning av anpassning till ny kommunallag och förvaltningslag
Granskning av användning av statliga medel för regionalt tillväxtarbete
Granskning av god ekonomisk hushållning
Granskning av implementering av nya nationella riktlinjer Hälso- och sjukvård
Granskning av regionens arbete med digitaliseringsstrategi
Granskning av regionens hållbarhetsarbete med särskilt fokus på miljö och klimatarbete
Granskning av tillgänglighet till vården. Delrapport 1 – Tandvård
Granskning av tillgänglighet till vården. Delrapport 2 – Barn- och ungdomspsykiatri
Granskning av tillgänglighet till vården. Delrapport 3 – Specialiserad vård
Granskning av tillgänglighet till vården. Delrapport 4 – Primärvården
Granskning av tillgängligheten till vården – Sammanfattande rapport
Grundläggande granskning av ansvarsutövande
Löpande intern kontroll i administrativa rutiner – Kollektivtrafiknämnden
Löpande intern kontroll i administrativa rutiner – Kostnämnden
Löpande intern kontroll i administrativa rutiner – Regionstyrelsen
Patientens rätt
Tåg i Bergslagen AB – Granskning av ägarstyrning
Uppföljning och fördjupad informationssäkerhetsgranskning
Uppföljande granskning av inköp och upphandling avseende förbrukningsvaror
Uppföljning av tidigare granskning av kontroll av legitimation vid anställning och inhyrning av personal

Nedan redovisas en sammanfattning av bakgrund och resultat för respektive granskning.

Granskning av delårsrapport 2019

Bakgrund

Fullmäktige ska behandla minst en delårsrapport per år. I samband med fullmäktiges behandling av delårsrapporten ska även revisorerna bedöma resultatet i delårsrapporten. Denna granskning utgör underlag för det utlåtande som revisorerna ska lämna till fullmäktige.

Resultat

Med utgångspunkt från ställda revisionsfrågor lämnas följande sammanfattande revisionella bedömning:

Har delårsrapporten upprättats enligt lagens krav och god redovisningssed?

Vi bedömer att delårsrapporten i allt väsentligt är upprättad i enlighet med lagens krav och god redovisningssed i övrigt. Bedömningen i delårsrapporten är att balanskravet kommer att uppfyllas för år 2019.

Är resultaten i delårsrapporten förenliga med de av fullmäktige fastställda målen för god ekonomisk hushållning, d.v.s. finns förutsättningar att målen kommer att uppnås?

Vi bedömer att det prognostiserade resultatet inte är förenligt med de finansiella mål som fullmäktige fastställt i budget 2019.

Vi bedömer, utifrån delårsrapportens återrapportering, att det inte är möjligt att bedöma om verksamhetens prognostiserade utfall är förenligt med de av fullmäktige fastställda målen i budget 2019.

Granskning av årsredovisning 2019

Bakgrund

PwC har på uppdrag av regionens förtroendevalda revisorer granskat regionens årsredovisning för perioden 2019-01-01 – 2019-12-31. Uppdraget ingår som en obligatorisk del av revisionsplanen för år 2019.

Syftet med granskningen är att ge regionens revisorer underlag för sin skriftliga bedömning om årsredovisningen är upprättad i enlighet med lagens krav och god redovisningssed samt om resultatet är förenligt med de mål fullmäktige beslutat.

Bakgrund

Med utgångspunkt från ställda revisionsfrågor lämnas följande revisionella bedömningar:

Lämnar årsredovisningen upplysning om verksamhetens utfall, verksamhetens finansiering och den ekonomiska ställningen?

Vi bedömer att årsredovisningen i allt väsentligt innehåller upplysning om verksamhetens utfall, verksamhetens finansiering och den ekonomiska ställningen.

Regionen lever upp till kommunallagens krav på en ekonomi i balans.

Är årsredovisningens resultat förenligt med de mål fullmäktige beslutat avseende god ekonomisk hushållning?

Vi bedömer att resultatet är förenligt med de finansiella mål som fullmäktige fastställt i budget 2019.

Vi bedömer att verksamhetens utfall delvis är förenligt med de av fullmäktige fastställda verksamhetsmålen i budget 2019.

Styrelsen lämnar en sammanfattande bedömning avseende den samlade måloppfyllelsen avseende god ekonomisk hushållning för år 2019. Den sammanfattande bedömningen är att god ekonomisk hushållning uppnås.

Är räkenskaperna i allt väsentligt rättvisande?

Vi bedömer att räkenskaperna i allt väsentligt är rättvisande.

Granskning av anpassning till ny kommunallag och förvaltningslag

Bakgrund

Under år 2018 trädde flera större lagstiftningsförändringar i kraft genom ny förvaltnings- och kommunallag, vilka har en direkt påverkan på det dagliga arbetet i regionens verksamhet. En avgörande aspekt av detta är hur verksamheten påverkas av lagändringarna och vad verksamheten har gjort för att möta förändringarna. Detta är inte bara en fråga om legalitet utan även en fråga om samhällets förtroende för att det offentliga följer gällande lagstiftning. Detta blir därför en viktig fråga för både rättssäkerhet och social hållbarhet.

Utifrån denna bakgrund har de förtroendevalda revisorerna i Region Västmanland uppdragit åt PwC att granska vilka åtgärder som har vidtagits inom verksamheten med anledning av den nya lagstiftningen och förändringarna i kommunallagen och förvaltningslagen.

Resultat

Granskningen visar på att det finns regelbundna former och nätverk för omvärldsbevakning som sker centralt. Arbetet bedöms kunna organiseras och systematiseras i högre utsträckning och sammankopplas med informationskanaler och utbildningsinsatser. Inför och i samband med att kommunallagen och förvaltningslagen infördes genomfördes inga särskilda utbildningsinsatser, vilket vi anser är en brist. Utbildningar har emellertid tidigare hållits inom exempelvis GDPR. Vi anser att det delvis saknas ledning och styrning avseende utbildning och information vilket resulterat i att organisationen inte har tillräckliga förutsättningar för att arbeta systematiskt med detta.

Vidare upplevs det otydligt vem som egentligen ansvarar för att tillse att organisationen står redo inför lagstiftningsförändringar.

Vidare visar granskningen att regionen vidtagit flera åtgärder för att efterleva nya krav utifrån förändringar i kommunallagen. Till exempel har en digital anslagstavla upprättats samt en instruktion för regiondirektören. De obligatoriska kraven är i stora delar genomförda men några mindre åtgärder bedöms behöva göras för att helt efterleva lagstiftarens intentioner.

Av vad som framkommit av granskningen har inga särskilda åtgärder vidtagits utifrån förändringarna i förvaltningslagen. Vi anser att den nya lagen bör resultera i dels informations- och utbildningsinsatser men även en genomgång och analys av de verksamhetsområden som omfattas samt en översyn av riktlinjer och rutiner. Konkreta områden som bör ses över rör tolkning och översättning, serviceskyldighet, dröjsmålshantering, verkställighetsregler samt se över vilken typ av ärenden som kommer att omfattas av de nya reglerna.

En stor förändring som rör regionen är att hälso- och sjukvård nu omfattas av förvaltningslagen. De reella konsekvenserna av lagändringen är hittills svårbedömda men regionen bör följa utvecklingen och kommande praxis.

Revisionsfrågan för denna granskning var om regionstyrelsen, kultur- och folkbildningsnämnden samt hjälpmedelsnämnden vidtagit ändamålsenliga åtgärder för att möta lagstiftningsförändringarna i ny förvaltningslag och ny kommunallag. Utifrån bedömning av uppställda kontrollmål bedömer vi att styrelse och nämnder delvis vidtagit ändamålsenliga åtgärder men att det finns flertalet förbättringsområden, särskilt vad gäller förändringarna i förvaltningslagen. Förbättringspotential finns också avseende styrning och ledning samt avseende det systematiska arbetet inför lagstiftningsförändringar.

Granskning av användning av statliga medel för regionalt tillväxtarbete

Bakgrund

Den 1 januari 2017 bildades Region Västmanland, och Västmanlands kommuner och landsting (VKL) uppgick i den nya organisationen. Det regionala utvecklingsansvaret låg tidigare på Länsstyrelsen. Region Västmanland har sedan regionbildningen ett samlat regionalt utvecklingsansvar.

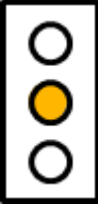
Under år 2018 granskade revisorerna hur regionstyrelsen bedrev det regionala utvecklingsarbetet med inriktning på ansvaret att ta fram strategier, samordna arbetet samt uppföljning/resultatredovisning. Utifrån väsentlighet och risk har revisorerna funnit det relevant att under år 2019 genomföra en fortsatt granskning på området och då göra en fördjupning kring punkt två i det regionala utvecklingsansvaret, dvs. regionens arbete med att besluta om användningen av vissa statliga medel för regionalt tillväxtarbete. Granskningen syftar till att besvara revisionsfrågan om huruvida regionstyrelsens arbete

med att besluta om användningen av statliga medel för regionalt tillväxtarbete är ändamålsenligt.

Resultat

Utifrån genomförd granskning är den samlade revisionella bedömningen att regionstyrelsens arbete med att besluta om statliga medel för regionalt tillväxtarbete inte helt är ändamålsenligt. Bedömning har gjorts utifrån följande kontrollmål:

Kontrollmål	Kommentar	
<i>Finns det tydlig information om hur medel söks och hur projekt prioriteras och tilldelas medel?</i>	Delvis uppfyllt Saknas tydlig information på hemsidan om 1:1 medel. Pågår ett arbete med att utveckla en finansieringsmodell som bl.a. ska innefatta prioriteringsgrunderna för vilka projektansökningar som kan beviljas medel. Detta arbete bedömer vi som centralt för att öka tydlighet och transparens i informationsgivningen om 1:1 medel.	
<i>Finns det en tydlig process för beredning och beslut om användningen av de statliga medlen?</i>	Delvis uppfyllt Regionen har en processbeskrivning/ flödesschema för hantering av 1:1 medel. Att ett sådant processdokument finns minimerar risken för att rutiner och beredning blir personberoende. Vi ser positivt på att en översyn och revidering av dokumentet pågår.	
<i>Har beviljade projekt en inriktning som främjar målen i det regionala utvecklingsprogrammet?</i>	Uppfyllt De projekt som beviljats medel har en koppling till målen i det regionala utvecklingsprogrammet. Däremot är det en övervikt på ett målområde; dynamiskt näringsliv.	

<i>Finns det en tillräcklig intern kontroll som säkerställer att projekten använder medlen på avsett vis?</i>	Delvis uppfyllt Någon strukturerad kontroll genomförs inte utifrån regionstyrelsens internkontrollplan. Det innebär således att det inte finns något kontrollområde som berör 1:1 medel. Däremot genomför näringslivsavdelningen kontroller av pågående projekt och av hur beviljade medel används.	
<i>Finns det en tillräcklig resultatuppföljning av projekten?</i>	Delvis uppfyllt Regionens resultatuppföljning bygger i hög grad på projektens egen uppföljning och självskattning av resultat. Det saknas årliga sammanställningar, vilket genererar svårigheter att avgöra om de medel som satsats i regionala utvecklingsprojekt har gett önskvärda effekter på den regionala utvecklingen.	
<i>Har åtgärder påbörjats eller vidtagits med anledning av synpunkterna i granskningen från 2018 om regional utveckling.</i>	Delvis uppfyllt Åtgärder har delvis vidtagits. När det gäller den regionala utvecklingsstrategin så har den färdigställts till ett remissexemplar på förhållandevis kort tid. Utvärderingen har däremot inte genomförts i enlighet med föregående granskning rekommendation, varpå denna rekommendation kvarstår.	

Granskning av god ekonomisk hushållning

Bakgrund

PwC har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Region Västmanland genomfört en granskning om regionen har en ändamålsenlig styrning i syfte att upprätthålla en ekonomi i balans.

Resultat

Efter genomförd granskning är den sammanfattande bedömningen att regionens styrning i syfte att upprätthålla en ekonomi i balans är i huvudsak ändamålsenlig.

I de senaste årens granskningar har det poängterats att ledarskapet är minst lika viktigt som styrmodellen, om inte viktigare. Ledarskapets betydelse för styrningen kan inte underskattas då ledarna inom Region Västmanland är bärare av den beslutade visionen, värderingarna, målen och ramarna för verksamheterna. Chefs- och ledaruppdraget har varit ett fortsatt prioriterat utvecklingsområde 2019, Regionens omfattande satsningar

inom HR-området för att förbättra förutsättningarna för både chefer och medarbetare i deras uppdrag har börjat visa på positiva effekter, men utmaningarna är stora och det krävs uthållighet i arbetet. Under 2019 har förändring skett i ledningen för Region Västmanland då ny HR-direktör tillträtt i januari 2019.

Region Västmanland redovisar ett positivt resultat om 184 mnkr 2019. Det ekonomiska resultatet 2019 motsvarar 2,4 procent av skatter och statsbidrag. Regionen har de senaste fem åren haft ett resultat som överstigit två procent. Verksamheternas samlade resultat 2019 visar på ett underskott på 261 mnkr. Verksamhetens intäkter har ökat med 160 mnkr (9,8 procent) och verksamheternas kostnader inklusive avskrivningar har ökat med 418 mnkr (4,3 procent). Problemet med att få balans mellan ekonomi och verksamhet kvarstår därmed 2019, framförallt inom den västmanländska sjukvården.

Arbetet med åtgärder för att reducera underskotten i verksamheterna har pågått under en längre tid och är en del i regionens arbete att få en god ekonomisk hushållning, har inte gett önskad effekt. 2019 startade ett kostnadsreduceringsprogram på 400 mnkr fram till år 2022, varav 100 mnkr per år. Gällde redan för 2019 för Västmanlands sjukhus. 2019 uppnådde Västmanlands sjukhus 75 procent måluppfyllnad. Regionen behöver rusta sig för kommande utmaningar då den demografiska utvecklingen i Sverige medför en ökad efterfrågan på välfärd och därmed ett stigande kostnadstryck samtligt som en dämpad konjunkturutveckling innebär en långsammare tillväxt av skatteintäkterna. Mot bakgrund av det har regiondirektören fått ett uppdrag av Regionstyrelsen i mars 2019 som genomförs under benämningen "Kraftsamling". Uppdraget är fördelat på tre projekt: ekonomi i balans (EIB), ny hälso- och sjukvårdsorganisation från den 1 januari 2020, samt översyn övrig organisation att också gälla från den 1 januari 2020. Projektet EIB är en insats för att nå balansläge som sedan måste bevaras för att fortsätta leverera välfärd.

Regionen har en god ekonomisk uppföljning och gör en bra ekonomisk analys i förvaltningsberättelsen. Vår bedömning av regionens årsredovisning är att resultatmålen avrapporteras på ett tydligt sätt. Avrapporteringen av målen sker enligt en fyrgradig skala och visualiseras med hjälp av "trafikljus" enligt följande; utveckling i önskad riktning (grönt), oförändrad utveckling (gult), utveckling i oönskad riktning (rött) eller mätning ej genomförd.

Region Västmanland har budgeterat positiva resultat 2021–2022. En förutsättning för att regionen skall uppnå de budgeterade positiva resultaten är att förvaltningarna klarar att genomföra sin verksamhet inom de beslutade budgetramarna.

Granskning av implementering av nya nationella riktlinjer Hälso- och sjukvård

Bakgrund

Socialstyrelsen har i uppdrag att arbeta fram och publicera nationella riktlinjer för sjukdomar och tillstånd som drabbar många människor och kräver mycket resurser. Nationella riktlinjer är således ett stöd för beslutsfattarna så att de kan fördela resurserna efter befolkningens behov och så att de gör största möjliga nytta. De nationella riktlinjerna riktar sig till alla som arbetar med vård och omsorg och ger rekommendationer om vilken åtgärd som bör ges vid ett visst tillstånd¹.

På uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Region Västmanland har PwC genomfört en granskning av implementering av nya nationella riktlinjer inom hälso- och sjukvård. Granskningen har fokuserat på processen för införandet av nya riktlinjer och för att belysa detta i nuläget har två av de nyaste publicerade nationella riktlinjerna valts ut: epilepsi samt endometrios.

Resultat

Vi bedömer att regionstyrelsen i huvudsak säkerställer att de nationella riktlinjerna inom hälso- och sjukvård implementeras i vårdens verksamheter på ett ändamålsenligt sätt. Vi kan konstatera att det finns förbättringsarbete att göra på en sjukvårdsregional nivå vilket skulle underlätta implementeringen på lokal nivå. Exempel på detta är behovet av ett standardiserat arbetssätt för de olika regionala programrådena.

I arbetet med att implementera en nationell riktlinje görs gap-analyser avseende åtgärder. Efter att denna är gjord och riktlinjen är beslutad att antas följs gap-analyser inte upp. Istället mäts kvaliteten via de målnivåer som Socialstyrelsen satt för indikatorer inom ramen för den nationella riktlinjen. Vi vill framhålla att gap-analysen är ett viktigt verktyg i implementeringen och för att undersöka såvida den nationella riktlinjen efterlevs. Det kan därför finnas anledning att följa upp att de åtgärder som är angivna i gap-analysen även har genomförts.

Kvalitetsregister är underlaget för kvalitetsutveckling. Vi kan konstatera att det idag saknas koppling mellan journalsystem och kvalitetsregister vilket försvårar arbetet med registrering.

Nedan återfinns bedömning samt motivering för varje kontrollmål. För fullständig bakgrund till bedömning se respektive kontrollmål i rapporten.

Kontrollmål 1: Finns det en tydlig och fungerande organisation för kunskapsstyrning i Region Västmanland?

Vi bedömer kontrollfrågan som uppfylld.

¹ <https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/>

Vi konstaterar att det sedan många år tillbaka finns en utarbetad arbetsprocess vilken har utvecklats över tid. Idag finns en fungerande enhet för kunskapsspridning och utbildning som blir ännu tydligare i samband med att förvaltningsorganisationen förändras från och med 2020.

Kontrollmål 2: Omhändertas nya nationella riktlinjer av regionen och bryts ned till regionala vårdprogram och riktlinjer?

Vi bedömer kontrollfrågan som uppfylld

Efter att regionstyrelsen har fattat beslut implementeras de nationella riktlinjerna i verksamheten. Vi kan konstatera att verksamheter utgår främst från nationella vårdprogram och riktlinjer och vid behov skapas lokala vårdprogram och rutiner.

Kontrollmål 3: Finns regionala stödfunktioner (ex. kunskapsstöd, IT-stöd, kommunikation) att tillgå och är de tillräckliga?

Vi bedömer kontrollfrågan som delvis uppfylld

Vi bedömer att verksamheterna har ett gott stöd från regionen genom Enheten för kunskapsstyrning och utbildning. Samtidigt saknas det idag ett tillräckligt IT-stöd till verksamheten avseende registrering till kvalitetsregister, vilka ligger till grund för nationella riktlinjer.

Kontrollmål 4: Finns en tydlig och fungerande organisation i vårdens verksamhet för epilepsi och endometrios avseende implementering och efterlevnad av nya riktlinjer?

Beroende på att Region Västmanland ännu inte fattat beslut om implementering av riktlinjer för epilepsi och endometrios kan detta kontrollmål inte fullt ut stämmas av.

Vi bedömer att det finns en tydlig och fungerande organisation inom Regionen Västmanland. Av gap-analyserna för endometrios och epilepsi framgår att åtgärder behöver vidtas för att efterleva de nya riktlinjerna. Vi kan konstatera att åtgärder vidtas successivt.

Kontrollmål 5: Finns en fungerande uppföljning och analys av indikatorer för epilepsi och endometrios?

Då Socialstyrelsen i dagsläget ännu inte fastställt indikatorer för epilepsi samt endometrios kan detta kontrollmål ej fullt ut stämmas av.

Kontrollmål 6: Vidtas åtgärder då uppföljning och analys visar på bristande resultat eller bristande efterlevnad?

Vi bedömer kontrollfrågan som uppfylld

För de nationella riktlinjer där det finns fastställda kvalitetsindikatorer finns förutsättningar för uppföljning och analys. Där kan adekvata åtgärder vidtas.

För de nya nationella riktlinjer som har granskats saknas förutsättningar för strukturerad uppföljning och analys då indikatorer ej är fastställda från Socialstyrelsen. Vi bedömer att verksamheterna har olika system för att åtgärda brister i verksamheten.

Granskning av regionens arbete med digitaliseringsstrategi

Bakgrund

Regeringen och SKL har under våren 2016 tillsammans tagit fram en vision för e-hälsa 2025: År 2025 ska Sverige vara bäst i världen på att använda digitaliseringens möjligheter i syfte att underlätta för människor att uppnå en god, jämlik hälsa och välfärd, utveckla och stärka egna resurser för ökad självständighet och delaktighet i samhällslivet. I visionen har individen samt vård- och omsorgspersonalen särskilt betonats som huvudsakliga målgrupper.

I samband med detta har Regionens styrelse under 2017 satt fokus på digitalisering och tagit fram en digitaliseringsstrategi med det huvudsakliga syftet att skapa förutsättningar för att kunna bedriva ett fokuserat och strukturerat digitaliseringsarbete. Syftet är att både möta och dra nytta av det nya digitala landskapet. Strategin ska möjliggöra och förbättra kommunikation och arbetssätt bland regionens medarbetare samt öka den demokratiska delaktigheten bland regionens medborgare.

Revisorerna har uppmärksammat att det finns ett behov av att granska regionens nuvarande digitaliseringsstrategi. Granskningens syfte är att bedöma om styrningen och uppföljningen av digitaliseringen inom Regionen är ändamålsenlig utifrån strategins målsättning.

Resultat

Vår bedömning är att regionstyrelsen delvis säkerställer ett ändamålsenligt digitaliseringsarbete. Regionen har fastställt ett tydligt operativt ansvar för IT-utveckling med en tydlig förankring inom verksamheterna som ska dra nytta av digitaliseringsinitiativ. Vi har dock iakttagit att det förekommer vissa kommunikationsbrister inom regionen som kan påverka effektiviteten av digitala lösningar inom verksamhetsområdena.

Detta gäller även uppföljningen av pågående digitaliseringsprojekt där vi har iakttagit en bra struktur på uppföljning. Däremot saknas det en regelbunden uppföljning av IT-utveckling inom ledningsgrupper och koncernledningen.

Utöver strategin och den tillhörande handlingsplanen har regionen även säkerställt att handlingsplaner kring digitalisering återfinns inom förvaltningarna som ska driva och ta nytta av digitala lösningar.

Vår sammanfattande bedömning utifrån granskningens syfte och resultat är att styrningen och uppföljningen av digitalisering uppfylls delvis utifrån digitaliseringsstrategins målsättning. Vi grundar vår bedömning på nedanstående kontrollmål.

Kontrollmål	Bedömning
-------------	-----------

Finns det mål och styrdokument gällande digitaliseringsstrategin?	Uppfylls delvis	
Är digitaliseringsarbetet tydligt organiserat och kommunicerat utifrån digitaliseringsstrategin?	Uppfylls delvis	
Har Region Västmanland tydliggjort det operativa ansvaret för digitaliseringsarbetet?	Uppfylls	
Bedrivs ett systematiskt digitaliseringsarbete enligt digitaliseringsstrategin?	Uppfylls	
Sker en tillräcklig uppföljning och kontroll av hur digitaliseringsarbetet fortskrider?	Uppfylls delvis	
Används resultaten från uppföljningen i styrningen och förbättringsarbetet?	Uppfylls delvis	

Granskning av regionens hållbarhetsarbete med särskilt fokus på miljö och klimatarbete

Bakgrund

Revisorerna i Region Västmanland har beslutat att genomföra en granskning av hur regionen arbetar med hållbarhetsfrågor samt hur Miljöprogram 2018-2022 har implementerats och att uppföljning av denna sker.

Inriktningen för Region Västmanlands miljö- och klimatarbete ges genom Miljöprogram 2018-2022. I programmet skrivs följande: "Miljöprogrammet kopplar till regionplanens mål att verksamheten ska bedrivas med god hushållning av resurserna.

Miljöprogrammet är ett styrande dokument på övergripande nivå. Förvaltningar och verksamheter bryter ned programmets mål i egna mål och aktiviteter, i sina förvaltnings- och verksamhetsplaner. Miljömål på alla nivåer följs upp i delårsuppföljningar och årsredovisning."

Miljöprogrammet tar avstamp i Agenda 2030. Agenda 2030 är FN:s 17 globala mål för hållbar utveckling. Agendan specificerar mål och delmål som ska uppnås på den globala nivån. För att uppnå målsättningen på nationell nivå är delaktighet och engagemang på regional nivå centralt. Utvecklingsmålen täcker samtliga aspekter av hållbar utveckling

och är därför en bra utgångspunkt för en genomlysning av implementation av program för hållbar utveckling.

Resultat

Utifrån genomförd granskning är vår revisionella bedömning att regionstyrelsen och kollektivtrafiknämnden inte helt bedriver en ändamålsenlig styrning av regionens hållbarhetsarbete i allmänhet, och miljö- och klimatarbetet i synnerhet.

Den revisionella bedömningen har sin grund i bedömningen av granskningens fem kontrollmål vilka konstaterar att regionen har ett tydligt program för hur regionen ska arbeta med miljö- och klimatfrågor samt en god intern kommunikation kopplat till programmet och dess beslutade aktiviteter. Det finns övergripande definitioner av hållbar utveckling i regionens årsredovisning samt i Region Västmanlands vision, men i dagsläget saknas ett samlat hållbarhetsprogram eller strategi som bryter ned denna definition och innebörd för Region Västmanlands hållbarhetsarbete. I regionens miljö- och hållbarhetsarbete finns ett behov av kontinuerlig och strukturerad uppföljning av de målvärden som är direkt kopplade till de övergripande målen i miljöprogrammet och handlingsplanen. Granskningen visar även att det finns behov av resurser och stöd till förvaltningarna i deras arbete med att mäta effekterna av genomförda åtgärder.

Bedömning per kontrollmål:

Kontrollmål	Kommentar	
<i>Region Västmanland har definierat vad hållbarhet och hållbar utveckling innebär för regionen och det finns en tydlig planering.</i>	Delvis uppfyllt	
<i>Det finns ett tydligt program för hur regionen ska arbeta med miljö- och klimatfrågor.</i>	Uppfyllt	
<i>Miljöprogrammet har konkretiserats i uppföljningsbara mål/aktiviteter och erforderliga resurser har avsatts.</i>	Delvis uppfyllt	

Miljöprogrammet och beslutade aktiviteter har kommunicerats i organisationen på ett tillfredsställande sätt.

Uppfyllt



Det sker en löpande uppföljning av hur arbetet med att nå mål och genomföra aktiviteter fortskrider.

Delvis uppfyllt



Granskning av tillgänglighet till vården. Delrapport 1 – Tandvård

Bakgrund

Av Vårdanalys rapport om den nationella vårdgarantin framgår att en god tillgänglighet med rimliga väntetider till vård har stor betydelse för patienter och för befolkningen. Långa väntetider kan skapa oro, stress och rädsla. Men det kan också leda till att en sjukdom eller ett medicinskt tillstånd förvärras eller att man måste vara borta från arbetet onödigt länge. Vårdgarantin anger hur länge man som längst ska behöva vänta på att få kontakt med vården, på att få ett besök och på att få en planerad behandling.

Vårdgarantin är författningsreglerad och landstingen är skyldiga att hålla tidsgränserna. På så vis är vårdgarantin både ett viktigt styrmedel i tillgänglighetsarbetet och en försäkran till befolkningen. När vårdgarantin inte efterlevs drabbas enskilda patienter och anhöriga, men det riskerar även att försvaga förtroendet för hälso- och sjukvården. Långa väntetider och bristande tillgänglighet är ett långvarigt problem i Sverige som landstingen och regeringen behöver arbeta med långsiktigt och strukturerat.

Hälso- och sjukvården i Sverige omfattas av den nationella vårdgarantin vilken anger inom vilket tidsspann en enskild kan förvänta sig att få kontakt med primärvården och genomföra ett läkarbesök. Vårdgarantin regleras inom hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och omfattar inte allmäntandvård. Utifrån väsentlighet och risk har revisorerna beslutat att under 2019 genomföra en temagranskning av tillgängligheten till vården, inom fyra olika verksamhetsdelar:

1. Tandvård
2. Barn- och ungdomspsykiatri
3. Specialiserad vård
4. Primärvård

Denna rapport behandlar del 1 som avser tillgängligheten till tandvård.

Resultat

Den sammantagna revisionella bedömningen för denna del av granskningen är att regionstyrelsen delvis har vidtagit ändamålsenliga åtgärder för att uppnå målet om en god tillgänglighet inom tandvården. Den revisionella bedömningen utgår från följande bedömningar av kontrollmål:

Kontrollmål 1 - Sker det en styrning och uppföljning för att åstadkomma en god tillgänglighet?

De styrande dokumenten har en följsamhet till tandvårdslagen avseende regionens uppdrag och hur tandvård ska bedrivas samt Socialstyrelsens rekommendationer avseende vårdtider. Folktandvården, vilket i förlängning är regionen, har ett befolkningsansvar gällande tandvården och har ett åtagande. Därav är tillgänglighet ett område som bör uppfyllas. Vi bedömer att det saknas mål avseende tillgänglighet inom tandvård med en tydlig koppling till det regionövergripande prioriterade området för tillgänglighet. Det saknas tydliga måtvärden/målvärden för att kunna bedöma vad en god tillgänglighet innebär för tandvård.

Utifrån iakttagelser bedömer vi att det saknas konkreta mål som mäter och definierar vad god tillgänglighet innebär inom tandvård. Det saknas också en tydlig koppling till regionens mål för tillgänglighet inom hälso- och sjukvård.

Bedömning: Delvis uppfyllt

Kontrollmål 2 - Är tillgängligheten i enlighet med de regelverk, riktlinjer och avtal som finns för de mest prioriterade patientgrupperna?

I avtalen mellan regionen och Folktandvården ska patienter med akuta besvär få tid samma dag eller i förekommande fall nästkommande dag. Av intervjuerna framgår att akuta patienter får en tid inom de ramar som anges. Det saknas dock underlag för att verifiera om så sker. Det gör det svårt för oss att bedöma kontrollmålet.

Däremot för barn (ej akuta barnpatienter) ligger de flesta klinikerna inom Folktandvården i fas (2018) i enlighet med revisionsintervall på 24 månader.

Bedömning: Delvis uppfyllt

Kontrollmål 3 - Har tillräckliga åtgärder vidtagits för att förbättra tillgängligheten?

Av granskningen framgår att det gjorts analyser av tillgängligheten. Revisionstiden för barn- och unga kartläggs och följs upp och visar att 15/17 kliniker är i fas.

Folktandvårdens analys av orsaken landar i att bemanningen på dessa kliniker är en del i orsaken. Vi har inte fått ta del av några åtgärdsplaner för att förbättra tillgängligheten för de kliniker som inte ligger i fas.

Bedömning: Ej uppfyllt

Kontrollmål 4 - Finns analyser av orsaker till bristande tillgänglighet?

Av granskningen framgår att det gjorts analyser av tillgängligheten. Revisionstiden för barn- och unga kartläggs och följs upp och visar att 15/17 kliniker är i fas. Folk tandvårdens analys av orsaken landar i att bemanningen på dessa kliniker är en del i orsaken. Andra djupgående analyser kring tillgängligheten har vi inte fått ta del av.

I och med avsaknad av konkreta mål kopplat tillgängligheten av tandvård, förekommer det inte heller uppföljning som möjliggör orsaksanalyser. Vi bedömer att det finns en övergripande analys över bristande tillgänglighet med direkt koppling till personalbrist. Utöver det bedömer vi att det inte finns andra former av analyser som har genomförts i syfte för att initiera förbättringsarbete för en god tillgänglighet inom tandvård.

Bedömning: Delvis uppfyllt

Granskning av tillgänglighet till vården. Delrapport 2 – Barn- och ungdomspsykiatri

Bakgrund

Av Vårdanalys rapport om den nationella vårdgarantin framgår att en god tillgänglighet med rimliga väntetider till vård har stor betydelse för patienter och för befolkningen. Långa väntetider kan skapa oro, stress och rädsla. Men det kan också leda till att en sjukdom eller ett medicinskt tillstånd förvärras eller att man måste vara borta från arbetet onödigt länge. Vårdgarantin anger hur länge man som längst ska behöva vänta på att få kontakt med vården, på att få ett besök och på att få en planerad behandling. Vårdgarantin är författningsreglerad och landstingen är skyldiga att hålla tidsgränserna. På så vis är vårdgarantin både ett viktigt styrmedel i tillgänglighetsarbetet och en försäkras till befolkningen. När vårdgarantin inte efterlevs drabbas enskilda patienter och anhöriga, men det riskerar även att försvaga förtroendet för hälso- och sjukvården. Långa väntetider och bristande tillgänglighet är ett långvarigt problem i Sverige som landstingen och regeringen behöver arbeta med långsiktigt och strukturerat.

Hälso- och sjukvården i Sverige omfattas av den nationella vårdgarantin vilken anger inom vilket tidsspann en enskild kan förvänta sig att få kontakt med vården och genomföra besök samt påbörja behandling.

Utifrån väsentlighet och risk har revisorerna beslutat att under 2019 genomföra en temagranskning av tillgängligheten till vården, inom fyra olika verksamhetsdelar:

1. Tandvård
2. Barn- och ungdomspsykiatri
3. Specialiserad vård
4. Primärvård

Denna rapport behandlar del 2 som avser tillgängligheten till barn- och ungdomspsykiatri.

Resultat

Vår samlade bedömning är att regionstyrelsen inte helt har vidtagit ändamålsenliga åtgärder för att uppnå målet om en god tillgänglighet inom barn- och ungdomspsykiatri. Vår bedömning grundas framför allt på att BUP inte uppnår en tillgänglighet i enlighet med vårdgarantin och Region Västmanlands målsättning. Tillräckliga åtgärder har inte vidtagits för att åstadkomma en god tillgänglighet och samverkan med kommunerna behöver utvecklas.

Vi konstaterar vidare att det finns en tydlig styrning och uppföljning för att åstadkomma en god tillgänglighet för nybesök och att det finns kunskap om orsak till bristfällig tillgänglighet.

Granskningens kontrollmål bedöms nedan:

Sker det en styrning och uppföljning för att åstadkomma en god tillgänglighet?

Vi bedömer att kontrollmålet är uppfyllt.

Är tillgängligheten i enlighet med vårdgarantin?

Vi bedömer att kontrollmålet ej är uppfyllt.

Finns analyser av orsaker till bristande tillgänglighet?

Vi bedömer att kontrollmålet är uppfyllt.

Har tillräckliga åtgärder vidtagits för att förbättra tillgängligheten?

Vi bedömer att kontrollmålet ej är uppfyllt.

Hur sker samverkan mellan kommun, primärvård och specialiserad vård kring vårdkedjan för Barn- och ungdomspsykiatri?

Vi bedömer att kontrollmålet ej är uppfyllt.

Granskning av tillgänglighet till vården. Delrapport 3 – Specialiserad vård

Bakgrund

Av Vårdanalys rapport om den nationella vårdgarantin framgår att en god tillgänglighet med rimliga väntetider till vård har stor betydelse för patienter och för befolkningen. Långa väntetider kan skapa oro, stress och rädsla. Men det kan också leda till att en sjukdom eller ett medicinskt tillstånd förvärras eller att man måste vara borta från arbetet onödigt länge. Vårdgarantin anger hur länge man som längst ska behöva vänta på att få kontakt med vården, på att få ett besök och på att få en planerad behandling. Vårdgarantin är författningsreglerad och regioner/landsting är skyldiga att hålla tidsgränserna. På så vis är vårdgarantin både ett viktigt styrmedel i tillgänglighetsarbetet och en försäkring till befolkningen. När vårdgarantin inte efterlevs drabbas enskilda patienter och anhöriga, men det riskerar även att försvaga förtroendet för hälso- och sjukvården. Långa väntetider och bristande tillgänglighet är ett långvarigt problem i Sverige som regionerna och regeringen behöver arbeta med långsiktigt och strukturerat.

Hälso- och sjukvården i Sverige omfattas av den nationella vårdgarantin vilken anger inom vilket tidsspänn en enskild kan förvänta sig att få kontakt med vården och genomföra besök samt påbörja behandling.

Utifrån en bedömning av väsentlighet och risk har revisorerna beslutat att under 2019 genomföra en temagranskning av tillgängligheten till vården, inom fyra olika verksamhetsdelar:

1. Tandvård
2. Barn- och ungdomspsykiatri
3. Specialiserad vård
4. Primärvård

Denna rapport behandlar del 3 som avser specialiserad vård.

Resultat

Utifrån genomförd granskning gör vi den samlade bedömningen att regionstyrelsen delvis har vidtagit ändamålsenliga åtgärder för att uppnå målet om en god tillgänglighet inom specialiserad vård.

Vi konstaterar att det finns en styrning och analys av tillgängligheten för den specialiserade vården och att det finns ett kontinuerligt arbete för att förbättra tillgängligheten. Dock uppnår regionen varken de egna målen eller de mål som framgår av vårdgarantin. Därav bedöms de åtgärder som vidtagits ännu inte ha varit tillräckliga för att förbättra tillgängligheten inom specialiserad vård.

Den revisionella bedömningen utgår från följande bedömningar av kontrollmål:

Kontrollmål 1 - Sker det en styrning och uppföljning för att åstadkomma en god tillgänglighet?

Bedömning: uppfyllt

De styrande dokumenten har en följsamhet till lagstiftningen avseende vårdgarantin. Regionen har upprättat mål för tillgänglighet i form av mål som speglar vårdgarantin och som har brutits ner till kliniks specifika mål vilka i sin tur resulterar i strategier och aktiviteter för god tillgänglighet. Arbetet med tillgänglighet planeras dels utifrån verksamhetsplaner och dels utifrån produktionsplanering vilken också ligger till grund för verksamhetsplaneringen. Det finns ändamålsenliga strukturer för att planera och följa upp arbetet med tillgänglighet bland annat utifrån operations- och produktionsråd.

Kontrollmål 2 - Är tillgängligheten i enlighet med nationella riktlinjer?

Bedömning: ej uppfyllt

Vårdgarantin i HSL (Hälso- och sjukvårdslagen) styr tillgängligheten inom vården och vårdgarantin framgår tydligt i regionens mål och planer. Utifrån regionens egen uppföljning samt inhämtad statistik framgår att vårdgarantin inte uppnås på regionövergripande nivå inom Västmanlands sjukhus eller inom de tre granskade klinikerna. Dock konstateras att Ortopedi- och Urologi mottagningarna i Köping uppnår målet. Vi konstaterar även att tillgängligheten till Västmanlands sjukhus i Region

Västmanland befinner sig i nivå med riksgenomsnittet avseende första besök och något över riksgenomsnittet gällande operation/åtgärd.

Kontrollmål 3 - Finns analyser av orsaker till bristande tillgänglighet?

Bedömning: uppfyllt

Region Västmanland arbetar med systematisk uppföljning avseende tillgängligheten i regionen. På klinikerna finns det en utsedd ViV- rapportör som tillsammans med verksamhetschefen kontinuerligt följer tillgängligheten på kliniken (både nybesök, åtgärd/operation och återbesök). Verksamheterna utläser klinikernas kösituation från systemet DUVA. Utifrån statistiken i DUVA sker analyser av huruvida det krävs åtgärder för att förbättra kösituationen. På en övergripande nivå finns det en logistiker som har överblick över tillgängligheten för samtliga kliniker och för en löpande dialog med de kliniker som avviker och stödjer dessa i att ta fram åtgärder för förbättrad tillgänglighet. Via verksamheterna och logistikern får sjukhusledningen löpande information om tillgängligheten på bland annat sjukhusledningens möten.

Utöver de analyser som sker varje månad upprättas även analyser avseende tillgängligheten i samband med delårsrapporterna och i årsredovisningen vilken även är den rapportering som sker till regionstyrelsen.

Kontrollmål 4 - Har tillräckliga åtgärder vidtagits för att förbättra tillgängligheten?

Bedömning: delvis uppfyllt

Klinikerna och sjukhusledningen arbetar ständigt med att följa upp och analysera tillgängligheten för att kunna sätta in åtgärder i tid för att förbättra tillgängligheten. Det finns ett antal förberedda åtgärder som klinikerna kan vidta, dock har vi inte fått del av långsiktiga åtgärder/handlingsplan som visar på ett långsiktigt arbete för samtliga kliniker och inte enbart för de kliniker som ligger under målvärden. De långsiktiga åtgärderna bör spegla regionens ambition med att uppnå vårdgarantin på sikt och bibehålla en god stabilitet.

Tillgängligheten för den specialiserade vården som helhet i Region Västmanland uppnår inte de egna målen för god tillgänglighet eller de mål som framgår av vårdgarantin. Vi konstaterar att det av erhållen statistik och rapportering från verksamheterna har skett viss förbättring, jämfört med föregående år, avseende tillgänglighet till operation/åtgärd för Västmanlands sjukhus som helhet. Dock visar tillgängligheten för första besök inte på förbättring jämfört med föregående år. Utifrån detta bedöms vidtagna åtgärder ännu inte varit tillräckliga för att förbättra tillgängligheten inom specialiserad vård.

Granskning av tillgänglighet till vården. Delrapport 4 – Primärvården

Bakgrund

Av Vårdanalys rapport om den nationella vårdgarantin framgår att en god tillgänglighet med rimliga väntetider till vård har stor betydelse för patienter och för befolkningen. Långa väntetider kan skapa oro, stress och rädsla. Men det kan också leda till att en sjukdom eller ett medicinskt tillstånd förvärras eller att man måste vara borta från arbetet onödigt länge. Vårdgarantin anger hur länge man som längst ska behöva vänta på att få kontakt med vården, på att få ett besök och på att få en planerad behandling. Vårdgarantin är författningsreglerad och landstingen är skyldiga att hålla tidsgränserna. På så vis är vårdgarantin både ett viktigt styrmedel i tillgänglighetsarbetet och en försäkran till befolkningen. När vårdgarantin inte efterlevs drabbas enskilda patienter och anhöriga, men det riskerar även att försvaga förtroendet för hälso- och sjukvården. Långa väntetider och bristande tillgänglighet är ett långvarigt problem i Sverige som regionerna och regeringen behöver arbeta med långsiktigt och strukturerat.

Hälso- och sjukvården i Sverige omfattas av den nationella vårdgarantin vilken anger inom vilket tidsspänn en enskild kan förvänta sig att få kontakt med vården och genomföra besök samt påbörja behandling.

Utifrån väsentlighet och risk har revisorerna beslutat att under 2019 genomföra en temagranskning av tillgängligheten till vården, inom fyra olika verksamhetsdelar:

1. Tandvård
2. Barn- och ungdomspsykiatri
3. Specialiserad vård
4. Primärvård

Denna rapport behandlar del 4 som avser tillgängligheten till primärvården.

Resultat

Vår samlade bedömning är att regionstyrelsens vidtagna åtgärder för att uppnå målet om en god tillgänglighet inom primärvården är delvis ändamålsenlig.

Den revisionella bedömningen utgår från följande bedömningar av kontrollmål:

Kontrollmål 1 - Har regionstyrelsen vidtagit ändamålsenliga åtgärder för att uppnå målet om en god tillgänglighet inom primärvården?

Vi bedömer att kontrollmålet är delvis uppfyllt.

Åtgärder har planerats och genomförts för att implementera den förstärkta vårdgarantin inom vårdvalet. Exempelvis har drop-in-mottagningar etablerats för att öka tillgängligheten för nybesök. Dock bedöms inte tillräckliga åtgärder ha vidtagits för att implementera nya arbetssätt avseende hur diagnoser ska sättas av legitimerad personal samt hur nybesök ska kodas för att kunna följas upp. Vi konstaterar att ytterligare åtgärder i form av utbildning vid Lärcentrum är planerade och genomförs under våren 2020.

SKL:s analysverktyg för uppföljning av tillgängligheten var inte färdigutvecklat vid implementeringen. Det har bland annat inneburit att det enbart är tjänstemän på Region Västmanlands vårdvalsenhet som haft tillgång till rapporterade uppgifter. Bedömningen har gjorts att uppgifterna ännu inte varit tillräckligt tillförlitliga för att dela med länets vårdcentraler. Vi delar, utifrån genomförd granskning, denna bedömning. Utifrån detta har enheterna inte haft möjlighet att själva följa upp sina resultat under det första halvåret.

Kontrollmål 2 - Sker det en styrning och uppföljning för att åstadkomma en god tillgänglighet?

Vi bedömer att kontrollmålet är uppfyllt.

De styrande dokumenten har en följsamhet till lagstiftningen avseende vårdgarantin. Regionen har upprättat mål som speglar den förstärkta vårdgarantin, att patienter får vård i enlighet med vårdgarantin ska vara 100 % per besök och telefontillgänglighet. Vidare finns en styrning och uppföljning av vårdcentralernas tillgänglighetsarbete i primärvårdsprogrammet. Det framgår av styrande dokument att vård ska ges minst enligt vårdgarantin vilket bedöms innefatta den förstärkta vårdgarantin om medicinsk bedömning inom tre dagar.

Kontrollmål 3 - Är tillgängligheten i enlighet med nationella riktlinjer?

Vi bedömer att kontrollmålet inte är uppfyllt.

Det är en brist att Region Västmanland under år 2019 inte kan rapportera uppgift om telefontillgänglighet. Då statistik avseende tillgänglighet första besök inom tre dagar enbart redovisas för augusti och september månader baseras vår bedömning enbart utifrån dessa två månader. Vi konstaterar dock utifrån primärvårdens egen rapportering vid delårsrapport 2 2019 att tillgängligheten inte bedöms vara i enlighet med vårdgarantin och regionens mål avseende tillgänglighet. Dock är det stor variation avseende måluppfyllelse mellan vårdcentralerna. Vi noterar att det i både delårsrapport och vid intervjuer finns en positiv trend.

Kontrollmål 4 - Finns analyser av orsaker till bristande tillgänglighet?

Vi bedömer att kontrollmålet är delvis uppfyllt.

Av vår granskning framgår att några regelrätta analyser av orsak till bristande tillgänglighet inte har genomförts. Av intervjuerna ges dock en rad förklaringar till varför den nationella vårdgarantin inte nås.

Kontrollmål 5 - Har tillräckliga åtgärder vidtagits för att förbättra tillgängligheten?

Vi bedömer att kontrollmålet är delvis uppfyllt.

Det saknas uppgift avseende telefontillgänglighet för år 2019 varför vi inte kan bedöma denna indikator. Av intervjuer framgår att vårdcentralerna prioriterar att bemanna sjuksköterskor för telefon-rådgivning.

När det gäller den förstärkta vårdgarantin i form av medicinsk bedömning inom tre dagar har samtliga vårdcentraler som har omfattats av granskningen inrättat s.k. Drop-in

mottagning. Detta skapar förutsättningar för en förbättrad besökstillgänglighet. Dock saknas statistik för primärvården avse-ende tillgänglighet enligt vårdgarantin vilket medför att vi inte kan bedöma om vidtagna åtgärder är tillräckliga för att förbättra tillgängligheten.

Granskning av tillgängligheten till vården – Sammanfattande rapport

Bakgrund

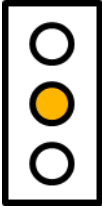
Revisorerna har under år 2019 tagit ett samlat grepp kring tillgänglighetsområdet och genomfört en omfattande temagranskning innehållande fyra delar. Granskningens övergripande syfte har varit att besvara revisionsfrågan om regionstyrelsen har vidtagit ändamålsenliga åtgärder för att uppnå målet om att ha en god tillgänglighet inom tandvård, barn- och ungdomspsykiatri, specialiserad vård samt primärvård.

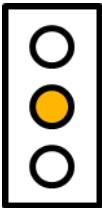
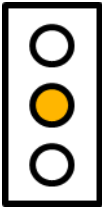
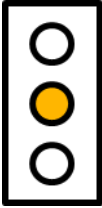
Resultat

Efter genomförd revision och genomgång av samtliga kontrollmål gör vi den sammanfattande bedömningen att regionstyrelsen *delvis* har vidtagit ändamålsenliga åtgärder för att uppnå målet om att ha en god tillgänglighet i verksamheten.

Genomgående visar granskningarna att Region Västmanland inte förmår att uppfylla den nationella vårdgarantin inom något verksamhetsområde. Det finns en tydlig styrning och uppföljning för att åstadkomma en god tillgänglighet inom de flesta verksamhetsområdena. Det finns i varierande utsträckning en analys av orsakerna till bristfällig tillgänglighet. Regionen förmår dock inte vidta tillräckliga åtgärder för att uppnå målet om en god tillgänglighet i verksamheten.

Den sammanfattande bedömningen och svaret på den övergripande revisionsfrågan baseras på följande bedömningar för de fyra områden som har granskats inom ramen för temagranskningen:

Kontrollmål	Kommentar	
Har regionstyrelsen vidtagit ändamålsenliga åtgärder för att uppnå målet om en god tillgänglighet inom tandvården?	Delvis uppfyllt	

Har regionstyrelsen vidtagit ändamålsenliga åtgärder för att uppnå målet om en god tillgänglighet inom Barn- och Ungdomspsykiatri?	Delvis uppfyllt	
Har regionstyrelsen vidtagit ändamålsenliga åtgärder för att uppnå målet om en god tillgänglighet inom specialiserad vård?	Delvis uppfyllt	
Har regionstyrelsen vidtagit ändamålsenliga åtgärder för att uppnå målet om en god tillgänglighet inom primärvården?	Delvis uppfyllt	

Grundläggande granskning av ansvarsutövande

Bakgrund

Syftet med den översiktliga granskningen är att ge kommunens revisorer ett underlag till uttalande i revisionsberättelse. Följande övergripande revisionsfråga ska besvaras: Har regionstyrelsen och nämndernas förvaltning skett på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt samt med tillräcklig intern kontroll?

Granskningen omfattar följande granskningsområden:

- Styrning, kontroll och åtgärder
- Måluppfyllelse för verksamheten
- Måluppfyllelse för ekonomin
- Intern kontroll

Resultat

Efter genomförd granskning görs den sammanfattande bedömningen att regionstyrelsen och nämndernas förvaltning i huvudsak har skett på ett ändamålsenligt sätt samt med tillräcklig intern kontroll, men arbetet med intern kontroll kan utvecklas i flera av nämnderna, och för regionstyrelsens del är arbetet med ökad måluppfyllelse samt åtgärder för att minska underskotten i flera av förvaltningarna fortsatt prioriterat.

Den sammanfattande bedömningen baseras på följande bedömningar per respektive nämnd:

	Ändamåls- enlighet (verksamhets- mässiga mål)	Ekonomiskt tillfredsställande (ekonomiska mål, resultat)	Intern kontroll (Styrning, kontroll och åtgärder)
Regionstyrelsen	Gul	Gul	Grön
Kollektivtrafiknämnden	Grön	Grön	Grön
Kostnämnden	Grön	Grön	Röd
Kultur- och folkbildnings- nämnden	Grön	Gul	Gul
Hjälpmedelsnämnden	Grön	Grön	Grön
Ambulansdirigeringsnämnden	Grön	Grön	Gul

Löpande intern kontroll i administrativa rutiner – Kollektivtrafiknämnden

Bakgrund

På uppdrag av regionens revisorer har PwC sedan 2001 granskat den interna kontrollen i ett antal administrativa system och rutiner. Syftet med granskningen är att ge svar på om Kollektivtrafiknämnden och dess förvaltning har en tillräcklig intern kontroll. Tillförlitligheten och säkerheten i några administrativa rutiner skall bedömas.

Årets granskning har omfattat dels en uppföljning av områden där brister noterats tidigare år, dels ett nytt granskningsområde. De områden som har följts upp är: utlägg och betalningsmoral. Det granskningsområde som är nytt för året är följande: utbetalning av arvoden till förtroendevalda.

Resultat

Vår sammanfattande bedömning är att nämnden och dess förvaltning inte fullt ut har vidtagit tillräckliga åtgärder för de områden där brister noterats tidigare år. Följande brist återstår:

- Uppföljningen avseende regionens betalningsmoral visar att det pågår ett arbete med att säkerställa att en så stor andel som möjligt av regionens fakturor betalas i tid. Åtgärder har vidtagits i början av 2020 och vid uppföljningstillfället var det ännu för tidigt att uttala sig om vilka effekter åtgärderna haft. Orts någon

uppföljning av vilken effekt åtgärderna har haft. Tidigare noterad brist bedöms därmed kvarstå.

Vår bedömning när det gäller de nya granskningsområdena är följande:

- Utbetalning av arvoden till förtroendevalda: Utifrån genomförd granskning är den sammanfattande bedömningen att nämnden inte fullt ut har säkerställt en tillräcklig intern kontroll gällande hantering av arvoden till förtroendevalda.

I stickprovskontrollen noteras att två förtroendevalda under granskningsperioden erhållit sammanträdesarvode trots att de har ett fast arvode för mer omfattande regionuppdrag. Enligt regionens riktlinjer ska månadsarvodet täcka alla uppdrag som regionen ersätter för. Den praktiska hanteringen av arvoden görs av löneservice (under Regionstyrelsen) men de felaktiga arvoden avsåg Kollektivtrafiknämndens sammanträden.

Löpande intern kontroll i administrativa rutiner – Kostnämnden

Bakgrund

På uppdrag av regionens revisorer har PwC sedan 2001 granskat den interna kontrollen i ett antal administrativa system och rutiner. Syftet med granskningen är att ge svar på om Kostnämnden och dess förvaltning har en tillräcklig intern kontroll. Tillförlitligheten och säkerheten i några administrativa rutiner skall bedömas.

Årets granskning har omfattat dels en uppföljning av områden där brister noterats tidigare år, dels ett nytt granskningsområde. De områden som har följts upp är: utlägg och betalningsmoral. Det granskningsområde som är nytt för året är följande: utbetalning av arvoden till förtroendevalda.

Resultat

Vår sammanfattande bedömning är att nämnden och dess förvaltning inte fullt ut har vidtagit tillräckliga åtgärder för de områden där brister noterats tidigare år. Följande brist återstår:

- Uppföljningen avseende regionens betalningsmoral visar att det pågår ett arbete med att säkerställa att en så stor andel som möjligt av regionens fakturor betalas i tid. Åtgärder har vidtagits i början av 2020 och vid uppföljningstillfället var det ännu för tidigt att uttala sig om vilka effekter åtgärderna haft. Tidigare noterad brist bedöms därmed kvarstå.

Vår bedömning när det gäller de nya granskningsområdena är följande:

- Utbetalning av arvoden till förtroendevalda: Utifrån genomförd granskning gör vi bedömningen att den interna kontrollen är tillräcklig.

Löpande intern kontroll i administrativa rutiner - Regionstyrelsen

Bakgrund

Syftet med granskningen är att ge svar på om Regionstyrelsen och dess förvaltningar har en tillräcklig intern kontroll. Tillförlitligheten och säkerheten i några administrativa rutiner skall bedömas. Årets granskning har omfattat dels en uppföljning av områden där brister noterats tidigare år, dels ett antal nya granskningsområden. De områden som har följts upp är: hantering/redovisning av konst, utlägg, utbetalningar av bidrag, hantering av IT-utrustning och betalningsmoral. De granskningsområden som är nya för året är följande: utbetalning av arvoden och ersättningar till förtroendevalda.

Resultat

Vår sammanfattande bedömning är att regionstyrelsen och dess förvaltningar inte fullt ut har vidtagit tillräckliga åtgärder för de områden där brister noterats tidigare år. Följande brister återstår:

- Uppföljningen visar att det under 2019 inte har vidtagits några åtgärder åtgärder med anledningen av de brister som noterades i uppföljningen 2018. Därmed konstateras att bristerna i föregående års kontroll kvarstår. Vi noterade då bl a att det saknades bild på många av de konstverk som fanns i databasen, vilket kan försvåra identifiering av konstverk, samt att förvaringen av icke-utlånad konst inte uppges vara helt ändamålsenlig. Det mest allvarliga är dock att ingen fullständig inventering gjorts av regionens konst sedan 2015.
- Uppföljningen avseende utbetalning av bidrag visar att åtgärder har vidtagits i form av ett uppdrag från nämndens sida att se över samtliga riktlinjer/bidagsregler kopplade till externa bidrag, men vi noterar att dessa ännu inte har färdigställts eller fastställts. Därav bedöms åtgärd endast som delvis vidtagen.
- Uppföljningen avseende regionens betalningsmoral visar att det pågår ett arbete med att säkerställa att en så stor andel som möjligt av regionens fakturor betalas i tid. Åtgärder har vidtagits i början av 2020 och vid uppföljningstillfället var det ännu för tidigt att uttala sig om vilka effekter åtgärderna haft. Tidigare noterad brist bedöms därmed kvarstå.

Vår bedömning när det gäller de nya granskningsområdena är följande:

- Utbetalning av arvoden till förtroendevalda: Utifrån genomförd granskning är den sammanfattande bedömningen att regionstyrelsen inte fullt ut har säkerställt en tillräcklig intern kontroll gällande hantering av arvoden till förtroendevalda. Det finns dokumenterade riktlinjer som bedöms som tydliga. Vi noterar dock att det saknas dokumenterade efterhandskontroller som säkerställer att betalningarna är korrekta. I stickprovskontrollen noterades även att två förtroendevalda under granskningsperioden erhållit sammanträdesarvode trots att de har ett fast arvode för mer omfattande regionuppdrag. Enligt regionens riktlinjer ska månadsarvodet täcka alla uppdrag som regionen ersätter.

Patientens rätt

Bakgrund

Patientlagen infördes år 2015. Lagens övergripande syfte är att stärka och tydliggöra patientens ställning samt att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Patientlagen innehåller ett stort antal bestämmelser som upprepar sådant som redan står i exempelvis hälso- och sjukvårdslagen och patientsäkerhetslagen.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys genomförde år 2017 en uppföljning av implementeringen och införandet av patientlagen utifrån ett medborgar- och patientperspektiv. Myndighetens slutsats var att patientens ställning inte har stärkts sedan patientlagen infördes. De huvudsakliga förklaringarna är att patientens rättsliga ställning fortfarande är svag, vårdens förutsättningar att tillämpa patientlagen och stärka patientens faktiska ställning har brister och insatserna på både nationell och lokal nivå i samband med patientlagens införande och tiden därefter har varit otillräckliga. En del av skyldigheterna har funnits under en längre tid vilket pekar på att bristande efterlevnad har förekommit tidigare. Den samlade bilden är att landstingens insatser, utöver informationsinsatser, främst har präglats av administrativ hantering av utomlänsvården och patientens ställning verkar inte ha gett tydliga avtryck i sättet att styra och leda vården.

Revisorerna har i sin revisionsplan för år 2019 uppmärksammat risker vad gäller regelefterlevnad kring patientens rätt och beslutat sig för att genomföra en fördjupad granskning inom området.

Resultat

Vi bedömer att regionstyrelsens styrning, uppföljning och kontroll för att säkerställa efterlevnad av patientlagen inte är tillräcklig.

Det finns en styrning och uppföljning som omfattar delar av patientlagstiftningen. Denna styrning är särskilt tydlig vad gäller tillgänglighet. Det finns goda exempel på arbete vad gäller patientens delaktighet och fast vårdkontakt inom exempelvis cancersjukvården i form av Min vårdplan och förekomst av kontaktsjuksköterska. Inom andra delar av vården kvarstår ett betydande arbete för att skapa delaktighet och ge patienten en fast vårdkontakt. För de områden i patientlagen som omfattas av denna granskning finns i dagsläget begränsade förutsättningar att följa upp verksamheternas följsamhet till patientlagen. Patientlagen infördes år 2015 och till viss del är först nu som det finns konkreta verktyg och arbetssätt framme för att infria lagstiftningens intentioner.

Den revisionella bedömningen baseras i övrigt på följande bedömningar av kontrollmål.

Kontrollmål 1: Har regionstyrelsen utövat styrning, uppföljning och kontroll avseende implementering och efterlevnad av patientlagen?

Vi bedömer att kontrollmålet är *delvis* uppfyllt.

Det finns en instruktion framtagna av ledningen kring patientlagen och dess reglering. Av våra intervjuer framgår dock att instruktionen och dess innehåll inte är kända i organisationen.

Styrelsen har för år 2019 utövat en övergripande styrning över fyra av de fjorton områdena i patientlagen. Vår genomgång av regionplan och förvaltningsplan visar att det finns en tydlig styrning och uppföljning på de delar i lagstiftningen som avser tillgänglighet och till viss del på patientens delaktighet. Det sker också en uppföljning av SIP.

Stora delar av patientlagen omfattas inte av styrning och uppföljning och någon uppföljning av patientlagen i sin helhet sker inte. Det innebär att Regionstyrelsen inte ges någon återkoppling om patientlagens genomslag i organisationen. Vidare noterar vi att patientlagen inte förekommer i den interna kontrollen för år 2019, vilket vi anser vara en brist.

Kontrollmål 2: Har regionstyrelsen säkerställt att verksamheten bedriver ett systematiskt kvalitetsarbete för att uppfylla skyldigheterna i patientlagen?

Vi bedömer att kontrollmålet är *delvis* uppfyllt.

Regionstyrelsen är i egenskap av vårdgivare ansvarig för att verksamheten har ett ledningssystem för att systematiskt och fortlöpande kunna utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten. Det pågår en rad olika aktiviteter för att öka patientens delaktighet. Inom cancervården finns sedan flera år ett arbete med *Min Vårdplan* som syftar till att främja patientens delaktighet. Goda exempel ges också från ortopedi och barnsjukvård. Patientkontrakt syftar till att uppfylla delarna av patientlagen såsom delaktighet, vårdplan och tillgänglighet. Regionens arbete kring patientkontrakt är dock endast i startskedet. Vi konstaterar att Region Västmanland i viss mån varit sena vad gäller arbetet med att implementera patientkontrakt.

Vi bedömer att det sker ett arbete för att öka antalet SIP. Det finns även en process för att kunna erbjuda patienten en fast vårdkontakt efter utskrivning från slutenvård. Inom cancervården finns en fast vårdkontakt för patienten genom kontaktsjuksköterska. Även inom exempelvis barnsjukvården finns fast vårdkontakt. Av granskningen framgår dock att det är ett generellt förbättringsområde att tillhandahålla en fast vårdkontakt till de patienter som önskar detta eller har ett behov. Av granskningen framgår att ny medicinsk bedömning tillhandahålls samt att patienten ges möjlighet till val av utförare i enlighet med patientlagen.

I de granskade verksamheterna finns det i nuläget möjlighet att följa upp delar av patientlagen såsom exempelvis tillgänglighet och delaktighet. För de områden i patientlagen som omfattas av denna granskning finns i dagsläget begränsade förutsättningar att följa upp verksamheternas följsamhet till patientlagen. Exempelvis saknas möjlighet i nuläget att följa upp förekomst av Ny medicinsk bedömning. Det saknas uppgift om hur vanligt förekommande detta är, om det sker en ökning/minskning över tid samt inom vilka områden det är förekommande. Uppgift om Fast vårdkontakt dokumenteras i patientkortet samt i löpande journaltext men det saknas möjlighet att följa upp förekomst utöver journalgranskning.

Sammanfattningsvis bedömer vi att regionstyrelsen endast delvis har säkerställt att verksamheten bedriver ett systematiskt kvalitetsarbete för att uppfylla skyldigheterna i

patientlagen. Någon plan och struktur för hur skyldigheterna i patientlagen ska uppfyllas har vi inte tagit del av.

Kontrollmål 3: Har tillräckliga åtgärder vidtagits för att implementera patientlagen i organisationen?

Vi bedömer att kontrollmålet är *delvis* uppfyllt.

Region Västmanland tog fram en instruktion och informationsmaterial i samband med implementeringen av patientlagen år 2015. Det hölls även en del utbildningar. Information om patientens rätt finns samlad på 1177 Vårdguiden, vilket Region Västmanland hänvisar till.

Vi bedömer att det sker ett aktivt arbete för att implementera och utveckla patientlagen och patientens rätt. Arbetet har dock inte varit tillräckligt för att implementera lagens intentioner. Regionen arbetar med att öka antalet SIP och arbete kring patientkontrakt har påbörjats, bland annat för att öka delaktigheten hos patienten. Många patienter har en fast vårdkontakt även om det inte går att mäta antalet. Patientlagen infördes dock 2015 och det återstår fortfarande ett stort arbete för att försäkra sig om att patienten tillförsäkras sin rätt enligt patientlagen.

Tåg i Bergslagen AB – Granskning av ägarstyrning

Bakgrund

Region Västmanland äger, tillsammans med regionerna i Dalarna, Örebro och Gävleborg, det gemensamma bolaget Tåg i Bergslagen AB. Bolagets uppdrag är att upphandla regional tågtrafik i de fyra regionerna.

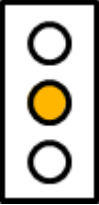
Revisorerna har funnit, då väsentliga belopp tillskjuts bolaget, att det utifrån ett väsentlighetsperspektiv finns anledning att granska den ägarstyrning som sker av bolaget.

Resultat

Utifrån genomförd granskning är vår bedömning att regionstyrelsen *delvis säkerställer* att ägarstyrningen och uppsikten av Tåg i Bergslagen AB är tydlig transparent och samordnad.

Bedömningen baseras på de fem kontrollmål som legat till grund för granskningen.

Kontrollmål	Kommentar
-------------	-----------

<i>Vilka styrdokument finns och svarar de upp mot gällande regelverk i kommunallag och övrig lagstiftning?</i>	Uppfyllt Bedömningen baseras på att upprättade styrande dokument (nr 1-4) i allt väsentligt uppfyller kommunallagens krav avseende ägarstyrning.	
<i>Hur sker samrådet i ägarstyrningen mellan de fyra regionerna?</i>	Delvis uppfyllt Det finns en struktur för regionernas ägarstyrning med ägarmöten, ägarsamråd och tjänstemannamöten, vilket är något vi ser som positivt. Av intervjuer framkommer dock att det finns en viss otydlighet.	
<i>Hur är ansvarsfördelningen i ägarstyrningen? Vilka roller och ansvar finns utformade?</i>	Delvis uppfyllt Det betonas vid intervju att det finns en otydlighet kopplat till roller och ansvar inom och mellan de fyra ägarregionerna. Vi kan således konstatera att det finns utvecklingspotential inom området. Vi ser positivt på att ägarna har beslutat genomföra en utredning avseende ansvar och roller.	
<i>Vilken dialog finns med i respektive enhet och hur väl fungerar den?</i>	Delvis uppfyllt Det framgår att dialogen mellan ägarna och med bolaget i huvudsak fungerar bra. Dock saknas det en tydlig struktur för hur information ska förmedlas mellan de olika konstellationerna vilket riskerar generera en sårbarhet kopplat till dialog och informationsspridning.	
<i>Vilken uppföljning och kontroll finns i styrningen? Är uppföljning och kontroll ändamålsenlig?</i>	Delvis uppfyllt Genomförd granskning visar att det inte kunnat styrkas att återrapporteringen från bolaget nått regionstyrelsen i sin helhet. Vi ser positivt på det faktum att regionstyrelsen erhåller protokoll samt godkänner Tåg i Bergslagens årsredovisning. Vi har dock inte noterat något beslut avseende uppsiktsplikten enligt kommunallagen 6 kap. 9 §	

Uppföljning och fördjupad informationssäkerhetsgranskning

Bakgrund

Med hälso- och sjukvårdens digitalisering blir frågan om informationssäkerhet allt viktigare för att säkra patienternas integritet och säkerhet. Mellan 2016 - 2018 genomfördes ett flertal granskningar inom området där flera brister uppmärksammades:

- Fysisk säkerhet av verksamhetskritisk digital information (2015)
- Teknisk IT-granskning (2016)
- Granskning av informationssäkerhet (2017)
- Granskning av säkerhet i patientsystemet och hantering av patientjournaler (2018)

Vår tids nya teknik är digitalisering och den behöver användas i effektiviseringens syfte. Digitalisering är ett globalt fenomen och för landstingen och regionerna innebär det att allt fler aktiviteter inom verksamheterna i olika grad är beroende av informationssystem. Informationen ska inte bara vara tillgänglig utan lika viktigt är det att den håller rätt kvalitet och kan hanteras utan att känsliga uppgifter förändras eller sprids till obehöriga. Det medför att både informationen i sig och de system som används för att förvara och överföra informationen behöver skyddas. För att skapa ett informationssäkerhetsarbete som motsvarar verksamheternas behov ställs krav på organisatorisk styrning och kontroll.

Denna granskning är en uppföljning och fördjupning av delar från tidigare granskningar för att säkerställa hur väl de identifierade bristerna har åtgärdats samt hur informationssäkerhetsarbetet har utvecklats. Revisionsfrågan som ska besvaras är: *Bedriver Regionstyrelsen ett ändamålsenligt arbete med informationssäkerhet och har tidigare identifierade brister åtgärdats?*

Resultat

Vi bedömer sammantaget att Region Västmanland *delvis* uppfyller revisionsfrågan. Den övergripande bedömningen grundar sig på en sammanvägd bedömning av granskade kontrollmål samt följande centrala iakttagelser och bedömningar:

Kontrollmål 1 – Har regionen aktuella och ändamålsenliga styrande dokument och riktlinjer inom informationssäkerhet som är implementerade i verksamheten?

Bedömning - Samtlig dokumentation som tillhandahållits är aktuell och giltig, dock har inte informationssäkerhetspolicyn uppdaterats utifrån tidigare gransknings rekommendationer. Regionen tillämpar ISO/IEC27001 Annex A, av dessa ca 140 aktiviteter har ca 130 genomförts. Detta sammantaget gör att PwC bedömer kontrollmålet som **delvis uppfyllt**.

Kontrollmål 2 – Fungerar regionens ledningssystem för informationssäkerhet ändamålsenligt?

Bedömning - Ett ledningssystem för informationssäkerhet finns men det saknas fortfarande ett visst antal punkter från ISO/IEC27001 Annex A och det genomförs ingen uppföljning på huruvida verksamheterna efterlever riktlinjerna. Detta sammantaget gör att vi bedömer kontrollmålet som **delvis uppfyllt**.

Kontrollmål 3 – Arbetar regionen ändamålsenligt med uppföljning kring efterlevnad av informationssäkerhet?

Bedömning - I enlighet med ledningssystemet ska råden göra uppföljning av genomförda analyser samt föreslå prioriteringar av åtgärder, dock har inte någon dokumentation som styrker genomförandet erhållits. Detta sammantaget gör att vi bedömer kontrollmålet som **delvis uppfyllt**.

Kontrollmål 4 – Finns det en tydlig organisation, roll och ansvarsfördelning kopplat till informationssäkerhet?

Bedömning - Roller och ansvar inom informationssäkerhet är definierat och framgår i informationssäkerhetspolicyn, dock saknas det utöver detta ett tydligt ansvar för genomförande av säkerhetsåtgärder. Sammantaget bedömer PwC kontrollmålet som **delvis uppfyllt**.

Kontrollmål 5 – Är kravställningen mot IT-organisationen ändamålsenlig?

Bedömning - Styrdokument för IT-säkerhet i drift och förvaltning existerar, dock finns det inga styrdokument eller processer gällande kravställning för informationssäkerhet. Med detta som bakgrund bedöms regionen **delvis uppfyllt** kontrollmålet.

Kontrollmål 6 – Arbetar regionen aktivt för att främja en god säkerhetskultur inom informationssäkerhetsområdet?

Bedömning - Främjandet av en god säkerhetskultur finns inte dokumenterat i en systematisk genomförandeplan. Det har tillhandahållits en verksamhetsplan för prioriterade fokusområden för 2019, dock är inte aktiviteter för genomförandet specificerat. Detta sammantaget gör att vi bedömer kontrollmålet som **delvis uppfyllt**.

Kontrollmål 7 – Är processer för att kontinuerligt utföra stickprov på behörigheterna i patientjournalssystemet implementerade?

Bedömning - Sammanfattningsvis har regionen tagit fram processer för att utföra stickprov på behörigheter i patientjournalssystemet, dock har det inte genomförts några stickprov på behörigheterna. Detta sammantaget gör att vi bedömer kontrollmålet som **inte uppfyllt**.

Kontrollmål 8 – Är erforderliga processer på plats för att säkerställa behörigheterna i patientjournalssystemet?

Bedömning - Processer, rutiner och verktyg är implementerade för att säkerställa att regionens medarbetare har rätt behörighetstilldelningar i patientjournalssystemet. Det har även utformats dokumentation kring behörighetstilldelning och åtkomst till patientuppgifter. Detta sammantaget gör att vi bedömer kontrollmålet som **uppfyllt**.

Kontrollmål 9 – Finns en god kontohantering implementerad?

Bedömning - Arbetet med kontohanteringen bör ses över utifrån ett säkerhetsperspektiv då flera konton utgör ett antal risker för regionen. Detta sammantaget gör att vi bedömer kontrollmålet som **inte uppfyllt**.

Kontrollmål 10 – Finns det en kontinuerlig rutin för att revidera regionens konton?

Bedömning - Stora delar av processerna för att revidera regionens konton är automatiserade, dock fungerar inte rutinen ändamålsenligt då det upptäcktes en hel del konton som inte bör existera. Detta sammantaget gör att vi bedömer kontrollmålet som **inte uppfyllt**.

Uppföljande granskning av inköp och upphandling avseende förbrukningsvaror

Bakgrund

2016 genomfördes en granskning avseende inköp och upphandling av förbrukningsvaror inom vården. I granskningen gjordes bedömningen att regionstyrelsen endast delvis säkerställt en ändamålsenlig intern kontroll avseende inköp och upphandling av förbrukningsmaterial inom vården.

Regionens revisorer beslutade således att genomföra en uppföljande granskning vars resultat presenteras i denna rapport. Granskningen avgränsas till inköp av förbrukningsvaror till vården och fokuserar på uppföljning av de brister kring respektive kontrollmål som identifierades i föregående granskning samt förnyade kontroller av följsamhet till LOU, avtalstrohet och inköp.

Resultat

Den sammanfattande bedömningen efter genomförd granskning är oförändrad, dvs att regionstyrelsen att regionstyrelsen endast delvis har säkerställt en tillräcklig internkontroll avseende inköp av förbrukningsvaror.

Bedömningen grundar sig på uppföljningen av kontrollmålen nedan:

Vilka åtgärder har regionstyrelsen beslutat om efter granskningen? Har revisorernas identifierade brister beaktats?

Kontrollmålet är uppfyllt.

Regionstyrelsen listade, i yttrande RV170769, ett antal åtgärder som skulle genomföras i syfte att förbättra de identifierade bristerna. Revisorernas identifierade brister bedöms ha tagits i beaktande i och med de åtgärder som beskrevs.

Har av regionstyrelsen angivna åtgärder vidtagits?

Kontrollmålet är ej uppfyllt.

De åtgärder som har beslutats av styrelsen har fortfarande inte vidtagits. Däremot pågår ett arbete med att komma i mål med åtgärderna.

Visar förnyade kontroller på en följsamhet till LOU, avtalstrohet och inköp som överensstämmer med tecknade avtal?

Kontrollmålet är ej uppfyllt.

På grund av att inget nytt arbetssätt har införts och inga analyser genomförs, kan detta kontrollmål ej anses vara uppfyllt.

Uppföljning av tidigare granskning av kontroll av legitimation vid anställning och inhyrning av personal

Bakgrund

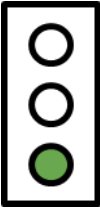
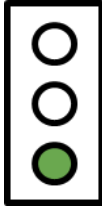
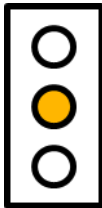
Enligt Socialstyrelsens föreskrifter ansvarar vårdgivaren för att hälso- och sjukvårdspersonal har den kompetens som krävs för att tillgodose patientsäkerheten. Detta innebär bland annat att arbetsgivaren ska kontrollera att den som anställs har rätt behörighet och nödvändiga språkkunskaper för att utöva yrket. Av granskningar som inspektionen för vård och omsorg (IVO) har genomfört framgår att landsting och regioner vid flera tillfällen anställt personer i legitimationsyrken trots att de saknat giltig legitimation.

Revisorerna i Region Västmanland genomförde under 2016 en granskning av huruvida regionstyrelsen säkerställt en ändamålsenlig kontroll av anställd och inhyrd personal utifrån legitimation, utbildning och lämplighet. Den sammanfattande bedömningen var att dåvarande landstingsstyrelsen inte helt säkerställt en ändamålsenlig kontroll gällande anställd och inhyrd personal. Under 2017 genomförde revisorerna en översiktlig uppföljning inom ramen för en samlad uppföljning av flera tidigare granskningar. I denna kunde konstateras att åtgärder har vidtagits. Utifrån en bedömning av väsentlighet och risk har revisorerna beslutat att genomföra en uppföljning som fångar hur bristerna har beaktats med mer fokus på implementering av beslutade åtgärder, samt en förnyad kontroll av anställda inom regionen, denna gång inom övriga legitimationsyrken som ej ingick i granskningen 2016. (Skyddad yrkestitel innebär att titeln bara får användas av den som har legitimation. I Sverige gäller det apotekare, arbetsterapeut, audionom, barnmorskor, biomedicinsk analytiker, dietist, fysioterapeut, kiropraktor, logoped, läkare, naprapat, optiker, ortopedingenjör, psykolog, psykoterapeut, receptarier, röntgensjuksköterska, sjukhusfysiker, sjuksköterska, tandhygienist och tandläkare.)

Resultat

Vid sammanfattande bedömning är att Regionstyrelsen i huvudsak har vidtagit åtgärder utifrån tidigare granskning för att säkerställa en ändamålsenlig kontroll av anställd och inhyrd personal utifrån legitimation, utbildning och lämplighet. Genomförd granskning visar dock på ett behov av att säkerställa kodningen i HSA-katalogen för att säkerställa att regionens rutiner efterlevs.

Bedömningen grundar sig på följande kontrollmål:

Kontrollmål	Kommentar	
Har revisorernas identifierade brister och rekommendationer beaktats?	Uppfyllt Vi noterar att regionstyrelsen har beaktat synpunkterna i rapporten.	
Vilka åtgärder har regionstyrelsen beslutat om efter granskningen?	Uppfyllt Regionstyrelsen har beslutat om att vidta åtgärder med anledning av de brister som noterades i granskningen.	
Har av regionstyrelsen angivna åtgärder vidtagits?	I huvudsak uppfyllt Dokumenterade rutiner innefattar kontroll av legitimationer i samband med anställning av personal men det saknas rutiner för hur kontrollerna skall dokumenteras. Gällande kontroller vid i samband med inhyrning av personer bör det säkerställas att en dokumenterad rutin för arbetssättet samt dokumentation av dessa bör utarbetas för att tydliggöra ansvar och tillvägagångsätt.	
Förekommer olegitimerad personal inom övriga yrkeskategorier där legitimation är ett krav?	Delvis uppfyllt Av genomförda kontroller konstateras att det vid uppföljningen av granskningen har noterats 6 personer som ej innehar legitimation inom det yrke de är registrerade som i regionens HSA-katalog. Vi ser det som väsentligt att rutinerna för kodning i HSA-katalogen ses över för att säkerställa att regionens rutiner efterlevs.	

Revisorernas verksamhet under 2019

Revisorernas uppdrag och arbetsmodell

Regionen är en politiskt styrd organisation med ett demokratiskt beslutsfattande. Vart fjärde år provas regionfullmäktiges ansvar genom de allmänna valen. Under mandatperioden provar regionfullmäktige varje år, i sin roll som medborgarföreträdare, ansvarstagandet för dem som har till uppdrag att genomföra verksamhet på fullmäktiges uppdrag. Fullmäktiges instrument för granskning och kontroll är de förtroendevalda revisorerna, som granskar verksamheten och provar ansvarstagande samt lämnar ett uttalande om detta till fullmäktige. Revisorerna granskar

- Om verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och ekonomiskt tillfredsställande sätt
- Om räkenskaperna är rättvisande
- Om den interna kontrollen är tillräcklig

Revisorerna måste göra aktiva val av granskningsinsatser och detta görs i planeringsprocessen. Utgångspunkten i detta är fullmäktiges mål, där revisorerna i sin risk- och väsentlighetsanalys identifierar hinder för att fullmäktiges mål kan uppfyllas. I denna analys bedöms hur allvarliga och troliga dessa händelser är. En rapport tas fram som underlag för riskbedömningen. Baserat på denna analys, tidigare granskningar, revisorernas kännedom om organisationen mm beslutar revisorerna vilka granskningar som skall genomföras under varje revisionsår. Obligatoriskt är att granska delårsbokslutet och årsredovisningen. Varje år genomförs förutom dessa två granskningar mellan 10-15 övriga fördjupade granskningar av verksamheten inom regionen.

I genomförandet av granskningarna använder revisorer i huvudsak de sakkunniga biträdena vilka upphandlas. PwC innehar uppdraget som sakkunnigt biträde. Granskningarna bygger på insamling av tillräckliga och ändamålsenliga fakta, iakttagelser, analys och värdering. Revisorerna har alltid rätt att få de uppgifter de behöver för att kunna göra sin granskning. Faktaavstämning (sakgranskning) sker med de granskade för att undvika sakfel och missförstånd.

Resultatet av granskningarna överlämnas till revisorerna som bedömer resultatet och tar ställning till hur resultatet skall vägas in vid bedömningen i ansvarsfrågan. Resultatet redovisas vanligtvis i en granskningsrapport som tillsammans med revisorernas bedömning (missiv) översänds till granskad nämnd/styrelse för yttrande över granskningen, vilka åtgärder som nämnden/styrelsen kommer att göra med anledning av det som framkommit i granskningen.

Revisionsprocessen avslutas med att sammanfatta årets granskningar, analyser och bedöma resultatet och göra en samlad prövning av ansvarstagandet. Revisorerna bedömer om anmärkning skall riktas och om ansvarsfrihet skall tillstyrkas eller avstyrkas. Den slutliga ansvarsbedömningen görs av regionfullmäktige.

Revisionsmöten och överläggningar med fullmäktiges presidium och representanter från regionstyrelsen och regionledning

Revisorerna har haft 9 revisionsmöten under 2019. Under året har överläggning med fullmäktiges presidium skett och representanter från revisionen har deltagit vid samtliga fullmäktigemöten under 2019. Träff har under året skett med regionstyrelsens presidium och regiondirektör. Utöver dessa kontakter har revisorerna bjudit in och haft dialog med bl a regionens ekonomidirektör, administrativa direktör och hälso- och sjukvårdsdirektör.

Konferenser

Revisorerna har under året haft representanter vid ett antal konferenser:

- Konferens med revisorerna i hälso- och sjukvårdsregion Uppsala-Örebro, 24-25 september i Karlstad.
- PwC konferens för regionrevisor, 17-19 juni i Kiruna
- Konferens med revisorerna i Region Örebro län, 3-4 oktober, Örebro

Värd för SKL:s nationella konferens regionrevisor 27-28 augusti

Revisorerna i Region Västmanland stod tillsammans med SKL värd för den nationella konferensen för regionrevisor, fullmäktigepresidier och sakkunniga biträden. Över 100 deltagare från hela landet samlades under två dagar på Aros Congress Center (ACC).

Från regionen medverkade följande personer: Andreas Weiborn, regionfullmäktiges ordförande, Jonas Cederberg, verksamhetschef för Röntgen, Lab-medicin och klinisk fysiologi, och Maria Linder, regionutvecklingsdirektör.

Programmet bestod bl a av dessa ämnen:

- det regionala uppdraget
- hotbilden mot svensk hälso- och sjukvård
- diagnostikens framtida trender
- omställning till nära vård
- nationell kraftsamling för digitalisering av välfärden
- regionernas ekonomi och utmaningar
- god revisionssed och andra aktuella revisionsfrågor

Västerås 2020-04-03

Hans Strandlund

Ordförande

Regionens revisorer

Elisabeth Löf

1:e vice ordförande

Regionens revisorer

Tanja Linderborg

2:e vice ordförande

Regionens revisorer