

Landstinget i Jönköpings län
Landstingets revisorer

Bilaga till revisionsberättelse 2010

Redogörelse och sammanfattning av granskningsprojekt

I det följande lämnar vi en sammanfattande redovisning av mera omfattande granskningsprojekt samt resultaten av dessa.

Granskning av Landstingsstyrelsens ledning och styrning – Styrkedjan
Granskningen är avgränsad till ett urval av mål, beslutade av Landstingsfullmäktige, och till Jönköpings sjukvårdsområde med länssjukhuset samt Folk tandvården.

Vår övergripande bedömning är att Landstingsstyrelsens styrning av landstingets verksamheter, avseende de av Landstingsfullmäktige fastställda målen, i allt väsentligt är ändamålsenlig.

Vi bedömer att det finns en tydlig och väl utvecklad styrkedja från Landstingsfullmäktige till första linjens chefer. Detta gäller såväl styrdokument, direktiv med mera som engagemang, kunskap och ledarskap. Fullmäktiges mål bedöms i allmänhet vara relativt väl kända och förankrade i verksamheterna och bland första linjens chefer.

Granskningen visar att landstingsdirektören, på styrelsens uppdrag, utfärdar tydliga direktiv för budget- och planeringsarbetet till förvaltningarna, vari ingår direktiv för målarbetet.

Granskningen visar att det inom båda granskade förvaltningarna finns ett utrymme för förbättringar beträffande några av målen. Detta gäller exempelvis utveckling av mätmetoder för mål avseende kostnadseffektiv vård respektive tandvård, mål och mätmetoder för olika kliniker/verksamheter beträffande målet hållbar utveckling samt tydliggörande av innebörden av målet att alla nytillträdde chefer ska introduceras i förbättringsarbete. Inom Folk tandvårdens verksamheter finns också ett visst utrymme för förbättringar vad gäller förankringen av målen.

I synnerhet inom Folk tandvården framkommer av granskningen svårigheter att mäta produktivetsmålet. Detta uppges även delvis bero på att tillförlitligheten i underlagen för mätningen av detta mål bedöms som osäkert. Granskningen visar att det finns en medvetenhet om problemet och att insatser gjorts för att komma till rätta med detta. Eftersom granskningen visar att problemen kvarstår, rekommenderar vi att ytterligare insatser görs för att komma tillrätta med

problemen, så att produktiviteten inom förvaltningen kan mätas på ett sätt som uppfattas som tillförlitligt.

Vår bedömning är även att återrapporteringen till Landstingsstyrelsen och Landstingsfullmäktige av måluppfyllelsen är ändamålsenlig. Granskningen visar att planerings- och uppföljningsdokumenten är väl samordnade med varandra, vilket skapar förutsättningar för en helhet och tydlighet i styrningen.

Vi konstaterar att uppföljning av de av Landstingsfullmäktige beslutade målen inte innefattas i landstingets system för intern kontroll. Eftersom granskningen visar att den kontroll av målen, som för närvarande görs i allt väsentligt är ändamålsenlig, är vår rekommendation att en notering görs i systemet för intern kontroll av hur kontrollen av mål beslutade av Landstingsfullmäktige görs.

Granskning av verkställighet av beslut - förstudie

I granskningen konstateras att merparten av de politiska besluten avseende verksamheterna finns i budgeten, vilket innebär att relativt få ytterligare politiska beslut tas avseende verksamhetsstyrningen. Förstudien avser de beslut som ligger utanför budgetbesluten.

Vår sammanfattande bedömning är att landstingsstyrelsen har en i huvudsak ändamålsenlig kontroll av att fullmäktiges och styrelsens beslut verkställs.

Granskning av ledning och styrning av Patientsäkerhetsarbetet

Vi genomförde under år 2009 en översiktlig granskning, en förstudie, av patientsäkerheten. Den sammantagna bedömningen var att landstinget bedriver arbetet med patientsäkerhet på ett ändamålsenligt sätt med utgångspunkt från den nationella satsningen samt att landstinget har en betydligt högre ambitionsnivå i jämförelse med denna.

Den nu genomförda granskningen avgränsas till Höglandets sjukvårdsområde samt Vårdcentralerna Bra Liv (primärvårdsförvaltningen) samt fyra vårdcentraler varav en privat.

Beträffande Höglandssjukhuset är vår sammantagna bedömning att organisationen samt ledningen och styrningen av patientsäkerhetsarbetet är ändamålsenlig. Beslut och intentioner når ut och genomförs i verksamheten. Beträffande primärvårdsorganisationen är vår bedömning att brister finns vad gäller ledningen och styrningen av patientsäkerhetsarbetet och att satsningsområdet inte i samma utsträckning har implementerats och fått genomslag i organisationen.

På Höglandssjukhuset sker återrapportering av resultatet av patientsäkerhetsarbetet från verksamheten till förvaltningsledning och en tillfredställande återkoppling sker även till medarbetarna. Granskningen visar även en positiv utveckling vad gäller resultatet av patientsäkerhetsarbetet. Läkemedelsområdet lyfts dock fram som ett område där det bedöms föreligga betydande risk för patientsäkerheten.

I regelboken för vårdvalet anges att vårdenheterna inom vårdvalet ska samverka. Detta framgår även av budget 2010 med flerårsplan. Granskningen visar att det i nuläget finns brister i samverkan mellan Höglandssjukhuset och vårdenheterna inom vårdvalet. Vi rekommenderar att parterna snarast utvecklar forum och mötesplatser för samverkan.

Inom primärvården visar granskningen att det bedrivs ett aktivt patientsäkerhetsarbete på vårdenheterna. Satsningen ”Säker vård – alla gånger” bedöms dock inte i samma utsträckning ha implementerats och fått genomslag i primärvårdsorganisationen som inom sjukhusvården.

Inom Vårdcentralerna Bra Liv är vår bedömning att ledningen, styrningen och uppföljningen av patientsäkerhetsarbetet för närvarande är svag och kan utvecklas. Vi konstaterar att det i nuläget inte finns någon organisation för patientsäkerhetsarbetet på övergripande nivå inom Vårdcentralerna Bra Liv, men att arbete pågår med att utforma en sådan.

Vår bedömning är att granskningen visar att det finns ett behov av att tydliggöra ledningen och styrningen av patientsäkerheten inom primärvården. Granskningen visar att ingen av vårdenheterna inom primärvården gör någon självskattning på hemsidan av i vilken utsträckning åtgärder inom de 14 målområdena för ”Säker vård – alla gånger” är införda. Samtliga målområden anges, av såväl de 31 vårdcentraler inom Bra Liv som de privata vårdgivarna, som ej aktuella. De checklistor som finns, som stöd för arbetet för olika målområden inom ramen för ”Säker vård – alla gånger”, bedöms inte alltid vara aktuella för primärvården.

Enligt vad som framkommit i granskningen görs för närvarande ingen återrapportering av resultatet av patientsäkerhetsarbetet till den förvaltningsövergripande nivån inom Vårdcentralerna Bra Liv.

Vår bedömning är däremot att återrapporteringen av patientsäkerhetsarbetet sker på ett tillfredsställande sätt till Landstingsstyrelsen i form av månadsrapporter och till Landstingsfullmäktige i delårsrapport och årsredovisning.

Granskningen visar att systemstödet för att mäta utvecklingen av patientsäkerhetsarbetet behöver utvecklas. Många av de mätningar som görs för närvarande är manuella mätningar i form av journalstudier och observationer. Behov bedöms även finnas av att förbättra rapporteringen av avvikelser i det landstingsgemensamma systemet *Synergi*. I nuläget finns en stor variation av i vilken utsträckning vårdcentralerna rapporterar in avvikelser.

Granskningen visar att *anmälningsplikten enligt Lex Maria* inte är tillfredställande löst och reglerad i ”Regelbok för vårdval i Jönköpings län”. Socialstyrelsen har framfört att de anser att skrivningen i regelboken inte överensstämmer med författningstexten (SOSFS 2005:28 5 kapitlet). Vi delar denna bedömning.

Granskning av nationella riktlinjer, Landstinget i Jönköpings län
En övergripande granskning har gjorts av samtliga publicerade riktlinjer kombinerat med en djupgranskning på verksamhetsnivå av riktlinjerna för diabetes och bröstcancer.

Vår sammantagna bedömning är att landstinget i huvudsak arbetar på ett ändamålsenligt sätt med att implementera de Nationella riktlinjerna. Granskningen visar dock på att utvecklingsområden finns, främst vad gäller styrning och uppföljning av hur riktlinjerna efterlevs i verksamheterna.

Vi konstaterar att Landstingsstyrelsen både är informerad om de nationella riktlinjerna och har vidtagit aktiva åtgärder utifrån dessa.

Vår bedömning är att riktlinjerna används för styrning av hälso- och sjukvården, men att styrningen kan utvecklas ytterligare. Behovet av följsamhet gentemot riktlinjerna finns tydligt angivet i styrdokument från budget till ledningssystem och uppdrag till vårdvalsenheterna. Landstingets arbetssätt med att bryta ner de nationella riktlinjerna till Fakta-dokument, innebär att det finns en styrkedja ut till behandlande läkare/sjuksköterska. Vi konstaterar dock att landstingets arbete med Fakta-dokument ännu inte är fullt utbyggt och i nuläget inte omfattar alla nationella riktlinjer. Granskningen visar dock att detta arbete planernas och delvis pågår. Granskningen visar även att utvärderingsvariabler och uppföljningsbara kvalitetsindikatorer behöver utvecklas, så att det finns för samtliga Fakta dokument. I nuläget finns heller inget utbyggt IT-stöd, som beslutsstöd för användaren.

Granskningen visar att de nationella riktlinjerna är väl kända av de närmast berörda och att kunskaperna i viss mån används i det interna kvalitets- och utvecklingsarbetet. Trots alla kvalitetsindikatorer, som samlas i kvalitetsregistret och den kunskap som finns i form av exempelvis specialistutbildade sjuksköterskor, visar dock granskningen att det lokala utvecklingsarbetet beträffande diabetessjukvården är begränsat. Bedömningen är att detta förklaras av brist på tid och resurser, men också brist på struktur och mötesforum.

Granskningen visar att det finns en viss kapacitetsbrist, som gör att återbesök för diabetespatienter inte kan genomföras i önskvärd utsträckning och att väntetider för mammografiscreening samt ledtider avseende bröstcancerprocessen inte är optimala. De nya riktlinjerna för diabetes trycker i högre grad på gruppbaserad patientutbildning, vilket granskningen visar att landstinget i nuläget inte kan erbjuda i enlighet med riktlinjerna.

Genom arbetet med de medicinska programgrupperna och Fakta har landstingsledningen en metod och ett arbetssätt för att implementera riktlinjerna i verksamheten. På verksamhetsnivå behöver följsamheten till riktlinjer och vårdprogram följas upp systematiskt och avvikelser diskuteras. För att riktlinjerna

ska kunna implementeras fullt ut i verksamheten krävs att medarbetarna får förutsättningar för att gemensamt skapa konsensus kring rutiner och lära av de medicinska resultaten. Av granskningen framgår att dessa förutsättningar inte finns fullt ut.

Granskningen visar att de nationella riktlinjerna används som stöd i prioriteringsdiskussioner bland annat i de medicinska programgrupperna, samt som vägledning vid val av behandling och metoder. Landstingsgemensamma vårdprogram finns framtagna.

Landstingsledningen följer upp kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård genom indikatorer i Öppna jämförelser. Resultaten redovisas årligen till Landstingsfullmäktige i särskilt ärende samt i årsredovisningen.

Landstingsledningen följer upp efterlevnaden gentemot riktlinjerna genom att studera kvalitetsindikatorer i de nationella kvalitetsregistren och resultat i Öppna jämförelser. Kvalitetsindikatorerna säger dock inget om hur ofta vårdgivaren träffar patienten, ledtider, tillgänglighet och vilka åtgärder som vidtas vid besök. Vår bedömning är därför att den uppföljning som görs behöver förbättras/utvecklas. När det gäller återbesök sker det ingen systematisk uppföljning av tillgängligheten i landstinget. För att kunna följa upp efterlevnaden gentemot riktlinjerna krävs någon form av tillsynsbesök eller stickprovskontroller i form av journalstudier.

Kvalitetsindikatorer finns i de granskade förvaltningarnas ledningssystem och återspeglar från verksamheten i dialog med respektive ledning. För primärvården sker uppföljningen genom vårdvalsenheten.

Granskning av missbruks och beroendevården

Vår övergripande bedömning är att omhändertagandet av patienter med missbruks- och beroendeproblematik i stort fungerar väl, men att det finns ett antal brister i styrningen av och organisationen för missbruks- och beroendevården.

Granskningen visar att det saknas landstingsövergripande mål för missbruks- och beroendevården. Sedan december 2010 finns dock gemensamma riktlinjer för riskbruks-, missbruks- och beroendevård inom landstinget och länets kommuner. Eftersom riktlinjerna ännu inte hunnit implementeras kan tillämpningen och effekten av dem ännu inte bedömas.

Vår bedömning är att en diskussion erfordras dels om behovet av att tydliggöra det landstingsövergripande uppdraget för missbruks- och beroendevården dels om den politiska ledningens ansvar för att tydliggöra detta.

Vi konstaterar att granskningen visar att ett flertal utbildningar genomförts och planeras för att sprida kunskapen om de nationella riktlinjerna inom såväl landstinget som kommunerna. Bedömningen är dock att de nationella riktlinjerna

för missbruks- och beroendevård ännu inte är kända inom samtliga verksamheter, som arbetar med riskbruks-, missbruks- och beroendeproblematik, trots att riktlinjerna har funnits sedan år 2007. Vi ser därför positivt på att en plan finns avseende fortsatt spridning av riktlinjerna och att detta ska ske i samverkan med kommunerna.

Vi konstaterar att det inte görs någon uppföljning i verksamheterna avseende efterlevnaden av de nationella riktlinjerna.

Bedömningen är att missbruks- och beroendevården organisatoriskt inte lever upp till de rekommendationer, som ges i de nationella riktlinjerna. Det saknas en sammanhållen organisation (styrning mot gemensamma mål) och fullt fungerande samarbete mellan primärvården, länsdelsvården och länspecialistvården. Vi vill exempelvis framföra vikten av att det, vad det gäller läkemedelsassisterande rehabilitering vid opiatberoende, skapas lösningar så att fördelning av mediciner kan ske i enlighet med gällande bestämmelser. Granskningen visar att det råder olika uppfattningar om var patienter med missbruks- och beroendeproblematik bör få sin slutenvård tillgodosedd. Vi rekommenderar att ansvarsfrågan beträffande dessa patienter klargörs. Granskningen visar vidare att de avtal som upprättats med kommunerna om att arbeta med Case Managementmodellen inte till fullo efterlevs samt att avtal avseende de socialmedicinska mottagningarna sägs upp. Vår bedömning är att det krävs att prioriteringar görs för att möjliggöra efterlevnad av avtalen alternativt att avtalen ses över eller sägs upp.

Granskningen visar att det sker en fortbildning av personal avseende riskbruk, missbruk och beroende och att utbildningar sker i samverkan med kommunerna. Granskningen visar dock att fortsatt kompetensutveckling erfordras.

Av granskningen framgår att utvärdering av behandlingseffekter inte sker i enlighet med rekommendationerna i de nationella riktlinjerna. Vår bedömning är att det saknas aggregerade bedömningar av behandlingseffekter inom missbruks- och beroendevården.

Våra rekommendationer är sammanfattningsvis att följande förbättringsområden bör uppmärksammas för att vidareutveckla missbruks- och beroendevården

- tydliggörande av övergripande mål och uppdrag
- implementeringen av de nationella riktlinjerna
- uppföljningen av efterlevnaden av riktlinjerna
- utvärdering av behandlingseffekter samt
- samverkan internt och med kommunerna.

Granskning av barn- och ungdomspsykiatri

Vår övergripande bedömning är att landstinget för närvarande inte har en helt ändamålsenlig styrning och inte heller en helt ändamålsenlig organisation för att möta barn och ungas behov inom området psykisk ohälsa.

När det gäller frågan om styrning är revisorernas bedömning att en diskussion erfordras dels om behovet av att tydliggöra uppdraget för barn- och ungdomspsykiatri, både vad gäller specialistvården och första linjens vård, dels om den politiska ledningens ansvar för att tydliggöra detta.

Granskningen visar att det inte finns något politiskt beslut avseende barn- och ungdomspsykiatriens uppdrag avseende ansvar, uppgifter och samverkan. Detta gäller såväl uppdragen för specialistvården som första linjens vård, samverkan dem emellan och samverkan med kommunerna. Det samarbete, som Landstinget samt Jönköping respektive Eksjö kommuner har, som startats i projektet ”Modellområden psykisk hälsa – barn och unga”, förväntas dock resultera i ett tydliggörande av barn- och ungdomspsykiatriens uppdrag samt en definition av de verksamheter som ingår i samverkan.

Vision mål, nyckeltal och framgångsfaktorer är framtagna av barn- och ungdomspsykiatri inom respektive sjukvårdsområde. Granskningen pekar på att variationen i målen kan leda fram till att inriktning och prioriteringar i verksamheten delvis kan skilja sig åt. Vi vill peka på risken för att detta i sin tur kan leda till att vården i länet inte ges på lika villkor.

Granskningen visar att målen för tillgänglighet har en starkt styrande effekt och att Landstingets budgetstyrning förstärker incitamenten för att uppnå dessa mål. Granskningen visar vidare att Landstinget i princip uppfyller de nationella målen för förstärkt tillgänglighet.

Uppföljningen av verksamheternas mål, nyckeltal och framgångsfaktorer är under utveckling.

Vår övergripande bedömning är att organisationen av barn- och ungdomspsykiatri inte är helt ändamålsenlig. Bedömningen bygger på att granskningen visar att bristen på läkare inom barn- och ungdomspsykiatri är akut och av den omfattning att det bedöms som sannolikt att den medför utebliven vård. Vi konstaterar att ett projekt startats med syftet att öka rekryteringen av läkare. Vi ser det som angeläget att arbetet med projektet ges hög prioritet.

Granskningen visar att det finns en samverkan mellan sjukvårdsområdena och att samverkan sker både på lednings- och professionell nivå.

Granskningen visar även att det finns utvecklade samarbetsformer samt riktlinjer för vården i enskilda ärenden, som stöder samordningen av insatser mellan Landstinget och primärkommunerna. Bedömningen är att det därmed finns tillräckliga förutsättningar för att planering av insatser ska kunna ske tillsammans med kommunerna.

Granskningen visar att den samverkan som sker med kommunerna skiljer sig mellan sjukvårdsområdena. Vår bedömning är att barn- och ungdomspsykiatri

har tillräckliga gemensamma arbetsformer för att kunna planera och utveckla verksamheten i samverkan. Bedömningen är att de brister som granskningen visar, i första hand beror på att det saknas väldefinierade uppdrag, som klargör vilka uppgifter som huvudmännen ansvarar för.

Granskning av strategisk kompetensförsörjning på akutsjukhusen

Vår sammanfattande bedömning är att Landstingsstyrelsen har säkerställt att organisation, stödfunktioner och bedömningsunderlag finns för strategisk kompetensförsörjning. Den sammanfattande bedömningen är dock att kopplingen till klinikernas uppdrag måste förstärkas, för att den strategiska kompetensförsörjningen fullt ut ska kunna bedömas som ändamålsenlig.

Granskningen visar att Landstingsstyrelsen uppmärksammar kompetensförsörjningen i sina styrdokument. Styrmodellen, det balanserade styrkortet, bedöms vara väl förankrad på klinikinivå. Mål och kvalitetsvariabler, som anges i budget och flerårsplan, är den styrning från landstingsövergripande nivå, som uppfattas av verksamhetsansvariga.

Granskningen visar på både efterfrågan och behov av en tydligare koppling mellan verksamheternas inriktning, produktion av vård och kompetensförsörjning, framför allt avseende läkarförsörjning. En för svag koppling mellan kompetensförsörjning och dialog kring uppdrag bedöms relativt snabbt kunna leda till ökade kostnader för till exempel hyrläkare eller köpt vård, sämre arbetsmiljö och problem att klara uppdrag.

Vår bedömning är att det finns behov av att ytterligare lyfta förutsättningarna för kompetensförsörjning, till exempel vad avser inriktning av sjukvården på respektive ort, grad av specialisering, arbetsfördelning och samverkan. Vi ser därför positivt på att diskussioner förs på landstingsövergripande nivå om hur länssjukvården ska fördelas på de tre sjukhusen, vilket även påverkar specialisering och kompetensbehov. Granskningen visar dock att dialogen mellan professionen och landstingsledningen behöver utvecklas, för att klargöra klinikernas nuvarande inriktning och uppdrag samt förutsättningarna för att klara detta. Först därefter är bedömningen att underlag finns för ställningstagande av framtida struktur och kompetensbehov.

I granskningen framförs att svårigheten att rekrytera läkare innebär en risk för att verksamhetens innehåll styrs av tillgång på läkarkompetens och inte i första hand av behov av hälso- och sjukvård.

De underlag som finns i form av personalstatistik och verksamhetsstatistik bedöms som tillfredsställande för klinikernas planering av strategisk kompetensförsörjning. Läkarkartläggningen bedöms kunna vara ett bra underlag för planering och samordning av ST läkare.

Granskningen visar att respektive sjukhusledning och personalfunktion ger ett bra stöd i arbetet med kompetensförsörjning. Av granskningen framkommer dock att

verksamhetschefernas arbetssituation ger olika förutsättningar för att arbeta med dessa frågor.

Landstinget har en stödorganisation som underlättar kompetensutveckling. Granskningen visar att det både finns en medvetenhet om behov och en ambition att säkra framtida kompetens. Flera aktiviteter pågår för att öka möjligheten till en större flexibilitet, vad avser att nyttja kompetens mellan sjukhusen.

I de medicinska programgrupperna sker en viss avvägning mellan klinikernas uppdrag och länsövergripande uppdrag. Granskningen visar att skiljaktigheter i uppfattning kan lyftas till landstingens ledningsgrupp, men att en osäkerhet ändå finns bland personalchefer och verksamhetschefer om beslutsgången mellan de medicinska programgrupperna och linjeorganisationen.

Granskningen visar att ett antal uppföljningar görs, som har betydelse för den strategiska kompetensförsörjningen.

Vår bedömning är att följande förbättringsområden finns vad gäller landstingets strategiska kompetensförsörjning:

- Behov av en ökad dialog mellan olika nivåer i organisationen, för att tydliggöra verksamheternas förutsättningar för och behov av kompetens för att klara sina uppdrag samt ge underlag för kompetensförsörjning ur ett länsperspektiv.
- Tydliggörande av förutsättningarna för respektive kliniks uppdrag vad avser
 - inriktning på respektive ort
 - grad av specialisering
 - arbetsfördelning mellan olika yrkesgrupper
 - samverkan.
- Förtydligande av beslutsmandatet för programgrupperna i förhållande till linjeorganisationen.

Granskning av Intern kontroll inom, Landstingsfastigheter

Vår övergripande bedömning är att det interna kontrollarbetet inom Landstingsfastigheter följer det av Landstingsfullmäktige antagna reglementet för intern kontroll, vad gäller den landstingsövergripande interna kontrollen. Beträffande förvaltningens interna kontroll i övrigt följs däremot inte reglementet.

Vår bedömning, gällande den generella statusen på det interna kontrollarbetet, är att granskningen indikerar att det är angeläget att Landstingsstyrelsens övergripande ansvar och roll avseende landstingets samlade system för den interna kontrollen tydliggörs.

Vi vill även framhålla vikten av att en korrigerig görs av 2§ i tillämpningsanvisningarna till reglementet, så att innehållet stämmer med Kommunallagen 6:1, vilket är av betydelse för att klarlägga det ansvar styrelsen

har. Med anledning av att det nuvarande reglementet är från år 2003 rekommenderar vi att innehållet i reglementet även i övrigt ses över.

Vår bedömning är även att granskningen indikerar att reglementet för intern kontroll kan behöva kommuniceras i organisationen för att öka medvetenheten och kunskapen om innehållet, inte minst vad avser förvaltningarnas ansvar.

Vi noterar att säkerställande av att de av Landstingsfullmäktige beslutade målen för verksamheterna uppnås, inte innefattas i landstingets system för intern kontroll. Den interna kontrollen av dessa mål hanteras i en särskild process. Vi rekommenderar att en notering görs i systemet för intern kontroll av hur kontrollen av de av Landstingsfullmäktige beslutade målen hanteras.

Revisorerna konstaterar att det inte finns någon formell organisation upprättat för hur det interna kontrollarbetet ska fördelas inom Landstingsfastigheter, vilket innebär att reglementet för intern kontroll i detta avseende inte efterlevs.

Varje förvaltning ska, enligt tillämpningsanvisningar till reglementet, minst ha en rutin för hur planering och rapportering av internkontrollarbetet ska gå till samt för introduktion av nyanställda om vad intern kontroll innebär. Granskningen visar att plan och rutiner för detta saknas på Landstingsfastigheter, vilket innebär att reglementet inte efterlevs. Vår bedömning är att detta är en klar brist även med anledning av verksamhetens omfattning och innehåll.

I reglementet för intern kontroll framgår av § 10 "Landstingsstyrelsens skyldigheter" att styrelsen med utgångspunkt från landstingsdirektörens uppföljningsrapporter ska utvärdera landstingets samlade system för intern kontroll och i de fall förbättringar behövs vidta åtgärder för sådana.

Landstingsfastigheter rapporterar utfallet av de förvaltningsövergripande kontrollmomenten enligt gällande intern kontrollplan. Däremot redovisas inte, i enlighet med anvisningarna, något allmänt omdöme av hur väl den interna kontrollen fungerar på förvaltningen. Vi rekommenderar även att förvaltningen redovisar vilka åtgärder som kommer att vidtas för att säkra och utveckla den interna kontrollen.

Granskningen visar att Landstingsstyrelsen inte har efterfrågat någon redovisning eller gjort någon kontroll av hur förvaltningen följer reglementet för intern kontroll avseende den förvaltningsspecifika kontrollen.

Granskningen visar att ingen återkoppling görs från landstingsledningen av den uppföljning förvaltningen gör av den övergripande interna kontrollen. För att vidareutveckla arbetet rekommenderar vi att en återkoppling görs av bedömningar och eventuella ställningstaganden till följd av återrapporteringen.

Framför allt inom byggavdelningen finns det väl utvecklade strukturer och rutiner i form av bland annat stöddokument och checklistor, som stöd i det löpande

arbetet. Vår bedömning är att byggprocessen är ett område som ur ett risk- och väsentlighetsperspektiv bör ingå i förvaltningens plan för internkontroll.

Granskningen visar att kontrollmiljön inom förvaltningen är god. Det innebär att bedömningen är att det på förvaltningen finns goda förutsättningar för en effektiv intern kontroll vad gäller dialog, öppenhet, samarbete, struktur med mera.

Granskning av Införandet av Cosmic – uppföljning

Vår övergripande bedömning är att de synpunkter som lämnades i vår granskning 2009 i huvudsak beaktats, men att det fortfarande finns brister inom samtliga granskade områden.

Vi konstaterar att säkerhetsfrågorna fått ökad prioritet, men att förbättringar fortfarande erfordras inom några områden.

Positivt är att det sedan ett år tillbaka finns en tekniskt IT-ansvarig närmare IT-driften. Det finns även en generell krisplan och en process för krisberedskap där förvaltningsledningen för IT-centrum ingår. Granskningen visar även att arbete pågår för att ta fram rutiner för hantering av större störningar i IT-system och funktioner.

Vi konstaterar dock att den informationssäkerhetssamordnare, som knutits närmare projektet inte, så som var tänkt, har arbetat med att följa upp och granska rutiner och säkerhetsarbetet på en övergripande nivå.

Granskningen visar vidare att ingen riskanalys har gjorts av Cambio Cosmic-projektet sedan 2008 samt att riskanalyser inte heller genomförs löpande i projektet, till exempel vid versionsbyten.

Vi konstaterar att det fortfarande inte finns någon totalbild över vad Cosmic hittills kostat och kommer att kosta att införa. Arbetet med effekthemtagning har heller inte kommit igång. Granskningen visar dock att en controller tillsatts som stödjer huvudprojektledaren med att följa upp projektekonomi, vilket innebär att den löpande ekonomistyrningen bedöms ha förbättrats.

Granskningen visar att det tillsatts en person på sjukvårdsavdelningen, som fångar upp önskemål gällande utdata och att en ansvarig för utdata har tillsatts samt att besluten tas i en styrgrupp. Någon grupp för hanteringen av utdata har däremot inte tillsatts.

Det finns en plan för hur Cosmic i Vårdenprojektet ska gå in i förvaltning, men den innehåller inte någon information om budget och ekonomi. En arbetsgrupp finns, som granskar prioriteringar av vad som behöver göras. Vi konstaterar dock att det saknas formella beslut och beslutande organ för hur prioriteringar ska göras. I granskningen uttrycks även att det saknas tillräckligt med personal med kompetens avseende Cosmic på IT-Centrum.

En händelseanalys har genomförts med anledning av problemen som uppstod efter den uppgraderingen av systemet som gjordes i november, december. Den största anledningen till problemen bedömdes vara bristerna i testverksamheten, då testmiljön inte motsvarade den verkliga belastning som finns i produktionsmiljön.

Vi rekommenderar

- att en bedömning görs av Landstingets kostnader för systemet i syfte att bedöma om adekvat nytta uppnås i relation till investeringskostnader
- att en ansvarig för ekonomistyrning och effekthemtagning av Cosmic utses
- att förvaltningsplanen för Cosmic kompletteras med information om budget och ekonomi samt på ett tydligare sätt delas upp i frågor avseende styrning respektive löpande arbete
- att formellt beslut tas om vilket organ eller vem som är ansvarig för prioriteringar och hur dessa ska göras
- att informationssamordnarens roll ses över för att denna på en mer övergripande nivå ska kunna stödja verksamheten i strategiska frågor
- att en riskanalys görs innan Cambio Cosmic går in i förvaltning
- att riskanalyser kontinuerlig görs av systemet, i synnerhet i samband med versionsbyten och då stora utvecklingsprojekt produktionsläggs
- att testprocessen för systemet ses över, så att den motsvarar den produktionsmiljö som finns i vården och att testfallen motsvarar det som sker i dagligt arbete
- att en översyn görs för att säkerställa att tillräckliga resurser finns inom IT-Centrum vad gäller kompetens avseende Cosmic.

Granskning av införandet av vårdvalet – förstudie

Vår sammanfattande bedömning, utifrån resultatet av den relativt översiktliga förstudien, är att besluts- och införandeprocessen för vårdvalet har skett i relativt god ordning.

Vi bedömer att den modell som Landstinget i Jönköpings län har för vårdvalet är förankrad i gällande lagstiftning, även om starten av vårdvals-systemet var något senare än 1 januari 2010.

Granskningen visar att regelboken anger former för uppföljning av de enskilda vårdvalsenheterna och att uppföljningen ska ske i dialog med vårdenheterna. Vi konstaterar att det finns en struktur för vårdenhetens egenvärdering av resultaten samt ett protokoll för landstingets uppföljning av enheterna. Vi noterar även att landstingets centrala vårdvalsenhet gör avstämningar av vårdenheternas verksamhetsresultat i samband med besök under mars 2011.

Vår bedömning är därmed att det finns en redovisad struktur för styrning och uppföljning av vårdvalet, men att det ännu är för tidigt att bedöma om strukturen för styrning och uppföljning är tillräckligt tydlig och ändamålsenlig.

Regelboken anger att varje vårdenhets ska använda sig av ett antal obligatoriska IT-stöd/system. Landstinget tillhandahåller systemen och utbildning utan kostnad och åtar sig därmed även ett ansvar för att systemen fungerar.

Förstudien visar att det är osäkert om dessa styrsystem ännu fungerar fullt ut.

Löpande granskning – redovisningsrevision

Vår övergripande bedömning är att granskningen visar att den interna kontrollen inom Landstinget i huvudsak är tillräcklig, avseende de områden som ingår i granskningen. Granskningen visar dock att det finns vissa brister som behöver åtgärdas. Bristerna avser främst avsaknaden av skriftliga riktlinjer och rutiner, exempelvis för utrangering och försäljning av inventarier, avstämning av konton och rättelse av verifikationer.

Vi rekommenderar att

- förtydligande görs, i enlighet med vad som framgår av rapporten, i landstingets dokument för redovisning av anläggningstillgångar vad gäller inköp av inventarier
- att skriftliga rutiner för utrangering och försäljning av inventarier utarbetas
- att riktlinjer för avstämning av konton utarbetas, enligt något av de alternativ som framförs i granskningen
- att åtgärder vidtas för att säkerställa att rättelser av verifikationer uppfyller kraven i Kommunal redovisningslag 2:6.

Årsbokslut, årsredovisning och delårsrapport

Delårsrapport 2:2010

Granskningen av delårsrapporten är översiktlig och därmed mer begränsad än den granskning som sker vid årsbokslutet.

Vi bedömer att delårsrapporten avseende pensioner inte är upprättad enligt Lag om kommunal redovisning. Fullfondering tillämpas i stället för blandmodellen som lagen kräver. Tydlig motivering till avvikelser saknas i delårsrapporten. Resultat och ekonomisk ställning om blandmodellen istället hade tillämpas framgår inte i delårsrapporten. Det görs ingen jämförelse med samma rapportperiod under det närmast föregående räkenskapsåret. Motiv till denna avvikelse från Lag om kommunal redovisning saknas. Landstinget har valt att periodisera/snitta de finansiella kostnaderna för pensionerna på tre år. Förfaringsättet avviker från vad som är god redovisningssed.

Vi bedömer dock att resultatet för delårsperioden om 392 miljoner kronor i allt väsentligt är rättvisande, utifrån de redovisningsprinciper som Landstinget i Jönköping tillämpar för pensionerna.

Landstingsfullmäktige har fastställt fyra finansiella mål i budget 2010. I delårsrapporten görs en avstämning mot två av dessa. Delårsrapporten visar att landstingets finansiella resultatmål på minst 2 % av skatteintäkter och

statsbidrag beräknas uppnås för år 2010, då prognosen motsvarar cirka 4,4 %. Även målet att egenfinansiera investeringar bedöms uppnås.

Resultatet för perioden är positivt och prognosen för helåret pekar mot ett överskott på 350 miljoner kronor, vilket innebär att balanskravet kommer att uppfyllas.

Vi konstaterar att delårsrapporten inte innehåller någon avstämning eller bedömning av i budgeten angivna övergripande strategiska mål eller strategiska mål per verksamhet. I delårsrapporten bedöms endast måluppfyllelsen för angivna verksamhetsmål (systemmätetal).

Vår samlade bedömningen är att resultatet i delårsrapporten per 2010-08-31 i huvudsak är förenligt med de mål Landstingsfullmäktige beslutat om. Vi konstaterar att ingen bedömning görs i delårsrapporten av om verksamhetsmålen kommer att uppnås år 2010.

Vår bedömning är även att Landstingets redovisning av måluppfyllelsen för angivna systemmätetal sker på ett strukturerat och pedagogiskt sätt. Vi konstaterar att två tredjedelar av redovisade verksamhetsmål är uppfyllda eller delvis uppfyllda, vilket indikerar att verksamhetsstyrningen är verkningsfull.

Granskningen visar att förvaltningsberättelsen uppfyller lagens krav på innehåll, är strukturerad och följer de direktiv som Landstingsfullmäktige beslutat om i budgeten. Vi anser att innehållet i förvaltningsberättelsen är informativt, men att det är svårt att få en helhetsbild, exempelvis saknas en samlad driftredovisning. Vi bedömer att en utvecklingspotential finnas vad avser beskrivningen av ekonomi och verksamhet för de landstingsägda företagen samt för rapportering av sjukskrivning och redovisning av pensionsmedelsförvaltning.

På grund av de underskott som redovisas gentemot budget i många av förvaltningarna understryker vi vikten av att förvaltningarna fortsätter att vidta åtgärder så att utvecklingen följer Landstingsfullmäktiges antagna målsättningar om en ekonomi i balans.

Årsbokslut och årsredovisning 2010

Vår övergripande bedömning är att årsredovisningen i allt väsentligt uppfyller kraven på rättvisande resultat och är upprättad enligt god redovisningssed. Vår bedömning är även att landstingets ekonomiska situation och utveckling är god samt att landstinget lever upp till kommunallagens krav på en ekonomi i balans.

Vi konstaterar att samtliga av Landstingsfullmäktige fastställda finansiella mål har uppnåtts. Beträffande övriga mål och mätetal är revisorernas övergripande bedömning, utifrån rapporteringen i årsredovisningen, att resultatet inte i fullt ut är förenligt med de mål fullmäktige beslutat om.

Vår bedömning är att förvaltningsberättelsens översikt och upplysningar i all väsentlighet överensstämmer med kraven i lagen om kommunal redovisning.

Av granskningsrapporten framgår områden där förbättringar bedöms kunna göras. Vi rekommenderar att en vidareutveckling sker av dessa områden. Det gäller exempelvis

- beskrivningen av framtidsperspektivet i förvaltningsberättelsen
- företagets bokslutsprocess, i syfte att säkerställa att siffrorna i bokslutet är definitiva
- bolagens verksamhetsbeskrivningar samt
- redovisningen av sjukfrånvaron.

Vi understryker vikten av att de förvaltningar, som redovisar ett underskott gentemot budget fortsätter att vidta åtgärder så att utvecklingen följer Landstingsfullmäktiges antagna målsättningar om en ekonomi i balans.

Vi konstaterar att balanskravet har uppfyllts.

En överskådlig avstämning görs i årsredovisningen av de finansiella mål som fastställts i budget 2010. Vi bedömer att resultatet i årsredovisningen är förenligt med samtliga fyra av fullmäktige fastställda finansiella mål för år 2010.

Beträffande verksamhetsmålen är vår bedömning att redovisningen av måluppfyllelsen sker på ett strukturerat och pedagogiskt sätt. Vi konstaterar att två tredjedelar av målen är uppfyllda eller delvis uppfyllda, vilket vi bedömer indikerar att verksamhetsstyrningen i stort är verkningsfull. Vi konstaterar dock att 30 % av målen inte uppnås. Vår bedömning är därför att resultatet beträffande dessa mål inte är förenligt med de mål fullmäktige beslutat om.

Vi rekommenderar

- att en handlingsplan görs för ej uppnådda mål
- att det av årsredovisningen fortsättningsvis framgår om det finns framtagna handlingsplaner och hur arbetet med dessa fortgår samt
- att systemmätetalen redovisas per respektive övergripande strategiskt mål i syfte att dessa ska kunna utvärderas.

Vi konstaterar att det förekommer systemmätetal vars resultat inte kan bedömas, vars gränsvärden ej är definierade eller vars resultat inte fullt ut kan värderas, varför även detta bedöms vara ett förbättringsområde.

Vår bedömning är att resultaträkningen, som redovisar pensionerna enligt blandmodellen, i allt väsentligt redovisar ett rättvisande resultat utifrån kraven i lagen om kommunal redovisning.

Resultaträkningen, som visar fullfonderingsmodellen, avviker från lagen om kommunal redovisning och god redovisningssed med avseende på redovisningen av pensionerna, inklusive hanteringen av basbeloppseffekten och den så kallade bromseffekten. För dessa två poster tillämpas ett genomsnitt för perioden 2010-2012.

Vi bedömer att den balansräkning som visar tillgångar, avsättningar, skulder och eget kapital i enlighet med blandmodellen i allt väsentligt är rättvisande. Motsvarande balansräkning enligt fullfonderingsmodellen avviker däremot från lagen om kommunal redovisning och god redovisningssed med avseende på redovisningen av pensionerna, inklusive hanteringen (snittningen) av basbeloppseffekt och bromseffekt.

Beträffande fordringar konstaterar vi att granskningen visar att problem kvarstår inom tandvården vad gäller avstämningen mellan bokföringen och T4 systemet. Detta trots att stora insatser gjorts för att komma tillrätta med problemen. Vi rekommenderar att fortsatta insatser genomförs för att lösa problemen.

Insyn i vissa finansiella förbindelser – revisorernas intyg

Lagen om insyn i vissa finansiella förbindelser ställer krav på viss redovisning i offentliga företag genom krav på öppen och separat redovisning. Lagen ställer krav på särredovisning av konkurrensutsatt och icke konkurrensutsatt verksamhet som bedrivs inom samma organisationsform. Syftet är att säkerställa tillgången till ekonomisk information för att motverka konkurrensproblem.

Enligt lagen ska företagets revisor för varje räkenskapsår granska om en öppen och separat redovisning fullgjorts i enlighet med bestämmelserna i lagen och de föreskrifter som meddelats med stöd av lagen. Revisorn ska utfärda ett särskilt intyg över granskningen.

Endast Jönköpings Länstrafik AB har en nettoomsättning som överstiger 40 miljoner euro, vilket är den nedre gränsen för vilka företag som omfattas av lagens redovisningsskyldigheter. Detta bolag kan därmed vara ett offentligt företag som omfattas av nämnda lagstiftning.

Bolagets auktoriserade revisor har granskat och lämnat ett uttalande till styrelsen och bolagsstämman i Jönköpings Länstrafik AB beträffande tillämpningen av insynslagen. Yttrandet bifogas revisionsberättelsen.

Granskningens inriktning

Vi har utfört vår granskning enligt kommunallagen, God revisionsmed i kommunal verksamhet och fastställt revisionsreglemente.

Revisionsarbetet har genomförts i enlighet med kommunallagens intentioner om så kallad positiv revision. Det innebär att en stor del av vårt arbete har utförts antingen i samråd med eller i samverkan med respektive förvaltning och dess medarbetare.

Våra granskningsrapporter finns tillgängliga för allmänheten på Landstingsrevisionens hemsida www.lj.se/landstingsrevisionen.

I revisionsarbetet har vi under granskningsåret haft regelbundna överläggningar med Landstingsfullmäktiges presidium samt Planeringsdelegationen.

I vårt uppdrag ingår att tillsammans med revisorerna inom Landstinget i Östergötland och Landstinget i Kalmar län granska den gemensamma Regionsjukvårdsnämnden i Sydöstra sjukvårdsregionen och underställa Landstingsfullmäktige ett underlag för att pröva frågan om ansvarsfrihet. Vi har tillsammans granskat nämndens handlingar, protokoll, delårsrapport och årsredovisning.