

Landstinget i Jönköpings län
Landstingets revisorer

Bilaga till revisionsberättelse 2011

Redogörelse och sammanfattning av granskningsprojekt

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

Granskning av landstingets budgetprocess

Syftet med granskningen är att bedöma om landstingsstyrelsen bedriver budget- och planeringsprocessen på ett ändamålsenligt sätt, så att den fastställda budgeten kan förväntas utgöra ett väl fungerande styrinstrument.

Granskningen har avgränsats till Jönköpings sjukvårdsområde med länssjukhuset Ryhov och koncentreras till den finansiella delen av budgeten. Vissa relevanta referenser har gjorts till Värnamo sjukvårdsområde.

Vår övergripande bedömning är att budget- och planeringsprocessen inte är ändamålsenlig i alla delar. Bedömningen baseras främst på att den modell, som används för resursfördelning, inte har den legitimitet som är nödvändig för att budgeten ska vara ett väl fungerande styrinstrument. Detta bedöms även påverka budget- och planeringsprocessens trovärdighet på ett negativt sätt. Inom Jönköpings sjukvårdsområde är bedömningen att resursfördelningen saknar legitimitet och för flera kliniker utgör budgeten därmed inte ett reellt styrinstrument. Granskningen visar dock att det finns en medvetenhet om detta på central landstingsledningsnivå, som också enligt budget 2012, har påbörjat arbetet med en ny resursfördelningsmodell för sjukvårdsområdena. Granskningen visar även att utvecklingsarbete beträffande budget- och planeringsprocessen pågår inom Jönköpings sjukvårdsområde.

Vi understryker vikten av att landstingsstyrelsen snarast vidtar åtgärder i syfte att återupprätta legitimiteten för resursfördelning och budget. Detta för att komma tillrätta med Jönköpings sjukvårdsområdes ekonomiska problem och undvika att

dessa fördjupas ytterligare. Revisorerna vill även peka på risken för att en låg legitimitet i dessa delar även kan försämra legitimiteten för styrning och ledarskap i allmänhet.

Vår bedömning är att såväl en relevant omvärldsbevakning som uppskattningar av förändringar i behov och efterfrågan görs på olika nivåer i landstingsorganisationen. Detta gäller även landstingets finansiella förutsättningar. Granskningen visar dock att inte tillräcklig hänsyn anses tas till förändringar i demografi, förändrade behov med mera, då resursramen beräknas. Bedömningen är således att behovsanalyser görs, men att den inte i tillräckligt hög grad kopplas samman med resursfördelningen. Detta bedöms vara en av orsakerna till att legitimiteten för landstingets centrala resursfördelningsmodell är låg.

Granskningen visar att en avvägning mellan verksamhetsmål och ekonomisk ram kan anses ske på central nivå, medan något tydlig sådant moment inte ingår i budgetprocessen inom Jönköpings sjukvårdsområde. För vissa kliniker finns det inte någon koppling mellan budget och åtagande eller uppdrag.

Det finns ett antal forum för dialog på olika nivåer i organisationen, med syftet att skapa förankring och delaktighet i budgetprocessen. Bedömningen är att dock att budgetprocessen i vissa delar behöver samordnas bättre mellan det centrala landstingskansliet och Jönköpings sjukvårdsområde. Det gäller framför allt hur dialogen bedrivs i form av anslagsframställningar och äskanden. Nuvarande sätt att äska utökade anslag bedöms inte vara konsekvent i förhållande till landstingets övergripande styrmodell med en ramstyrning. Nuvarande äskandemodell bedöms innebära risk för dels förväntansgap dels sämre förutsättningar för helhetssyn och total kostnadseffektivitet, eftersom äskandena görs i tre delar (drift, utrustningsinvesteringar och lokaler).

Granskningen visar att kontinuerligrapportering görs av verkligt utfall jämfört med budget. Rapporteringen bedöms i allt väsentligt vara ändamålsenlig.

Vi rekommenderar

- att landstingsstyrelsen snarast vidtar de åtgärder som erfordras, för att den fastställda budgeten inom Ryhovs sjukvårdsområde ska få den legitimitet som krävs för att den, i enlighet med fullmäktiges beslut, ska fungera som landstingets viktigaste styrdokument samt

- att pågående arbeten med dels en ny resursfördelningsmodell dels att utveckla budget- och planeringsprocessen, centralt och inom Jönköpings sjukvårdsområde, prioriteras.

Vi delar dock den i rapporten framförda uppfattningen om komplexiteten i dessa frågor och att utvecklingen bör ske i en takt, som inte riskerar att äventyra de framgångsfaktorer, som bidragit till landstingets relativt goda finansiella situation.

Granskning av styrningen av vården för de mest sjuka äldre (multisjuka)
Den övergripande revisionsfrågan för granskningen är: Säkerställer Landstingstyrelsen genom sin styrning en ändamålsenlig vård för multisjuka äldre?

Granskningen har avgränsats till sjukhusen Ryhov och Värnamo samt Vårdcentralerna Bra Liv och privata vårdcentraler. Fyra vårdcentraler i respektive sjukvårdsområde ingår. Intervjuer har även skett med medicinskt ansvariga sjuksköterskor i kommunerna inom berörda sjukvårdsområden.

Vår övergripande bedömning är att det saknas en samlad styrning, som uppmärksammar de mest sjuka äldres specifika problematik. Granskningen visar att styrningen är inriktad på äldre generellt och på sjukdomsgrupper, som ofta drabbar äldre, till exempel stroke och höftfrakturer.

Vi konstaterar att det sedan hösten 2010 finns en länsövergripande handlingsplan för äldre och läkemedel, med inriktning på de mest sjuka äldre, men att planen ännu inte är implementerad i verksamheterna.

Vår bedömning är att styrningen av det akuta omhändertagandet av de mest sjuka äldre i nuläget inte är ändamålsenlig. Granskningen visar att sjukhusen, förutom för vissa diagnoser, saknar en ändamålsenlig organisation för att tillgodose de mest sjuka äldres behov av helhetssyn i bedömningen vid akuta omhändertaganden.

Granskningen visar att den vård som i nuläget ges på specialistkliniker, undantaget geriatriska kliniker, inte alltid är gynnsam för fortsatt funktionsförmåga och livskvalitet. Vården bedöms inte heller alltid vara kostnadseffektiv, då den i vissa fall ges på en för hög vårdnivå och minskar tillgängligheten till specialistvård, för dem som har direkt behov av sådan.

Inom sjukhusen finns exempel på samverkansinitiativ, som gynnar det akuta omhändertagandet av målgruppen, mellan bland annat ortopedi och geriatrik samt medicin och geriatrik i Jönköping. Bedömningen är dock att samverkan behöver utvecklas ytterligare.

Granskningen visar att de förändringar i organisationen, som gjordes i samband med att vårdvalet infördes, har inneburit begränsningar i samverkan mellan sjukhus och primärvård. Bedömningen är att det är angeläget att skapa nya former för samverkan mellan sjukhusen och primärvården.

Vår bedömning är att det, genom länsgemensamma och lokala forum, finns en ändamålsenlig styrning av samverkan med kommunerna. Samverkan är utvecklad på både organisatorisk nivå och på individnivå.

Vi konstaterar att det finns en länsövergripande överenskommelse mellan kommunerna och landstinget om rutiner för vårdplanering och informationsöverföring. Vår bedömning är att styrningen av vårdplaneringen och informationsöverföringen i huvudsak är ändamålsenlig – dels genom rutiner dels genom IT-stöd, som Meddix och gemensam journal mellan sjukhus och primärvård.

Vi vill dock lyfta fram att granskningen visar att det finns problem, som kan innebära risker för patienterna, vad gäller informationsöverföring kring läkemedel.

Granskningen visar att det hittills inte har funnits en helt ändamålsenlig styrning av läkemedelsfrågor för gruppen de mest sjuka äldre med många läkemedel. Viss utbildning har getts och vid vissa sjukhuskliniker används apotekare, som en resurs för läkemedelsgenomgångar på sjukhusen. Vår bedömning är dock att det genom den handlingsplan för äldre och läkemedel, som nu tagits fram, finns förutsättningar för en ändamålsenlig styrning, förutsatt att handlingsplanens åtgärder implementeras och genomförs.

Vi vill lyfta fram ett riskområde, som behöver åtgärdas omgående. Det gäller de i granskningen beskrivna bristerna i läkemedelslistorna, som innebär risk för felmedicinering och även mycket merarbete.

Vi har genom granskningen inte funnit att det finns någon övergripande styrning av rehabilitering. Granskningen visar dock att de mest sjuka äldre oftast får en rehabiliteringsbedömning och i vissa fall även rehabilitering på sjukhuset. Dock innebär korta vårdtider begränsningar för att en bra bedömning ska kunna göras på sjukhusen.

Granskningen visar att styrning av tillgång till kompetens om de mest sjuka äldre i huvudsak är ändamålsenlig, både på sjukhusen och i primärvården, genom tillgången till geriatrisk specialistvård och specialistteam. Kompetensutveckling kring de mest sjuka äldre har dock endast förekommit i begränsad omfattning. I handlingsplanen ”Äldre och läkemedel” finns ett uppdrag att skapa ett särskilt faktadokument för omhändertagandet av äldre multisjuka. Dokumentet är även angeläget, då det kan utgöra en grund för kompetensutveckling inom området.

Enligt granskningen saknas en mer samlad uppföljning avseende de mest sjuka äldre. En viss uppföljning av vården för äldre görs genom kvalitetsregistret Senior Alert. Därutöver är den uppföljning som finns mer diagnosrelaterad. Viss uppföljning är planerad inom ramen för handlingsplanen för äldre och läkemedel.

Vi rekommenderar

– att redovisade brister i läkemedelslistorna, som bland annat bedöms medföra en risk för felmedicinering, åtgärdas omgående

- att en vidareutveckling sker av sjukhusens organisation för akut omhändertagande av de mest sjuka äldre, i syfte att öka förutsättningarna för att göra en helhetsbedömning, som tillgodoser målgruppens behov
- att incitament skapas för att öka antalet akuta bedömningar via hembesök i primärvården
- att nya former för samverkan mellan sjukhus och primärvård utvecklas samt
- att rehabiliteringsbedömningen vidareutvecklas, så att behoven hos de mest sjuka äldre tillgodoses även vid korta vårdtider.

Granskning av semesterplaneringen

Syftet med granskningen är att bedöma om landstinget har en ändamålsenlig planering och uppföljning av verksamheten under de intensiva semesterperioderna.

Granskningen avgränsas till semesterplaneringens effekter ur ett patientperspektiv. Effekter ur ett arbetsmiljöperspektiv ingår inte. Granskningen avgränsas till sjukhusvården inom Högländets och Värnamo sjukvårdsområden.

Vi konstaterar att granskningen generellt sett ger en positiv bild av hur semesterplaneringen genomförs inom landstinget.

Vår övergripande bedömning är att de granskade förvaltningarna har en väl utvecklad planering för att bemanna verksamheten under semesterperioderna samt att det finns en beredskap för att vidta åtgärder under dessa perioder.

Granskningen visar dock att planeringen inte säkerställer att målen för tillgänglighet nås samt att utvärderingen inte är systematisk. För att landstingets planering och uppföljning fullt ut ska kunna bedömas som ändamålsenlig, anser vi att dessa områden behöver vidareutvecklas.

Semesterplaneringen bedöms inte innefatta att tillgänglighetsmålen säkras, exempelvis vad gäller vårdgarantin för den elektiva verksamheten. Granskningen visar att dessa väntetider ökar. Ingen systematisk uppföljning görs av tillgänglighet beträffande återbesök. Vad gäller den akuta vården finns, enligt granskningen, ingen större skillnad vad gäller tillgängligheten under sommarperioden jämfört med under övriga delen av året.

Semesterplaneringen görs på ett sådant sätt att patientsäkerheten är ungefär densamma under semesterperioderna, som under övriga delar av året. Noteras dock att antalet registrerade trycksår på Högländssjukhuset och antalet registrerade fall på Värnamo sjukhus ökade under delar av sommaren.

Vi konstaterar att beläggningen och överbeläggningen på vårdplatserna är densamma under sommaren som under resten av året. Noteras dock att beläggningen på Värnamo sjukhus är hög under hela året.

Vad gäller planering av verksamheten inför semesterperioderna så är det, enligt granskningen, dock inte behovet av sjukvård, som i första hand är styrande för tillgängligheten till den planerade verksamheten. Neddragningarna görs i första hand för att möjliggöra semesterledighet för ordinarie personal. Tillgången på vikarier avgör i sin tur hur stora neddragningarna blir.

Vår bedömning är att det, på de granskade sjukhusen, finns en väl utvecklad planeringsprocess för att rekrytera vikarier och för att bemanna verksamheten under semesterperioderna. Rekryteringen påbörjas i god tid och genomförs så att extraordinära åtgärder i stort sett inte har behövt vidtas. Positivt är att planeringen även görs förvaltningsövergripande, för att kunna använda gemensamma resurser effektivt.

Granskningen visar att verksamheterna inte gör avkall på kompetenskrav vad gäller olika yrkeskategorier. Planering görs så att verksamheten bemannas med erfaren personal tillsammans med vikarier. Granskningen visar dock att bemanningssituationen under sommaren är skör. Inga marginaler finns för sjukdom eller andra situationer, vilket gör att någon/några sjukskrivningar kan omintetgöra planeringen. Bedömningen är att systemet bygger på en lojal och plikttrogen personal, som är beredd att vid behov avbryta sin semester och förlägga sin föräldraledighet till annan tidpunkt under året.

Det finns system och rutiner för intern kontroll och att den uppföljning som görs av patientsäkerhet och tillgänglighet genomförs under hela året. Det finns även en organisation för att sjukhusövergripande följa upp bemanning och dimensionering av personalresurser. Granskningen visar dock att uppföljning och utvärdering av semesterplanering och verksamheten under sommarperiod kan utvecklas. Bedömningen är att det i nuläget saknas en systematik i uppföljningen samt att uppföljningen med fördel bör kunna standardiseras. Bedömningen är även att rapporteringen i nuläget snarare handlar om verksamhetens bedömning av verksamheten än om en systematisk genomgång av planering och genomförande.

Granskningen visar att det finns både organisation och system för att utvärdera semesterplaneringen och verksamheten under sommarperioden samt att förvaltningarna använder erfarenheterna från föregående år i den kommande planeringsprocessen.

Vi konstaterar att det finns en fungerande rapporteringskedja från verksamheten till planeringsdelegationen.

Vi rekommenderar

– att en vidareutveckling görs av semesterplaneringen, genom att en bedömning av om målen för tillgänglighet kan uppnås, ingår i förutsättningarna för planeringen

– att bedömningen av behovet av sjukvård i högre grad ingår och synliggörs i planeringen samt

– att uppföljningen och utvärderingen av verksamheten under semesterperioderna systematiseras.

Vi vill även lyfta fram vikten av att uppmärksamma den risk, som i nuläget finns på grund av sårbarheten i bemanningen under semesterperioderna, kombinerad med eventuella högre risker framöver, till följd av ökad konkurrens om personalresurser och eventuell annan medarbetarsyn på balansen mellan arbetsliv och privatliv.

Granskning av styrningen av vård på lika villkor, förstudie

Granskningen är en så kallad förstudie och kommer att ligga till grund för beslut om eventuella fördjupade granskningar inom området. Förstudien är avgränsad till landstingsövergripande nivå.

Den övergripande revisionsfrågan för granskningen är: ”Hur säkerställer landstingsstyrelsen, genom olika styrdokument och uppföljning, att vård ges på lika villkor till länets invånare?”

Vår sammanfattande bedömning är att landstingsstyrelsen genom styrdokument och uppföljning inte i tillräcklig utsträckning säkerställer att vård ges på lika villkor till länets invånare.

Vår bedömning är dock att det, genom en rad pågående arbeten, finns både vilja och förutsättningar för att vidareutveckla styrningen av och förutsättningarna för att vården ska ges på lika villkor till länets invånare. Ett exempel på detta är det arbete som påbörjats med hjälp av stimulansbidrag, där syftet är att skapa förutsättningar för att främja jämställd och jämlik vård och medborgarservice i landstingsfinansierad verksamhet.

Granskningen visar att begreppet jämlik vård används i landstinget, men att det definieras på olika sätt inom organisationen. Vår bedömning är att kommunikationen och styrningen skulle vinna på att landstinget tydligare definierar begreppet jämlik vård.

Styrningen och uppföljningen av jämlik vård sker i första hand genom landstingets budget och flerårsplan samt genom regelboken för vårdval, vilken styr resursfördelningen inom primärvården. Granskningen visar dock att

styrningen i första hand görs utifrån det som är enklast att mäta, till exempel kön och geografi. Vår bedömning är därför att verktyg och system behöver utvecklas för att ta fram fler bakgrundsvariabler, som är relaterade till begreppet jämlik vård.

Vi bedömer att det finns en styrning och uppföljning av jämlik vård, men att denna är otillräcklig och ofullständig då alla aspekter av begreppet inte beaktas.

Vi konstaterar att någon systematisk och samlad riskanalys av riskområden och riskgrupper inte har genomförts.

I granskningen görs bedömningen att kunskap finns, och bör finnas, i organisationen om hur vården kan ges till patienter med olika behov, så att alla ges en likvärdig vård. Likaså finns kunskap om vilka specifika riskgrupper, som det är angeläget att säkerställa en jämlik vård för. Vi delar bedömningen av att denna kunskap på ett systematiskt sätt bör tillvaratas.

Åtterrapporering sker till fullmäktige i årsredovisningen. Vi konstaterar dock att rapporteringen inte innehåller någon bedömning av om vården är jämlik. Uppföljning sker av kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård genom indikatorer i "Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet" och redovisas årligen till landstingsfullmäktige i särskilt ärende.

Vi rekommenderar

- att begreppet jämlik vård tydligare definieras

- att uppföljningen av att vården är jämlik utvecklas så att fler aspekter av begreppet beaktas

- att landstingsstyrelsen initierar en riskanalys, där den kunskap som finns i organisationen tillvaratas, för att öka förutsättningarna för en jämlik vård i länet.

Granskning av "Brand- och skalskydd inom landstingets sjukhus"

Syftet med granskningen är att bedöma om landstingsstyrelsens styrning och kontroll av brand- och skalskydd för landstingets sjukhus är ändamålsenlig och tillfredsställande.

Revisionsfrågan för granskningen är: Finns det inom landstinget en tydlig, formell och dokumenterad struktur, som lämnar förutsättningar för ett säkert och ändamålsenligt förebyggande arbete med brand- och skalskydd?

Granskningen har avgränsats till länssjukhuset Ryhov i Jönköping och Högländssjukhuset i Eksjö.

Vår övergripande bedömning är att granskningen visar att det delvis finns en tydlig, formell och dokumenterad struktur för det förebyggande arbetet med brand- och skalskydd.

Vår bedömning är även att Lagen om skydd mot olyckor, LSO, delvis har inarbetats i landstingets säkerhetsarbete.

Policys, regler, riktlinjer etcetera finns utarbetade på respektive sjukvårdsområde. På landstingsövergripande nivå finns däremot, enligt granskningen, inte något specifikt uttryckt beträffande LSO. Vi konstaterar dock att det i arbetsordningen för landstingsfullmäktige, under avsnittet ”Landstingsstyrelsens delegationsbestämmelser och ansvarsfördelning”, framgår att förvaltningschef har på förvaltningsnivå att ansvara för brandskydd och ansvar för att verksamheten bedrivs i enlighet med LSO. Bedömningen är även att den länsövergripande brandskyddsorganisationen, med bland annat brandskyddsrådet, arbetar enligt lagens intentioner.

Landstingsstyrelsens viljeinriktning generellt för risk- och säkerhetsarbete finns dokumenterad i landstingets Risk- och säkerhetspolicy från 2004. Något specifikt beträffande brandskyddsarbete uttrycks dock inte i denna policy. En dokumenterad viljeinriktning för brandskyddet finns däremot i styrdokumentet för respektive sjukvårdsområde.

Vi konstaterar att det inte finns någon landstingsövergripande funktion för brand- och skalskydd, vilket skiljer dessa två områden från övriga områden, som ingår i landstingets schematiska säkerhetshjul ”Det säkra landstinget”.

Granskningen visar att sjukvårdsdirektörerna inom de båda sjukvårdsområdena var för sig beslutat om formella och dokumenterade uppdrag/funktioner för det organisatoriska brandskyddsarbetet på respektive förvaltning.

Ansvarsförhållandena inom det byggnadstekniska brandskyddet, som Landstingsfastigheter ansvarar för, är dock inte dokumenterade för respektive sjukvårdsområde.

Oklarheter finns om vem som svarar för ordningen i Högländssjukhusets kulvertsystem.

Båda sjukvårdsområdena har, var för sig, tillsammans med landstingsfastigheter upprättat så kallade gränsdragningslistor, där ansvaret mellan fastighetsägare och hyresgäst klargörs vad gäller brandskyddstekniska anordningar och organisatoriskt brandskydd.

Respektive sjukvårdsområde har utformat egna strukturerade checklistor för egenkontroll inom verksamheterna, vilket innebär att det finns en systematisk och dokumenterad plan för kontroll av det tekniska och organisatoriska brandskyddet

samt för skalskyddet. Några landstingsgemensamma checklistor finns inte. Inom Jönköpings sjukvårdsområde genomförs även interna brandskyddsinspektioner.

Utbildning av all personal i systematiskt brandskyddsarbete sker kontinuerligt inom båda förvaltningarna.

Landstingets politiska ledning ska, enligt landstingets Risk- och säkerhetspolicy, följa upp det allmänna risk- och säkerhetsarbetet. Vår bedömning är att det saknas en tillfredsställande åiterrapportering av brand- och skalskyddsarbetet till landstingsstyrelsen och att styrelsen härvidlag inte har en tillräcklig intern kontroll.

Bedömning grundar sig på att granskningen visar att styrelsen, under åren 2009 fram till granskningstillfället hösten 2011, inte vare sig fått eller krävt någon information om arbetet med och organisationen för det systematiska brand- och skalskyddsarbetet inom landstinget. Detta gäller även tekniska delegationen. Vår bedömning är att denna information är en grundläggande förutsättning för att styrelsen ska kunna styra, kontrollera och följa upp dessa områden.

Vi vill även lyfta fram att, det enligt granskningen, finns en kraftig underrapportering av brandtillbud i Synergi, landstingets system för avvikelshantering, inom Jönköpings sjukvårdsområde.

Vi rekommenderar

- att landstingsstyrelsens interna kontroll av brand- och skalskydd förbättras och systematiseras
- att det landstingsövergripande ansvaret för brand- och skalskydd förstärks och tydliggörs, så att dessa områden överensstämmer eller närmar sig styrningen inom övriga områden, som ingår i landstingets schematiska säkerhetshjul ”Det säkra landstinget”
- att en rapporteringen av landstingets säkerhetsarbete görs i landstingets årsredovisning och/eller delårsrapporter
- att en uppdatering görs av landstingets gemensamma Risk- och säkerhetspolicy, daterad 2004 samt
- att kontroll görs av att rapportering av brandtillbud och andra tillbud görs i avvikelssystemet Synergi.

Granskning av föreningsbidrag

Syftet med granskningen är att bedöma om landstingsstyrelsen har en tillräcklig intern kontroll vad gäller fördelningen av bidrag.

Granskningen har avgränsats till de fördelningar av bidrag som görs under regionala utvecklingsdelegationen år 2011. Granskningen omfattar även den organisation som tilldelats störst bidrag inom folkhälsoområdet under år 2011, det vill säga Smålands Idrottsförbund.

Vår sammanfattande bedömning är att den interna kontrollen vad gäller fördelning av bidrag till organisationer bör utvecklas.

Vår bedömning är att det finns en tydlig ansvarsfördelning mellan aktörerna inom landstingsstyrelsen. Granskningen visar dock att informationen på landstingets webbplats om vem som fördelar bidrag inom landstinget inte överensstämmer med det som framkommer i ”Policy och riktlinjer för Landstingets bidragsgivning”.

Bedömning är även att det finns en tydlig ansvarsfördelning för fördelning av bidrag inom Regional utveckling samt Folkhälsa och sjukvård.

Vår bedömning är att regelsystemet för den fördelning av organisationsbidrag, som görs av Regional utveckling är ändamålsenlig.

Beträffande verksamhetsbidragen finns tydliga regler vad gäller studiedistriktet. Däremot är bedömningen att det saknas ett ändamålsenligt regelsystem vad gäller fördelning av bidrag till de politiska ungdomsorganisationerna och övriga ungdomsorganisationer. Vid de stickprov som genomförts har det inte gått att följa vad fördelningen av bidragen grundar sig på. Brist på regelsystem bedöms bland annat innebära en risk för godtycklighet i bidragsgivningen.

Regelsystemet beträffande utbetalningar till Smålands Idrottsförbund bedöms som ändamålsenligt.

Vår bedömning är att handläggningsrutinerna inte fullt ut lever upp till kraven på god intern kontroll, då underlag som ska bifogas till ansökningarna delvis saknas.

Bedömningen är att utbetalningsrutinerna i Elektra uppfyller kravet på god intern kontroll. Däremot har utbetalningar gjorts trots att allt underlag inte bifogats ansökan.

Vår bedömning är att det inte görs en tillräcklig uppföljning av de organisationer som får bidrag. Utöver de kontroller som genomförts gentemot Smålands Idrottsförbund, görs inte några kontroller i enlighet med policyn. Därmed finns inte underlag som säkerställer att organisationerna uppfyller alla grundkrav för bidragsgivning. När granskningen genomfördes saknades dokumentation av stadgar och firmatecknaren för samtliga granskade organisationer.

Vi rekommenderar

– att en översyn görs av den information som finns på webbplatsen om vem som fördelar bidrag, så att den överstämmer med vad som framgår i ”Policy och riktlinjer för Landstingets bidragsgivning”

– att den interna kontrollen utvecklas vad gäller fördelning av bidrag till organisationer dels genom att tydliggöra regler och kriterier för fördelning av bidrag till de politiska ungdomsorganisationerna och övriga ungdomsorganisationer dels genom en utvecklad uppföljning av bidragsgivningen.

Granskning av styrning och uppföljning av köptrohet gentemot ramavtal
Syftet med granskningen är att bedöma om landstingsstyrelsen säkerställer och verifierar att det finns en styrning och uppföljning av köptroheten gentemot landstingets tecknade avtal.

Granskningen avser samtliga inköp av varor och tjänster under de första 10 månaderna 2011. När det gäller köptrohet har en avgränsning gjorts till de 15 mest omfattande produktområdena.

I landstingets budget för år 2011 framgår att målet för budgetåret är att 85 % av alla inköp ska göras utifrån av landstinget tecknade avtal. Vi konstaterar därmed att en tydlig styrning finns av förväntningarna på köptroheten gentemot landstingets tecknade avtal.

Vår bedömning är att landstingsstyrelsen följer upp och därmed verifierar graden av köptrohet gentemot ramavtal, genom den redovisning som gjorts i delårsbokslut och som även ska göras i årsredovisningen. Granskningen visar även att verksamheterna har tillgång till specialanpassade uppföljningssystem.

Vi konstaterar att landstingets mål, att 85 % av alla inköp ska göras enligt avtal, uppnås enligt den redovisning som görs i delårsrapporten per sista augusti 2011.

Vår bedömning är, utifrån granskningens resultat, att köptroheten gentemot ramavtal är hög inom flertalet av de femton mest omfattande produktområden. Vår bedömning är dock att köptroheten gentemot ramavtal för upphandlingar av livsmedel och resebyråttjänster kan förbättras. Köptroheten inom dessa områden ligger under 85 %.

Beträffande upphandlingen av läkarkonsulttjänster konstaterar vi att det i samband med granskningen framkommit att landstinget fortsatt köpa upp tjänster av tidigare ramavtalsleverantörer, trots att dessa avtal saknas/löpt ut. Detta på grund av att ny ramavtalsleverantör inte klarade åtagandet. Vi understryker vikten av att prioritera upphandlingen av läkarkonsulttjänster så att dessa upphandlingar genomförs avtalsenligt.

Vi rekommenderar

- att åtgärder vidtas för att förbättra köptroheten gentemot ramavtal för upphandling av livsmedel och resebyråttjänster samt

- att upphandlingen av läkarkonsulttjänster prioriteras, så att dessa upphandlingar snarast genomförs avtalsenligt.

Löpande granskning av redovisning och administrativa system –
Lönehantering

Syftet med granskningen är att bedöma om landstingsstyrelsen har tillräcklig kontroll när det gäller lönehanteringen. I granskningen ingår även uppföljning av

en rad granskningar som tidigare gjorts, 2001 och framåt, inom detta område. Granskningen omfattar alla förvaltningar.

Vår övergripande bedömning är att granskningen visar att landstingsstyrelsen har en tillräcklig kontroll avseende lönehanteringen.

Vi konstaterar att landstingsstyrelsen, efter revisorernas tidigare granskning, har tagit fram en beskrivning av den landstingsövergripande löneprocessen. Det finns även regler om attestering av löneunderlag samt tydliga regler för jour- och beredskap. Granskningen visar dock att det på de besökta enheterna saknades förteckningar över anställda med attesträtt, vad gäller jour- och beredskap, närvaro och frånvaro samt övriga uppgifter för löneberäkning. Det förekommer fortfarande olika typer av schabloniserade jourersättningar.

Läkarnas komptidsskuld uppgick per den sista augusti 2011 till 60 miljoner kronor exklusive arbetsgivaravgifter. Övrig komptidsskulder var vid samma tillfälle ca 25 miljoner kronor exklusive arbetsgivaravgifter. Granskningen visar att det saknas landstingsövergripande regelverk för läkares komptidsskulder och att reglerna för läkarnas komptider varierar något mellan sjukvårdområdena.

Reglerna för flexetid finns tydligt beskrivna i regelverk. Granskningen visar dock att det fortfarande finns vissa olikheter när det gäller tillämpningen av flexetid och övertid.

De stickprov som gjorts visar att fasta data i lönesystemet är korrekt registrerade och att bra rutiner finns för detta.

Vi rekommenderar

- att landstingsstyrelsen tar fram ett ramverk för läkarnas komptidsskulder

- att det i samtliga funktioner som hanterar löner tas fram förteckningar över vilka anställda som har attesträtt samt vad attesträdden omfattar. Detta för att förhindra att löneunderlag attesteras av obehöriga

- att landstingsstyrelsen tillser att reglerna för flexetid och övertid följs och hanteras på likartat sätt på förvaltningarna.

Delårsrapport, årsbokslut och årsredovisning

Delårsrapport 2:2011

Syftet med granskningen av delårsrapporten är dels att ge ett underlag för bedömningen av om delårsrapporten är upprättad i enlighet med lagens krav och god redovisningssed samt om resultatet är förenligt med de mål som landstingsfullmäktige beslutat. Vi har även lämnat en skriftlig bedömning till Landstingsfullmäktige av om resultatet i delårsrapporten är förenligt med de mål fullmäktige beslutat.

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

Vi bedömer att delårsrapporten avseende pensioner inte är upprättad enligt Lag om kommunal redovisning. Fullfonderingsmodellen tillämpas i stället för blandmodellen, som lagen kräver. Motiveringen till avvikelsen framgår i delårsrapporten. Resultat och ekonomisk ställning om blandmodellen istället hade tillämpas framgår inte i delårsrapporten.

Jämförelsetal saknas i balansräkningen. Motiv till denna avvikelse från Lag om kommunal redovisning saknas.

Landstinget har i budgeten för år 2010 beslutat att periodisera/snitta de finansiella kostnaderna för pensionerna på tre år. Vår bedömning är att förfaringsättet avviker från vad som är god redovisningssed.

Vi bedömer dock att resultatet för delårsperioden, 297 miljoner kronor, i allt väsentligt är rättvisande, utifrån de redovisningsprinciper som Landstinget i Jönköping tillämpar för pensionerna.

Vi bedömer även att de föreskrifter och anvisningar som finns ger förutsättningar för att delårsrapporten ska uppfylla de krav som Lag om kommunal redovisning ställer, med undantag för pensionsredovisningen.

Landstingsfullmäktige har fastställt tre finansiella mål i budget 2011. I delårsrapporten görs en avstämning mot två av dessa. Delårsrapporten visar att landstingets finansiella resultatmål på minst 2 % av skatter och statsbidrag beräknas uppnås för år 2011, då prognosen beräknas till 2,9 %. Målet om egenfinansiering av investeringar har enligt delårsrapporten uppnåtts till 98,9%. Vi delar landstingsledningens bedömning av att dessa mål därmed bör kunna uppnås under året.

Resultatet för perioden är positivt och prognosen för helåret pekar mot ett överskott på 235 miljoner kronor. Resultatet enligt blandmodellen framgår inte i delårsrapporten. Prognostiserat överskott enligt blandmodellen uppgår, enligt uppgift, till 227 miljoner kronor, vilket innebär att balanskravet kommer att uppfyllas.

Vår bedömning är att landstingets redovisning av måluppfyllelsen för angivna systemmätetal görs på ett strukturerat och pedagogiskt sätt samt att den avstämning som görs av verksamhetsmålen per augusti 2011 är realistisk. Vi konstaterar samtidigt att ett tjugotal mål/systemmätetal inte avrapporteras i delårsrapporten utan enbart i årsredovisningen.

Två tredjedelar av redovisade verksamhetsmål är uppfyllda eller delvis uppfyllda, vilket indikerar att verksamhetsstyrningen är verkningsfull. Revisorerna

konstaterar samtidigt att närmare en tredjedel av målen inte uppnås. Måluppfyllelsen ligger därmed ungefärligen på samma nivå som i delårsrapport 2010:2 och i årsredovisningen för år 2010. Någon bedömning av om verksamhetsmålen kommer att uppnås för år 2011 görs inte av landstingsledningen i delårsrapporten.

I landstingsstyrelsen yttrande över revisorernas granskning och bedömning av årsredovisningen för år 2010 framkom att målen inom flera områden är högt satta och att det därför inte är självklart att dessa mål kan uppnås inom verksamhetsåret samt att det i budget för år 2012 ska tydliggöras om mål är långsiktigt eller ska uppnås under verksamhetsåret.

Vår övergripande bedömning är att måluppfyllelsen för närvarande inte fullt ut är förenlig med de mål fullmäktige beslutat om.

Vår bedömning är dock att det är mycket tveksamt om ett återkommande resultat motsvarande den redovisade graden av måluppfyllelse, av de av landstingsfullmäktige fastställda målen, fortsättningsvis kan bedömas vara god ekonomisk hushållning. Vi understryker därmed vikten av att landstingsstyrelsen prioriterar det fortsatta målarbetet.

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). Vi gjorde samma konstaterande vid granskning av delårsrapport 2:2010.

Granskningen visar att förvaltningsberättelsen är strukturerad och följer de direktiv som landstingsfullmäktige beslutat om i budgeten. Vi konstaterar att en samlad driftredovisning nu har tagits fram och ingår i delårsrapporten.

Granskningen visar att förvaltningsberättelsen uppfyller lagens krav på innehåll. En utvecklingspotential bedöms dock finnas vad avser beskrivningen av exempelvis omvärld, rapportering av sjukskrivning och redovisning av pensionsmedelsförvaltning.

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

Årsbokslut och årsredovisning 2011

Revisorernas uppgift är bland annat att pröva om räkenskaperna är rättvisande, vari ingår att bedöma om årsredovisningen är upprättad i enlighet med lag om kommunal redovisning. Vidare ska revisorerna, enligt kommunallagen, bedöma om resultatet i årsbokslutet är förenligt med de mål fullmäktige beslutat om.

Vår övergripande bedömning är att årsredovisningen i allt väsentligt
- redogör för utfallet av verksamheten, verksamhetens finansiering och ekonomiska ställning samt

- uppfyller kraven på rättvisande räkenskaper och är upprättad enligt god redovisningssed. Bedömningen grundar sig på att årsredovisningen omfattar ett sifferbokslut, som uppfyller kraven i lagen om kommunal redovisning, det vill säga ett bokslut utifrån *blandmodellen*.

Vi bedömer sammanfattningsvis även

- att räkenskaperna enligt *fullfonderingsmodellen* inte uppfyller lagen om kommunal redovisning vad avser redovisningen av pensionerna

- att bokföringen av ett genomsnitt för tre år, avseende basbeloppseffekt och så kallad bromseffekt för pensionerna samt bokföringen av RIPS-effekten, inte överensstämmer med god redovisningssed

- att landstingets ekonomiska situation är god och att landstinget lever upp till kommunallagens krav på en ekonomi i balans och ligger väl till i jämförelser med andra landstings finansiella situation

- att resultaten beträffande målen och systemmätetalen för verksamheten, utifrån rapporteringen i årsredovisningen, inte fullt ut är förenliga med de mål landstingsfullmäktige beslutat om. En positiv utveckling är att ett bättre resultat redovisas för drygt 50 % av målen, i jämförelse med resultatet för år 2010.

Vi konstaterar att de av fullmäktige beslutade finansiella målen uppnås.

Vår bedömning är att förvaltningsberättelsens översikt och upplysningar i all väsentlighet överensstämmer med kraven i lag om kommunal redovisning, KRL. Analysen av årets resultat och den ekonomiska ställningen i årsredovisningen bedöms i allt väsentligt ge en rättvisande bild av landstingets ekonomi och dess utveckling.

Vi konstaterar att granskningen visar att den obligatoriska redovisningen av sjukfrånvaron förbättrats sedan årsredovisning 2010 och nu görs i enlighet med lag om kommunal redovisning, innebärande att sjukfrånvaron specificeras på lång- och korttidsfrånvaro, män och kvinnor samt är åldersindelad.

Av granskningsrapporten framgår områden där förbättringar bedöms kunna göras till exempel vad gäller förväntad utveckling/framtidsutsikter.

Vi konstaterar att de av fullmäktige beslutade finansiella målen uppnås. Att målet om en resultatnivå på 2,0 % av skatter och statsbidrag uppnås beror dock, enligt granskningen, på att de ökade kostnaderna på grund av sänkt diskonteringsränta inte redovisas över resultaträkningen.

Beträffande verksamhetsmålen är vår bedömning att redovisningen av måluppfyllelsen för angivna systemmätetal sker på ett strukturerat och pedagogiskt sätt.

Enligt årsredovisningen är 82 % av målen helt eller delvis uppfyllda, vilket vi bedömer indikerar att verksamhetsstyrningen är verkningsfull. Vi konstaterar samtidigt att endast 52 % av målen uppnås samt att 18 % inte uppnås. Vår bedömning är därför att måluppfyllelsen inte fullt ut är förenlig med de mål om god ekonomisk hushållning, som fullmäktige beslutat om.

En positiv utveckling är att ett bättre resultat redovisas för drygt 50 % av målen, i jämförelse med resultatet för år 2010. Positivt är även att måluppfyllelsen för de övergripande strategiska målen nu redovisas. Vi har dock inte, med hjälp av denna redovisning, kunnat bedöma graden av måluppfyllelse beträffande de strategiska målen.

Vi konstaterar att det förekommer systemmätetal vars resultat inte kan bedömas eller fullt ut värderas samt vars gränsvärden inte är definierade.

Målen, inom hälso- och sjukvården samt tandvården, att nettokostnaderna per verksamhetsområde inte ska överstiga budget, uppnås inte. Vi understryker därför vikten av att landstingsstyrelsen vidtar åtgärder, så att nettokostnaden per verksamhetsområde inom dessa förvaltningar, i enlighet med de av fullmäktige fastställda målen, inte överstiger budget.

Vi rekommenderar

- att fortsätta åtgärder vidtas för att ytterligare förbättra måluppfyllelsen
- att resultatredovisningen utvecklas, så att samtliga systemmätetal ges gränsvärden och tydligt kan bedömas/värderas per verksamhetsår
- att en tydligare redovisning görs av de mål som ska uppnås senare än det år årsredovisningen avser
- att det av årsredovisningen framgår om det finns handlingsplaner för de mål som inte uppnås
- att en vidareutveckling sker av beskrivningen av måluppfyllelsen av de övergripande strategiska målen, i syfte att dessa tydligare ska kunna utvärderas.

Vi konstaterar att balanskravet har uppfyllts.

Vår bedömning är att resultaträkningen, som redovisar pensionerna enligt *blandmodellen*, i allt väsentligt uppfyller kraven i lag om kommunal redovisning och i övrigt är upprättad i enlighet med god redovisningssed.

Bedömningen är att resultaträkningen, som visar *fullfonderingsmodellen*, avviker från lag 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. Granskningen visar att RIPS-effekten inte resultatförts utan bokförts direkt mot eget kapital, vilket inte bedöms överensstämma med god redovisningssed.

Vi bedömer att balansräkningen, som är upprättad enligt *blandmodellen*, i allt väsentligt ger en rättvisande bild av tillgångar, avsättningar, skulder och eget kapital.

Vår bedömning är däremot att balansräkningen, som är upprättad enligt *fullfonderingsmodellen*, avviker från lag om kommunal redovisning och god redovisningssed med avseende på redovisningen av pensionerna, inklusive hanteringen (snittningen) av basbeloppseffekt och bromseffekt. Bedömningen är även att bokföringen av RIPS-effekten inte överensstämmer med god redovisningssed.

Beträffande fordringar konstaterar vi att granskningen visar att folktandvården under året genomfört omfattande åtgärder för att utreda differenser mellan vissa konton och försystemen och att avstämningsmodeller nu finns, med undantag för två konton.

Projektavstämning avseende kulturhuset Spira

Syftet med granskningen är att kontrollera om projektets kostnader följer projektbudget och redovisning.

Revisionsfrågan som ska besvaras i granskningen är: ”Finns det en ändamålsenlig löpande projektavstämning, som är avstämd mot anbudet och bokföringen?”

Vår övergripande bedömning är Landstingsfastigheter, enligt granskningen, har en ändamålsenlig projektavstämning mot projektbudget och redovisning.

Bedömningen grundar sig på att granskningen visar

- att det finns en checklista för byggprocessens alla skeden, där den interna kontrollen är specificerad
- kontrollen av lyft enligt betalningsplan och tilläggfakturor sker löpande i projektavstämningen samt
- att uppföljning av att handläggarna följer rutinerna för projektredovisning görs vid månatliga styrgruppsmöten.

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.

Granskning av Regionsjukvårdsnämnden i Sydöstra sjukvårdsregionen

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 samt haft två träffar med regionsjukvårdsnämndens presidium.

Granskningens inriktning

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

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