

Till  
Regionfullmäktige i Västra Götalandsregionen

Revisionsberättelse för styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset år 2017

Vi, av fullmäktige utsedda revisorer har granskat styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhusets verksamhet under år 2017.

Styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset ansvarar för att verksamheten bedrivs enligt gällande mål, beslut och riktlinjer samt de föreskrifter som gäller för verksamheten. Den ansvarar också för att det finns en tillräcklig intern kontroll och återredovisning till fullmäktige.

Revisorernas ansvar är att granska verksamhet, intern kontroll och räkenskaper samt att pröva om verksamheten bedrivits enligt fullmäktiges uppdrag och mål samt de föreskrifter som gäller för verksamheten.

Granskningen har utförts enligt kommunallagen, god revisionssed i kommunal verksamhet och regionens reglemente för revisorskollegiet. Granskningen har genomförts med den inriktning och omfattning som behövs för att ge rimlig grund för bedömning och ansvarsprövning. Vår samlade kommentar och bedömning från granskningen under året samt omfattningen av granskningen framgår av revisionens årspromemoria, som fogats till revisionsberättelsen för regionstyrelsen.

Utifrån vad som framkommit i årets granskning av styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset bedömer revisorskollegiet att verksamheten inte i tillräcklig omfattning bedrivits ändamålsenligt, med god ekonomisk hushållning, rättvisande räkenskaper och med en tillräcklig intern kontroll under verksamhetsåret 2017

Vi revisorer ger styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset en anmärkning av följande anledningar;

- Styrelsen har haft bristande system för styrning, ledning, uppföljning och kontroll för att säkerställa en verksamhet och ekonomi i balans för verksamhetsåret 2017.
- Styrelsen har inte styrt i tillräcklig omfattning, för att möta den ekonomiska utvecklingen under året.
- Styrelsen har inte säkerställt en ändamålsenlig styrning, ledning, uppföljning och kontroll av de åtgärder som beslutats för att säkerställa en verksamhet och ekonomi i balans för verksamhetsåret 2017
- Styrelsen har fattat otillräckliga beslut om åtgärder och inte agerat i tid för beslut om ytterligare åtgärder ställt mot den löpande resultatutvecklingen under året.
- Årets resultat avviker kraftigt från den resultatprognos som lämnats i samband med delårsrapport för augusti, vilket försvårat för regionfullmäktige att styra och leda regionen.

Vi riktar vår anmärkning mot styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset på följande grunder:

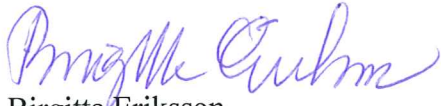
- Bristande måluppfyllelse – i och med att styrelsen inte fattat tillräckligt omfattande beslut för att möjliggöra uppfyllelse av regionfullmäktiges mål om en verksamhet och ekonomi i balans under verksamhetsåret 2017, där årets resultat blev ett underskott om 326 mnkr samtidigt som verksamhetsmålen inte nås i tillräcklig omfattning.
- Bristande styrning, ledning, uppföljning och kontroll - i och med att styrelsen inte använt sig av styrsystemet i tillräcklig omfattning för att i tid kunna agera för att möta den ekonomiska utvecklingen under året.

Dessa brister innebär att styrelsen inte uppfyllt kraven enligt kommunallagen 6 kap.7 § för verksamhetsåret 2017.

Vi har vid granskningen av styrelsens redovisning funnit att den fyller kraven enligt den kommunala redovisningslagen.

Vi tillstyrker att ansvarsfrihet beviljas för styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset och dess enskilda ledamöter.

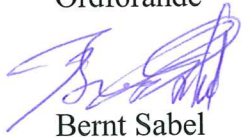
Vänersborg den 14 mars 2018



Birgitta Eriksson  
Ordförande




Ulf Sjösten  
Vice ordförande



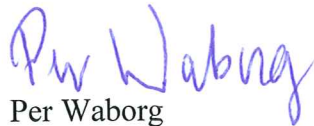
Bernt Sabel



Ulla Göthager



Krister Stensson



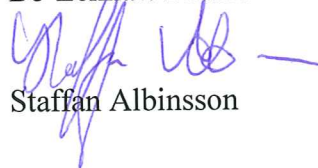
Per Waborg



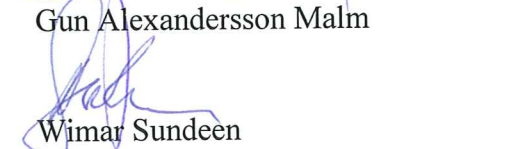
Bo-Lennart Bäcklund



Gun Alexandersson Malm



Staffan Albinsson



Wimar Sundeen



Marie Engström Rosengren

# Årsrapport 2017

## Styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Diarienummer REV 2017-00065

Behandlad av revisorskollegiet den 14 mars 2018

## INNEHÅLL

1	Årets granskning .....	1
2	Nämndens/styrelsens ansvar .....	1
3	Resultatet av revisorernas granskning .....	2
3.1	Styrelsens utformning av styrning, uppföljning och kontroller .....	2
3.1.1	Granskning 1 System för intern kontroll .....	2
3.1.2	Granskning 2 Granskning av införandet av ny inköspolicy 2017 Dnr: REV 2017-00099.....	3
3.1.3	Granskning 3 Styrelsens utformning av styr- och uppföljningssystem.....	4
3.2	Styrelsens genomförande av styrning, uppföljning och kontroller .....	5
3.2.1	Granskning 1 Sjukhusets målstyrning .....	5
3.2.2	Granskning 2 Styrelsens arbete med budget och prognos .....	6
3.2.3	Granskning 3 Vård på lika villkor REV 2016-00148 .....	6
3.2.4	Granskning jämlik vård - Jämlik cancervård – uppföljning granskningar REV 2017-00172 .....	8
3.3	Styrelsens resultat och effektivitet.....	9
3.3.1	Granskning Tillgänglighet.....	9
3.3.2	Granskning Styrelsens resultat -budgetprocessen .....	10
3.4	Styrelsens räkenskaper .....	10
4	Revisorernas sammanfattande bedömning .....	12

## 1 Årets granskning

I den årliga revisionen prövas om verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt, om räkenskaperna är rättvisande samt om den interna styrningen och kontrollen är tillräcklig.

Revisionen har utförts enligt kommunallagen och enligt god revisionsledning för kommunal verksamhet. Revisionen har vidare genomförts med grund i de styrande dokument för revisorskollegiet samt revisionsenheten som anger preciserade anvisningar för granskningens genomförande och bedömningar. Det omfattar revisorskollegiets ramplanering där regionövergripande risker identifierats och prioriterats. Det omfattar även revisorskollegiets riktlinjer samt revisionsenhetens riktlinjer och rutiner.

Revisionen har utifrån de styrande dokumenten upprättat en granskningsplan avseende styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset där de mest väsentliga riskerna identifierats och prioriterats. Granskningsplanen har stämts av med utsedd kontaktrevisor i revisorskollegiet Ulf Sjösten och beslutats av revisionsdirektören. Granskningen har genomförts av Marianne Förars. Därtill har räkenskaperna granskats av PwC. Granskningens sammantagna resultat utifrån granskningsplanen presenteras kortfattat i denna rapport. I bilaga 1 anges de rapporter och de underlag som ligger till grund för redogörelsen.

Sjukhusledningen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset har beretts tillfälle att faktagranska rapportens innehåll.

## 2 Nämndens/styrelsens ansvar

Styrelsen granskas och bedöms utifrån det samlade ansvar som följer av fullmäktiges mål, beslut och riktlinjer samt gällande lagstiftning och föreskrifter.

Enligt reglementet ska styrelsen bland annat verkställa de uppdrag som årligen överenskommes med hälso- och sjukvårdsnämnderna samt bedriva den hälso- och sjukvård som åligger verksamheten enligt lag och enligt av regionen ingångna avtal.

I vårdöverenskommelsen definieras 2017 års inriktning, volymer och ersättning avseende vård vid SU för invånare i Västra Götalandsregionen. Överenskommelsen beskriver sjukhusets uppdrag, förändringar i förhållande till föregående år, samt uppföljning av verksamheten.

Vårdöverenskommelsen (VÖK) med hälso- och sjukvårdsnämnd omfattar akutsjukvård, imperativ vård och planerad vård. Vården ska ges med högsta möjliga medicinska säkerhet och kvalitet grundad på evidens samt följa regionala prioriteringar. Vården ska vara likvärdig och patientanpassad där diagnostisering och behandling ska ske på jämlika villkor. Inom ramen för uppdraget ska utföraren samverka med andra vårdgivare, kommuner och myndigheter. I vårdöverenskommelsen anges också att sjukhuset ska arbeta systematiskt med hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärder och integrera dessa i hälso- och sjukvården. VÖKen omfattar också forskning, utveckling och undervisning (FoUU) samt uppdrag som sista utpost i regionens hälso- och sjukvård. FoUU samt sista utpost finansieras av HSS. Därutöver har SU uppdrag ge vård till invånare i Halland enligt samverkansavtal, rikssjukvård till invånare i Sverige samt öppen vård till invånare i övriga landet som väljer att söka vård på SU.

En särskild uppdragshandling fastställs årligen av styrelsen som redovisar fördelning av uppdrag till respektive område utifrån vårdöverenskommelsen. Dessutom fastställs en SU intern uppföljningsplan för att följa upp överenskommelsen.

I detaljbudget och verksamhetsplan för SU 2017 anges RFs mål

- den psykiska ohälsan ska minska och omhändertagande av personer med psykisk sjukdom ska förbättras
- patientens ställning inom hälso- och sjukvården ska stärkas
- den medicinska kvaliteten ska öka och den organisatoriska effektiviteten förbättras
- möjligheterna till karriär- och kompetensutveckling ska förbättras
- arbetsmiljön ska förbättras och sjukfrånvaron ska minska.

SU långsiktiga mål och utvecklingsplan anges i detaljbudget och verksamhetsplan fastställd av styrelsen för 2017

- Vi har akutsjukvård i toppklass
- Vi skapar värde för patienten
- Vi är landets ledande universitetssjukhus

### **3 Resultatet av revisorernas granskning**

Revisorernas granskning utgår från att nämnden/styrelsen ska utforma styrning, uppföljning och kontroller utifrån nämndens/styrelsens ansvar. Nämnd/styrelse ska också se till att styrningen, uppföljningen och kontrollerna efterlevs i verksamheten. Det i sin tur ska leda till att styrelsen lever upp till fullmäktiges mål, beslut och riktlinjer samt gällande lagstiftning och föreskrifter inom ramen för tillgängliga resurser. Vidare ska styrelsens räkenskaper vara rättvisande. Det innebär sammantaget att styrelsen har tagit sitt ansvar.

#### **3.1 Styrelsens utformning av styrning, uppföljning och kontroller**

Styrelse har utformat ett tillfredställande styr- och uppföljningssystem som innebär att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de föreskrifter som gäller för verksamheten. En förutsättning är att styrelsen har brutit ned mål och preciserat styrsignaler från fullmäktige med flera. Styrelse har vidare formaliserat detta i beslut i god tid för genomförande och utvecklat en tydlig och tillräcklig styrning och uppföljning som väl avspeglar styrelsens ansvar. När förutsättningar saknas för att utforma ett tillfredställande system så har styrelsen uppmärksammat fullmäktige på detta.

Styrelsen ska vidare ha utformat ett system för den interna kontrollen som i tillräcklig utsträckning förebygger, upptäcker och åtgärdar eventuella brister i styrelsens styrning och uppföljning genom att upprätta arbetssätt och organisation för den interna kontrollen. Styrelsen ska vidare ha utformat tillräckliga och dokumenterade kontroller utifrån en risk- och väsentlighetsanalys baserat på ett helhetsperspektiv på styrelsens styrning och uppföljning.

Utifrån granskningsplan identifierades och prioriterades särskilt system för intern kontroll och styrelsens styr- och uppföljningssystem.

##### **3.1.1 Granskning 1 System för intern kontroll**

Har styrelsen utformat och fattat beslut om system för intern kontroll? Har styrelsen säkerställt att uppföljning görs enligt beslutad internkontrollplan?

## **lakttagelser**

Styrelsen har beslutat om plan för intern kontroll. Planen bygger på genomförd riskanalys den pekar ut ansvar samt ger riktlinjer för uppföljning. I internkontrollplanen anges att *uppföljning av styrelsens plan för intern styrning och kontroll sker huvudsakligen löpande, som en integrerad del av den operativa verksamheten. Styrelsen gör en övergripande kontroll av följsamhet till planen i samband med delårsrapport mars. En mer fördjupad kontroll sker i samband med beredning av ny plan för nästkommande år, då med fokus på särskilda riskområden (vilka identifierats i samband med styrelsens övergripande kontroll). Styrelsen kan på förekommen anledning besluta om kompletterande kontroll eller fördjupad granskning avseende följsamhet till fastställd plan.* I återrapportering under året anges att löpande uppföljning bör ersättas av mer precis angivelse för uppföljning. Styrelsen har behandlat ärenden om internkontroll under året vid ett flertal styrelsemöten<sup>1</sup> samt därutöver vid varje styrelsesammanträde följt upp delegeringsärenden som anmälts till styrelsen. Avvikelse följs upp och redovisas enligt särskild rutin på områdes- och sjukhusledningsnivå. Sammanställd månatlig avvikelserapport redovisas som beslutsärende i styrelsen.

I regionstyrelsens uppföljning av nämnders/styrelsers arbete med intern kontroll anges att det inte är tillräckligt specificerat med löpande kontroller. Detta påpekande har uppmärksamats av styrelsen för SU inför förnyad riskanalys.

## **Bedömning**

Styrelsen har utformat system och fattat beslut om intern kontroll. Styrelsen har beslutat om övergripande avrapportering i mars och fördjupad kontroll i samband med riskanalys under hösten. Då ansvaret lagts på förvaltning att genomföra plan och på samma förvaltning att ansvara för beredning av ärendet inför därpå följande år förlitar sig styrelsen på förvaltningens goda arbete. Det finns en tydlig delegation till sjukhusdirektör, men i styrelsens ansvar ligger att upptäcka och åtgärda eventuella brister i styrelsens styrning och uppföljning. Oklart om styrelsen aktivt efterfrågar resultat av de i internkontrollplanen benämnda löpande kontrollerna.

## **Rekommendationer**

- *Styrelsen för SU rekommenderas att fortsatt utveckla arbetet med internkontroll*

### **3.1.2 Granskning 2 Granskning av införandet av ny inköspolicy 2017 Dnr: REV 2017-00099**

Regionfullmäktige beslutade 2016-10-11 om en ny Policy för inköp för Västra Götalandsregionen. Som komplement till policyn har riktlinjer beslutats 2016-09-27 av Regionstyrelsen. Policyn har en giltighetstid från 2017-01-01 till 2021-12-31 och ersätter den tidigare rutinen "Inköspolicy".

Under implementeringsåret koncentrerades införandet inledningsvis till VGR:s största verksamhet, Sahlgrenska universitetssjukhuset (SU). Att lyckas med SU bedömdes som en framgångsfaktor för det sammantagna införandet för VGR. Styrelsen för SU uppdrog åt sjukhusdirektören i februari 2017 att säkerställa genomförandet av implementering av ny regional inköspolicy. I oktober 2017 lämnade sjukhusdirektören följande information till sjukhusets styrelse:

---

<sup>1</sup> Styrelseprotokoll 2017 §14 § 47 §48 §77 §78 §106 §107 §131

”SU har under våren och sommaren implementerat VGRs nya inköspolicy. Information har lämnats på samtliga områdes- och verksamhetsledningsgrupper, 66 stycken totalt. Utöver det har det tillsammans med Koncerninköp hållits 11 dialogmöten med 340 deltagare från SUs olika verksamheter. En nulägesanalys har genomförts på varje område med syfte att se vilka områden och verksamheter som behöver extra stöd i att följa gällande regelverk och rutiner. Implementeringen avslutades i samråd med Koncerninköp i mitten av augusti. En uppföljningsmodell håller på att tas fram för att säkerställa framtida följsamhet.”

### Bedömning

Implementeringen på SU och den rapportering som sjukhusledningen lämnat tyder på att både SU och Koncerninköp är nöjda med det arbete som genomförts under 2017 och att man fortsatt, i samverkan, arbetar fram stöd- och uppföljningsmodeller.

### Rekommendationer

- *Ingen rekommendation lämnas*

### 3.1.3 Granskning 3 Styrelsens utformning av styr- och uppföljningssystem

Har styrelsen utformat ett tillfredställande styr- och uppföljningssystem som innebär att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de föreskrifter som gäller för verksamheten?

I sjukhusets budget och verksamhetsplan anges regionfullmäktiges och sjukhusets mål. Utgående från mål har måltal angetts samt när och hur uppföljning skall göras. Riskområden har identifierats i riskanalys och ansvar för uppföljning och åtgärder har angetts i internkontrollplan. Sjukhuset har system för uppföljning av avvikelser samt beslut om frekvens för uppföljning och avrapportering. Information om avvikelser, ekonomisk utveckling och tillgänglighet finns tillgänglig i sjukhusets uppföljningssystem. Avvikelse-rapporter tas fram dels på områdesnivå, dels för hela verksamheten. Rapporterna publiceras på intranätet och uppföljningen är därmed tillgänglig för styrelse, ledning och alla medarbetare. Sammanställd information för kvalitetsutfall för utvalda kvalitetsvariabler finns också tillgänglig i bland annat Kvartalen. Avvikelse-rapporterna omfattar inte uppföljning av medicinsk kvalitet eller uppföljning av utdelade uppdrag. Det går inte att utläsa ur styrelsens protokoll huruvida information ur kvalitetsuppföljningssystemen systematiskt följs upp.

Noteras att måluppfyllelsen inte *systematiskt kommenteras* i styrelsens protokoll. I delårsrapport mars och i delårsrapport augusti redovisas i protokoll måluppfyllelse för tillgänglighet och ekonomiskt utfall. I augusti redovisas utveckling av produktiviteten. Styrelsen fastställer avvikelse-rapporterna i paragraferna §26, §46, §61, §74, §100, §127. Avvikelse-rapport maj fastställd i juni §61 följs av gemensam protokollsanteckning från styrelsen. Anteckningen avslutas med att *det sjukhuset äger full råddighet över är kostnaderna, varför fokus behöver ligga på kostnadskontroll på både kort och lång sikt.*

Uppdrag ges till förvaltningen att utarbeta ekonomisk åtgärdsplan.

Det är inte spårbart i därpå följande protokoll hur styrelsen följt upp arbetet med kostnadskontroll. I avvikelse-rapporterna finns punkten ekonomiskt utfall men inga uppföljande tydliga beslut finns om kostnadskontroll.



## Bedömning

Styrelsen har utformat ett styrsystem som ger god information om verksamheten. Revisionen bedömer dock att styrelsen inte använder sig av informationen för att säkerställa ändamålsenlig styrning.

### Rekommendationer

- *Styrelsen för SU rekommenderas att säkerställa en ändamålsenlig styrning, vilken systematiskt återför verksamhetens resultat till hela styrelsen*

## 3.2 Styrelsens genomförande av styrning, uppföljning och kontroller

Nämnd/styrelse ska ha använt sitt styr- och uppföljningssystem så att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de föreskrifter som gäller för verksamheten. Det innebär att nämnd/styrelse ska ha säkerställt att beslutad styrning och uppföljning har genomförts och rapporterats i enlighet med beslut. Vidare har nämnd/styrelse aktivt värderat återrapportering och vid behov fattat beslut om tillkommande styrning och uppföljning.

Nämnd/styrelse ska vidare ha använt sitt system för den interna kontrollen i tillräcklig utsträckning så att det förebygger, upptäcker och åtgärdar eventuella brister i nämndens/styrelsens styrning och uppföljning. Det innebär att nämnd/styrelse ska ha säkerställt att beslutade kontroller har genomförts och rapporterats i enlighet med beslut. Vidare har nämnd/styrelse aktivt värderat återrapportering av kontrollerna och vid behov fattat beslut om tillkommande kontroller och/eller styråtgärder.

Utifrån granskningsplanen identifierades och prioriterades särskilt risk för dubbla styrsystem, styrning och uppföljning i enlighet med beslut samt styrning mot jämlik vård.

### 3.2.1 Granskning 1 Sjukhusets målstyrning

I 2016 års granskning identifierades en risk för dubbla styrsystem (årsrapport 2016), varför frågan har bevakats i årets granskning. En granskning har genomförts av styrning och kommunikation av ekonomi i balans. Granskningen har sökt besvara frågan om styrelsen säkerställt en ekonomi och verksamhet i balans. Granskningen har omfattat dels styrsystem, dels genomförande av styrning.

Styrelsen för Sahlgrenska universitetssjukhuset redovisar bristande måluppfyllelse för 2017 avseende ekonomi, verksamhet och tillgänglighet. Styrelsens lade en nollprognos i mars. I snabbfakta för augusti anges 0 i prognos, i delårsrapport augusti anges ingen tydlig prognos. Beslut om åtgärdsplan för ekonomi i balans aktualiseras i juni och beslut tas i september. Sjukhusdirektören ges i uppdrag att löpande lämna en statusrapport om åtgärdsprogrammet. Programmet har inte fått avsedd effekt och uteblivet resultat har inte följts upp genom kompletterande beslut. Genomgång av protokoll och beslut klargör inte hur styrelsen säkerställt att verksamheten bedrivs ändamålsenligt. Det är också oklart hur styrelsen säkerställt att åtgärdsprogrammet genomförts och att verksamheten prioriterat kostnadskontroll:

- Oklart hur styrelsen följt upp beslut om åtgärdsplan för ekonomi i balans

- Oklart hur styrelsen följer måluppfyllelsen över året (utöver de måltal som följs i avvikelserapport)
- Oklart hur styrelsen säkerställer att utdelade uppdrag genomförs.

### **Bedömning**

Styrelsen följer inte systematiskt upp beslut och beslutade åtgärder.

### **Rekommendationer**

- *Styrelsen rekommenderas att förtydliga styrsignaler samt att säkerställa åiterrapportering av beslutade åtgärder.*

## **3.2.2 Granskning 2 Styrelsens arbete med budget och prognos**

### **Iakttagelser**

*Ur delårsrapport augusti ”Det ekonomiska resultatet per augusti uppgick till -74 mnkr, vilket var en negativ budgetavvikelse om 160 mnkr. Budgetavvikelsen återfanns både bland lägre intäkter och högre kostnadsutfall. Största kostnadsavvikelserna återfanns bland personalkostnader, kostnader för köpt vård och läkemedel. Med den information och de beslut som finns tagna i dagsläget kring finansiering, pekar årets utfall mot ett större underskott än år 2016 som uppgick till ett negativt resultat om 73 mnkr. Indikationer finns dock på att ekonomiska tillskott för delar av ofinansierade kostnadsökningar kan komma att tillföras sjukhuset. Om detta realiseras finns möjligheter att nå ett nollresultat vid årets slut.”*

Styrelsens prognos var 0 såväl i delårsrapport mars som i delårsrapport augusti (dock inte tydligt angiven i text i augustirapport) Vid revisorskollegiets arbetsmöte 1 november 2017 med presidiet för SU angav ordförande att resultatet kommer att bli som sämst – 150 mnkr och att vid prognostillfället i augusti fanns indikationer på kommande ersättningar från politiskt håll, varför prognosen sattes till 0.

I revisionsenhetens verksamhetsrevision har gjorts iakttagelsen att tydlig prognos saknas i delårsrapport augusti, dels att den kraftigt avviker från såväl utfall under året som från slutligt resultat.

### **Bedömning**

Revisionsenhetens bedömning är att styrelsen under året haft tillgång till information för att revidera prognos. Ett prognostiserat resultat om 0 kronor är ett orimligt antagande mot bakgrund av att inga regionala beslut tagits om tillskott av extra medel samt att ekonomiskt åtgärdsprogram inte fått genomslag under året. Styrelsen har inte följt riktlinjer.

### **Rekommendationer**

- *Styrelsen rekommenderas att följa riktlinjer för rapportering samt utgå ifrån faktiska förhållanden vid angivande av prognos*

## **3.2.3 Granskning 3 Vård på lika villkor REV 2016-00148**

Ortopediverksamheten inom VGR är inte jämlig när det gäller väntetider till operation av höftfrakturer. Om en patient har en höftfraktur och behöver opereras och det sker på

Sahlgrenska universitetssjukhuset är det en högre sannolikhet att patienten får vänta mer än 24 timmar jämfört med andra sjukhus i regionen. Studier har visat att mer än 24 timmars fördröjning av operationen leder till en ökad dödlighet inom fyra månader från operationen, även för tidigare friska personer. Dessutom ökar komplikationer som infektioner, trycksår och förvirring.

### **Tillräcklig information**

Sammanställningar av kvalitetsresultat och väntetid till operation av höftfraktur är publikt tillgängliga i Kvartalen och i kvalitetsregistrets årsrapport. Det finns dock ingen notering om diskussion eller uppföljning av avvikelser för höftfraktur i styrelsens protokoll vilket inkluderar delårsrapporter och årsredovisningar. Det finns heller ingen notering om specifika beslut med anledning av bristande måluppfyllelse eller notering om jämförelser med andra sjukhus eller jämförelser avseende resultat mellan grupper. I november 2017 tas beslut i ledningsgrupp om uppföljning av de regionala medicinska kvalitetsindikatorerna i samband med varje delårs- och årsrapport.<sup>2</sup> Beslutet anmäls vid styrelsemötet i december.

Avvikelsen när det gäller väntetider till operation av höftfrakturer framkommer i rapportering på områdesnivå inom sjukhuset, men vi kan inte se att detta ingår i styrelsens handlingar.

### **Styrning**

Inga aktiva styrelseåtgärder för att förbättra måluppfyllelsen avseende väntetider till operation av höftfraktur har identifierats, annat än generella beslut<sup>3</sup> i detaljbudget och vårdöverenskommelse om följsamhet mot medicinska riktlinjer och vårdprogram. På verksamhetsnivå styr ledning för att förbättra resultatet. Ett av målen för ortopedin, fastställt i områdets utvecklingsplan, är att korta väntetider till operation av höftfraktur<sup>4</sup>. Genomgång av dokumentation, protokoll från ledningsgrupp och områdesledningsgrupp för åren 2015 till 2017 visar att sjukhuset i verksamheten arbetar med att förbättra ledtider och förkorta väntetider för patienter med höftfraktur.

Även om styrelsen fattar generella beslut om åtgärder för en god kvalitet på vården och åtgärder vidtas inom sjukhuset, kan vi inte se att några specifika och formella beslut har fattats av styrelsen som berör väntetider till operation av höftfrakturer<sup>5</sup>.

### **Genomförande**

Styrelsen har nöjt sig med verksamhetens information om resultat och förbättringsarbete. Det finns inga noteringar i protokoll om styrelsen riktat särskild uppmärksamhet mot den

---

<sup>2</sup> Utdrag ur minnesanteckningar 2017-11-14: ”Utifrån diskussioner i funktionsgruppen för kvalitetsutveckling och patientsäkerhet (FKP) föreslås att de regionala medicinska kvalitetsindikatorerna följs upp regelbundet i samband med varje delårs- och årsrapport och att en checklista för detta tas fram via FKP. Ledningsgruppen samtycker och ställer sig bakom detta”.

<sup>3</sup> Skrivning detaljbudget under rubrik Samtliga verksamheter inom hälso- och sjukvården ska prestera bättre än genomsnittet i nationella jämförelser: *Samtliga verksamheter kommer att följa respektive mätetal i nationella jämförelser och kommer att analysera och ta fram handlingsplaner i de fall där man inte uppnår genomsnittet.*

<sup>4</sup> Utvecklingsplan 2017 ortopedi

<sup>5</sup> Ordförande i styrelsen har beretts möjlighet att ta del av textavsnittet 4.1 om höftfraktur och valt att inte komplettera informationen.

bristande målluppfyllelsen. Utveckling och avvikelser följs upp i interna områdescontrollingen samt därutöver av områdesledning.

Områdeschef ingår i sjukhusets ledningsgrupp och kan därmed lyfta avvikande resultat till diskussion. Diskussion om utfall väntetid höftfraktur kan inte utläsas ur protokoll för sjukhusets ledningsgrupp, men områdets avvikelserapporter rapporteras in och områdeschef anger att resultatet diskuteras och att åtgärder/förklaringar presenteras. Det finns också styrdokument för prioritering av patientgruppen.

Vi kan därmed sammantaget inte se att någon särskild uppföljning har skett i styrelsen avseende genomförandet av åtgärder för att förbättra väntetiderna till operation av höftfrakturer.

### **Bedömning**

Vi noterar att styrning och uppföljning mot mål och beslut finns på generell nivå och att insatser görs i verksamheten för att säkerställa efterlevnaden framförallt i relation till fullmäktiges mål om den medicinska kvaliteten. Det framgår dock att sjukhuset under en lång period inte har åstadkommit ett godtagbart resultat. Vår bedömning är att styrelsen inte säkerställt att den får tillräcklig information. Styrelsen hade utifrån det kunnat begära information om orsakerna till bristerna när det gäller väntetider till operation av höftfrakturer. Det i sin tur hade kunna ligga till grund för eventuella uppdrag till förvaltningen.

Vår bedömning är sammanfattningsvis att den styrning och uppföljning som upprättats av styrelsen inte är *ändamålsenlig*. Styrningen och uppföljningen säkerställer heller inte att varken styrelsens eller hälso- och sjukvårdslagens krav på en god vård på lika villkor efterlevs.

### **Rekommendationer**

- *att styrelsen för SU ser över att befintlig information om en jämlik vård används på ett ändamålsenligt sätt*
- *att styrelsen vid behov ger förvaltningen i uppdrag att säkerställa och påvisa att styrningen är effektiv som en grund för att analysera verksamhetens resultat*
- *att styrelsen mer aktivt omvärderar sin styrning med grund i sådana analyser (se rekommendation 2) när resultat uteblir och en ojämlig vård kvarstår.*

### **3.2.4 Granskning jämlik vård - Jämlik cancervård – uppföljning granskningar REV 2017-00172**

Västra Götalandsregionens revisorer har på basen av sin riskanalys genomfört granskning av jämlik cancervård. Psykosocialt stöd till cancerpatienter granskades under 2015. Verksamhetens eller professionernas styrning mot jämlik vård med fokus på effektiv vård och följsamhet till riktlinjer granskades under 2016. Denna tredje granskning genomförd under 2017 följer upp iakttagelser gjorda i de två tidigare delgranskningarna och syftar till att ge svar på om nämnder och styrelser genomfört åtgärder utifrån revisionens rekommendationer. Granskningen avser de standardiserade vårdförloppen för fyra utvalda diagnosgrupper och avgränsar sig till hälso- och sjukvårdsstyrelsen, styrelsen för NU-sjukvården, styrelsen för Sahlgrenska universitetssjukhuset, styrelsen för Södra Älvsborgs sjukhus, norra hälso- och sjukvårdsnämnden, södra hälso- och sjukvårdsnämnden och Göteborgs hälso- och sjukvårdsnämnd.

## **lakttagelser och bedömning**

Ur rapporten framgår att de utvalda styrelserna arbetar aktivt men att det återstår väsentligt arbete innan målen för cancervården är uppnådda. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen och sjukhusstyrelserna bedöms inte ha vidtagit tillräckliga åtgärder för att säkerställa tillräcklig kapacitet inom patologi, radiologi och onkologi. Granskarna bedömer också att det finns en viss problematik med undanträngning mellan SVF-patienter och andra patienter. Det är angeläget att systematiskt följa vilka effekter SVF-prioriteringen får för andra patienter. Alla får inte namngivna kontaktsjuksköterska även om det erbjuds i stort. Det brister också i aktiv överlämning. Bedömningarna utvecklas i rapporten.

Utifrån granskningens resultat ges följande rekommendationer till sjukhusstyrelsen för SU:

### **Rekommendationer**

- *Sjukhusstyrelserna vid NU-sjukvården, Södra Älvsborgs Sjukhus och Sahlgrenska Universitetssjukhuset rekommenderas att vidta åtgärder för att säkerställa att aktiva överlämningar sker mellan kontaktsjuksköterskor. Antingen utifrån den definition som finns i de nationella riktlinjerna eller med alternativa lösningar som säkerställer patienternas behov av kontinuitet och psykosocialt stöd*
- *Sjukhusstyrelserna vid NU-sjukvården, Södra Älvsborgs sjukhus och Sahlgrenska Universitetssjukhuset bör säkerställa att tillräcklig kompetens finns hos utsedda kontaktsjuksköterskor*

## **3.3 Styrelsens resultat och effektivitet**

Nämnd/styrelse har att leva upp till fullmäktiges mål, beslut och riktlinjer samt gällande lagstiftning och föreskrifter. Vidare ska styrelsen genomföra sitt uppdrag med tillgängliga resurser. Följande har granskats särskilt under året:

### **3.3.1 Granskning Tillgänglighet**

Uppföljningen av vårdgarantin visar på brister i tillgänglighet. Vårdgarantin följs upp i avvikelserapporterna vilka styrelsen tar del av. Under året har en satsning gjorts på att minska väntetid till första besök.

Sjukhuset har något fler oplanerade återinskrivningar än önskvärt. Varannan som väntar på operation eller åtgärd har väntat mer än 90 dagar. Väntetiden på akutmottagningarna har förbättrats men kan ytterligare kortas. Fler får ett första läkarbesök inom vårdgarantitiden.

## **Bedömning**

Organisationen redovisar bristande måluppfyllelse avseende tillgänglighet.

### **Rekommendationer**

- *Revisionen rekommenderar att styrelsen fortsatt vidtar åtgärder som säkerställer att regionfullmäktiges mål för tillgänglighet uppnås*

### 3.3.2 Granskning Styrelsens resultat - budgetprocessen

Risk för avvikelser mot fullmäktiges mål generellt. Granskningen syftar till att bedöma om styrelsen rapporterar enligt de anvisningar som regionkansliet utfärdat samt om de resultat styrelsen redovisar för verksamhet och ekonomi i delårsrapporterna/ årsredovisningen överensstämmer med fullmäktiges beslut om budget. (Granskningen i denna del omfattar ej räkenskaper).

#### Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat

Årets resultat uppgick till -326 mnkr vilket motsvarar 2 % av omsättningen. Såväl intäkter som kostnader översteg budgeterad nivå. Bruttokostnadsutvecklingen ökade kraftigt under andra halvåret och ligger enligt årsredovisning på drygt 6 %

Ur styrelsens årsredovisning:

*Totala intäkter översteg budgeterad nivå med 149 mnkr. Personalkostnaderna översteg budget med 185 mnkr och övriga kostnader (inkl. finansiella) översteg budget sammantaget med 290 mnkr. ...Sjukhuset hade vid årets ingång ett ingående negativt kapital på 3,7 mnkr vilket skall återställas under 2018.*

Styrelsen anger också att i årets resultat ingår ett intäktsbortfall på 94 mnkr till följd av felaktiga priser.

Granskning har genomförts av styrelsens protokoll samt protokoll från sjukhusledningsgrupp och områdesledningsgrupper mot styrelsens beslut och åtgärder för ekonomi i balans i syfte att följa upp om beslutade åtgärder får genomslag i verksamheten. Granskningsresultatet har jämförts mot utfallet av den ekonomiska utvecklingen under året med särskild fokus på effekter av beslut och uppföljande åtgärder.

Styrelsens beslut om att ta fram åtgärdsprogram för ekonom i balans togs i juni. Programmet togs fram i augusti och fastställdes 1 september. Beslutet informerades om i områdesledningsgrupper. Protokollen innehåller allmänna skrivningar om ekonomi i balans. Det finns inga konkreta tydliga beslut om till exempel kostnadskontroll varken i åtgärdsprogrammet eller i protokoll på verksamhetsnivå.

#### Bedömning

Styrlinjen når inte hela vägen ut.

#### Rekommendationer

- *Styrelsen rekommenderas att säkerställa en ändamålsenlig styrlinje*

### 3.4 Styrelsens räkenskaper

Att räkenskaperna är rättvisande innebär att den externa redovisningen ger en rättvisande bild av resultat och ställning och att årsredovisning och delårsrapport är upprättade i enlighet med lagstiftning och god redovisningssed.

Granskningen har genomförts av PwC (Öhrlings PricewaterhouseCoopers)

Utifrån granskningsplanen identifierades och prioriterades särskilt följande risker:

- risk för bristfälliga rutiner i intäktprocessen
- risk för felaktig hantering vid ansökan och periodisering av bidrag
- risk för bristfälliga rutiner i löneprocessen

- risk för bristfälliga rutiner i inköpsprocessen
- risk för bristfälliga rutiner i investeringsprocessen
- risk för bristfälliga rutiner vid nedskrivningsprövning av materiella anläggnings-tillgångar
- risk för felaktig periodisering i samband med bokslutet
- risk för felaktig periodisering och klassificering
- risk för felaktig hantering av likvida medel.

### **Granskning räkenskaper – urklipp text granskningsrapport PwC**

”Vi har utfört en revision av årsrapporten för Sahlgrenska Universitetssjukhuset för räkenskapsåret 2017-01-01 – 2017-12-31.

Vi har i allt väsentligt utfört revisionen enligt SKYREVs vägledning för redovisningsrevision och enligt instruktioner från Västra Götalandsregionens revisionsverksamhet. SKYREVs vägledning kräver att vi följer yrkesetiska krav samt planerar och utför revisionen för att uppnå rimlig säkerhet att årsrapporten inte innehåller väsentliga felaktigheter.

En revision innefattar att genom olika åtgärder inhämta revisionsbevis om belopp och annan information i de finansiella rapporterna. Det sakkunniga biträdet väljer vilka åtgärder som ska utföras, bland annat genom att bedöma riskerna för väsentliga felaktigheter i de finansiella rapporterna, vare sig dessa beror på oegentligheter eller på fel. Vid denna riskbedömning beaktar det sakkunniga biträdet de delar av den interna kontrollen som är relevanta för hur nämnden upprättar årsrapporten för att ge en rättvisande bild i syfte att utforma granskningsåtgärder som är ändamålsenliga med hänsyn till omständigheterna, men inte i syfte att göra ett uttalande om effektiviteten i nämndens interna kontroll. En revision innefattar också en utvärdering av ändamålsenligheten i de redovisningsprinciper som har använts och av rimligheten i nämndens uppskattningar i redovisningen, liksom en utvärdering av den övergripande presentationen i årsrapporten. Vi anser att de revisionsbevis vi har inhämtat är tillräckliga och ändamålsenliga som grund för våra uttalanden.

### **lakttagelser**

Sahlgrenska Universitetssjukhus tillämpar inte, i likhet med övriga delar av regionen, komponentavskrivning. Det innebär att nämnden avviker från god redovisningssed som den kommer till uttryck i RKR 11. 4 Materiella anläggningstillgångar.

Under året har förvaltningen dubbelfakturerat. Vid upprättandet av bokslutet har förvaltningen upptäckt att man dubbelfakturerat 100 mkr (80 mkr inom regionen och 20 mkr externt). Det har upptäckts via de interna kontrollerna vilket har lett till att förvaltningen kunnat korrigera detta. Enligt sjukhusledningen beror felet på ett felaktigt implementerat system. Sjukhusgemensam ekonomiavdelning på SU avser att incidentrapportera den felaktiga implementeringen av ändring i KPP-systemet som var grundorsak till dubbelfaktureringen med syfte att en liknande situation inte ska uppkomma igen.

Förvaltningen har prognostiserat och budgeterat ett resultat om 0 kr. Vi kan se att resultatet uppgår till ca -326 mkr. Enligt förvaltningen beror denna avvikelse på: Att förvaltningen har fått lägre ersättning för basproduktion än budgeterat. Det beror även på att personalkostnaderna har ökat enligt följande: Högre lönenivåer, fler anställda än budgeterat samt dyra lösningar vid vakanser för att upprätthålla vårdproduktionen. Läkemedelskostnaderna var högre än budgeterat vilket bland annat beror på att

förvaltningen haft en ökad förskrivning av vissa dyra läkemedel. En annan orsak till minusresultatet beror på att förvaltningen haft höga kostnader för köpt vård kopplat till vårdgarantin, valfritt svård och övrig köpt vård vilket delvis beror på att förvaltningen inte haft kapacitet att producera själva.”

*”Uttalande*

*Enligt vår uppfattning ger årsrapporten en i alla väsentliga avseenden rättvisande bild av nämndens resultat & finansiella ställning per den 31 december 2017 enligt lag om kommunal redovisning. Förvaltningsberättelsen är, inom de områden som revisionsverksamheten uppdragit åt oss att granska, förenlig med årsrapportens övriga delar.”*

### **Kompletterande bedömning avseende prognos**

I revisionsenhetens verksamhetsrevision har såsom behandlas i avsnitt 4.2.2 gjorts iakttagelsen att tydlig prognos saknas i delårsrapport augusti, dels att den kraftigt avviker från såväl utfall under året som från slutligt resultat. Revisionsenhetens bedömning är att styrelsen under året haft tillgång till information för att revidera prognos. Ett prognostiserat resultat om 0 kronor är ett orimligt antagande mot bakgrund av att inga regionala beslut tagits om tillskott av extra medel samt att ekonomiskt åtgärdsprogram inte fått genomslag under året.

## **4 Revisorernas sammanfattande bedömning**

Årets revision har utförts enligt kommunallagen och enligt god revisionsred för kommunal verksamhet. Revisionen har utgått från revisionsplanen som fastställts av revisorskollegiet samt från en granskningsplan avseende nämnd/styrelse. Granskningen har genomförts utifrån revisionsenhetens granskningsprogram och i dialog med berörda verksamheter.

Utifrån vad som framkommit i årets granskning av styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset bedömer revisionsenheten att verksamheten inte i tillräcklig omfattning bedrivits ändamålsenligt, med god ekonomisk hushållning, rättvisande räkenskaper och med en tillräcklig intern kontroll. Av årsrapporten och övriga granskningsrapporter framgår på vilka grunder revisionsenheten gör sin bedömning. Revisionsenheten lämnar i årsrapporten och i övriga granskningsrapporter rekommendationer inom områden som styrelsen bör fokusera på under 2018 för att stärka ledning och styrning av verksamheten.

### **Bilaga 1. Rapporter och underlag**

1. Styrelsens dokument, protokoll och handlingar
2. REV 2017-00099 granskning Ny inköspolicy
3. REV 2016-00148 Vård på lika villkor delstudie 2
4. REV 2017-00172 Jämlik cancervård – uppföljning granskningar
5. Årsrapport PwC 2017
6. Årsrapport revisionen 2016
7. Lista underlag REV 2017-00065 Styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset