

Till
Regionfullmäktige i Västra Götalandsregionen

Revisionsberättelse för styrelsen för Alingsås lasarett år 2017

Vi, av fullmäktige utsedda revisorer har granskat styrelsen för Alingsås lasarett verksamhet under år 2017.

Styrelsen för Alingsås lasarett 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.

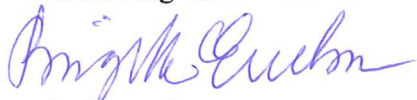
Granskningen har utförts enligt kommunallagen, god revisionssed i kommunal verksamhet och regionens reglemente för revisorskollegiet. Granskningen har genomförts med den inriktning och omfattning som behövs för att ge rimlig grund för bedömning och ansvarsprövning. Vår samlade kommentar och bedömning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

Vi bedömer att verksamheten bedrivits på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt och att den interna kontrollen varit tillräcklig.

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

Vi tillstyrker att ansvarsfrihet beviljas för styrelsen för Alingsås lasarett och dess enskilda ledamöter.

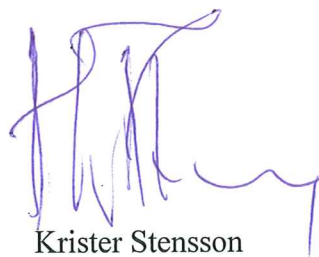
Vänersborg den 14 mars 2018



Birgitta Eriksson
Ordförande



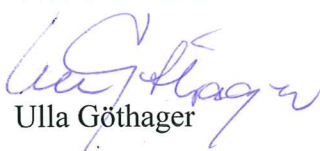
Ulf Sjösten
Vice ordförande



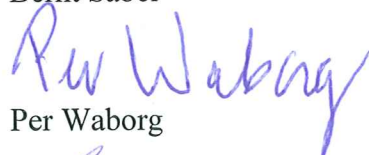
Krister Stensson



Bernt Sabel



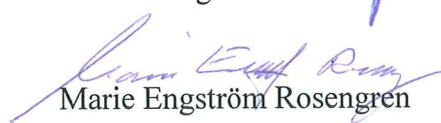
Ulla Göthager



Per Waborg



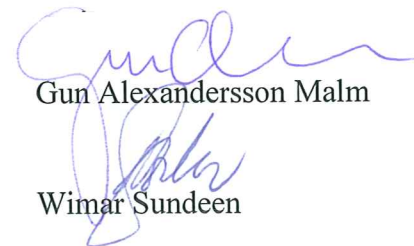
Bo-Lennart Bäcklund



Marie Engström Rosengren



Staffan Albinsson



Gun Alexandersson Malm

Wimar Sundeen

Årsrapport

Alingsås lasarett (AL) 2017

Diarienummer REV 2017-00069

Behandlad av revisorskollegiet den 14 mars 2018

Innehåll

	Sida
Årets granskning	2
Styrelsens ansvar	2
Resultatet av revisorernas granskning	2
Styrelsens utformning och genomförande av styrning, uppföljning och kontroller	3
Styrelsens resultat och effektivitet	5
Styrelsens räkenskaper	10
Revisorernas sammanfattande bedömning	10

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 revisionssed 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 AL där de mest väsentliga riskerna identifierats och prioriterats. Granskningsplanen har stämts av med utsedd kontaktrevisor, Wimar Sundeen, i revisorskollegiet och beslutats av revisionsdirektören. Inför granskningen presenterades även granskningsplanen för AL ekonomichef. Granskningen har genomförts av Ulf Aronsson. Därtill har räkenskaperna granskats av PWC. Grundstrukturen för den löpande granskningen av styrelsen är följande:

- Granskning av styrelseprotokoll, i vilken bedömning av beslut och underlag till dessa görs löpande under året, **prioritet 2** enligt nedan.
- Möten med förvaltningsledning med fokus på verksamhet, ekonomi, HR-frågor och styrning mot RF-mål och fokusområden – främst utifrån delårs- och årsbokslut, **prioritet 2** enligt nedan.
- Arbetsmöte med styrelsens presidium, med fokus på styrelsens hantering av identifierade revisionsrisker och eventuella frågor som aktualiserats under året
- Fördjupade intervjuer inom områden, där revisionen vill öka sin förståelse av verksamheten, **prioritet 3** enligt nedan.
- Nämndfördjupningar utifrån identifierade revisionsrisker, **prioritet 1** enligt nedan.

Styrelsens ansvar

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

Styrelsen ska inom sitt verksamhetsområde följa vad som anges i lag eller annan författning, följa det fullmäktige i reglemente, i samband med budget eller i annat särskilt beslut har bestämt att styrelsen ska fullgöra och verka för att fastställda mål uppnås och i övrigt följa givna uppdrag och angivna riktlinjer samt vad överenskommit med beställarnämnder.

Resultatet av revisorernas granskning

Revisorernas granskning utgår från att AL utformar styrning, uppföljning och kontroller utifrån sitt ansvar enligt ovan. Styrelsen 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. Detta innebär sammantaget att nämnden har tagit sitt ansvar.

Styrelsens utformning och genomförande av styrning, uppföljning och kontroller

Ingress om AL ansvar

AL har att utforma ett tillfredsställande 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. Styrelsen ska vidare ha 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 tillfredsställande system så ska styrelsen ha 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 också ha utformat tillräckliga och dokumenterade kontroller utifrån en risk- och väsentlighetsanalys baserat på ett helhetsperspektiv på styrelsens styrning och uppföljning.

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

Årets granskning har fokuserats på följande risker:

Område	Risk	Prio	Granskning
Styrelsens riskanalys och plan för IK	Att styrelsens riskanalys inte fångar väsentligare risker, vilket kan påverka ändamålsenligheten i styrningen och därmed genomförandet av och effekten från IK-plan 2017. Koppling till ansvar enligt följande: - KL 6:7 - VGR riktlinjer och rutiner för intern kontroll	1	Utifrån granskningsmallar: <i>Granskning av styrning, uppföljning och intern kontroll 2017 - AL</i> samt <i>Riktlinjer och rutiner för intern kontroll - AL</i>

Iakttagelser Resultatet av granskningen är dokumenterad i respektive mall, bilaga 1 och 2.

Bedömning Den sammanfattande bedömningen är att AL har utformat ett tillfredsställande och ändamålsenligt system för styrning och uppföljning och att detta genomförts på ett tillfredsställande och ändamålsenligt sätt.

Vad gäller den interna kontrollen specifikt är den sammanfattande bedömningen att AL utformat och genomfört ett tillfredsställande och ändamålsenligt system för denna, vilket inkluderar; risk- och väsentlighetsanalys; kontrollplan samt uppföljning av kontrollplanen.

Bedömningen är att AL uppvisar en tillfredsställande säkerhetskultur.

Område	Risk	Prio	Granskning
Styrning för ekonomi i balans	Styrelsens har under ett antal år redovisat underskott i ekonomin och den ekonomiska utmaningen inför 2017 uppskattades till 30 mnkr. Koppling till ansvar enligt följande KL 6:7	1	NF - Särskilt fokus i granskning av styrelseprotokoll, intervjuer med förvaltningsledning, uppföljningsrapportering samt särskild agendapunkt på kollegiets arbetsmöte med AL presidium

Iakttagelser Resultatet av granskningen är dokumenterad i NF rapport Ekonomi i balans 2017 - AL, bilaga 3.

Bedömning Svaren på våra revisionsfrågor ger följande bedömning:

- Styrelsen har säkerställt en rättvisande uppföljning som möjliggjort väl underbyggda beslut.
- De åtgärder som beslutats har inte varit tillräckliga för att uppfylla målet om en ekonomi i balans 2017. Revisionen menar dock att styrelsens ställningstagande under året att stå fast vid beslutad åtgärdsplan var rimligt.
- Revisionen bedömer att analysen av faktorer som är kritiska för att uppnå en verksamhet och ekonomi i balans är tillfredsställande och att beslutade åtgärder väsentligen möjliggör uppfyllelse av dessa mål.
- Efter att ny sjukhusdirektör tillträtt, har styrelsen fattat tre beslut under det sista kvartalet med syfte att verksamheten möjlighet att uppnå en ekonomi i balans 2018.

Den sammanfattande bedömningen av AL styrelse säkrat och utövat en tillfredsställande styrning och uppföljning för att säkerställa en ekonomi i balans. Att målet inte uppfylls belastar bedömningen, men revisionen bedömer att styrelsen agerat tillräckligt kraftfullt sett över hela året.

Område	Risk	Prio	Granskning
Väl underbyggda styrelsebeslut Kvalitet i verksamhets- och ekonomisk rapportering	Att beslutsunderlag och information till styrelsen inte har tillräcklig kvalitet för att möjliggöra en effektiv styrning av förvaltningen. Koppling till ansvar enligt följande KL 6:7	2	- Granskning av styrelseprotokoll - Regelbundna avstämningsmöten med förvaltningsledning - Arbetsmöte med AL presidium

Iakttagelser Granskningen av styrelseprotokoll och underlag till dessa styrker att AL

- Haft 11 protokollförda styrelsemöten
- Att styrelsen haft en tillfredsställande kontroll över verksamhet och utvecklingen av det ekonomiska resultatet över hela kalenderåret
- Att beslutsunderlag i all väsentlighet bedöms ha varit relevanta och varit tillräckliga som grund för välgrundade beslut

- Att ÅR 2016, detaljbudget, delårsbokslut, månadsbokslut, beslut och uppföljning avseende intern kontroll varit föremål för styrelsebeslut i rätt tid

Bedömning Den sammanfattade bedömningen är att styrelsen fattat väl underbyggda beslut 2017. Informationen till styrelsen har haft tillräcklig kvalitet, se även kommentarer nedan.

Område	Risk	Prio	Granskning
Implementering av ny policy och riktlinjer för Inköp	Ny policy och riktlinje kommer att successivt införas under 2017. Dessa förutsätter nya interna rutiner inom SÄS och det finns en risk för en svagare följsamhet till RF-beslut under övergångsperioden. Koppling till ansvar enligt följande • KL 6:7 • Inköspolicy – 2017 - Riktlinjer Inköp 2017	3 1	Intervju med inköpsansvarige FG granskning av införandet av ny inköspolicy 2017

Iakttagelser I den fördjupade granskningen konstateras att frågan om delegation i styrelser och nämnder inte hanterats under 2017 och att denna fråga för tillfället bereds av regionens jurister. Det konstateras också att tidsplanen inte kunnat hållas, vilket främst ger risk för att direktupphandlingar kan komma att avvika från gällande policy.

AL har en hög avtalstrohet som har ökat från föregående år, från 92,7 procent 2016 till 94,6 procent 2017. Sjukhuset arbetar med att ytterligare öka efterlevnaden av den regiongemensamma inköspolicyn. Dialog kring innehållet i inköspolicyn har förts med KK Inköp och internt med linjechefer, med syfte att tydliggöra policyn och lyfta det som är nytt.

Förvaltningsledningen kommer återkommande informera om inköspolicyn för att säkerställa att kunskapen hålls levande i organisationen. Målet är att nå 100 procent avtalstrohet.

Bedömning Bedömningen är att styrelsen implementerat inköspolicy och riktlinjer för denna på ett tillfredsställande sätt 2017. Uppdatering av delegationsordning ligger utanför styrelsens påverkan 2017 och följs upp i granskningen 2018.

Styrelsens resultat och effektivitet

AL har att leva upp till fullmäktiges mål, beslut och riktlinjer samt gällande lagstiftning och föreskrifter. Vidare ska styrelsen genomföra sitt uppdrag med tillgängliga resurser. Inga enskilda risker identifierades i granskningsplanen. Nedan kommenteras måluppfyllelse per relevant RF mål- och fokusområde.

Från ÅR 2017 - sammanfattning:

	Kommentarer
<i>De tre största utmaningarna för sjukhuset har under året varit:</i> • beläggning och vårdproduktion, särskilt inom opererande verksamhet avseende vårdproduktion • ekonomisk obalans inkluderande ökad bruttokostnadsutveckling • kompetensförsörjning och arbetsmiljö Ytterligare en stor utmaning har varit om- och nybyggnationen som börjar bli mer konkret, både byggprojektet och verksamhetsutvecklingsprojektet som är kopplat till detta. Stor utmaning med evakueringar och delar av verksamhet i provisoriska avdelningar.	Revisionen bekräftar denna bild och konstaterar att styrelsen och ledning har haft stort fokus på dessa områden under hela året. Ett enhetligt material för analys av verksamheternas utfall samt identifiering av åtgärder som behöver vidtas på kliniknivå och sjukhusövergripande har tagits fram under hösten och följs nu månadsvis. Syftet är att förbättra uppföljnings- och analysarbetet för att kunna leda och styra verksamheterna till en verksamhet och ekonomi i balans. Vid varje styrelsemöte är byggprojektet ett ärende. Gemensam skrivelse med HSN Västra till RS i frågan om ersättning för kostnader i övergångsskedet
Tillgängligheten avseende garantin om 90 dagars väntetid uppgår för december till 80 procent för första läkarbesök. Byte av operationssystem innebär att tillgänglighetsdata avseende behandlingar för december inte kan redovisas, utfallet för november uppgick till 71 procent. Vårdgarantin för besök vid välgrundad misstanke om cancer uppnås till 100 procent.	Tillgängligheten började försämrats 2016. Omfattande åtgärder för att komma till rätta med problematiken, se nedan, har dock ännu inte tydligt vänt denna trend. Styrelsen har haft särskilt fokus på vårdgarantin avseende cancer, vilken mötte för första gången i december för 2017.
Akutmottagningens måltal för 2017 avseende tid till läkare (TTL) är 55 procent och för total vistelsetid (TVT) 85 procent. Ackumulerat utfall för december avseende TVT är 69 procent och för TTL 53 procent.	Som ovan
Remissinflödet har för år 2017 fortsatt att öka vilket innebär en tillströmning på 6,4 procent jämfört med föregående år. Antalet läkarbesök inom öppenvården ligger på motsvarande nivå som föregående år, medan en ökning på 13 procent ses avseende sjukvårdande behandlingar. För slutenvården ses en minskning av antalet vårdtillfällen med 1,1 procent och antalet vård dagar minskar med 3,1 procent. Belägningsgraden uppgick för år 2017 i medeltal till 93,7 procent att jämföra med 95,4 procent föregående år. Variation finns mellan verksamhetsområdena.	I ÅR framgår att <i>Sjukvårdande behandlingar</i> når 16 500 vilket är en ökning med 13,0 procent. <i>DRG-ersatta sjukvårdande behandlingar</i> redovisas till 2 800 vilket är en ökning med 38,0 procent. <i>Överföring av vård från slutenvård till öppenvård fortsätter därmed och man ser även resultat av uppgiftsväxlingen mellan vårdgivarkategorier.</i> I och med produktion över tak endast ersätts till 50% påverkar remissinflödet det ekonomiska resultatet negativt.
Antalet anställda i december var 767 vilket är 13 fler än föregående år. Nettoårsarbetare var 602 och 29 fler. Utvecklingen under hösten har varit svagt nedåtgående, trots att rekrytering samtidigt pågått till följd av tidigare under året tagna beslut att utöka BMS, den interna bemanningsservicen, antalet ST-block samt att öppna 5 ytterligare vårdplatser.	Ökningen i antalet anställda är en av de avgörande faktorerna till det negativa resultatet. Styrelsen har fattat särskilda beslut avseende detta – se nedan. Det långsiktiga arbetet med att komma till rätta med sjukfrånvaron har börjat ge resultat. AL

Sjukfrånvaron är till och med december 7,5 procent att jämföra med 8,9 procent föregående år. Årets utfall har legat lägre än 2016 hela året.	når dock inte VGRs måltal.
Det ekonomiska resultatet för år 2017 uppgår till -15,4 mnkr, vilket är 7,9 sämre än föregående år. Intäkterna överstiger budget med 20,2 mnkr vilket motsvarar 3,2 procent och beror på utfallet av tilläggsöverenskommelsen. Kostnaderna överskrider budget med 35,6 mnkr eller 5,7 procent. Bruttokostnadsutvecklingen mätt i rullande tolv månadersuppföljning uppgår till 6,4 procent för helåret. Trots intäktsförstärkningen via TÖK är resultatet negativt då kostnaderna för personal inte minskat i förväntad omfattning under hösten. Kostnader för evakuering av verksamhet i samband med om- och nybyggnationen har ökat mer än beräknat och påverkat negativt.	Vår revision bekräftar denna bild. Bruttokostnadsutvecklingen var en av huvudförklaringarna till den trots allt positiva resultatutvecklingen 2016. Fram till sommaren 2017 var den fortsatt under kontroll. Styrelsen har fatta beslut under hösten för att möta den negativa trenden i kostnadsutveckling och resultat. Arbetet med ekonomi i balans avrapporteras i NF-rapport, bilaga 3.

Nedan kommenteras resultat kopplat till relevanta RF-mål

Patientens ställning inom hälso- och sjukvården ska stärkas

- Uppfylla vårdgarantin
- Utveckla ett personcentrerat arbetssätt i hälso- och sjukvården
- Förbättra akutvårdkedjan

Från ÅR 2017:

FAAVVo-projektet (Framtidens Arbetssätt Alingsås lasarets Vårdverksamhet i samklang med ombyggnation) fortsätter enligt plan.

- *Delprojekt 1 "Vårdavdelningsinriktning/fördelning" är avrapporterad och arbetet fortsätter nu i delprojekt 2 som handlar om de generella arbetssätten på vårdavdelning.*
- *I delprojekt 2 har en tvärprofessionell arbetsgrupp tagit fram en processkarta för vårdavdelningens arbete. Parallellt har en grupp patienter som nyligen legat inne lagt sin processkarta. Utifrån denna gemensamma nulägesbild har projektgruppen arbetat vidare med att bryta ner materialet till olika test av nya arbetssätt som ska prövas på olika avdelningar på sjukhuset. Dessa test är olika delar av det kommande generella arbetssättet på de nya vårdavdelningarna. Införandet av personcentrerat arbetssätt och rutiner kopplade till den nya betalningsansvarslagen ingår i delprojekt 2 och kommer att tas med som en del i de nya arbetssätten.*
- *I delprojekt 3 är det fokus på de specifika delarna i arbetssätten, utöver de generella, som behöver tas fram för de vårduppdrag som olika avdelningar kommer att ha utifrån det som slagits fast i delprojekt 1. Arbetet i delprojekt 3 styrs av byggprojektets tidplan kopplat till när de olika vårduppdragen kan ta sina nya lokaler i bruk och koordineras även med delprojekt 2.*

Kommentar:

I ÅR redovisas för ett antal initiativ och aktiviteter med fokus på målområdet - flertalet aktiviteter rapporteras som pågående eller klara. Aktiviteter pågår såväl inom FAVVO projektet som i den nuvarande verksamheter

Jag bedömer att ALs arbete med att uppfylla RF-mål avseende verksamhet är ambitiöst och ändamålsenligt. Initiativ och aktiviteter har dock ännu inte fått reell effekt på tillgänglighet och produktivitet. Se även kommentar ovan avseende utmaningar. En NF bör övervägas inför 2018 för att ytterligare fördjupa vår förståelse av risken för fortsatt låg grad av tillgänglighet och effektivitet.

Den medicinska kvaliteten ska öka och den organisatoriska effektiviteten förbättras

- **Minska antalet vårdskador och antalet vårdrelaterade infektioner**
- **Samtliga verksamheter inom hälso- och sjukvården ska prestera bättre än genomsnittet i nationella jämförelser**
- **Skapa ett sammanhållet vårdssystem och förstärka den nära vården**

Från ÅR 2017

- *Sjukhusets långsiktiga arbete med arbetssätt och organisatorisk effektivitet i vårdarbetet hänger ihop med om- och tillbyggnaden av sjukhuset och det verksamhetstutvecklingsprojektet som är kopplat till FAAVVo-projektet*
- *Under 2017 har en ny patientsäkerhetsorganisation byggts upp. En patientsäkerhetssamordnare som tillsattes i början av 2017 har det övergripande sammanhållande ansvaret för patientsäkerhetsfrågor på avdelningarna och rapporterar in resultat på lokal-, regional- och nationell nivå. Dessutom har patientsäkerhetsombud utsetts på avdelningar och mottagningar under året.*
- *Alingsås lasarett presterar vård av god kvalitet och har goda resultat. Merparten av kvalitetsindikatorerna når mål eller nästan mål, och sjukhuset har tydliga handlingsplaner för det fortsatta kvalitetsarbetet*
- *Systematiskt arbete och nära styrning inom patientsäkerhetsområdet har gett förbättrade resultat*
- *För femte gången de sex senaste åren har sjukhuset fått utnämning bland de tre bästa strokeenheterna av styrgruppen för kvalitetsregistret Riks-Stroke, och sjukhuset är för 6:e året i rad bäst i knäprotesregistret.*
- *Regionens benchmarkingrapport har visat att särskilt utmärkande är den höga kvaliteten vid Alingsås lasarett och att sjukhuset har lägre kostnad per producerad DRG jämfört med riksgenomsnittet.*

Kommentar:

- I ÅR redovisas för ett antal initiativ och aktiviteter med fokus på målområdet - flertalet aktiviteter rapporteras som pågående eller klara
- Revisionen bekräftar den bild som ges i ÅR avseende kvalitet.
- Kvartalet indikatorn lyser rött, men sjukhuset är nära flera av måltalen som påverkar detta negativt. Från HSN Västras ÅR kan det konstateras att AL i jämförelse med övriga sjukhus som den nämnden tecknar avtal med presterar väl:

Kvartalen Q3	AL	SU	KS
Grön	59%	41%	59%
Gul	35%	24%	12%
Röd	6%	35%	29%
	100%	100%	100%

Jag bedömer att AL arbete med att uppfylla RF-mål avseende kvalitet är ambitiöst och ändamålsenligt och ger en väsentligen tillfredsställande uppfyllelse av RF-mål

Möjligheterna till karriär- och kompetensutveckling ska förbättras

- **Satsa på ledarskap**
- **Stimulera uppgiftsväxling och nya arbetssätt**
- **Utveckla modellen för lönekarriär och kompetensutveckling**

Kommentar:

- I ÅR redovisas för ett antal initiativ och aktiviteter med fokus på målområdet - flertalet aktiviteter rapporteras som pågående eller klara
- Revisionen bekräftar den bild som ges i ÅR avseende kvalitet.

Jag bedömer att AL arbete med att uppfylla RF-mål avseende karriär- och kompetensutveckling är ambitiöst och ändamålsenligt och ger en väsentligen tillfredsställande uppfyllelse av RF-mål

Arbetsmiljön ska förbättras och sjukfrånvaron ska minska

- **Systematisera arbetsmiljöarbetet, breddinföra goda exempel och pröva arbetstidsmodeller**
- **Utveckla ett målmedvetet, strukturerat och hälsofrämjande arbete för minskad sjukfrånvaro**

Från ÅR 2017

Sjukfrånvaron är en av Alingsås lasarets största utmaningar och är högt prioriterat både av sjukhusledning och styrelse. Sjukhuset har ett måltal på 5 procent sjukfrånvaro av ordinarie arbetstid och utfallet ackumulerat för året blev 7,5 procent jämfört med 8,9 procent 2016. Sedan i mars har månadsutfallet 2017 legat under både 2016 och 2015.

Det är främst långtidssjukskrivningarna som har minskat i enlighet med de aktiviteter som sjukhuset bedrivit de senaste åren, till exempel kraftsamlingen med Hälsan & Arbetslivet, hälsoanalyserna, Mobiliseringsinitiativet och normtal chef. De höga sjuktalen finns främst inom yrkesgrupperna undersköterskor och sjuksköterskor.

Kommentar:

- I ÅR redovisas för ett antal initiativ och aktiviteter med fokus på målområdet - flertalet aktiviteter rapporteras som pågående eller klara
- Revisionen bekräftar den bild som ges i ÅR avseende kvalitet.

Jag bedömer att AL arbete med att uppfylla RF-mål avseende arbetsmiljö och sjukfrånvaro är ambitiöst och ändamålsenligt och ger en väsentligen tillfredsställande uppfyllelse av RF-mål

Sammanfattande kommentarer och bedömning avseende styrelsens resultat och effektivitet

Revisionsenhetens bedömning är att AL utövar en tillfredsställande styrning och uppföljning som understöds av ett effektivt styrsystem. Initiativ och aktiviteter är ambitiösa och ändamålsenliga och är till övervägande delen rapporterade som klara/ pågående. Med det sagt är utvecklingsarbetet långsiktigt vilket också styrelsen lyfter i sina beslut avseende åtgärder för ekonomi i balans. Verksamheten levererar inte tillfredsställande resultat vare sig ekonomiskt eller verksamhetsmässigt.

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. PWCs rapport om årsrapporten för 2017 ger följande:

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.

Iakttagelser

SÅS 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.

Alingsås lasarett hade vid ingången av år 2017 ett negativt eget kapital motsvarande 30,2 mnkr. Efter beslut i regionstyrelsen (Dnr RS 2017-00655) har Alingsås lasarett under 2017 tillförts 30,2 mnkr i bokslutsdisposition för att återställa det egna kapitalet. Årets resultat 2017 uppgår till -15,4 mnkr, vilket är -7,9 mnkr sämre jämfört med föregående år. Intäkterna överstiger budget med 20,2 mnkr (3,2%) och beror på det positiva utfallet av tilläggsöverenskommelsen. Kostnaderna överstiger budget med 35,6 mnkr (5,7%) där personalkostnader, läkemedel och labbkostnader ligger över budget och föregående års utfall. Styrelsen för Alingsås lasarett har beslutat om åtgärder för att uppnå en ekonomi i balans. En handlingsplan som gäller för åren 2017-2018 har fastställts. Styrelsen har i skrivelse till regionstyrelsen ansökt om att få ekonomisk ersättning för de satsningar som framgår i handlingsplanen.

Revisorernas sammanfattande bedömning

Årets revision har utförts enligt kommunallagen och enligt god revisionssed 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 xx nämnd bedömer revisionsenheten att verksamheten bedrivits ändamålsenligt, med god ekonomisk hushållning, rättvisande räkenskaper och med en tillräcklig intern kontroll.

Bilagor

Bilaga 1	Granskning av styrning, uppföljning och intern kontroll 2017 – AL
Bilaga 2	Riktlinjer och rutiner för intern kontroll – AL
Bilaga 3	NF Ekonomi i balans 2017 – AL