

Till
Regionfullmäktige i Västra Götalandsregionen

Revisionsberättelse för styrelsen för Angereds Närsjukhus år 2018

Vi, av regionfullmäktige utsedda revisorer har granskat styrelsen för Angereds Närsjukhus verksamhet under år 2018.

Styrelsen för Angereds Närsjukhus 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 regionfullmäktige.

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


Granskningen har utförts enligt kommunallagen, god revisionsred 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 Angereds Närsjukhus och dess enskilda ledamöter.

Vänersborg den 13 mars 2019



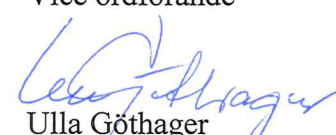
Birgitta Eriksson
Ordförande



Ulf Sjösten
Vice ordförande



Bernt Sabel



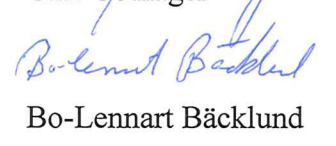
Ulla Göthager



Krister Stensson



Per Waborg



Bo-Lennart Bäcklund



Gun Alexandersson Malm



Marie Engström Rosengren



Staffan Albinsson



Wimar Sundeen

Årsrapport Angeredes Närsjukhus (ANS) 2018

Diarienummer REV 2018-00016

Behandlad av revisorskollegiet den 13 mars 2019

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	6
Styrelsens räkenskaper	8
Revisorernas sammanfattande bedömning	8

Bilagor

1. Granskning av styrning, uppföljning och intern kontroll 2018 - ANS
2. Riktlinjer och rutiner för intern kontroll 2018 - ANS
3. Direktupphandling
4. Bisysslor
5. IS / IT

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 Angereds Närsjukhus (ANS) där de mest väsentliga riskerna identifierats och prioriterats. Granskningsplanen har stämts av med utsedd kontaktrevisor, Krister Stensson, i revisorskollegiet och beslutats av revisionsdirektören. Inför granskningen presenterades även granskningsplanen för ANS 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 ANS 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 ANS ansvar

ANS har att utforma 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. 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 tillfredställande 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.

ANS 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 styr- och uppföljningssystem samt IK-plan inte fångar och hanterar väsentligare risker, vilket kan påverka ändamålsenligheten i styrningen och därmed möjlighet att uppfylla RF-mål avseende såväl verksamhet som ekonomi. Koppling till ansvar enligt följande: <ul style="list-style-type: none"> • KL • VGR riktlinjer och rutiner för intern kontroll 	1	Utifrån granskningsmallar: <i>Granskning av styrning, uppföljning och intern kontroll 2018 - ANS</i> samt <i>Riktlinjer och rutiner för intern kontroll 2018 - ANS</i>

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

Iakttagelser ANS har i all väsentlighet följt RS riktlinjer för intern kontroll. I År 2018 ges följande kommentarer:
Styrelsen för Angered's Närsjukhus beslutade om Plan för intern styrning och kontroll för 2018, med uppföljning och rapportering tre gånger, mars, augusti och i samband med årsredovisning. Styrelsen har också genomfört riskanalys med utgångspunkt i både verksamhet och mål och fokusområden. Då kontrollen syftar till att säkerställa en ändamålsenlig styrning samt att vidta lämpliga åtgärder för att reducera eller eliminera identifierade risker, är systematik i uppföljning och kontroll väsentligt. Kontroller mer än en gång per år ger bättre förutsättningar för styrning,

framför allt i de fall kontrollen inte påvisar en tillfredsställande utveckling och korrigerande åtgärder behöver vidtas.

Styrelsens riskanalys för 2018 och IK-planen för 2018 beslutas på novembermötet 2017. Riskområden fördelar sig enligt följande kontrollområden:

- 4 st inom Verksamhet
- 5 st inom Patientsäkerhet
- 3 st inom Säkerhet
- 2 st inom HR
- 3 st inom Ekonomi

Kontrollerna har inte avslöjat några väsentliga brister som styrelsen har behövt agera på.

Bedömning Den sammanfattande bedömningen är att ANS 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 ANS utformat och genomfört ett tillfredsställande och ändamålsenligt system för denna, vilket inkluderar; risk- och väsentlighetsanalys; kontrollplan samt uppföljning av kontrollplanen.

Bedömningen är att ANS uppvisar en tillfredsställande säkerhetskultur.

Område	Risk	Prio	Granskning
Väl underbyggda nämndbeslut 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 <ul style="list-style-type: none"> • KL 	2	<ul style="list-style-type: none"> • Granskning av styrelseprotokoll • Regelbundna avstämningsmöten med förvaltningsledning • Arbetsmöte med ANS presidium

Iakttagelser Granskningen av styrelseprotokoll och underlag till dessa styrker att ANS

- Haft 9 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 2017, 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 2018. Informationen till styrelsen har haft tillräcklig kvalitet, se även kommentarer nedan.

Övriga risker som identifierades inför 2018 framgår av sammanställningen nedan:

Område	Risk	Prio	Granskning och bedömning
Särskilda frågeställningar	Områden som varit föremål för fördjupade granskningar tidigare år <ul style="list-style-type: none"> Direktupphandling Implementering av riktlinje för bisysslor IS/ IT-kostnader 	2	Standardiserade revisionsfrågor, se nedan
Verksamhet i balans	Styrelsens styrning och uppföljning 2017 resulterade inte i en verksamhet i balans utan i en försämrad tillgänglighet och kvalitet jämfört med föregående år Koppling till ansvar enligt följande <ul style="list-style-type: none"> KL 6:6 	2	Se nedan under Styrelsens resultat och effektivitet

Särskilda uppföljningar

De tre uppföljningarna 2018 är av tidigare fördjupade granskningar under mandatperioden, se bilagor 3-5..

- Revisionsfrågor
- Direktupphandling
- Följer nämnden/styrelsen inköspolicyn fullt ut – fokus direktupphandling?
 - Finns det ett internt kontrollsystem för att följa upp att inköspolicyn efterlevs – fokus direktupphandling?
 - Ger koncerninköp tillräckligt stöd vid direktupphandling så att policyn kan efterlevas?
- Bisysslor
- Tillämpas riktlinjer och rutiner för genomgång av medarbetares bisysslor?
 - Med vilken frekvens görs genomgång av medarbetares bisysslor?
 - Dokumenteras genomgång av bisysslor?
 - Görs en redovisning och uppföljning av godkända och ej godkända bisysslor?
- IS/ IT
- Upplever nämnd/styrelse att man har kontroll på vad man betalar för vad gäller IS/IT?
 - Upplever nämnd styrelse att finansieringsmodellen är tydlig, begriplig och rättvis?
 - Upplever nämnd/styrelse att man kan styra och påverka IS/IT-kostnader?

Bedömning

Revisionsenhetens bedömning är att ANS har en tillfredsställande rutin för hantering av direktupphandling.

Revisionsenhetens bedömning är att ANS har en tillfredsställande rutin för hantering av bisysslor.

Revisionsenheten noterar att det finns områden där styrelsen inte upplever att de har tillräcklig kontroll över vad man betalar för avseende IS/ IT och att man inte har tillräcklig möjlighet att styra/ påverka dessa kostnader.

Styrelsens resultat och effektivitet

NF - Verksamhet i balans

Bakgrund

Under 2017 hade ANS problem med att nå målsättningar avseende såväl tillgänglighet som kvalitet.

Syfte och revisionsfrågor

Syftet med denna NF är att följa dessa indikatorer för ANS och utvärdera dessa vid respektive månads-, delårs- och årsbokslut. De revisionsfrågor som ställas är:

- Har sjukhusledning agerat på ett ändamålsenligt sätt på eventuella avvikelser från VÖK och RF-mål?
- Har styrelsen informerats och agerat på eventuella avvikelser?
- Har beställarnämnd/ KK/ RS/ RF informerats om eventuella avvikelser?
- Har eventuella väsentligare avvikelser under 2018 hanterats i VÖK-processen 2019?

Revisionskriterier utgörs av; styrelsens ansvar i enlighet med KL 6:6, RF budget 2018 och ANS budget 2018

Iakttagelser

ANS - Snabbfakta 2018

	Ekonomi	Belägg som/psy	TVT	Värdg 90 bes/åtg	Misst cancer	Kvalitet	Sjuk- frånvaro	Pers oms
Dec 17	●			●●		●	●	●
Jan	●			●●		●	●	●
Feb	●			●●		●	●	●
Mars	●			●●		●	●	●
April	●			●●		●	●	●
Maj	●			●●		●	●	●
Juli	●			●●		●	●	●
Aug	●			●●		●	●	●
Sep	●			●●		●	●	●
Okt	●			●●		●	●	●
Nov	●			●●		●	●	●
Dec	●			●●		●	●	●

Information inklippt från ÅR 2018:

Aktiviteter relaterat till mål och fokusområden har fortgått enligt plan där ökad produktion jämfört med föregående år har varit en central utgångspunkt inom ramen för det förvaltningsspecifika målet. Jämfört med 2017 kan följande urskiljas:

- Antalet remisser har ökat från 10 248 till 12 599, vilket motsvarar en ökning med 22 procent.
- Antalet unika individer som erhållit vård har ökat från 19 059 till 21 138, vilket motsvarar en ökning med 11 procent.
- Antalet läkarbesök har ökat från 24 086 till 27 515, vilket motsvarar en ökning med 14 procent
- Antalet sjukvårdande behandlingar uppgår till 34 450, vilket är oförändrat, främst orsakat av införandet av förändrat arbetssätt i smärtverksamheten som medfört 738 färre besök. Dessa är inte heller prestationsersatta utan finansieras särskilt genom avslutad MMR-behandling
- Antalet nybesök har ökat från 10 681 till 12 581, vilket motsvarar en ökning på 18 procent.
- Totala antalet operationer har ökat från 2 708 till 3 111, vilket motsvarar en ökning på 15 procent. Av dessa är 1 741 operationer tillgodoräknade Sahlgrenska universitetssjukhuset.
- Antalet radiologiska undersökningar har ökat från 6 294 till 8 429, vilket motsvarar en ökning med 34 procent. Samarbeten har börjat att formaliseras för att säkra bemanning och

produktion i egen regi. Den fria nyttigheten för Sahlgrenska universitetssjukhuset att använda operationskapacitet på Angereds Närsjukhus avvecklas i samband med 2018. Samarbete fortsätter, men produktion tillfaller Angereds närsjukhus från och med 2019.

- *Tillgängligheten för de somatiska vuxenverksamheterna är mycket god, men dras ner på grund av att efterfrågan inom neuropsykiatri inom Barn- och ungdomsverksamheterna inte kan tillgodoses.*
- *Antalet nettoårsarbetare uppgår till 323 vilket är en ökning med 28 nettoårsarbetare jämfört med föregående år. Ökningen är planerad.*
- *Sjukfrånvaron har minskat från 6,3 procent till 5,8 procent och målet som var ett utfall 0,5 procent lägre än snittet för Västra Götalandsregionen har uppnåtts.*
- *Det ekonomiska resultatet för året uppgår till 8,4 Mnr, vilket främst beror på ökade intäkter inom ramen för "En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess" där antalet MMR-behandlingar ökat betydligt samt vakanser och ökad extern försäljning av radiologiska undersökningar.*
- *Mottagning för kvinnor som genomgått könsstympning har invigts, vilken är den andra mottagningen i Sverige för denna grupp. Under 2018 har 80 individer varit i kontakt med mottagningen som genererat 147 besök*
- *Övertag av smärtverksamhet från Frölunda specialistsjukhus och Kungälvssjukhus har skett och uppbyggnad av större enhet har påbörjats och fortsätter 2019. Nya arbetssätt har också införts, vilket medfört att antalet avslutade MMR-behandlingar kraftigt ökat, från 49 till 136 jämfört med föregående år*
- *Rekrytering har varit en utmaning, men flera lyckosamma rekryteringar kunnat ske vilket gör att bemanningen kommer att vara mer robust vid ingången av 2019 än vid ingången av 2018*
- *Tillgängligheten till besök är generellt hög och uppgår till 89 procent. Somatisk vuxenverksamhet tillhandahåller motsvarande 97 procent inom 90 dagar. Barn- och ungdomsverksamheterna har vid december en tillgänglighet motsvarande 70 procent och tyngs av att behoven inom neuropsykiatri är högre än vad kapaciteten klarar, där besök inom 30 dagar uppgår till 10 procent.*

Årets granskning bekräftar i all väsentlighet den bild som redovisas av styrelsen enligt ovan.

Bedömningar

ANS redovisar noggrant aktiviteter, effekter och måluppfyllelse för samtliga relevanta mål- och fokusområden i delårsrapporter och årsredovisning. I delårsrapporterna ges även helårsprognos för måluppfyllelse. Detta ger att styrelsen är mycket väl informerad löpande under året. Vad gäller det verksamhetsmässiga resultatet kan det konstateras att samtliga relevanta RF mål och fokusområden redogörs för i ÅR. Revisionsenheten bedömer att de aktiviteter och initiativ som är kopplade till dessa i all väsentlighet är genomförda eller under genomförande.

Revisionsenheten bedömer att ANS arbete med att uppfylla RF-målet är ambitiöst och ändamålsenligt och leder till en väsentligen tillfredsställande uppfyllelse av RF-mål

Revisionsenhetens bedömning är att ANS utövat en tillfredsställande styrning och uppföljning och analys av det egna ekonomiska resultatet. Utvecklingen av resultatet har löpande rapporterats i månads- och delårsbokslut.

Styrelsen har fått en balanserad uppföljning i månads- och delårsbokslut med relevanta fördjupningar i delårsboksluten. Granskningen av styrelseprotokoll, delårsbokslut och den dialog som förts med sjukhusledning och med presidiet i arbetsmöten ger att våra revisionsfrågor väsentligen kan besvaras med ja, enligt nedan.

Fråga	Svar	Kommentar
Har sjukhusledning agerat på ett ändamålsenligt sätt på eventuella avvikelser från VÖK och RF-mål?	Ja	
Har styrelsen informerats och agerat på eventuella avvikelser?	Ja	
Har beställarnämnd/ KK/ RS/ RF informerats om eventuella avvikelser?	Ja	I ordinarie dialog och rapportering
Har eventuella väsentligare avvikelser under 2018 hanterats i VÖK-processen 2019?	Nej	Prolongering av VÖK

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 2018 ger följande:

Uttalande

Enligt vår uppfattning ger årsrapporten en i alla väsentliga avseenden rättvisande bild av nämndens finansiella ställning per den 31 december 2018 och av dess finansiella resultat och kassaflöden för året enligt lag om kommunal redovisning. Förvaltningsberättelsen är, inom de områden som revisionsverksamheten uppdragit åt oss att granska, förenlig med årsrapportens övriga delar.

Iakttagelser

Angereds Sjukhus 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

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 ANS bedömer revisionsenheten att verksamheten bedrivits ändamålsenligt, med god ekonomisk hushållning, rättvisande räkenskaper och med en tillräcklig intern kontroll.