

Basgranskning Alingsås lasarett

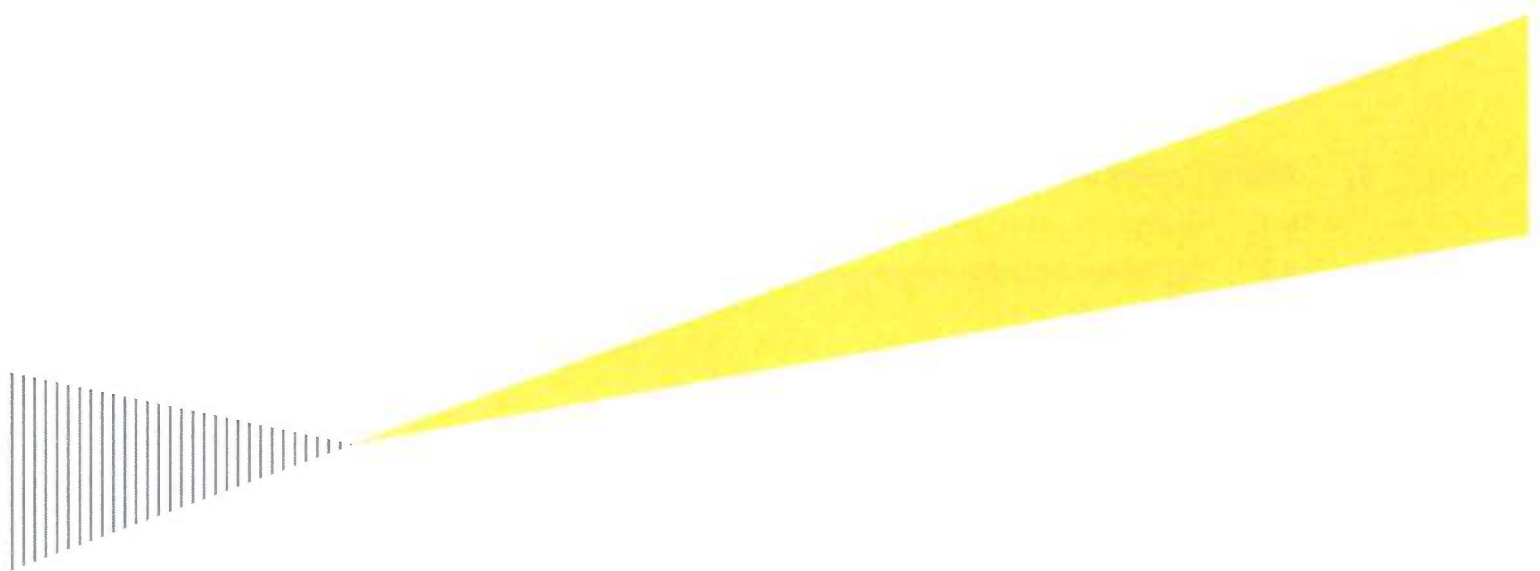
Dnr: Rev 33-2013

Genomförd av: Ernst & Young

Behandlad av Revisorskollegiet den 13 november 2013

Alingsås Lasarett

Basgranskning



Building a better
working world

Innehåll

1. Sammanfattning	1
2. Inledning	3
2.1. Bakgrund	3
2.2. Syfte och avgränsning	3
2.3. Revisionsfrågor	3
2.4. Revisionskriterier	4
2.5. Metod	4
3. Hur säkerställer styrelsen att verksamheten bedrivs i enlighet med regionfullmäktiges uppdrag och kraven i kommunallagen 6 kap 7§?	5
3.1. Styrelsens arbete	5
3.2. Styrande dokument	6
3.3. Internkontrollarbete på Alingsås lasarett	7
3.4. Informationssäkerhet	8
4. Bedömningar och slutsatser	9
4.1. Slutsats	12
4.2. Identifierade förbättringsområden/rekommendationer	12

Bilagor:

- Bilaga 1 Genomförda intervjuer och dokumentation
- Bilaga 2 Enkät till styrelsen

1. Sammanfattning

EY har på uppdrag av Revisionsenheten Västra Götalandsregionen granskat hur styrelsen säkerställer att verksamheten arbetar efter fastställda mål och organisationen utformas så att en god intern styrning och kontroll kan säkerställas.

Granskningen syftar till att bedöma om styrelsen säkerställer att verksamheten bedrivs i enlighet med regionfullmäktiges uppdrag och kraven i Kommunallagen (1991:900) 6 kap. 7 §.

Följande revisionsfråga ska besvaras i granskningen:

- Utövar styrelsen sin interna styrning och kontroll på ett ändamålsenligt vis i relation till regionfullmäktiges uppdrag och kraven i Kommunallagen 6 kap 7§.

Granskningen har utförts genom intervjuer samt dokumentstudier. Vi har även skickat ut en enkät till styrelsen.

Vid granskningen har vi funnit att styrelsen utifrån regionfullmäktiges uppdrag och överenskommelsen med hälso- och sjukvårdsnämnden fastställt mål för verksamheten i den verksamhetsplan samt den detaljbudget som beslutats av styrelsen. Styrelsen har löpande under året följt upp de mål som fastställts samt även efterfrågat mer frekvent uppföljning av områden som bedömts vara av särskilt intresse. Vid varje styrelsemöte har chefsläkaren haft en genomgång av patientsäkerheten som även omfattat en redovisning av väsentliga rapporterade avvikelser. Styrelsen upplever att de får information med tillräcklig kvalitet som underlag för sina beslut och både styrelseledamöterna och tjänstemännen upplever att de har ett väl fungerande samarbete.

Som en del i ansvaret för att utforma organisationen ska styrelsen fastställa en delegationsordning. Granskningen visar att den nu gällande delegationsordningen fastställdes 2007-03-06 och är inaktuell. Det finns därmed ett behov av att uppdatera delegationsordningen och fastställa ett nytt dokument.

Vi har vidare noterat att det saknas en sammanställd riskanalys för verksamheten som underlag för internkontrollplanen. Det är därför inte tydligt hur de områden som ingår i planen valts ut. Av styrelseprotokoll framgår att internkontrollplanen för 2013 "bygger på intern kontrollplanen 2012 med vissa språkliga ändringar". Det är inte heller tydligt i vilken utsträckning styrelsen är delaktig i den riskbedömning som ligger till grund för internkontrollplanen.

Styrelsens uppföljning av internkontrollplanen sker på en årlig basis. Om uppföljning av planen endast sker årligen minskar nyttan med planen som stöd för styrning och ledning av verksamheten.

Granskningen visar brister avseende efterlevnaden av regionens riktlinjer för informationssäkerhet. Styrelsen har inte beslutat om regler och villkor för det verksamhets-specifika arbetet med informationssäkerhet utan förlitat sig på den reglering som sker på regionnivå. Vidare behandlas IT frågor endast i en begränsad omfattning av styrel-

sen och styrelsens uppföljning av informationssäkerhet sker inte löpande utan på en årlig basis eller om specifika frågor adresseras till styrelsen.

Vid granskningen framkom att styrelsens arbetsordning inte är aktuell. Det finns därmed ett behov av att uppdatera arbetsordningen och fastställa ett nytt dokument. Vi har även noterat att det inte framgår av styrelseprotokollen att samtliga ärenden som enligt styrelsens arbetsordning ska behandlas på alla ordinarie styrelsemöten har blivit behandlade.

Utifrån granskningens revisionsfråga och grunderna för ansvarsprövning bedömer vi att det finns områden som bör förbättras men att styrelsen i huvudsak utövar sin interna styrning och kontroll på ett ändamålsenligt vis i relation till regionfullmäktiges uppdrag och kraven i KL 6 kap 7§.

Vi har utifrån granskningen identifierat följande förbättringsområden/rekommendationer:

- ▶ Utveckla den riskbedömning i verksamheten som ligger till grund för internkontrollplanen och ta fram anvisningar för hur riskbedömningen ska utföras. Riskbedömningen bör utgå från verksamhetens mål och sammanställas för hela verksamheten.
- ▶ Involvera årligen styrelsens ledamöter i riskbedömningen för verksamheten som ligger till grund för internkontrollplanen och säkerställ att ledamöterna ges tillfälle att värdera riskområden och eventuellt komplettera riskbilden. Säkerställ även att genomgången dokumenteras.
- ▶ Styrelsen bör följa upp internkontrollplanen oftare än en gång per år, förslagsvis i samband med att uppföljning av verksamhetsplanen presenteras. Om uppföljning av planen endast sker årligen minskar nyttan med planen som stöd för styrning och ledning av verksamheten.
- ▶ Säkerställ att arbetsprocessen för framtagande av internkontrollplanen dokumenteras.
- ▶ Styrelsen bör behandla frågor avseende IT-säkerhet löpande under året och säkerställa att regionens riktlinje för informationssäkerhet i Västra Götalandsregionens verksamheter efterlevs. Styrelsen ska enligt riktlinjen besluta om regler och villkor för det verksamhetsspecifika arbetet med informationssäkerhet samt regelbundet få redovisningar av förvaltningen kring genomförda granskningar, vidtagna åtgärder, resultat av riskanalyser och förbättringar som har genomförts. Vidare ska styrelsen årligen redovisa resultat av säkerhetsarbetet till regionstyrelsen som en del i den ordinarie årsredovisningen.
- ▶ Styrelsens arbetsordning är inaktuell och behöver uppdateras.
- ▶ I styrelsens arbetsordning specificeras ärenden som ska behandlas på alla ordinarie styrelsemöten. Det finns behov av att tydliggöra i styrelseprotokollen att dessa ärenden har behandlats.
- ▶ Delegationsordningen är inaktuell och ett nytt dokument behöver fastställas av styrelsen.

- Genom att utnyttja möjligheten att anpassa regionövergripande policy och riktlinjer till verksamheten skulle styrelsens möjligheter att påverka verksamheten öka.

2. Inledning

2.1. Bakgrund

Alingsås lasarett har ett upptagningsområde om ca 100 000 personer och har ca 50 000 besök per år. Under 2012 beräknades ca två tredjedelar utgöras av akut vård. Vid sjukhuset arbetar ca 700 personer och det finns ca 100 vårdplatser. Sjukhuset har ett uppdrag som närsjukhus, vilket innefattar akut och specialiserad vård, i Mittenälvsborg samt ett regionalt uppdrag inom ortopedi. De medicinska resultaten och tillgängligheten till sjukhuset är god.

Under 2012 arbetade sjukhuset aktivt med att få ekonomin i balans genom olika åtgärdsplaner. Bland annat har strikt anställningsprövning skett, översyn av avtal, neddragning av antalet vårdplatser. Dock blev resultatet för 2012 - 11 mkr. Redovisning av åtgärdsplanen visar att man per 31 augusti 2013 uppnått 9,8 mkr av planens 17,8 mkr. Situationen för 2013 ser fortsatt ansträngd ut.

Styrelser och nämnder ansvarar för att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål som regionfullmäktige fastställt för verksamheten samt, beslut, uppdrag, riktlinjer och föreskrifter som gäller för verksamheten. De ansvarar också för återrapporteringen av uppdraget till regionfullmäktige.

Revisorerna ska enligt kommunallagen årligen granska styrelser och nämnder. Revisorerna ska pröva om nämnder och styrelser säkerställt att verksamheten är genomförd på ett ändamålsenligt vis, med en god ekonomisk hushållning, om räkenskaperna är rättvisande och om den interna kontrollen är tillräcklig.

2.2. Syfte och avgränsning

Granskningen syftar till att bedöma om styrelsen säkerställer att verksamheten bedrivs i enlighet med regionfullmäktiges uppdrag och kraven i Kommunallagen (1991:900) 6 kap. 7 §. Den interna styrningen och kontrollen är i fokus.

Inriktningen på granskningen är hur styrelsen säkerställer att verksamheten arbetar efter fastställda mål och att organisationen utformas så att en god intern styrning och kontroll kan säkerställas.

Granskningen avser styrelsens interna styrning och kontroll under 2013. Den omfattar inte om styrelsen säkerställt att räkenskaperna är rättvisande.

2.3. Revisionsfrågor

Utifrån syftet med granskningen ska följande revisionsfråga besvaras:

- *Utövar styrelsen sin interna styrning och kontroll på ett ändamålsenligt vis i relation till regionfullmäktiges uppdrag och kraven i KL 6 kap 7 §?*

2.4. Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses bedömningsgrunder som används i granskningen som utgångspunkt för analys, slutsatser och bedömningar. Revisionskriterierna kan hämtas ifrån lagar och förarbeten eller interna regelverk, policys och fullmäktigebeslut. Kriterier kan också ha sin grund i jämförbar praxis eller erkänd teoribildning.

I denna granskning utgörs de huvudsakliga revisionskriterierna av:

- ▶ *Kommunallagen 6 kap. 7 §*
- ▶ *God revisionssed i kommunal verksamhets definition av ändamålsenlig verksamhet, god ekonomisk hushållning samt tillräcklig intern styrning och kontroll*
- ▶ *SOSFS 2011:9 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete*
- ▶ *Fullmäktiges reglemente till styrelsen*
- ▶ *Fullmäktiges mål och uppdrag i budget till styrelsen*
- ▶ *Regionstyrelsens riktlinjer för informationssäkerhet i Västra Götalandsregionens verksamheter.*

2.5. Metod

Granskningen är genomförd via intervjuer och dokumentgranskning. Vi har även skickat ut en enkät till samtliga styrelsemedlemmar.

Intervjuer har genomförts med följande funktioner:

- ▶ *Styrelsens presidium*
- ▶ *Sjukhusdirektör*
- ▶ *Ekonomichef*
- ▶ *Koordinator för upprättande av internkontrollplan*
- ▶ *Säkerhetssamordnare och IT-ansvarig*

Samtliga intervjuade har beretts tillfälle att faktagranska rapporten.

3. Hur säkerställer styrelsen att verksamheten bedrivs i enlighet med regionfullmäktiges uppdrag och kraven i kommunallagen 6 kap 7§?

3.1. Styrelsens arbete

I kommunallagen regleras styrelsens ansvar för att verksamheten bedrivs enligt de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt även ansvaret för att tillse att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt. Utöver vad som framgår av kommunallagen regleras även styrelsens arbete i ett reglemente för styrelsen för Alingsås lasarett som fastställts av regionfullmäktige 2010-10-19. Av reglementet framgår vilka uppgifter styrelsen är skyldig att utföra. Vidare finns krav på att en arbetsordning med bestämmelser om styrelsens egna arbetsformer ska antas. Styrelsen för Alingsås lasarett har upprättat en arbetsordning som antogs 2007-04-10. Arbetsordningen är inte aktuell och behöver uppdateras. I arbetsordningen finns bland annat beskrivet styrelsens arbetsformer och det framgår även vilka ärenden som ska behandlas vid alla ordinarie styrelsesammanträden.

Enligt arbetsordning är styrelsen viktigaste uppgift att i enlighet med sitt reglemente utföra den verksamhet som beställs av hälso- och sjukvårdsnämnderna samt utveckla förutsättningarna för Alingsås lasarett. Styrelsen ska gemensamt över partigränserna arbeta för regionens mål med verksamheten. Detta är även den bild som framkommit vid våra intervjuer med representanter från styrelsen. Det finns ett tydligt fokus på att styrelsen ska arbeta utifrån fastställda mål i den överenskommelse som slutits med hälso- och sjukvårdsnämnden och som i sin tur baseras på de mål som Regionfullmäktige beslutat. Vid uppfyllandet av dessa mål sker en uppföljning utifrån fyra perspektiv: patient, verksamhet/process, medarbetare och ekonomi.

Styrelsen sammanträder nio gånger per år och får underlag från verksamheten inför mötena. För 2013 har beslutats att tre av styrelsemötena ska vara heldagar med särskilt tema kring verksamheten för att hålla styrelsen uppdaterad kring viktiga frågor för verksamheten. Utöver styrelsemötena sammanträder presidiet inför styrelsemötena och ordförande har löpande kontakt med sjukhusdirektören.

Vi har granskat protokollen för år 2012 samt 2013 och kan av dessa se att styrelsen löpande har följt utvecklingen av verksamheten samt ekonomin. Uppföljning av de mål som fastställs i vårdöverenskommelsen och verksamhetsplanen sker i samband med delår och helårsbokslut. Uppföljningen sker inom respektive verksamhetsområde och sammanställs till ett dokument som avser hela verksamheten. På styrelsemöten presenteras den sammanställda uppföljningen. De mål som styrelsen bedömer vara extra viktigt att fokusera på följs upp vid varje styrelsemöte. Exempel på detta är ekonomi, tillgänglighet, väntetider och sjukfrånvaro. Styrelsen har även efterfrågat extra uppföljning och förslag på åtgärder då problem med att hålla budgeten uppmärksammades. Vidare har chefsläkaren en stående punkt på alla styrelsemöten där rapportering kring patientsäkerhet ska lämnas vilket indikerar att styrelsen har ett fokus på patientsäkerhet och kvalitet. Vid denna rapportering ingår även att informera om väsentliga avvikelser som har registrerats.

Granskningen visar att det inte tydligt framgår av protokollen att de ärenden som enligt arbetsordningen ska behandlas på alla ordinarie styrelsemöten har behandlats. Arbetsordningen lämnar inte utrymme för undantag i de fall som inget finns att notera i ärendet. Vi kan inte av protokollen utläsa att genomgång av protokollet från föregående sammanträde med avseende på uppdrag som lämnats av styrelsen har skett. I protokollen finns inte någon rubrik som avser sjukhusdirektörens rapport om verksamheten och det saknas rubrik avseende anmälan av beslut som fattats på delegation från styrelsen.

Vid intervjuer har framkommit att styrelsen upplever att de har ett väl fungerande samarbete med tjänstemännen, att de får bra underlag som grund för beslut om verksamheten och att den information som tjänstemännen lämnar både skriftligen och muntligen är tydlig. Även tjänstemännen upplever att de har ett väl fungerande samarbete med styrelsen.

Av enkät utskickad till styrelsen framkom att de flesta upplever att ledamöterna i styrelsen är aktiva och delaktiga i diskussioner i samband med styrelsemöten.

3.2. Styrande dokument

Utifrån Regionfullmäktiges budget och den vårdöverenskommelse som träffats med hälso- och sjukvårdsnämnden formuleras med beaktande av Alingsås lasarets vision och värdegrund konkreta och mätbara övergripande mål. Av den verksamhetsplan som fastställs av styrelsen framgår sjukhusets mål. Verksamhetsplanen innehåller många mål vilket är ett resultat av de krav som ställs av regionfullmäktige. Verksamheten upplever att detta försvårar möjligheten att definiera vad som är det mest väsentliga. Verksamhetsplanen innehåller även kortfattad information om hur lasarettet är organiserat och hur styrning, ledning, planering och uppföljningsprocessen är strukturerad. Alingsås lasarets kvalitetsledningssystem ingår som en bilaga till verksamhetsplanen.

Styrelsen är, enligt vad som framkommit vid intervju, delaktig i processen med att ta fram verksamhetsplanen genom exempelvis strategidiskussioner på styrelsedagar men det är tjänstemännen som sammanställer materialet. Verksamheten utformar utifrån den övergripande planeringen aktiviteter, styr- och måltal för respektive verksamhetsområde som stödjer de övergripande målen.

En detaljbudget fastställs årligen och följs upp av styrelsen. Vid avvikelser har styrelsen ställt krav på att åtgärder vidtas och ökat den ekonomiska uppföljningen. Styrelsen har fastställt riktlinjer för internkontroll och fastställer årligen en internkontrollplan som omfattar krav på uppföljning.

Som en del i ansvaret för att utforma organisationen har styrelsen fastställt en delegationsordning. Granskningen visar att den nu gällande delegationsordningen fastställdes 2007-03-06 och att den tidigare ordförandes namn framgår på dokumentet. Det finns därför ett behov av att uppdatera delegationsordningen och fastställa ett nytt dokument. Attestförteckning har upprättats utifrån delegationsordningen och beslutats av sjukhusdirektören. Attestförteckningen uppdateras minst årligen eller vid behov.

Vid intervju framkom att styrelsen, utöver ovan nämnda dokument, inte har fastställt egna policys och riktlinjer utan hänvisar till de policys och riktlinjer som finns på regionnivå.

3.3. Internkontrollarbete på Alingsås lasarett

Intern kontroll regleras i Kommunallagen (1991:900) 6 kapitlet 7 § vilken anger att styrelsen ansvarar för den interna kontrollen samt att verksamheten bedrivs på ett tillfredsställande sätt.

Styrelsen för Alingsås lasarett har antagit en internkontrollplan för år 2013 och fastställt riktlinjer för internkontroll. Däremot finns inga anvisningar som beskriver arbetsgången mer i detalj.

Utgångspunkten för Alingsås lasarettens arbete med internkontrollplanen har varit att identifiera riskområden/processer där det bör finnas tillräcklig kontroll som säkerställer att fel och brister kan upptäckas. Dessa områden ska sedan ingå i internkontrollplanen. Kopplingen till fastställda uppdrag och uppställda mål framgår inte. Alingsås lasarett har en koordinator som bland annat ansvarar för samordningen i samband med upprättande av internkontrollplanen. Det finns ett uppdrag från regionen att upprätta en internkontrollplan men inga riktlinjer kring hur den ska upprättas och vad den ska innehålla.

När den första internkontrollplanen skulle tas fram utarbetades en egen modell där förvaltningen identifierade risker utifrån riskområden och bedömde riskernas konsekvenser och sannolikhet. Koordinatoren tog hjälp av respektive avdelning för att identifiera deras specifika risker. Riskanalysen sammanställdes inte för hela verksamheten och det blir därför inte tydligt hur de områden som ingår i internkontrollplanen valts ut. Av styrelseprotokoll framgår att internkontrollplanen för 2013 "bygger på intern kontrollplanen 2012 med vissa språkliga ändringar".

Uppföljning av internkontrollplanen sker årligen i styrelsen i samband med att planen för nästkommande år antas. Verksamheten ska enligt riktlinjerna följa upp planen i enlighet med vad som framgår av internkontrollplanen. Detta innebär att verksamhetens uppföljning kan variera i frekvens från månatlig till årlig. Om avvikelser uppstår ska dessa lyftas till styrelsen i samband med att de noteras. Av protokoll från 2012 och 2013 framgår inte att någon avvikelse har rapporterats till styrelsen.

Det finns ingen tydlig koppling mellan lasarettets ledningssystem och internkontrollprocessen. Riskanalysen kopplas inte till uppdrag och mål, inte heller återkopplas internkontrollen till styrelsen i samband med uppföljning av verksamhetens mål och utfall under året.

Styrelsen är, enligt uppgift, aktiva i diskussionen inför fastställandet av internkontrollplanen men det finns ingen sammanställd riskanalys som styrelsen tar ställning till. I samband med att lasarettets första internkontroll plan skulle fastställas avsatte styrelsen extra tid för en genomgång av arbetet och underlagen för planen.

3.4. Informationssäkerhet

Regionstyrelsen beslutade 2009 om riktlinjer för informationssäkerhet i Västra Götalandsregionens verksamheter. I riktlinjerna framgår att nämnder, styrelser och bolagsstyrelser ansvarar för arbetet med informationssäkerhet inom respektive verksamhetsområde (informationsförvaltare) medan det är regionstyrelsen som ska leda, samordna och utveckla arbetet (informationsägare). Vidare framgår av riktlinjerna att styrelsen ska:

- ▶ tillse att en funktion för informationssäkerhet inrättas
- ▶ besluta om regler och villkor för det verksamhetsspecifika arbetet med informationssäkerhet
- ▶ vara personuppgiftsansvarig enligt PUL och utse personuppgiftsombud
- ▶ regelbundet få redovisningar av förvaltningen kring genomförda granskningar, vidtagna åtgärder, resultat av riskanalyser och förbättringar som har genomförts
- ▶ i övrigt följa säkerhetspolicy och årligen redovisa resultat av säkerhetsarbetet till regionstyrelsen som en del i den ordinarie årsredovisningen

Styrelsen har inte beslutat om egna styrande dokument för det verksamhetsspecifika arbetet med informationssäkerhet. Förvaltningsledningen har däremot beslutat om verksamhetsanpassade riktlinjer för informationssäkerhet. Vid intervju framkom att styrelsen såg begränsade möjligheter att påverka vad gäller IT-frågor eftersom verksamheten använder regionövergripande system.

Säkerhetssamordnaren och IT-strategen utgör lasarettets funktion för informationssäkerhet och har ett operativt ansvar för frågor gällande informationssäkerhet. Säkerhetssamordnaren har även utsetts till personuppgiftsombud för Alingsås lasarett.

Arbete med informationssäkerhet är en del av verksamheternas arbete med intern kontroll. I internkontrollplanen finns områden som avser informationssäkerhet och som ska följas upp av verksamheten under året med olika frekvens. Avrapportering av denna uppföljning sker årligen till styrelsen inom ramen för rapporteringen av internkontrollplanen.

Som en bilaga till verksamhetsplanen finns bifogat de säkerhetsmål som styrelsen beslutat. Målen omfattar frågor kring IT-säkerhet och styrelsen får en årlig uppföljning av dessa mål. Separat rapportering av riskanalyser och sårbarhetsanalyser till styrelsen har inte skett utifrån vad som framkommit vid granskning av protokoll samt vid intervjuer.

Säkerhetssamordnaren gör en klassificering av de system som används inom sjukhuset utifrån tillgänglighet, spårbarhet, insynsskydd och riktighet. Detta arbete sammanställs i en rapport som presenteras för styrelsen. Ny klassificering sker vid behov.

Enligt regionens riktlinjer för informationssäkerhet ska Alingsås lasarett årligen redovisa resultatet av säkerhetsarbetet till regionstyrelsen som en del i den ordinarie årsredovisningen. Separat mall har utvecklats av regionen för rapporteringen. Rapportering har skett till regionstyrelsen men för år 2012 saknas denna sammanställning i den ordinarie årsredovisningen. Enligt uppgift från förvaltningen presenteras uppföljningen i styrelsen innan den rapporteras till regionstyrelsen.

Granskningen visar att styrelsen inte har beslutat om regler och villkor för det verksamhetsspecifika arbetet med informationssäkerhet utan förlitar sig på den reglering som sker på regionnivå. Vidare behandlas IT frågor endast i en begränsad omfattning av styrelsen och styrelsens uppföljning av IT-säkerhet sker inte löpande utan på en årlig basis eller då specifika frågor adresseras till styrelsen.

4. Bedömningar och slutsatser

Syftet med föreliggande granskning är att bedöma om styrelsen säkerställer att verksamheten bedrivs i enlighet med regionfullmäktiges uppdrag och kraven i kommunallagen 6 kap. 7§. Inriktningen på granskningen har varit hur styrelsen säkerställer att verksamheten arbetar efter fastställda mål och organisationen utformas så att en god intern styrning och kontroll kan säkerställas. Följande revisionsfråga ska besvaras i granskningen:

- Utövar styrelsen sin interna styrning och kontroll på ett ändamålsenligt vis i relation till regionfullmäktiges uppdrag och kraven i KL 6 kap 7§?

För att besvara revisionsfrågan har följande delfrågor analyserats:

Delfråga	Svar
<i>Hur säkerställer styrelsen att verksamheten har en fungerande ekonomi- och verksamhetsstyrning?</i>	<i>Styrelsen följer löpande upp att verksamheten arbetar utifrån de mål som fastställts i verksamhetsplanen samt den detaljbudget som styrelsen beslutat. Styrelsen har fastställt en organisation med ansvar delegerat för att hantera ekonomi- och verksamhetsstyrningen.</i> <i>Delegationsordningen är inte uppdaterad.</i>
<i>Hur konkretiseras fullmäktiges mål till sjukhusets verksamhet?</i>	<i>Fullmäktiges mål konkretiseras i den verksamhetsplan som styrelsen årligen fastställer. Verksamhetsplanen utgår även ifrån den överenskommelse som träffats med hälso- och sjukvårdsnämnden samt Alingsås lasarets vision och värdegrund.</i>
<i>Hur kommunicerar styrelsen mål och uppdrag till verksamheten och hur följs dessa upp?</i>	<i>Målen kommuniceras genom verksamhetsplanen samt detaljbudgeten. Uppföljning av målen sker i samband med delårs- samt helårsbokslut. Mål som styrelsen bedömer vara av särskild vikt följs upp vid varje styrelsemöte. (Nio gånger per år)</i>

<i>Delfråga</i>	<i>Svar</i>
<i>Hur säkerställer styrelsen en effektiv struktur för uppföljning och rapportering av mål och uppdrag?</i>	<i>Verksamheten har arbetat fram en struktur för uppföljning som presenteras för styrelsen. Det finns även ett specifikt uppföljningsdokument med avseende på Överenskommelsen med HSN. Genom dessa dokument säkerställs att uppföljning av samtliga mål sker. Av dokumenten framgår även när denna uppföljning ska ske. Vi har tagit del av den uppföljning som rapporterades för delåret i augusti 2013.</i>
<i>Hur kommunicerar styrelsen förutsättningar och krav på verksamhetens internkontrollarbete? Finns det exempelvis ett internkontrollreglemente med ändamålsenliga, anvisningar, system och rutiner för intern kontroll? Finns det en gemensam och dokumenterad internkontrollprocess för lasarettet?</i>	<i>Styrelsen har fastställt en riktlinje för internkontrollarbetet. Riktlinjen är övergripande och det finns inga kompletterande anvisningar för hur arbetet ska bedrivas. Det saknas en gemensam och dokumenterad internkontrollprocess för lasarettet. Det finns inte heller några anvisningar för hur riskanalys för verksamheten ska utföras. Risker har analyserats utifrån kontrollområden och inte utifrån verksamhetens mål.</i>
<i>Hur är sjukhusets ledningssystem sammankopplat med internkontrollprocessen?</i>	<i>Internkontrollprocessen är en del av ledningssystemet men det saknas en tydlig koppling mellan den uppföljning som sker av verksamhetsplanen och den uppföljning som sker av internkontrollplanen.</i>
<i>Hur delaktiga är styrelsen i internkontrollarbetet och hur följer styrelsen upp frågor rörande intern kontroll på styrelsesammanträden och i sjukhusets ledningsgrupp/er?</i>	<i>Styrelsen får en genomgång av internkontrollplanen och har möjlighet att påverka innehållet innan den fastställs. I samband med att den första internkontrollplanen arbetades fram för två år sedan avsattes extra tid för att gå igenom internkontrollplanen. Eftersom det inte finns en övergripande riskbedömning för verksamheten har styrelsen inte heller varit delaktig i detta arbete.</i> <i>Uppföljning av internkontrollplanen sker årligen i styrelsen. Ledningen följer de rapporteringsförutsättningar som finns angivet i planen.</i>

<i>Delfråga</i>	<i>Svar</i>
<i>Hur säkerställer styrelsen att krav på kvalitet enligt förordningar och regler uppfylls? Finns exempelvis ett kvalitetsledningssystem som styrelsen fastställt?</i>	<i>Styrelsen fastställer årligen ett kvalitetsledningssystem i enlighet med kraven i SOSFS 2011:9. Kvalitetsledningssystemet ingår som en bilaga till Verksamhetsplanen. Ett flertal av de mål som fastställts för verksamheten och som följs upp av styrelsen är relaterade till kvalitet. På varje styrelsemöte behandlas även frågor avseende patientsäkerhet.</i>
<i>Hur tillser styrelsen att rutiner för avvikelserapportering fungerar tillfredsställande?</i>	<i>I enlighet Alingsås lasarets kvalitetsledningssystem så ska verksamheten rapportera avvikelser i systemet MedControl PRO. Vidare har chefläkaren en stående punkt på styrelsemötena där patientsäkerheten behandlas. I denna punkt ingår att rapportera om väsentliga avvikelser.</i>
<i>Har förtroendevalda och tjänstemän erhållit utbildning avseende vad intern kontroll i offentlig verksamhet innebär?</i>	<i>Alingsås lasarett har inte erbjudit utbildning för de förtroendevalda eller tjänstemännen avseende intern kontroll i offentlig verksamhet. Vissa tjänstemän och ledamöter i styrelsen har dock erhållit denna utbildning på annat håll.</i>
<i>Hur har styrelsen kommunicerat kraven/målen på IT-säkerhet?</i>	<i>Styrelsen har utöver vad som framgår av dokumentet "Säkerhetsmål 2013" inte kommunicerat några ytterligare mål utan hänvisar till de styrande dokument som finns för regionen.</i>
<i>Hur följer styrelsen upp IT-säkerheten i verksamheten?</i>	<i>Säkerhetssamordnaren gör en klassificering av de system som används inom sjukhuset. Detta arbete sammanställs i en rapport som presenteras för styrelsen. IT-säkerhet ingår även som en del i internkontrollplanen. Uppföljning av planen presenteras årligen för styrelsen. Säkerhetsmålen som är en bilaga till verksamhetsplanen följs upp i samband med årsboksutslut. Utöver den årliga rapporteringen behandlas IT frågor i en begränsad omfattning av styrelsen. Vi noterade brister i efterlevnaden av regionens riktlinje för informationssäkerhet.</i>

Utöver de delfrågor som beskrivits ovan har vi även tagit del av reglemente för styrelsen för Alingsås lasarett samt arbetsordning för styrelsen för Alingsås lasarett i syfte att bedöma hur styrelsen organiserat sitt arbete. Vid denna granskning framkom att arbetsordningen inte uppdaterats sedan år 2007. Vidare framgår inte tydligt av protokollen att de ärenden som enligt arbetsordningen ska behandlas på alla ordinarie styrelsemöten har behandlats. Vi noterar en otydlighet kring återrapporteringen av beslut fattade på delegation eftersom denna rubrik inte finns med i samtliga protokoll.

För att bedöma hur styrelsen kommunicerat ramarna till verksamheten har frågor avseende styrande dokument behandlats. Utöver överenskommelsen med HSN 6, verksamhetsplanen detaljbudgeten, riktlinjer för intern kontroll och delegationsordningen hänvisar styrelsen till de styrande dokument som finns på regionnivå. Vår bedömning är att det i vissa fall kan stärka den interna styrningen och kontrollen om det för verksamheten tydliggörs vilka styrande dokument som är aktuella. Vi ser även ett behov av att ta fram anvisningar utifrån riktlinjen för intern kontroll i syfte att tydliggöra arbetsprocessen samt beskriva hur riskbedömningen ska utföras.

4.1. Slutsats

Utifrån granskningens revisionsfråga och grunderna för ansvarsprövning bedömer vi att det finns områden som bör förbättras men att styrelsen i huvudsak utövar sin interna styrning och kontroll på ett ändamålsenligt vis i relation till regionfullmäktiges uppdrag och kraven i KL 6 kap 7§.

4.2. Identifierade förbättringsområden/rekommendationer

Våra identifierade förbättringsområden/rekommendationer är enligt följande:

- ▶ Utveckla den riskbedömning i verksamheten som ligger till grund för internkontrollplanen och ta fram anvisningar för hur riskbedömningen ska utföras. Riskbedömningen bör utgå från verksamhetens mål och sammanställas för hela verksamheten.
- ▶ Involvera årligen styrelsens ledamöter i riskbedömningen för verksamheten som ligger till grund för internkontrollplanen och säkerställ att ledamöterna ges tillfälle att värdera riskområden och eventuellt komplettera riskbilden. Säkerställ även att genomgången dokumenteras.
- ▶ Styrelsen bör följa upp internkontrollplanen oftare än en gång per år förslagsvis i samband med att uppföljning av verksamhetsplanen presenteras. Om uppföljning av planen endast sker årligen minskar nyttan med planen som stöd för styrning och ledning av verksamheten.
- ▶ Säkerställ att arbetsprocessen för framtagande av internkontrollplanen dokumenteras.
- ▶ Styrelsen bör behandla frågor avseende IT-säkerhet löpande under året och säkerställa att regionens riktlinje för informationssäkerhet i Västra Götalandsregionens verksamheter efterlevs. Styrelsen ska enligt riktlinjen besluta om regler och villkor för det verksamhetsspecifika arbetet med informationssäkerhet samt regelbundet få redovisningar av förvaltningen kring genomförda granskningar, vidtagna åtgärder, resultat av riskanalyser och förbättringar som har genomförts. Vi-

dare ska styrelsen årligen redovisa resultat av säkerhetsarbetet till regionstyrelsen som en del i den ordinarie årsredovisningen.

- ▶ Styrelsens arbetsordning är inaktuell och behöver uppdateras.
- ▶ I styrelsens arbetsordning specificeras ärenden som ska behandlas på alla ordinarie styrelsemöten. Det finns behov av att tydliggöra i styrelseprotokollen att dessa ärenden har behandlats.
- ▶ Delegationsordningen är inaktuell och ett nytt dokument behöver fastställas av styrelsen.
- ▶ Genom att utnyttja möjligheten att anpassa regionövergripande policy och riktlinjer till verksamheten skulle styrelsens möjligheter att påverka verksamheten öka.

Göteborg den 11 oktober 2013



Christina Selin
Ernst & Young AB



Liselott M Daun
Ernst & Young AB

Bilaga 1: Dokumentation och genomförda intervjuer

Genomförda intervjuer

- ▶ Styrelsens ordförande
- ▶ Styrelsens vice ordförande
- ▶ Sjukhusdirektör
- ▶ Ekonomichef
- ▶ Koordinator för upprättande av internkontrollplan
- ▶ Säkerhetssamordnare och IT-ansvarig

Enkät utskickad till hela styrelsen

Dokumentförteckning

- ▶ Regionfullmäktiges budget
- ▶ Överenskommelse om hälso- och sjukvård vis Alingsås lasarett 2013-2014
- ▶ Verksamhetsplan 2013 Alingsås lasarett
- ▶ Detaljbudget 2013 Alingsås lasarett
- ▶ Åtgärdsplan samt komplettering åtgärdsplan
- ▶ Uppföljningsplan för vårdöverenskommelsen
- ▶ Reglemente för styrelsen Alingsås lasarett
- ▶ Arbetsordning för styrelsen för Alingsås lasarett
- ▶ Riktlinje för internkontroll, Alingsås lasarett
- ▶ Internkontrollplan 2013 Alingsås lasarett
- ▶ Styrelseprotokoll för 2012 och 2013
- ▶ Delårsrapport maj och augusti 2013. Alingsås lasarett
- ▶ Riktlinjer för informationssäkerhet i Västra Götalandsregionens verksamheter
- ▶ Styrelsens delegation (Förteckning över beslut delegerade från politisk nämnd),
- ▶ Attestförteckning

Bilaga 2

Alingsås Lasarett

Frågeformulär - Sätt ett "X" under den ruta som enligt din mening är det mest korrekta svaret. Om du vill lämna kommentar till svaret så finns det utrymme för kommentar efter sista frågan.

1.	Anser du att styrelsen får information med tillräcklig kvalitet för att kunna fatta beslut som säkerställer att verksamhetens mål uppfylls? (Mål avseende verksamhet och ekonomi)	Mycket bristfällig information	Något bristfällig information	Godtagbar information	Bra information	Mycket bra information
2.	Är analyser och slutsatser tillräckliga för att kunna fatta beslut som säkerställer att verksamhetens mål uppfylls? (Mål avseende verksamhet och ekonomi)	Mycket bristfälliga	Något bristfälliga	Godtagbara	Bra	Mycket bra
3.	Får du information om verksamheten i rätt tid?	Alldeles för sent	För sent	I godtagbar tid	I god tid	I mycket god tid
4.	Upplever du att styrelsen aktivt påverkar verksamhetens inriktning?	Mycket liten påverkan	Liten påverkan	Viss påverkan	Stor påverkan	Mycket stor påverkan
5.	Upplever du att styrelsen aktivt påverkar utformningen av den interna styrningen och kontrollen i verksamheten?	Mycket liten påverkan	Liten påverkan	Viss påverkan	Stor påverkan	Mycket stor påverkan
6.	Upplever du att den uppföljning som sker i styrelsen av avvikelser mot lagar, förordningar och interna rutiner i verksamheten är tillräcklig för att ligga till grund för beslut om eventuella åtgärder?	Mycket bristfällig	Något bristfällig	Godtagbar	Bra	Mycket bra
7.	Upplever du att hela styrelsen är aktiv och ges möjlighet att framföra synpunkter?	Inga ledamöter är aktiva	Enstaka ledamöter är aktiva	Några ledamöter är aktiva	De flesta ledamöter är aktiva	Alla ledamöter är aktiva
8.	Är styrelsen delaktig vid riskanalyser av verksamheten?	Inte alls	Lite	Til viss del	I stor utsträckning	I mycket stor utsträckning
9.	I vilken utsträckning behandlas frågor avseende IT-säkerhet i styrelsen?	Inte alls	Lite	Til viss del	I stor utsträckning	I mycket stor utsträckning

Finns det områden där du anser att styrelsens arbete behöver utvecklas? Vilka?

Övriga kommentarer: