

Till  
Regionfullmäktige i Västra Götalandsregionen

Revisionsberättelse för styrelsen för Angereds Närsjukhus år 2017

Vi, av fullmäktige utsedda revisorer har granskat styrelsen för Angereds Närsjukhus verksamhet under år 2017.

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 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 revisions sed 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 14 mars 2018



Birgitta Eriksson  
Ordförande



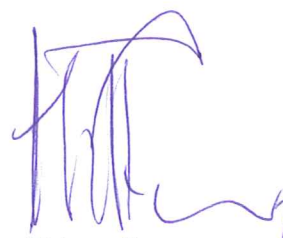
Ulf Sjösten  
Vice ordförande



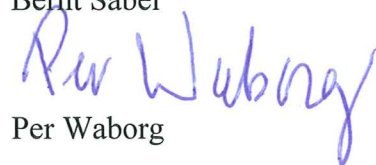
Bernt Sabel



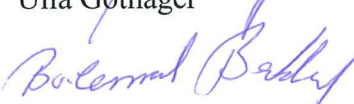
Ulla Göthager



Krister Stensson



Per Waborg



Bo-Lennart Bäcklund



Gun Alexandersson Malm



Marie Engström Rosengren



Staffan Albinsson



Wimar Sundeen

Årsrapport  
Angeredes Närsjukhus (ANS)  
2017

Diarienummer REV 2017-00071

Behandlad av revisorskollegiet den 14 mars 2018

## Innehåll

	<b>Sida</b>
<b>Årets granskning</b>	<b>2</b>
<b>Styrelsens ansvar</b>	<b>2</b>
<b>Resultatet av revisorernas granskning</b>	<b>2</b>
<b>Styrelsens utformning och genomförande av styrning,     uppföljning och kontroller</b>	<b>3</b>
<b>Styrelsens resultat och effektivitet</b>	<b>6</b>
<b>Styrelsens räkenskaper</b>	<b>10</b>
<b>Revisorernas sammanfattande bedömning</b>	<b>10</b>

## 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 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: <ul style="list-style-type: none"> <li>KL 6:7</li> <li>VGR riktlinjer och rutiner för intern kontroll</li> </ul>	1	Utifrån granskningsmallar: <i>Granskning av styrning, uppföljning och intern kontroll 2017 - ANS</i> samt <i>Riktlinjer och rutiner för intern kontroll - 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 2017 ges följande kommentarer: <ul style="list-style-type: none"> <li>ANS styrelse fattade inför 2017 beslut om en plan för intern styrning och kontroll. Denna var ett resultat av workshop av såväl tjänstemän inom ANS som ANS styrelse.</li> <li>Plan för intern styrning och kontroll har varit föremål för uppföljning tre gånger under året för att kunna kompletteras med korrigerande åtgärder ifall planerade aktiviteter inte givit önskad effekt.</li> </ul>
--------------	---

- I flertalet fall har vidtagna åtgärder givit önskad effekt och inte krävt ytterligare åtgärder. I några fall har inte åtgärder kunnat vidtas i den omfattning som krävs för att reducera eller minimera den risk som identifierades inför året. Dessa kommer därför att ligga kvar och ingå i den plan som är fastställd för 2018 och därigenom omfattas av ytterligare åtgärder, kontroll och rapportering till styrelsen.
- Styrelsens risk- och väsentlighetsanalys för 2017 genomfördes i oktober 2016 och fastställdes vid styrelsemöte i november 2016 då även IK-plan beslutades. Uppföljning har genomförts enligt plan och slutlig redovisning till styrelsen gjordes vid januarimötet 2018.
- 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

**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"> <li>• KL 6:7</li> </ul>	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Granskning av styrelseprotokoll</li> <li>• Regelbundna avstämningsmöten med förvaltningsledning</li> <li>• Arbetsmöte med ANS presidium</li> </ul>

**Iakttagelser** Granskningen av styrelseprotokoll och underlag till dessa styrker att ANS

- Haft 10 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	<p>Ny policy och riktlinje kommer att successivt införas under 2017. Dessa förutsätter nya interna rutiner inom ANS och det finns en risk för en svagare följsamhet till RF-beslut under övergångsperioden.</p> <p>Koppling till ansvar enligt följande</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• KL 6:7</li> <li>• Inköspolicy – 2017 <ul style="list-style-type: none"> <li>- Riktlinjer Inköp 2017</li> </ul> </li> </ul>	3	Intervju med ekonomichef som koordineras med FG Inköp 2017

**Iakttagelser** VGRs nya inköspolicy från och med 2017 var planerad att införas av ANS under hösten utifrån den planering som erhöles från Koncerninköp i början av året. En dialog har förts med Koncerninköp för att klargöra ANS ansvar. ANS inställning har varit att följa inköspolicyn under hela året. Inköspolicyn är informerad och kommunicerad för samtliga chefer och ledningsgrupper. Till stora delar efterlevs den redan genom att alltid involvera Koncerninköp vid behov inköp av varor och tjänster. Inför 2018 har delegationsordningen setts över för att matcha inköps-policyns inriktning. Den reella avtalstroheten är cirka 94 procent.

**Bedömning** Bedömningen är att styrelsen implementerat inköspolicy och riktlinjer för denna på ett tillfredsställande sätt.

## Styrelsens resultat och effektivitet

ANS har att leva upp till fullmäktiges mål, beslut och riktlinjer samt gällande lagstiftning och föreskrifter. Vidare ska styrelsen genomföra sitt uppdrag med tillgängliga resurser.

ANS - Snabbfakta 2017

	Ekonomi	Belägg	TVT	Vårdg Bes/ätg	Misst cancer	Kvalitet	Sjuk- frånvaro	Övertid p oms
April	●	EA	EA	●	EA	●	●	●
Maj	●	EA	EA	●	EA	●	●	●
Juli	●	EA	EA	●	EA	●	●	●
Aug	●	EA	EA	●	EA	●	●	●
Sep	●	EA	EA	●●	EA	●	●	●
Okt	●	EA	EA	●●	EA	●	●	●
Nov	●	EA	EA	●●	EA	●	●	●
Dec	●	EA	EA	●●	EA	●	●	●

### Från ÅR 2017

Antalet unika individer som fått vård inom ANS har ökat från 17 856 till 19 077 jämfört med föregående år, vilket är en ökning med 7 procent.

Remissinflödet har ökat från 9 578 till 10 435, vilket motsvarar en ökning med 9 procent jämfört med föregående år.

- Opererande specialiteter har ökat antalet remisser från 3 677 till 4 710, vilket motsvarar en ökning med 28 procent. Ökningen är planerad
- Barn- och ungdomsverksamheterna har minskat antalet remisser från 2 618 till 2 355, vilket är en minskning med 10 procent. Minskningen är främst relaterat till genomförd dialog kring gränssnitt med vårdcentraler i syfte att säkerställa fler åtgärder på vårdcentral innan remiss till ANS.
- Specialistcentrum vuxna har ökat antalet remisser från 3 283 till 3 340, vilket är en ökning 2 procent.

Antalet läkarbesök har ökat från 23 583 till 24 081, vilket är en ökning med 2 procent jämfört med föregående år.

- Opererande specialiteter har successivt ökat sin produktion. Antalet läkarbesök har ökat från 6 067 till 7 846, vilket motsvarar en ökning med 29 procent. Ökningen har varit planerad men ligger under planeringstal då mottagningsverksamheterna inte är i full drift på grund av svårigheter med rekrytering.
- Barn- och ungdomsverksamheterna har genomfört 8 259 besök och ligger i stort på samma nivå som föregående år, men tillfälliga vakanser och hög belastning under året har medfört att telefonbesök som ersätter fysiskt besök ökat kraftigt. När det gäller besök med MVO Barn- och ungdomspsykiatrisk vård har dessa besök ökat från 755 till 1 115, vilket är en ökning med 48 procent. Ökningen är hänförligt till utökat uppdrag för barn med neuropsykiatrisk problematik.
- Specialistcentrum vuxna har minskat antalet läkarbesök från 9 302 till 7 976, vilket är en minskning med 14 procent. Minskningen är vakansrelaterad, men har inte påverkat vårdgarantin. Antalet besök understiger planeringstal med ca 3 000 besök.
- Inom ramen för läkarbesök ingår dagkirurgiska operationer utförda i ANS regi. Utöver dessa opererar SU och Tandvården i ANS lokaler där de tillgodoräknas prestation. Totalt



har samtliga operationer ökat från 1 187 till 2 708, vilket är en ökning med 128 procent. Antalet operationer understiger planeringstal något, men planering för att öka kapaciteten ytterligare har vidtagits. Nedan följer fördelning av antal genomförda operationer:

- ANS-operationer: 1 039
- SU-operationer: 1 560
- Tandvårdsoperationer: 109

Antalet övriga besök har minskat från 43 338 till 34 073 jämfört med föregående år, vilket är en minskning med 21 procent. Under sen höst 2016 och inför 2017 har anpassning skett till det regelverk som styr och reglerar hur prestationer ska redovisas. Detta har rent tekniskt medfört ca 9 300 färre registrerade övriga besök jämfört med föregående år.

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

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. Nedan kommenteras måluppfyllelse per relevant RF mål- och fokusområden.

#### **Skillnader i livsvillkor och hälsa ska minska**

- **Förankra och implementera de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder**
- **Kraftsamla och vidta åtgärder i syfte att uppnå de nationella folkhälsomålen**
- **Skapa fler mötesarenor för det utåtriktade folkhälsoarbetet utifrån jämnviktsmetodiken**
- **Utveckla hälsoguidesarbetet ihop med stadsdelarna**

Kommentar:

- I ÅR redovisas status och resultat/ effekter för respektive målområde. Planerade aktiviteter är till största delen genomförda eller under genomförande och sammantaget har de med stor sannolikhet bidragit till minskade skillnader i livsvillkor – allt annat lika.
- Jag bedömer att ANS arbete med att uppfylla RF-målet är ambitiöst och ändamålsenligt och leder till en väsentligen tillfredsställande uppfyllelse av RF-mål

#### **Den psykiska ohälsan ska minska och omhändertagande av personer med psykisk sjukdom ska förbättras**

- **Produktions- och kapacitetsplanering och fortlöpande uppföljning av planerad och utförd produktion i ANS verksamheter**
- **Förbättra tillgänglighet inom barn- och ungdomspsykiatri**
  - **Öka antalet besök i flyktingbarnteamet med 350 besök**
  - **Öka antalet besök inom neuropsykiatri/psykiatri med 750 besök**
- **Stärka första linjens förmåga att möta psykisk ohälsa**
  - **Ta fram en handlingsplan i syfte att öka fokus på ungdomsperspektivet i samtliga verksamheter**
  - **Erbjuda utredning och behandling av patienter som efter avslutat behandlingsförsök på primärvårdsnivå fortfarande lider av psykisk ohälsa och inte innehar en funktionsnivå som kräver subspecialiserad vuxenpsykiatri**
  - **Utvärdera Mottagning för Unga Vuxna (MUX) och genomföra förbättringar i verksamheten**

## Kommentar:

- I ÅR redovisas status och resultat/ effekter för respektive målområde. Planerade aktiviteter är till största delen genomförda eller under genomförande
- För några av målen har konkreta mätetal och mål definierats, vilka följs upp och kommenteras i ÅR. Generellt sett är måluppfyllelse god
- Jag bedömer att ANS arbete med att uppfylla RF-målet är ambitiöst och ändamålsenligt och leder till en väsentligen tillfredsställande uppfyllelse av RF-mål

**Patientens ställning inom hälso- och sjukvården ska stärkas**

- **Produktions- och kapacitetsplanering och fortlöpande uppföljning av planerad och utförd produktion i ANS verksamheter**
- **Uppfylla vårdgarantin**
  - **Införa system (Prokap) och arbetssätt för produktions- och kapacitetsplanering i samtliga vårdverksamheter**
  - **Öka antalet nybesök relaterat till återbesök**
- **Utveckla ett personcentrerat arbetssätt i hälso- och sjukvården**
  - **Pilot 1 Diabetesmottagningen:**
  - **Pilot 2 Kirurgimottagningen:**
  - **Utbilda all personal med patientkontakt i personcentrerat arbetssätt**
  - **Redovisa två processer utifrån personcentrerat arbetssätt**

**Från ÅR 2017**

*ANS har ett fokus på att minska uteblivna besök. Åtgärder som vidtagits under året är att ringa till bokade patienter inför planerat besök. Utöver detta ges påminnelse genom SMS. Andelen uteblivna besök har minskat under hösten, men ökade per december på grund av lägre produktion. Andelen uteblivna besök uppgår per december till 11,7 procent, vilket är en minskning jämfört med föregående år då andelen uppgick till 12,8 procent. Uteblivna besök kommer även att vara ett viktigt område 2018 med fortsatta aktiviteter.*

## Kommentar:

- I ÅR redovisas status och resultat/ effekter för respektive målområde. Planerade aktiviteter är till största delen genomförda eller under genomförande
- Arbetet med uteblivna besök var en särskild agendapunkt vid arbetsmötet med ANS presidium.
- För några av målen har konkreta mätetal och mål definierats, vilka följs upp och kommenteras i ÅR. Generellt sett är måluppfyllelse god
- Jag bedömer att ANS arbete med att uppfylla RF-målet är ambitiöst och ändamålsenligt och leder till en väsentligen tillfredsställande uppfyllelse av RF-mål

**Den medicinska kvaliteten ska öka och den organisatoriska effektiviteten förbättras**

- **Minska antalet vårdskador och antalet vårdrelaterade infektioner**
  - **Införa infektionsverktyget för att säkra rätt förskrivning av antibiotika och som stöd av denna kunna ta fram lokala handlingsplaner för att minska vårdrelaterade infektioner**
  - **Utse STRAMA-läkare i varje verksamhet**
  - **Förstärka chefläkarfunktion för ökad möjlighet till fokusering på avvikelser, rutiner och förebyggande åtgärder**
- **Skapa ett sammanhållet vårdssystem och förstärka den nära vården**
  - **Varje klinisk verksamhet ska genomföra minst 1 aktivitet i syfte att förstärka den nära vården.**
  - **Tydliggöra och revidera forskningsplattformen och forskningsstrategin så att den än mer utgår ifrån närsjukvård och transkulturell hälso- och sjukvård,**

### **vilket kan skapa viktig grund för det fortsatta utvecklings- och förbättringsarbetet i syfte att förstärka de nära vården**

Kommentar:

- I ÅR redovisas status och resultat/ effekter för respektive målområde. Planerade aktiviteter är till största delen genomförda eller under genomförande
- För några av målen har konkreta mätetal och mål definierats, vilka följs upp och kommenteras i ÅR. Generellt sett är måluppfyllelse god
- Jag bedömer att ANS arbete med att uppfylla RF-målet är ambitiöst och ändamålsenligt och leder till en väsentligen tillfredsställande uppfyllelse av RF-mål

#### **Möjligheterna till karriär- och kompetensutveckling ska förbättras**

- **Minst 90 procent av alla anställda ska ha ett mål- och utvecklingssamtal.**
- **Minst 90 procent av alla anställda ska ha en individuell kompetensutvecklingsplan.**
- **Satsa på ledarskap**
  - **Ta fram och genomföra ett chef- och ledarskapsprogram H1 2017**
- **Stimulera uppgiftsväxling och nya arbetssätt**
  - **Under första halvåret kommer en inventering att identifiera arbetsuppgifter som kan vara lämpliga att överföra till annan yrkeskategori**
- **Arbetsmiljön ska förbättras och sjukfrånvaron ska minska**
  - **Genomföra föreslagna organisationsförändringar i samband med organisationsförstärkning**
  - **Månatlig dialog och uppföljning av sjukfrånvaro och arbetsmiljö med ANS chefer och HR-stab för att tidigt kunna vidta åtgärder och fånga upp signaler som annars kan resultera i ofrivillig sjukfrånvaro.**
- **Systematisera arbetsmiljöarbetet, breddinföra goda exempel och pröva arbetstidsmodeller**
  - **Under första kvartalet kommer en inventering att ske för att genom denna process få fram idéer och förslag på möjliga arbetstidsmodeller som både kan bidra till ökad tillgänglighet och bättre resursutnyttjande.**

Kommentar:

- I ÅR redovisas status och resultat/ effekter för respektive målområde. Planerade aktiviteter är till största delen genomförda eller under genomförande
- För några av målen har konkreta mätetal och mål definierats, vilka följs upp och kommenteras i ÅR. Generellt sett är måluppfyllelse god
- Jag bedömer att ANS arbete med att uppfylla RF-målet är ambitiöst och ändamålsenligt och leder till en väsentligen tillfredsställande uppfyllelse av RF-mål

#### **Sammanfattande kommentarer och bedömning**

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.

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.

## 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

*ANS 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.*

*Vi kan i vår granskning konstatera att ett antal inventarieinköp understigande ett halvt prisbasbelopp aktiverats som inventarier. Vi rekommenderar att förvaltningen följer VGRs riktlinjer avseende aktivering av inventarier.*

*Vi kan konstatera att inköp av möbler har gjorts om 500tkr vilka har kostnadsförts i sin helhet med motivering att förvaltningen har ett treårigt hyresavtal som dock förlängs med tre år om inte uppsägning sker. Enligt VGRs riktlinjer skall inventarieinköp överstigande ett halvt prisbasbelopp aktiveras.*

## 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 – ANS
Bilaga 2	Riktlinjer och rutiner för intern kontroll – ANS