

Till
Regionfullmäktige i Västra Götalandsregionen

Revisionsberättelse för styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus år 2018

Vi, av regionfullmäktige utsedda revisorer har granskat styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus verksamhet under år 2018.

Styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus 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 riktar dock en erinran mot Styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus på grund av dels bristande måluppfyllelse avseende både de ekonomiska som de verksamhetsmässiga målen, dels bristande styrning, ledning, uppföljning och kontroll då styrelsen inte i tillräckligt god tid och inte i tillräcklig omfattning fattat och genomfört nödvändiga beslut för att redovisa en verksamhet och ekonomi i balans.

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

Vi tillstyrker att ansvarsfrihet beviljas för styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus och dess enskilda ledamöter.

Vänersborg den 13 mars 2019



Birgitta Eriksson
Ordförande

Ulf Sjösten
Vice ordförande



Bernt Sabel



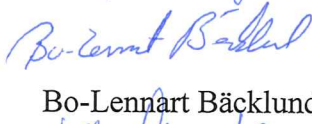
Ulla Göthager



Krister Stensson



Per Waborg



Bo-Lennart Bäcklund



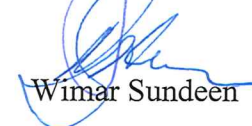
Gun Alexandersson Malm



Marie Engström Rosengren



Staffan Albinsson



Wimar Sundeen

Årsrapport

Styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus 2018

Diarienummer REV 2018-00011

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	2
Styrelsens resultat och effektivitet	6
Styrelsens räkenskaper	10
Revisorernas sammanfattande bedömning	11

Bilagor

1. Granskning av styrning, uppföljning och intern kontroll 2018 - SÄS
2. Riktlinjer och rutiner för intern kontroll 2018 - SÄS
3. SÄS Samlad rapport av nämndförordjupningar 2018 (NF-rapport)
4. Direktupphandling
5. Bisysslor
6. 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 revisions sed 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 NU där de mest väsentliga riskerna identifierats och prioriterats. Granskningsplanen har stämts av med utsedd kontaktrevisor, Birgitta Eriksson, i revisorskollegiet och beslutats av revisionsdirektören. Inför granskningen presenterades även granskningsplanen för SÄS 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 SÄS 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 SÄS ansvar

SÄS 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 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.

SÄS 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
1	Risikanalys 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 6:6 • VGR riktlinjer och rutiner för intern kontroll 	1	Utifrån granskningsmallar: <i>Granskning av styrning, uppföljning och intern kontroll 2018 - SÄS</i> samt <i>Riktlinjer och rutiner för intern kontroll 2018 - SÄS</i>
2	Styrning och uppföljning av åtgärdsplaner	Att styrelsen och förvaltningsledningen inte styr och följer upp beslutade åtgärdsplaner så att eventuella avvikelser inte hanteras i rätt tid och tillräckligt kraftfullt Koppling till ansvar enligt följande <ul style="list-style-type: none"> • KL 6:6 / RF budget / SÄS Budget 	1	NF 1
3	Väl underbyggda styrelsebeslut	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 6:6 	2	Granskning av styrelseprotokoll samt arbetsmöte med SÄS presidium och styrelse
4	Ekonomi i balans	Styrelsens styrning och uppföljning 2017 resulterade inte i en ekonomi i balans utan ett försämrat ekonomiskt läge jämfört med föregående år. Koppling till ansvar enligt följande <ul style="list-style-type: none"> • KL 6:6 / RF budget / SÄS Budget 	1	NF 2
5	Verksamhet i balans	Styrelsens styrning och uppföljning 2017 resulterade inte i en verksamhet i balans. Koppling till ansvar enligt följande <ul style="list-style-type: none"> • KL 6:6 / RF budget / SÄS Budget 	1	NF 3

6	Särskilda frågeställningar	Områden som varit föremål för granskning tidigare år där status ska fångas i ordinarie avstämningsmöten med ekonomichef/ sjukhusdirektör		Standardiserade revisionsfrågor
		<ul style="list-style-type: none"> • Implementering av Inköspolicy/ utveckling av trohet till avtal och leverantörer 	2	
		<ul style="list-style-type: none"> • Implementering av riktlinje för bisysslor 	2	
		<ul style="list-style-type: none"> • IS/ IT-kostnader 	2	

Sammanfattat resultat av genomförd granskning

Risikanalys och plan för IK

Resultatet av granskningen är dokumenterad i SÄS NF rapport, bilaga 3 och i respektive mall, bilaga 1 och 2. Revisionsenhetens sammanfattade bedömningen är:

Bedömning	Eventuell övergripande kommentar
Styrelsen har utformat ett tillfredställande system för styrning och uppföljning	
Styrelsen säkerställt att detta styrsystem genomförts	Svaret belastas av iakttagelser och bedömningar i NF 1 och NF 2
Styrelsen har utformat ett system för den interna kontrollen som i tillräcklig utsträckning hanterar eventuella brister i styrelsens styrning och uppföljning	
Styrelsen har sammantaget ett system som säkerställer att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de föreskrifter som gäller för verksamheten?	Svaret belastas av iakttagelser och bedömningar i NF1 och NF 2

Revisionsenhetens bedömning är att SÄS uppvisar en tillfredsställande säkerhetskultur.

Väl underbyggda styrelsebeslut

Iakttagelser	<p>Granskningen av styrelseprotokoll och underlag till dessa styrker att NU haft 12 protokollförda styrelsemöten</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 2018, detaljbudget, delårsbokslut, månadsbokslut, beslut och uppföljning avseende intern kontroll varit föremål för styrelsebeslut i rätt tid
Bedömning	Revisionsenhetens sammanfattade bedömning är att styrelsen fattat väl underbyggda beslut 2018. Informationen till styrelsen har haft tillräcklig kvalitet.

Nämndförordningar

Samtliga nämndförordningar är avrapporterade i bilaga 3 NF-rapport samt i bilagorna 4-6. Nedan redovisas endast bedömningarna som respektive NF resulterat i.

NF 1 - Styrning och uppföljning av åtgärdsplaner

NF	Bedömning	Kommentar
NF 1	Åtgärdsplaner för 2018 har inte varit realistiska och tillräckliga för att uppfylla en ekonomi i balans och därmed RF-mål	Styrelsens bedömning av den ekonomiska utmaningen inför 2018 förefaller väsentligen ha varit korrekt och ca 75% av denna inarbetad i verksamhetsbudgetar. Resterande utmaning konkretiseras åtgärdsmissigt och beslutas i mars 2018.
NF 1	Styrelsen har inte säkerställt att beslutade åtgärder genomförs och får förväntad effekt	Vid utgången av 2018 har enligt uppföljning framtagen i februari 2019 ca 50% av åtgärderna realiserats ekonomiskt och ca 40% av åtgärder definierats som "gröna"
NF 1	Styrelsen har inte fattat tillräckligt kraftfulla beslut under året, när åtgärdsplaner inte gett förväntad effekt och ekonomin i övrigt utvecklas åt fel håll	<p>Det kan konstateras att genomförandekraften i realisering av effekter från beslutade åtgärder ute i verksamheterna varit för låg, samtidigt som den ekonomiska utvecklingen varit negativ, där årets resultat blir -156 mnkr trots en realisering av 50% av åtgärder, vilket innebär -3,8% av intäkterna - högst av akutsjukhusen inom VGR.</p> <p>Redan tidigt under våren finns tydliga indikationer på att SÄS inte kommer kunna uppfylla målen om ekonomi i balans för 2018. Prognos i delårsbokslut 1 om -65 mnkr och delårsbokslut 2 om -100 mnkr. Under första halvåret ger RF/RS inga signaler om att det inte är ekonomi i balans som gäller för samtliga styrelser 2018.</p> <p>Utifrån ovan menar revisionen att det redan under våren är tydligt att det krävs ytterligare åtgärder för att komma till rätta med den ekonomiska obalansen. Hade sådana åtgärder identifierats, analyserats, kommunicerats och processats med beställare- bedömer revisionen att de bör ha kunnat beslutas under hösten, idealt sett inom ramen för budgetprocessen. Med det hade sannolikt en större del av den bedömda ekonomiska utmaningen inför 2019 om 200 mnkr kunnat hanteras inom ramen för budgetstyrningen redan vid årsskiftet istället för de 100 mnkr som arbetats in i verksamhetsbudgetar.</p>

NF 2 - Ekonomi i balans

Revisionsenhetens bedömning	Kommentar
Budgeten för 2018 brister till delar i kvalitet som påverkat ändamålsenligheten i styrningen samt konsekvent lagt för optimistiska prognoser under året	<p>I budgeten som den är skriven och beslutad sägs ...<i>under förutsättning att planerna kring uppgiftsväxling och minskning av bemanningsföretag genomförs kommer NU att uppnå en ekonomi i balans.</i> Detta visar sig tidigt under året inte överensstämma med verkligheten. I och med att styrelsen redan innan ingången till 2018 borde ha blivit informerad avseende detta och att den reella ekonomiska utmaningen är mellan 80-90 mnkr, menar revisionsenheten påverkar sannolikt tidpunkterna för styrelsebeslut om åtgärdsplaner enligt ovan.</p> <p>De prognoser som läggs bedömer revisionsenheten genomgående som för optimistiska ställt mot faktisk resultatutveckling och bedömningar från förvaltningen i TU.</p> <p>Den ekonomiska situationen och de verksamhetsmässiga- och ekonomiska utmaningar som NU haft att hantera under året har kommunicerats i de officiella rapporterna och dialoger med beställare och ägarforum. Det kan dock konstateras att styrelsen inte formellt tillskrivit RF under 2018 om den ekonomiska situationen.</p>

Revisionsenhetens bedömningar för övriga nämndförklaringar under 2018:

NF 2 – Ekonomi i balans	Bedömningen är att budgeten för 2018 har en kvalitet som gör den ändamålsenlig för den löpande uppföljningen och styrningen under verksamhetsåret samt att sjukhusledningen och styrelsen utövat en tillfredsställande budgetstyrning under året. Bedömningen belastas dock av felaktig budgetering av bemanningskostnader och den ej förutsedda resultatförsämringen de två sista månaderna.
NF 3 - Verksamhet i balans	Bedömningen är att sjukhusledningen agerat på ett ändamålsenligt sätt på avvikelser från VÖK och RF-mål samt att styrelsen informerats och agerat på eventuella avvikelser.
Implementering av ny policy och riktlinjer för Inköp	Bedömningen är att SÄS har en tillfredsställande rutin för hantering av direktupphandling.
Implementering av nya riktlinjer för bisysslor	Bedömning är att SÄS väsentligen har en tillfredsställande rutin för hantering av bisysslor och att denna stärks med införande av digital process hösten 2018.
IS/ IT-kostnader	Bedömningen är att det finns ett antal områden där SÄS 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

Nedan har vissa stycken i SÄS ÅR för 2018 klippts in. I NF-rapport (bilaga 3) kommenteras väsentligare iakttagelser avseende verksamhet och ekonomi. I övrigt hänvisas till SÄS ÅR 2018.

Från ÅR 2018

Under 2018 har SÄS hållit ett fortsatt högt tempo i att gå från slutenvård med inlagda patienter till öppenvård där patienten går hem samma dag. Totalt sett ökade öppenvården med 3 procent under 2018 jämfört med föregående år. I slutenvården har antalet vårdtillfällen minskat med 1,3 procent och antalet vård dagar med 4,6 procent jämfört med 2017. Förflyttningen från slutenvård till öppenvård går snabbare än planerat, vilket gör att SÄS inte når upp till nivån för brutet tak.

Antalet individer som haft kontakt med SÄS (öppen- eller slutenvård) ökade med 1,3 procent jämfört med 2017. Trots fler besök och behandlingar leder förändringen i riktning mot mer öppenvård, till att SÄS sammanvägda prestationer är 0,7 procent lägre jämfört med 2017 och 2,8 procent under budget.

Utvecklade arbetssätt inom närvårdssamverkan har varit prioriterat under 2018. Sjukhuset har beslutat att inrätta en ny klinik för nära vård, med uppdrag att samla verksamheter som i bred mening anknyter till den nära vården och att utveckla vårdprocesser och samverkan med primärvården och kommunerna.

Arbetet med "Rätt använd kompetens" (RAK) har fortsatt i många verksamheter och har lett till åtskilliga exempel på konkret verksamhetsutveckling där medarbetarnas kompetens tas tillvara.

Fakturering för brutet tak uppgår till 18,6 mnkr vilket är 11,4mnkr under budget för perioden. Budgeterad in täkt för brutet tak för 2018 är 30 mnkr.

SÄS bedriver sedan flera ett systematiskt förbättringsarbete på mikro-, meso- och makronivå.

Mikro: Alla enheter inom SÄS skall arbeta med dagligt förbättringsarbete enligt SÄS-standard. Dessutom ska alla enheter som har patientkontakt arbeta med "Gröna Korset" för att minska risken för vårdskador. Flera vårdenheter har arbetat med RAK, för att förbättra arbetsmiljö och verksamhet.

Meso: Det största förbättringsarbetet på meso-nivå är SÄS:s processer som ständigt utvecklar den medicinska kvalitén. Under året har SÄS bedrivit flera projekt finansierade av innovationsfonden, inom områden som robotisering och digitalisering. Ett nytt chefsutvecklingsprogram som inkluderar genomförande av ett eget förbättringsprojekt har etablerats och genomförts av cirka 40 nya chefer.

Makro: SÄS ledningssystem för verksamhetsplanering (X-matris) är en på makronivå sammanhållen och systematisk metod för att förbättra SÄS resultat. Systemet är unikt på så sätt att det kopplar samman mikro-, meso- och makronivån både vertikalt och horisontellt. Inför 2019 års verksamhetsplan har de strategiska fokusområdena i detta ledningssystem reviderats.

viktigt steg i rätt riktning. Arbetet med de medicinska processerna pågår där en ny processmodell finns framtagen för att ytterligare förstärka utvecklingen av den medicinska kvaliteten på SÄS. Genom dessa sjukhusövergripande gemensamma arbetssätt kommer dessa att ge möjlighet till fortsatt utveckling och förbättring av de medicinska resultaten.

Sjukfrånvaron för 2018 är 6,4 procenta ckumuleratv, vilket är samman ivå som 2017. Sjukfrånvaronö kadei början på året efter en vinter då medarbetarnai h ög grad påverkatsa v influensan. Korttidsfrånvaron(dag 1-14) är någoth ögre,m edand en längref rånvaron(mer än 60 dagar)h ar minskat

Personalomsättningen (extern avgång exklusive pension) ligger på 6 procent vilket är något högre än 2017.

Kostnaderna har ökat med 278,2 mnkr, vilket innebär en bruttokostnadsökning på 7 procent jämfört med samma period förr året. Personalkostnaderna inklusive bemanningsföretag ökar med 6,9 procent och övriga kostnader med 7,1 procent.

Mål och fokusområden

Resultatet från SÄS arbete med RF:s mål och fokusområden redogörs för under avsnitt 3 i ÅR 2018 under respektive rubrik nedan med eventuella kommentarer från revisionsenheten.

Mål eller fokusområde	Revisionsenhetens kommentar
Klimatutsläppen från fossilbränsle i Västra Götaland samt verksamhetens direkta miljöpåverkan ska minska	Uppföljning av utvecklingen av flygresor Stockholm enbart, vilket endast är en av tre definierade aktiviteter i budget.
Den psykiska ohälsan ska minska och omhändertagande av personer med psykisk sjukdom ska förbättras	För BUP redogörs för åtta initiativ/ aktiviteter. För VUP redogörs för resultatet från tre aktiviteter med jämförelse mot mål.
Förbättra tillgängligheten inom barn- och ungdomspsykiatri	Tillgänglighet till första besök i december 2018 är 83% att jämföra med snittet för VGR totalt om 69% och måltal om 75%. Tre aktiviteter redogörs för, varav samtliga är pågående.
Genomförandet av de regionala psykiatriplanerna	Sju aktiviteter redogörs för, varav samtliga är pågående och endast en med konkret uppföljning av måluppfyllelse.
Sjukvårdens förmåga att skapa mesta möjliga värde för patienten ska förbättras	Två initiativ redogörs för – Närvårdcentrum Skene och ny klinik för nära vård.
Uppfylla vårdgarantin	Uppfyllelse kommenteras i NF Rapport.
Förbättra akutvårdskedjan	Månatlig uppföljning av TVT och TTL i månads- och delårsrapporter. Kommenteras i NF Rapport. 13 aktiviteter redogörs för, varav tre är klara.
Utveckla digitala vårdformer och tjänster	13 aktiviteter redogörs för varav inget rapporteras som klart. Ingen konkret uppföljning av måluppfyllelse
Den medicinska kvaliteten ska öka och den organisatoriska effektiviteten förbättras	En beskrivning av ett antal initiativ under 2018.
Minska antalet vårdskador och antalet vårdrelaterade infektioner	Följs upp noggrannare i kommande Patientsäkerhetsberättelse. Följs även upp i VGR-gemensam kvalitetsuppföljning. Kommenteras i NF Rapport. I ÅR listas 12 konkreta aktiviteter varav 2 är klara.
Samtliga verksamheter inom hälso- och sjukvården ska prestera bättre än genomsnittet i nationella jämförelser	Kommenteras i NF Rapport.

Minska antalet överbeläggningar	Kommenteras i NF Verksamhet i balans. Fem aktiviteter redogörs för, varav samtliga är pågående
Den specialiserade vården ska koncentreras	Tre aktiviteter redogörs för, varav ingen är klar
Möjligheterna till karriär- och kompetensutveckling ska förbättras	En beskrivning av ett antal initiativ under 2018.
Fortsätta utveckla modellen för lönekarriär och kompetensutveckling	Sjuva aktiviteter redogörs för varav två är klara
Stimulera uppgiftsväxling, nya arbetssätt och arbetsrotation	Fyra aktiviteter redogörs för varav två är klara
Utveckla arbetsgivarvarumärket	11 aktiviteter redogörs för, varav 2 är klara. Ingen uppföljning av måluppfyllelse.
Arbetsmiljön ska förbättras och sjukfrånvaron ska minska	En beskrivning av ett antal initiativ under 2018. Uppföljning av sjukfrånvaro månatligen med tydligt måltal i budget 2018.
Systematisera arbetsmiljöarbetet, breddinföra goda exempel och utveckla det hälsofrämjande arbetet	10 aktiviteter redogörs för varav en är klar. Ingen uppföljning av måluppfyllelse
Utveckla och erbjuda moderna anställningsformer samt pröva arbetstidsmodeller	Tre aktiviteter redogörs för varav inga är klara pågående.
Satsa på ledarskap	10 aktiviteter redogörs för varav 6 är klara. Tydliga mål i budget 2018, för vilka redogörs för

Revisionsenhetens sammanfattande kommentar och bedömning:

- I ÅR redovisas status och resultat/ effekter för respektive mål- och fokusområde. Planerade aktiviteter redovisas väsentligen som under genomförande.
- Utifrån enbart redovisningen i ÅR går det inte att uttala sig om faktisk måluppfyllelse för de olika områdena. I vilken mån genomförda eller pågående aktiviteter leder till önskat resultat framgår sällan. I och med att inte heller budgeten till delar inte heller är preciserad med konkreta effektmål, försvåras denna bedömning ytterligare
- Med ovan beskrivning är det tydligt att budgetstyrningen i praktiken är underordnad den strategiska och operativa styrningen via X-matrisen och den styrning på ”mikro, meso och makronivå” som beskrivs ovan. Denna styrning följs upp månadsvis i rapporteringen till styrelse och blir därmed också kommunicerad till beställare, KK och RS. På den aggregerade nivån harmoniserar denna uppföljning väl med den rapportering som styrs av regionen genom t ex snabbfakta och rapporteringsstrukturerna för delårs- och årsrapportering. Tidigare års granskning har visat på en effektiv nedbrytning av övergripande mål i x-matrisen, ner till lägsta verksamhetsnivå. Årets granskning har dock inte fokuserat på denna. Revisionsenheten har dock inga indikationer på att den operativa styrningen rent systemmässigt och därmed kvalitativt ska ha försvagats under året.

Styrelsens räkenskaper

Att räkenskaper 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 resultat & finansiella ställning per den 31 december 2018 enligt lag om kommunal redovisning. Förvaltningsberättelsen är, inom de områden som revisionsverksamheten uppdragit åt oss att granska, förenlig med årsrapportens övriga delar.

Iakttagelser

Södra Älvsborgs 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. Utredning om införande har skett och ska genomföras under 2019.

Revisionsenhetens 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 SÄS. Granskningen har genomförts utifrån revisionsenhetens granskningsprogram och i dialog med berörda verksamheter.

Utifrån vad som framkommit i årets granskning av SÄS bedömer revisionsenheten att verksamheten väsentligen bedrivits ändamålsenligt, med god ekonomisk hushållning, rättvisande räkenskaper och med en tillräcklig intern kontroll. Revisionsenheten bedömer dock att följande brister bör ha betydelse för bedömningen i ansvarsfrågan för SÄS styrelse 2018:

Bristande måluppfyllelse – finansiella mål	Fullmäktiges finansiella mål för ekonomi i balans uppnås inte, vilket revisionen till delar bedömer vara orsakat att styrelsen inte vidtar tillräckliga åtgärder för att vända den negativa ekonomiska utvecklingen under året. Beslut om att intensifiera arbetet med redan beslutade åtgärder har inte varit tillräckliga för att öka genomförandekraften i verksamheten.
Brister i styrning och intern kontroll av ekonomi	Revisionen bedömer att styrelsen inte har varit tillräckligt aktiv i att säkerställa att de ekonomiska utmaningarna som SÄS står inför 2019, hanteras i tid för att kunna möjliggöra en effektivare budgetstyrning 2019 och öka sannolikheten för en ekonomi i balans.