

Till
Regionfullmäktige i Västra Götalandsregionen

Revisionsberättelse för styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus år 2017

Vi, av fullmäktige utsedda revisorer har granskat styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus verksamhet under år 2017.

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 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 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.

Utifrån vad som framkommit i årets granskning av Södra Älvsborgs Sjukhus bedömer revisorskollegiet att verksamheten inte i tillräcklig omfattning bedrivits ändamålsenligt, med god ekonomisk hushållning och med en tillräcklig intern kontroll under verksamhetsåret 2017.

Vi revisorer ger styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus en anmärkning av följande anledningar;

- Styrelsen har saknat ett tillfredsställande system för styrning, ledning, uppföljning och kontroll av de åtgärder som beslutats för att säkerställa en verksamhet och en ekonomi i balans för verksamhetsåret 2017.
- Styrelsen har inte använt sig av sitt ordinarie styrsystem (x-matrisen) i tillräcklig omfattning, för att möta den ekonomiska utvecklingen under verksamhetsåret.
- Styrelsen har fattat otillräckliga beslut om åtgärder och inte agerat i tid för beslut om ytterligare åtgärder ställt mot den löpande resultatutvecklingen under verksamhetsåret.

Vi riktar vår anmärkning mot styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus på följande grunder;

- Bristande måloppfyllelse – i och med att styrelsen inte har fattat tillräckligt omfattande beslut för att möjliggöra uppfyllelse av regionfullmäktiges mål om en verksamhet och en ekonomi i balans under verksamhetsåret 2017, där årets resultat blev ett underskott om 71,6 mnkr.
- Bristande styrning, ledning, uppföljning och kontroll - i och med att styrelsen inte använt sig av styrsystemet i tillräcklig omfattning för att i tid kunna agera på den negativa ekonomiska utvecklingen under året.

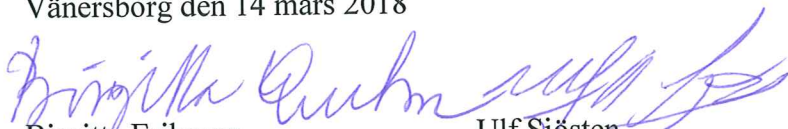
Dessa brister innebär att styrelsen inte uppfyllt kraven enligt kommunallagen 6 kap. 7 § för verksamhetsåret 2017.

Vi revisorer noterar dock att styrelsen inför verksamhetsåret 2018 har genomfört förändringar i styrsystemet som ger förutsättningar för en stärkt styrning av åtgärder för en ekonomi- och verksamhet i balans samt säkerställa tidiga beslut vid eventuella avvikelser.

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


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

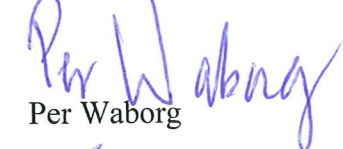
Vänersborg den 14 mars 2018

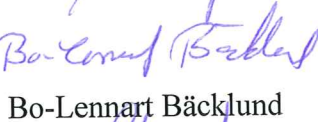

Birgitta Eriksson
Ordförande


Ulf Sjösten
Vice ordförande

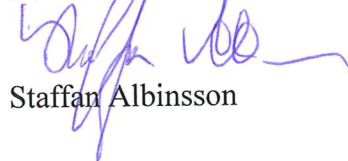

Bernt Sabel

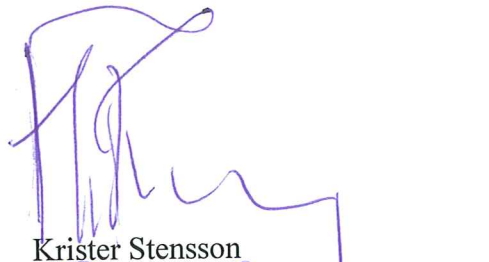

Ulla Göthager


Per Waborg

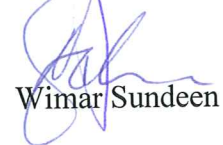

Bo-Lennart Bäcklund


Marie Engström Rosengren


Staffan Albinsson


Krister Stensson


Gun Alexandersson Malm


Wimar Sundeen

Årsrapport
Södra Älvsborgs Sjukhus
(SÄS) 2017

Diarienummer REV 2017-00066

Behandlad av revisorskollegiet den 14 mars 2018

Innehåll

	Sida
Årets granskning	2
Styrelsens ansvar	2
Resultatet av revisorernas granskning	2
Styrelsens utformning och genomförande av styrning, uppföljning och kontroller	3
Styrelsens resultat och effektivitet	6
Styrelsens räkenskaper	10
Revisorernas sammanfattande bedömning	11

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 SÄS 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 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.

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
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"> KL 6:7 VGR riktlinjer och rutiner för intern kontroll 	1	Utifrån granskningsmallar: <i>Granskning av styrning, uppföljning och intern kontroll 2017 - SÄS</i> samt <i>Riktlinjer och rutiner för intern kontroll - SÄS</i>

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

Bedömning Den sammanfattande bedömningen är att SÄS har utformat ett tillfredsställande och ändamålsenligt system för styrning och uppföljning och att detta genomförts på ett tillfredsställande och ändamålsenligt sätt med följande undantag:

- Styrelsen har saknat ett tillfredsställande system för styrning, ledning, uppföljning och kontroll av de åtgärder som beslutats för att säkerställa en ekonomi i balans för 2017.
- Styrelsen har dessutom inte använt sig av sitt ordinarie styrsystem (x-matrisen) i tillräcklig omfattning, för att möta den ekonomiska utvecklingen under året
- Styrelsen har fattat otillräckliga beslut om åtgärder och inte agerat i tid för beslut om ytterligare åtgärder ställt mot den löpande resultatutvecklingen under året.

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

Bedömningen är att SÄS uppvisar en tillfredsställande säkerhetskultur.

Område	Risk	Prio	Granskning
Styrning för ekonomi i balans	Styrelsens styrning och uppföljning av åtgärdsplaner 2016, resulterade inte i en ekonomi i balans, utan det visade sig sent under året att de planerade effekterna var överskattade. I v-plan för 2017 har en effektivitetsplan beslutats för att hantera en obalans om 49 mkr. Koppling till ansvar enligt följande <ul style="list-style-type: none"> • KL 6:7 	1	NF - Särskilt fokus i granskning av styrelseprotokoll, intervjuer med förvaltningsledning, uppföljningsrapportering samt särskild agendapunkt på kollegiets arbetsmöte med SÄS presidium

Iakttagelser	Resultatet av granskningen är dokumenterad i NF rapport Ekonomi i balans 2017 - SÄS, bilaga 3.
Bedömning	Utifrån redogörelsen i denna rapport kan revisionen konstatera att SÄS styrelse för 2017 inte uppfyllt ansvarsgrunden avseende styrning, ledning, uppföljning och kontroll. Styrelsen har saknat ett tillfredsställande system för styrning, ledning, uppföljning och kontroll av de åtgärder som beslutats för att säkerställa en ekonomi i balans för 2017. Styrelsen har dessutom inte använt sig av sitt ordinarie styrsystem (x-matrisen) i tillräcklig omfattning, för att möta den ekonomiska utvecklingen under året. Styrelsen har fattat otillräckliga beslut om åtgärder och inte agerat i tid för beslut om ytterligare åtgärder ställt mot den löpande resultatutvecklingen under året.
Rekommendationer	Styrelsen för SÄS rekommenderas att för 2018: <ul style="list-style-type: none"> • säkerställa ett system för styrning, ledning och uppföljning av de åtgärder som styrelsen beslutar om med syfte att säkerställa en ekonomi i balans 2018. • ta tidiga kompletterande beslut i det fall resultatutvecklingen under året indikerar att ytterligare beslut krävs för att säkerställa ekonomi i balans

Område	Risk	Prio	Granskning
Väl underbyggda styrelsebeslut Kvalitet i verksamhets- och ekonomisk rapportering	Att beslutsunderlag och information till styrelsen inte har tillräcklig kvalitet för att möjliggöra en effektiv styrning av förvaltningen. Koppling till ansvar enligt följande <ul style="list-style-type: none"> KL 6:7 	2	<ul style="list-style-type: none"> Granskning av styrelseprotokoll Regelbundna avstämningsmöten med förvaltningsledning Arbetsmöte med SÄS presidium

Iakttagelser Granskningen av styrelseprotokoll och underlag till dessa styrker att SÄS

- Haft 11 protokollförda styrelsemöten
- Att styrelsen haft en tillfredsställande kontroll över verksamhet och utvecklingen av det ekonomiska resultatet över hela kalenderåret
- Att beslutsunderlag i all väsentlighet bedöms ha varit relevanta och varit tillräckliga som grund för välgrundade beslut
- Att ÅR 2016, detaljbudget, delårsbokslut, månadsbokslut, beslut och uppföljning avseende intern kontroll varit föremål för styrelsebeslut i rätt tid

Bedömning Den sammanfattade bedömningen är att styrelsen fattat väl underbyggda beslut 2017, se dock bedömningar ovan avseende åtgärder för ekonomi i balans. Informationen till styrelsen har haft tillräcklig kvalitet, se även kommentarer nedan.

Område	Risk	Prio	Granskning
Implementering av ny policy och riktlinjer för Inköp	Ny policy och riktlinje kommer att successivt införas under 2017. Dessa förutsätter nya interna rutiner inom SÄS och det finns en risk för en svagare följsamhet till RF-beslut under övergångsperioden. Koppling till ansvar enligt följande <ul style="list-style-type: none"> • KL 6:7 • Inköspolicy – 2017 <ul style="list-style-type: none"> - Riktlinjer Inköp 2017 	3 1	Intervju med inköpsansvarige FG granskning av införandet av ny inköspolicy 2017

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

Leverantörstroheten uppgår till 93% 2017 vilket är en förbättring med 3% jämfört med 2016. Följsamhet till regionens avtal är ett av kontrollområdena i IK-plan 2017 och följs upp och rapporteras till styrelsen tre gånger för 2017. Ny inköspolicy var planerad att införas av SÄS under hösten. En dialog har

förts med Koncerninköp för att klargöra SÄS ansvar. SÄS inställning har varit att följa inköspolicyn under hela året.

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

Styrelsens resultat och effektivitet

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

SÄS - Snabbfakta 2017

	Ekonomi	Belägg	TVT	Vårdg 90	Misst cancer	Kvalitet	Sjuk- frånvaro	Övertid
Dec 16	●	●	●	●	●	●	●	●
Mars	●	●	●	●	●	●	●	●
April	●	●	●	●	●	●	●	●
Maj	●	●	●	●	●	●	●	●
Juli	●	●	●	●	●	●	●	●
Aug	●	●	●	●	●	●	●	●
Sep	●	●	●	●	●	●	●	●
Okt	●	●	●	●	●	●	●	●
Nov	●	●	●	●	●	●	●	●
Dec	●	●	●	●	●	●	●	●

Nedan kommenteras måluppfyllelse per relevant RF mål- och fokusområde.

Från ÅR 2017

SÄS produktion är mitt i en omställning där vårdformerna förändras och effektiviseras, men där ersättningsystemet följer inte med. Det innebär att SÄS utför vården till patienterna på ett bättre sätt, men ersättningen till sjukhuset blir väsentligt lägre än när vården utfördes på traditionellt vis. SÄS har fått viss kompensation av HSN för dessa uteblivna intäkter.

Kommentar:

- Denna bild delas av beställaren och tas till delar höjd för i VÖK 2018
- SÄS har inte fått någon tillåtelse av RF att bedriva verksamheten med en ekonomisk obalans 2017

Miljömål

- **Klimatutsläppen från fossilbränsle i VGR samt verksamhetens direkta miljöpåverkan ska minska**
- **Minska verksamhetens avfallsmängder och verka för cirkulära affärsmodeller samt skärpta miljökrav vid upphandlingar**

Kommentar:

- Följsamhet till VGRs miljöprogram är ett av områdena i SÄS riskanalys för 2017 och har varit föremål för särskild uppföljning 2017 – fördjupat i delårs- och årsbokslut.
- 2.090 anställda har gått en grundläggande miljöutbildning
- SÄS har genomfört ett antal miljöinitiativ inom områdena; transporter, energi, avfall, kemikalier, läkemedel och medicinska gaser
- Inom flera av dessa områden redovisas konkreta effekter i linje med målsättningar

Jag bedömer att SÄS arbete med att uppfylla miljömål är ändamålsenligt och drivs på ett tillfredsställande sätt.

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

- **Förbättra tillgänglighet inom barn- och ungdomspsykiatri**
- **Genomförandet av de regionala psykiatriplanerna**

Kommentar:

- Såväl BUP som VUP bedriver ett mycket aktivt utvecklingsarbete
- I ÅR redovisas för ett antal initiativ och aktiviteter med fokus på målområdet - flertalet aktiviteter rapporteras som pågående
- Tillgängligheten för såväl BUP som VUP är fortsatt klart under VGR målsättningar och produktiviteten är ungefär på samma nivå som 2016. Beläggningen har förbättrats trots ett ökat antal remisser

Jag bedömer att SÄS arbete med att uppfylla RF-mål avseende verksamhet inom VUP och BUP är ambitiöst och ändamålsenligt. Initiativ och aktiviteter har dock inte fått reell effekt på tillgänglighet och produktivitet. En NF bör övervägas inför 2018 för att ytterligare fördjupa vår förståelse av risken för fortsatt låg grad av tillgänglighet och effektivitet inom främst BUP.

Patientens ställning inom hälso- och sjukvården ska stärkas

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

Från ÅR 2017:

Tillgänglighet. Måluppfyllelsen för första besök 90 dagar är 74 procent vilket är fem procentenheter lägre än föregående år. För behandling är måluppfyllelsen 76 procent vilket är två procentenheter lägre än föregående år. Förvaltningens produktion är 0,2 procent lägre än 2016 (sammanvägda prestationer) och 2,3 procent över den av HSN beställda nivån i VÖK 2017. Remissinflödet, justerat för utökade uppdrag och förändringar i registrering, har ökat med 2,6 procent. Därmed ökar väntetiderna trots produktion över HSNs beställning. Koncernkontoret har fått i uppdrag att se på varför remissökningen är större än befolkningstillväxten. SÄS deltar aktivt i VGRs gemensamma system med upphandlade tjänster hos privata vårdgivare för att korta ner köerna.

Akutmottagning. Andel patienter där TVT är mindre än 4 timmar vid besök på akutmottagning (inklusive barnakuten) är ackumulerat t.o.m. december 60,6 procent. Motsvarande förra året var 59,2 procent. Efter införandet av VGR-modellen så har en förbättring skett – framförallt för de patienter som inte behöver inläggning. Hela det akuta flödet har fått ökat ledningsfokus och förbättringar har skett inom flera områden.

Ökad produktivitet. Produktiviteten i form av vad en sammanvägd prestation kostar i utförd tid är ackumulerat 88,8 timmar i år och 87 förra året.

Kommentar:

- I ÅR redovisas för ett antal initiativ och aktiviteter med fokus på målområdet - flertalet aktiviteter rapporteras som pågående

- Tillgänglighet och produktivitet har inte utvecklats positivt under året. I HSN Södras ÅR redogörs följande för avseende de områden SÄS erhållit extra ersättning för ökad tillgänglighet
 - I överenskommelsen 2017 med Södra Älvsborgs Sjukhus tillsköt nämnden medel för att förbättra tillgänglighet inom ortopedkliniken, neuro- och rehabkliniken, medicinkliniken, anestesikliniken samt kliniken för hud-, infektion-, vårdhygien ögonsjukvård.
 - **Ortopedkliniken** Måluppfyllelsen för första besök per november 2017 är 73 procent jämfört med 78 procent samma period 2016. Måluppfyllelsen för behandling per november 2017 är 55 procent jämfört med 65 procent samma period 2016. Sjukhuset köper en hel del vård inom ortopedi samtidigt har etablera en organisation som effektiviserat arbetet och förväntar sig en positiv utveckling av måluppfyllelsen tidigt under 2018.
 - **Neuro- och rehabiliteringsklinik** Måluppfyllelsen för första besök efter november är 50 procent jämfört med 56 procent föregående år. Antal väntande över 90 dagar har minskat betydligt. I november 2017 hade 86 personer väntat över 90 dagar. Kliniken har flera vakanser av neurologer. Första besök har köpts under hösten för att minska köerna.
 - **Medicinkliniken** Måluppfyllelsen för första besök var 61 procent i december jämfört med 71 procent föregående år. Diabetesenheten jobbar med att växla arbetsuppgifter från läkare till sjuksköterska samt kombinera läkarbesök med sjuksköterska, vilket ger tidsvinster för läkaren.
 - **Hud-, infektion-, vårdhygien och ögonsjukvård** Måluppfyllelsen i december är 64 procent jämfört med 76 procent föregående år.. Verksamheten har ett utökat huduppdrag och ändå minskar kön med 230 stycken på hudmottagningen. Stafetter används regelbundet.

Jag bedömer att SÄS arbete med att uppfylla RF-mål avseende verksamhet är ambitiöst och ändamålsenligt. Initiativ och aktiviteter har dock inte fått reell effekt på tillgänglighet och produktivitet. En NF bör övervägas inför 2018 för att ytterligare fördjupa vår förståelse av risken för fortsatt låg grad av tillgänglighet och effektivitet inom de områden som prioriteras av HSN Södra.

Den medicinska kvaliteten ska öka och den organisatoriska effektiviteten förbättras

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

Från ÅR 2017

Sammantaget har SÄS ett strukturerat arbete med att förbättra den medicinska kvalitén genom den processmodell som är etablerad på sjukhuset sedan många år tillbaka, vilket gör att det inom dessa områden sker ett kontinuerligt pågående förbättringsarbete. Som komplement till sedvanliga månadsavstämningar har beredningsgruppen löpande under året hållit verksamhetsdialoger med alla berörda verksamheter för att få en fördjupad förståelse och dialog runt bl.a. medicinsk kvalitet.

Andelen indikatorer med flaggning enligt kvartalen blev t.o.m. november 59 procent och de områden som faller ut röda är:

- *Diabetes, åtgärder är vidtagna för att komma till rätta med blodtryck, blodfetter samt genom ett specifikt projekt komma till rätta med de som har högsta blodsockervärdena. PÅGÅR.*
- *Inom hjärtsjukvården har några mätetal fallit ut röda, där det under hösten skett klara förbättringar och målen nås nu. KLAR.*

- *Väntetid, "tid till läkare" på akuten. SÄS deltar i det regionala projektet med att införa VGR's akutmodell där målet uppnåts under oktober och november månad.*

Kommentar:

- I ÅR redovisas för ett antal initiativ och aktiviteter med fokus på målområdet - flertalet aktiviteter rapporteras som pågående
- VRI förbättrats till 5,4% jämfört med 6,3% 2016

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

Möjligheterna till karriär- och kompetensutveckling ska förbättras

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

Kommentar:

- Ett antal initiativ och aktiviteter igång inom ramen för SÄS fokusområde – En bättre arbetsplats. Detta innebär att dessa är integrerade i x-matrisen och inarbetade ner till lägsta relevanta nivå.
- Ett första initialt fokus på ssk för att därefter gå över på usk.
- Ett omfattande internt ledarskapsprogram pågår

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

Arbetsmiljön ska förbättras och sjukfrånvaron ska minska

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

Från ÅR 2017

SÄS har historiskt sett haft alltför höga sjukskrivningstal, men efter inrättandet av ny sjukskrivningsrutin, utbildning av chefer i rehabiliteringsprocessen samt ett mer strategiskt samarbete med Hälsan & Arbetslivet och Försäkringskassan, har sjukskrivningstalen successivt minskat. Detta är ett långsiktigt arbete som innefattar både insatser för att stärka ledarskapet samt aktiviteter för en förändrad livsstil för medarbetarna.

Sjukfrånvaron har varit 6,4 procent för 2017 vilket är lägre än föregående år. För att minska korttidsfrånvaron använder S ÄS den sjukskrivningsrutin som infördes våren 2015. Chef har kontakt med sjukskriven medarbetare dag ett för att planera sjukfrånvaro och återgång till arbete. En aktiv sjukskrivningsprocess med tidiga insatser, steglös sjukskrivning och rehabiliteringsplan har bidragit till att långtidssjukfrånvaron minskat.

Kommentar:

- I ÅR redovisas för ett antal initiativ och aktiviteter med fokus på målområdet - flertalet aktiviteter rapporteras som pågående

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

Sammanfattande kommentarer och bedömning avseende styrelsens resultat och effektivitet

Revisionsenhetens bedömning är att SÄS utövar en tillfredsställande styrning och uppföljning som understöds av ett effektivt styrsystem i form av x-matrisen. Initiativ och aktiviteter är ambitiösa och ändamålsenliga och är till övervägande delen rapporterade som pågående. Med det sagt är utvecklingsarbetet långsiktigt vilket också styrelsen lyfter i sitt beslut avseende åtgärder för ekonomi i balans vid septembermötet. Verksamheten levererar inte tillfredsställande resultat vare sig ekonomiskt eller verksamhetsmässigt – där tillgängligheten är den största utmaningen. Riktade resurstillskott för ökad tillgänglighet har inte lett till förbättrat resultat. Det kan konstateras att det fokus som sjukhusledningen haft på ökad produktivitet under året inte lett till konkreta resultat 2017.

I och med att budget för 2018 innehåller en ”obalans” om 156 mnkr jämfört med den uppskattade för 2017 om 49 mnkr har utmaningen avseende balans mellan ekonomi och verksamhet skärpts trots ökad finansiering från HSN södra för att hantera tillgänglighet och den omställning SÄS genomför. För bedömning, se - Ekonomi i balans 2017 ovan.

2018 års granskning bör fördjupa sig i effektiviteten i styrningen utifrån tre perspektiv:

- Styrelsens – att tillräckligt kraftfullt säkerställa rättvisande uppföljning av beslutade åtgärder samt förmåga att agera och fatta beslut vid eventuella avvikelser
- Sjukhusledningen – implementeringen av den nya styrningen som kopplar VÖK till budget och att ledningen agerar tillräckligt kraftfullt på avvikelser samt tillhandahåller rättvisande information till styrelsen
- Verksamhetsnivån – realiseringen av åtgärder och rapporteringen av eventuella avvikelser

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

SÄS tillämnar 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 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 inte i tillräcklig omfattning bedrivits ändamålsenligt, med god ekonomisk hushållning, rättvisande räkenskaper och med en tillräcklig intern kontroll. Av årsrapporten och NF Ekonomi i balans 2017 – SÄS, framgår på vilka grunder revisionsenheten gör sin bedömning. Revisionsenheten lämnar i årsrapporten rekommendationer inom områden som SÄS bör fokusera på under 2018 för att stärka ledning och styrning av verksamheten.

Bilagor

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