

Till
Regionfullmäktige i Västra Götalandsregionen

Revisionsberättelse för styrelsen för Alingsås lasarett år 2018

Vi, av regionfullmäktige utsedda revisorer har granskat styrelsen för Alingsås lasarett verksamhet under år 2018.

Styrelsen för Alingsås lasarett ansvarar för att verksamheten bedrivs enligt gällande mål, beslut och riktlinjer samt de föreskrifter som gäller för verksamheten. Den ansvarar också för att det finns en tillräcklig intern kontroll och återredovisning till regionfullmäktige.

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

Granskningen har utförts enligt kommunallagen, god revisionsred i kommunal verksamhet och regionens reglemente för revisorskollegiet. Granskningen har genomförts med den inriktning och omfattning som behövs för att ge rimlig grund för bedömning och ansvarsprövning. Vår samlade kommentar och bedömning från granskningen under året samt omfattningen av granskningen framgår av revisionens årspromemoria, som fogats till revisionsberättelsen för regionstyrelsen.

Vi bedömer att verksamheten bedrivits på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt och att den interna kontrollen varit tillräcklig.

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

Vi tillstyrker att ansvarsfrihet beviljas för styrelsen för Alingsås lasarett och dess enskilda ledamöter.

Vänersborg den 13 mars 2019



Birgitta Eriksson
Ordförande



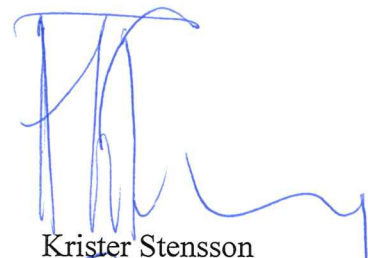
Ulf Sjösten
Vice ordförande



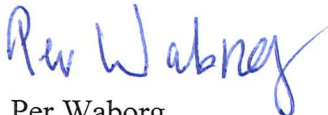
Bernt Sabel



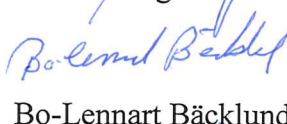
Ulla Göthager



Krister Stensson



Per Waborg



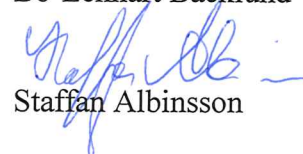
Bo-Lennart Bäcklund



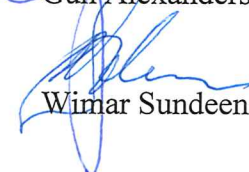
Gun Alexandersson Malm



Marie Engström Rosengren



Staffan Albinsson



Wimar Sundeen

Årsrapport
Alingsås lasarett (AL) 2018
Diarienummer REV 2018-00014

Behandlad av revisorskollegiet den 13 mars 2019

Innehåll

	Sida
Årets granskning	2
Styrelsens ansvar	2
Resultatet av revisorernas granskning	2
Styrelsens utformning och genomförande av styrning, uppföljning och kontroller	3
Styrelsens resultat och effektivitet	5
Styrelsens räkenskaper	7
Revisorernas sammanfattande bedömning	8

Bilagor

1. Granskning av styrning, uppföljning och intern kontroll 2018 - AL
2. Riktlinjer och rutiner för intern kontroll 2018 - AL
3. AL Samlad rapport av nämndför djupningar 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 AL där de mest väsentliga riskerna identifierats och prioriterats. Granskningsplanen har stämts av med utsedd kontaktrevisor, Wimar Sundeen, i revisorskollegiet och beslutats av revisionsdirektören. Inför granskningen presenterades även granskningsplanen för AL 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 AL 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 AL ansvar

AL 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 tillfredsställande 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.

AL 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 - AL</i> samt <i>Riktlinjer och rutiner för intern kontroll 2018 - AL</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 / AL Budget 	1	NF 1, avrapporterat i bilaga 3 NF-rapport
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 AL presidium och styrelse
4	Ekonomi i balans	Styrelsens styrning och uppföljning 2017 resulterade inte i en ekonomi i balans. Koppling till ansvar enligt följande <ul style="list-style-type: none"> • KL 6:6 / RF budget / AL Budget 	1	NF 2, avrapporterat i bilaga 3 NF-rapport
5	Verksamhet i balans	Styrelsens styrning och uppföljning 2017 resulterade inte i en verksamhet i balans. Koppling till ansvar enligt följande KL 6:6 / RF budget / AL Budget	1	NF 3, avrapporterat i bilaga 3 NF-rapport
6	Särskilda frågeställningar	Områden som varit föremål för granskning tidigare år där status ska fångas i ordinarie		Standardiserade revisionsfrågor

	avstämningsmöten med ekonomichef/ sjukhusdirektör		
	<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	

Resultat från granskningen 2018

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 2018. Koppling till ansvar enligt följande: <ul style="list-style-type: none"> • KL • VGR riktlinjer och rutiner för intern kontroll 	1	Utifrån granskningsmallar: <i>Granskning av styrning, uppföljning och intern kontroll 2018 - AL</i> samt <i>Riktlinjer och rutiner för intern kontroll 2018 - AL</i>

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

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

Bedömningen är att AL uppvisar en tillfredsställande säkerhetskultur.

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 	2	<ul style="list-style-type: none"> • Granskning av styrelseprotokoll • Regelbundna avstämningsmöten med förvaltningsledning • Arbetsmöte med AL presidium

Iakttagelser Granskningen av styrelseprotokoll och underlag till dessa styrker att AL

- Haft 9 protokollförda styrelsemöten
- Att styrelsen haft en tillfredsställande kontroll över verksamhet och utvecklingen av det ekonomiska resultatet över hela kalenderåret
- Att beslutsunderlag i all väsentlighet bedöms ha varit relevanta och varit tillräckliga som grund för välgrundade beslut

- Att ÅR 2017, detaljbudget, delårsbokslut, månadsbokslut, beslut och uppföljning avseende intern kontroll varit föremål för styrelsebeslut i rätt tid

Bedömning Den sammanfattade bedömningen är att styrelsen fattat väl underbyggda beslut 2018. Informationen till styrelsen har haft tillräcklig kvalitet, se även kommentarer nedan.

Övriga nämndfördjupningar

Resultat och bedömningar från de övriga genomförda nämndfördjupningarna redogörs för i bilaga 3 NF Rapport. Den övergripande bedömningen från dessa är:

De nämndfördjupningar som genomförts under året resulterar sammantaget i bedömningen att styrelsen för Alingsås Lasarett (AL) väsentligen säkerställt att verksamheten i tillräcklig omfattning bedrivits ändamålsenligt, med god ekonomisk hushållning, rättvisande räkenskaper och med en tillräcklig intern kontroll.

Styrelsens resultat och effektivitet

Nedan har vissa stycken i AL ÅR för 2018 klippts in och i en del fall kommenterats av revisionsenheten. I NF-rapport (bilaga 3) kommenteras väsentligare iakttagelser avseende verksamhet och ekonomi. I övrigt hänvisas till AL ÅR 2018.

Från AL ÅR 2018	Kommentarer
<p><i>De största utmaningarna under perioden har varit:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Arbetet med att nå ekonomi och verksamhet i balans. Bruttokostnadsutvecklingen har brutits och är nedåtgående.</i> • <i>Vårdproduktion under pågående om- och tillbyggnation.</i> • <i>Genomförandet av nya samverkanslagen och uppbyggnad av arbetsformer i ny samverkansorganisation.</i> 	<p>Revisionen bekräftar denna bild och konstaterar att styrelsen och ledning har haft stort fokus på dessa områden under hela året.</p> <p>Ett enhetligt material för analys av verksamheternas utfall samt identifiering av åtgärder som behöver vidtas på klinisknivå och sjukhusövergripande har tagits fram under hösten och följs nu månadsvis. Syftet är att förbättra uppföljnings- och analysarbetet för att kunna leda och styra verksamheterna till en verksamhet och ekonomi i balans.</p> <p>Vid varje styrelsemöte är byggprojektet ett ärende. Gemensam skrivelse med HSN Västra till RS i frågan om ersättning för kostnader för nya AL i övergångsskedet</p>
<p>Tillgänglighet</p> <p><i>Vårdgarantin uppfylls inte men en förbättring har skett under hösten. 85 procent av patienterna som väntar på första besök får tid inom 90 dagar. Andel patienter med välgrundad misstanke om cancer med tid inom 14 dagar var i december 99 procent. Inom behandlingar återfinns de väntande i huvudsak inom allmänkirurgi och inom övrig ortopedi. Andelen patienter som får sin behandling inom 90 dagar är 75 procent. Köp av vård används inom bland annat ortopedi och inom allmänkirurgi för att öka tillgängligheten.</i></p> <p><i>Måluppfyllelse för TVT 2018 är 66 procent att jämföra med 65 procent föregående år. Gällande ledtider på akutmottagningen ses en positiv trend under sommaren och hösten 2018.</i></p>	<p>Omfattande åtgärder pågår för att komma till rätta med problem som resulterar i en svag förbättring 2018 jämfört med 2017 på årsbas. Positiv trend under hösten kan också konstateras avseende behandling och ledtider på akuten.</p>

<p>Personal</p> <p><i>Antal anställda per december uppgår till 742 vilket är en minskning med 25 jämfört med samma period föregående år. Antal nettoårsarbetare är 569 i december vilket är en minskning med 32.</i></p> <p><i>Sjukfrånvaron uppgår ackumulerat per december till 8,5 procent att jämföra med 7,5 procent föregående år.</i></p>	<p>Bidragande orsaker till minskandet av nettoårsarbetare är; Selektiv rekrytering genom anställningsprövningar; Hög personalomsättning; Fortsatt svårt att rekrytera operationssjuksköterskor och sjuksköterskor med inriktning intensivvård och akutsjukvård.</p> <p>Kostnaden för bemanningsföretag är ca 2,4 mnkr, det är en ökning med 1,0 mnkr i jämförelse med förra året.</p> <p>Personalomsättningen på sjukhuset har ökat från 10,4 procent till 11,7 procent i jämförelse med samma period förra året. Personalomsättningen för de som har gått vidare till andra arbetsgivare utanför VGR uppgår till 7,0 procent</p> <p>AL har fått god kontroll på personalkostnadsutvecklingen under slutet av året</p>
<p>Ekonomi</p> <p><i>Det ekonomiska resultatet är -18,1 mnkr. Resultatet är försämrat med 4,8 mnkr efter sent krav på återbetalning av erhållen ersättning för kostnader för köpt vård. Det är förklaring till avvikelse mot årets prognos och till negativt resultat per december månad. Resultatet är 2,7 mnkr sämre än föregående år. Intäkterna visar positiv avvikelse mot budget med 4,6 mnkr och kostnaderna visar negativ avvikelse mot budget med -22,6 mnkr. Bruttokostnadsutveckling är per december 5,3 procent att jämföra med 6,4 procent föregående år. Personalkostnadsutvecklingen är per december 4,4 procent att jämföra med 6,2 procent föregående år.</i></p> <p><i>Sjukhuset har under perioden haft tillkommande driftskostnader inom om- och tillbyggnadsprojektet med 9,5 mnkr. Regionfullmäktige har beslutat (RS 2018-03638) att ställningstagande till eventuell kompensation för dessa ska göras i årsredovisningen för 2018.</i></p>	<p>I ÅR framgår att <i>Sjukvårdande behandlingar når 16 500 vilket är en ökning med 13,0 procent. DRG-ersatta sjukvårdande behandlingar redovisas till 2 800 vilket är en ökning med 38,0 procent. Överföring av vård från slutenvård till öppenvård fortsätter därmed och man ser även resultat av uppgiftsväxlingen mellan vårdgivarkategorier.</i></p> <p>I och med produktion över tak endast ersätts till 50% påverkar remissinflödet det ekonomiska resultatet negativt.</p> <p>Intäkter erhålls enligt TÖK med 50 procent ersättning utöver ersättningstaket och uppgår till 30,2 mnkr.</p> <p>Alingsås lasarett, Årsredovisning 2018 54(64)</p> <p>Intäkter för tillgänglighetssatsning nås inte fullt ut. Basvolym och tillägg avseende tillgänglighetssatsning och ortopediplan nås inte fullt ut, vilket innebär att sjukhuset går miste om cirka 12 mnkr för helåret.</p>
<p>Verksamhet</p> <p><i>Om- och tillbyggnadsprojektet har nått halvtid. Både byggprojektet och verksamhetsutvecklingsprojektet som är kopplat till detta är prioriterade och påtagliga på sjukhuset. Stor utmaning med evakueringar och delar av verksamheten i provisoriska avdelningar.</i></p> <p><i>Medelvårdtiden minskar även i år jämfört med föregående år och är nu 5,0 dagar (5,3 dagar 2017). Medelvårdtiden har haft en minskande trend under flera år och det beror på arbete med att strukturera de medicinska vårdprocesserna.</i></p> <p><i>Närsjukvårdsteamet fortsätter att förbättra kvaliteten i vården för multisjuka äldre i sjukhusets upptagningsområde. Under 2018 har dock antalet remisser och inskrivna patienter minskat varför en utredning gjorts för att ta fram plan för hur närsjukvårdsteamets verksamhet kan utökas och breddas. Denna plan är nu under genomförande och arbetet kommer att fortsätta 2019.</i></p>	<p>Se ovan</p>

<p><i>Förbättringsprojekt inom knä- och höftprotesverksamheten har gett goda resultat och arbetssättet sprids vidare till gallvägskirurgi, urologi och bukvägskirurgi. Sjukhuset har fortsatt goda resultat inom strokevården och har under året fått utmärkelsen bästa strokeenhet i Sverige 2017. Sjukhuset ligger också på första plats avseende knäproteser i Sverige och även inom höftproteskirurgin ses goda resultat. Inom diabetesvården ses även fortsatt goda resultat avseende blodsockernivåer. Handlingsplan har tagits fram för att förbättra måluppfyllelsen avseende blodtryck och blodfetter.</i></p> <p><i>Inom vårdöverenskommelsens bas och tillägg finns variation i uppnådda volymer. Det innebär att Alingsås lasarett inte uppnår de avtalade volymerna inom framför allt allmänkirurgi och ortopedi.</i></p>	
--	--

Bedömningar

AL ÅR 2018 ger en i all väsentlighet bred och djup beskrivning av årets verksamhet och resultat. När det gäller uppföljning av RF mål och fokusområden, redogörs för initiativ och status avseende konkreta aktiviteter. I de fall konkreta mått/ mål finns, redogörs för resultat. Det kan konstateras att uppföljningen av kvalitet är omfattande i ÅR. Det kan också konstateras att antalet aktiviteter som följs upp är många och att en stor del är pågående. Aktiviteter bedömer revisionsenheten i all väsentlighet vara ändamålsenliga ställt mot riskanalys, budget och löpande resultat under året.

Med ovan som grund, bedömer revisionsenheten att AL arbete med att uppfylla RF-mål och fokusområden är ambitiöst och ändamålsenligt och bidrar till uppfyllelse av RF-mål.

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

Styrelsens räkenskaper

Att räkenskaperna är rättvisande innebär att den externa redovisningen ger en rättvisande bild av resultat och ställning och att årsredovisning och delårsrapport är upprättade i enlighet med lagstiftning och god redovisningssed. PWCs rapport om årsrapporten för 2018 ger följande:

Uttalande

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

Iakttagelser

Alingsås lasarett tillämpar inte, i likhet med övriga delar av regionen, komponentavskrivning. Det innebär att styrelsen för Alingsås lasarett avviker från god redovisningssed som den kommer till uttryck i RKR 11. 4 Materiella anläggningstillgångar.

Alingsås lasarett hade vid ingången av år 2018 ett negativt eget kapital motsvarande -15,3 mnkr. Efter beslut i regionstyrelsen har Alingsås lasarett under 2018 tillförts 3,0 mnkr i bokslutsdisposition. Årets resultat 2018 uppgår till -18,1 mnkr. Summa eget kapital vid utgången av 2018 uppgår därmed till -30,5 mnkr.

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