

Till  
Regionfullmäktige i Västra Götalandsregionen

Revisionsberättelse för styrelsen för Kungälvvs sjukhus och Frölunda Specialistsjukhus år 2018  
Vi, av regionfullmäktige utsedda revisorer har granskat styrelsen för Kungälvvs sjukhus och Frölunda Specialistsjukhus verksamhet under år 2018.

Styrelsen för Kungälvvs sjukhus och Frölunda Specialistsjukhus 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 revisionssed 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.

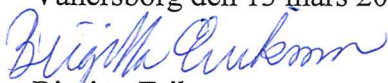
Vi bedömer att verksamheten bedrivits på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt och att den interna kontrollen varit tillräcklig.

**Vi riktar dock en erinran** mot Styrelsen för Kungälvvs sjukhus och Frölunda specialistsjukhus 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 Kungälvvs sjukhus och Frölunda Specialistsjukhus och dess enskilda ledamöter.

Vänersborg den 13 mars 2019



Birgitta Eriksson  
Ordförande



Bernt Sabel



Per Waborg



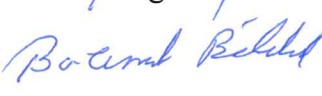
Marie Engström Rosengren



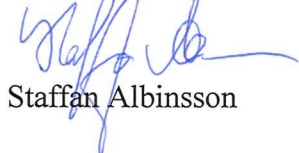
Ulf Sjösten  
Vice ordförande



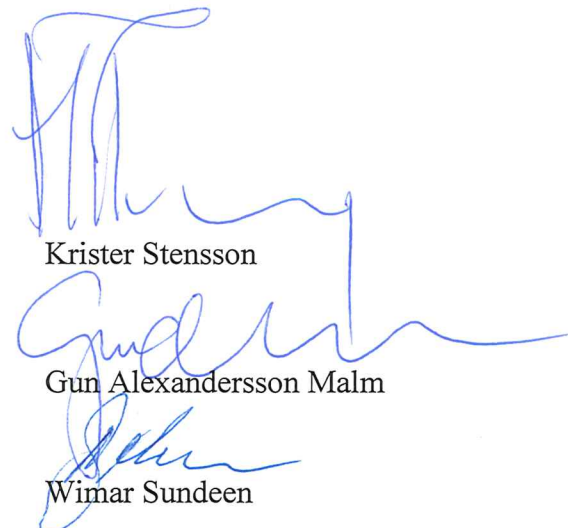
Ulla Göthager



Bo-Lennart Bäcklund



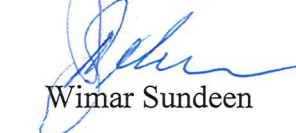
Staffan Albinsson



Krister Stensson



Gun Alexandersson Malm



Wimar Sundeen

# Årsrapport

## Styrelsen för Kungälvvs sjukhus och Frölunda Specialistsjukhus 2018

Diarienummer REV 2018-00015

Behandlad av revisorskollegiet den 13 mars 2019

## Innehåll

<b>Årets granskning</b> .....	<b>3</b>
<b>Styrelsens ansvar</b> .....	<b>3</b>
<b>Resultatet av revisorernas granskning</b> .....	<b>4</b>
Styrelsens utformning och genomförande av styrning, uppföljning och kontroller.....	4
Granskning av riskanalys och plan för intern kontroll.....	4
Granskning av utformning av arbetet med regionfullmäktiges mål .....	5
Granskning av utformning av arbetet med regionfullmäktiges fokusområden.....	6
Granskning av arbete för att uppnå en ekonomi i balans (Kungälvvs sjukhus).....	6
Granskning av arbete med kompetensförsörjning (Kungälvvs sjukhus).....	7
Granskning av arbetsmiljöarbete (Kungälvvs sjukhus) .....	8
Granskning av arbete med organisatorisk effektivitet (Kungälvvs sjukhus).....	8
Granskning av vårdplatssituation och överbeläggningar (Kungälvvs sjukhus).....	9
Granskning av projektet kring Nya Kungälvvs sjukhus (NKS) .....	10
Granskning av arbetet för att klara verksamheten i nuvarande vårdlokaler (Frölunda Specialistsjukhus).....	11
Uppföljning – granskning av direktupphandlingar (Kungälvvs sjukhus).....	12
Uppföljning – verksamhetsanpassad bemanning (Kungälvvs sjukhus).....	12
Uppföljning – bisysslegranskning .....	13
Uppföljning – IS/IT-granskning (Kungälvvs sjukhus) .....	14
Uppföljning – granskning akutmottagningar (Kungälvvs sjukhus) .....	14
Styrelsens resultat och effektivitet .....	15
Granskning av måluppfyllelse .....	15
Granskning av resultatet av genomförandet av regionfullmäktiges uppdrag.....	16
Styrelsens räkenskaper .....	17
Revisorernas sammanfattande bedömning .....	18
Bilaga.....	19

## 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 revisionsred 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 styrelsen för Kungälvss sjukhus och Frölunda Specialistsjukhus där de mest väsentliga riskerna identifierats och prioriterats. Granskningsplanen har stämts av med utsedd kontaktrevisor, Per Waborg, i revisorskollegiet och beslutats av revisionsdirektören. Granskningen har genomförts av Kari Aartojärvi. Därtill har räkenskaperna granskats av PwC. Granskningens sammantagna resultat utifrån granskningsplanen presenteras kortfattat i denna rapport.

## Styrelsens ansvar

Styrelsen granskas och bedöms utifrån det samlade ansvar som följer av kommunallagen och reglementet och som anger att styrelsen ska arbeta utifrån fullmäktiges mål, beslut och riktlinjer samt gällande lagstiftning och föreskrifter.

Kommunallagen anger ytterst ansvaret för nämnder och styrelser. En rad lagar och författningar styr hälso- och sjukvården, framförallt Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), Patientlagen (2014:821), Patientsäkerhetslagen (2010:659), Patientdatalagen 2008:355 och Tandvårdslagen (1985:125). Regionfullmäktige har angett ett strategiskt mål samt tre prioriterade mål för hälso- och sjukvården. Ovan nämnda lagar, tillämpliga lagar och författningar i övrigt samt regionfullmäktiges mål och uppdrag ska styrelsen förhålla sig till vid planering, genomförande och uppföljning av sitt uppdrag. Vårdöverenskommelserna med Västra nämnden (KS) och Göteborgsnämnden (FSS) preciserar ytterligare styrelsens uppdrag. Överenskommelserna reglerar även ersättningen till styrelsen.

Styrelsen har hand om personalfrågor och arbetsmiljöfrågor utifrån reglementet och arbetsmiljölagen. I fullmäktiges budget, samt i ett antal policyer, finns mål och uppgifter som berör såväl rekrytering av rätt kompetens, förbättrad arbetsmiljö, minskad sjukfrånvaro som förbättrade möjligheter till kompetensutveckling. Av reglementet följer också att styrelsen ska säkerställa att den får tillräcklig information för att ta ansvar för verksamheten. Uppgifterna innebär ansvar avseende intern kontroll, budget och redovisning/uppföljning samt uppföljning av privata utförare som framkommer i policyer och riktlinjer. Styrelsen har vidare ett ansvar utifrån reglementet för styrelsens arbetsformer och handläggning av ärenden. Slutligen har styrelsen ansvar inom ett antal specifika områden såsom inköp, representation, miljö, mänskliga rättigheter, krisberedskap och säkerhet samt IT.

## Resultatet av revisorernas granskning

Revisorernas granskning utgår från att styrelsen för Kungälvss sjukhus och Frölunda Specialistsjukhus ska utforma styrning, uppföljning och kontroller utifrån styrelsens ansvar. 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. Det innebär sammantaget att styrelsen har tagit sitt ansvar.

### Styrelsens utformning och genomförande av styrning, uppföljning och kontroller

Styrelsen har utformat 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 styr signaler från fullmäktige med flera. Styrelsen har vidare 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 har styrelsen uppmärksammat fullmäktige på detta.

Styrelsen 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. Styrelsen ska aktivt ha värderat återrapportering och vid behov fattat beslut om tillkommande styrning och uppföljning.

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 ha utformat tillräckliga och dokumenterade kontroller utifrån en risk- och väsentlighetsanalys baserat på ett helhetsperspektiv på styrelsens styrning och uppföljning.

Styrelsen ska 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 beslutade kontroller har genomförts och rapporterats i enlighet med beslut. Styrelsen ska också aktivt ha värderat återrapportering av kontrollerna och vid behov fattat beslut om tillkommande kontroller och/eller styråtgärder.

Utifrån granskningsplanen identifierades och prioriterades några områden särskilt för fördjupad granskning. Granskningen har resulterat i en del rekommendationer som riktas till den nya styrelsen för sjukhusen i väster.

### Granskning av riskanalys och plan för intern kontroll

Styrelsens arbete med intern kontroll har utvecklats under senare år. Sjukhusen har gått från relativt omfattande internkontrollplaner med flera olika kontrollmoment till att istället

ha en åtgärdsplan, en mindre internkontrollplan samt rutiner för egenkontroll. Det framgår av det ursprungliga beslutet att styrelsen ska få redovisning av kontrollerna i samband med delårsrapporter och årsredovisning. Granskning under 2017 visade att så också var fallet. De båda sjukhusen inom styrelsens ansvarsområde står dock inför nya utmaningar. Risk finns att styrelsens riskanalys inte fångar väsentligare risker, vilket kan påverka ändamålsenligheten i styrningen och därmed genomförandet av och effekten från internkontrollplanen 2018. Med anledning av det finns det skäl att belysa hur intern kontroll sker under 2018. Syftet med granskningen är att bedöma om styrelsens riskanalys fångar samtliga väsentliga risker samt om styrelsen får en rapportering av genomförda kontroller.

Det finns en internkontrollplan per sjukhus. Båda planerna innehåller fem kontrollområden. Det gäller delegering, kompetensförsörjning, produktion/verksamhet i balans, patientsäkerhet samt egenkontroll. Egenkontrollen anges vara en del av den interna kontrollen. Som underlag för internkontrollplanerna finns relativt detaljerade riskanalyser för respektive sjukhus. Dessa riskanalyser tar upp risker ur flera olika perspektiv. Åtgärdsplanerna beskriver hur riskerna ska hanteras, vem som är ansvarig, tidplan samt hur rapportering till styrelsen ska ske. Uppföljning av kontrollmomenten samt rapportering till styrelsen har skett. Rapporteringen är relativt detaljerad. Även kontrollmomenten som anges under Egenkontroll rapporteras till styrelsen. Brister och avvikelser noteras särskilt. Åtgärdsplaner avseende ekonomi i balans redovisas löpande till styrelsen på i princip samtliga styrelsemöten.

### **Bedömning**

Revisionsenhetens bedömning är att styrelsen under 2018 har följt de riktlinjer och rutiner som finns för arbetet med intern kontroll. Riskanalys har genomförts och en internkontrollplan sammanställts. Kontroller genomförs och rapporteras till styrelsen. Bedömningen är att väsentliga risker fångats upp i arbetet med intern kontroll. Bedömningen är därmed att styrelsen har ett tillfredsställande system för intern kontroll inom sitt ansvarsområde.

### **Granskning av utformning av arbetet med regionfullmäktiges mål**

Regionfullmäktige har formulerat ett antal prioriterade mål för verksamhetsåret 2018. I budgeten anges tre mål som direkt berör hälso- och sjukvårdsverksamhet. Målen ska brytas ner och bearbetas av respektive nämnd och styrelse. Risk finns att styrelsen inte brutit ner fullmäktiges mål i budget 2018 på ett sådant sätt att målarbetet blir effektivt och ändamålsenligt. Med anledning av det finns det anledning att belysa hur styrelsen arbetar med fullmäktiges mål. Syftet med granskningen är att bedöma om styrelsen arbetar på ett ändamålsenligt vis med målen. Med ändamålsenligt menas här att styrelsen har brutit ner målen utifrån den verksamhet man bedriver och att målen därmed konkretiserats.

Granskningen visar att de båda sjukhusen relativt detaljerat beskriver hur man ämnar arbeta med regionfullmäktiges mål så som de anges i fullmäktiges budget. Budgeten för Kungälv's sjukhus tar fasta på samtliga tre mål som rör hälso- och sjukvård och anger aktiviteter inom respektive målområde. Frölunda Specialistsjukhus beskriver aktiviteter för två av hälso- och sjukvårdsmålen. Sjukhuset saknar psykiatri och har av den anledningen inte beskrivit aktiviteter kopplade till psykisk ohälsa. Sjukhusen anger ett stort antal aktiviteter som syftar till att förbättra verksamheten och uppnå de mål fullmäktige angivit.

### **Bedömning**

Revisionsenhetens bedömning är att styrelsen i allt väsentligt har brutit ner regionfullmäktiges mål i konkreta aktiviteter. Styrelsen har också angivit indikatorer för att mäta måluppfyllelse. Hur sjukhuset arbetat med aktiviteterna belyses nedan under rubriken ”Granskning av arbete med regionfullmäktiges fokusområden”. Granskningen av resultatet av arbetet beskrivs nedan under ”Styrelsens resultat och effektivitet”

### **Granskning av utformning av arbetet med regionfullmäktiges fokusområden**

Regionfullmäktige har i budget för 2018 angivit ett antal fokusområden som nämnder och styrelser ska arbeta med. Risk finns att styrelsen inte arbetar aktivt med fokusområden i enlighet med beslutad budget för 2018. Med anledning av det finns det anledning att belysa hur styrelsen arbetar med fokusområden. Syftet med granskningen är att bedöma om styrelsen arbetar på ett ändamålsenligt vis med fullmäktiges fokusområden. Med ändamålsenligt menas här att styrelsen utformat en handlingsplan och effektivt arbetar med olika aktiviteter som har koppling till fokusområdena.

Genomgång av detaljbudgetarna för Kungälvssjukhus respektive Frölunda Specialist-sjukhus visar att fullmäktiges fokusområden omhändertagits i budgeten. Samtliga fokusområden som mer direkt berör sjukhusverksamhet finns med i detaljbudgetarna. En rad olika aktiviteter beskrivs under respektive fokusområde.

### **Bedömning**

Revisionsenhetens bedömning är att sjukhusen har upprättat detaljbudgetar i enlighet med Koncernkontorets anvisningar. En stor mängd aktiviteter som är kopplade till regionfullmäktiges fokusområden anges i de båda sjukhusens budgetar för 2018. En hel del av aktiviteterna kan kategoriseras som operativa och mer eller mindre självklara att ingå i arbetet med ständiga förbättringar. Detaljbudgetarna skulle vinna på att fokusera på de för sjukhusen strategiskt mest viktiga aktiviteterna och beskriva mer utförligt vad sjukhuset konkret planerar att göra inom de områdena. Fokus på allt innebär risk för att styrelsen inte har fullt fokus på det mest väsentliga. Granskningen av resultatet av arbetet beskrivs nedan under ”Styrelsens resultat och effektivitet”

### **Granskning av arbete för att uppnå en ekonomi i balans (Kungälvssjukhus)**

Kungälvssjukhus har under senare år haft stora svårigheter att nå en ekonomi i balans. Årlig granskning visar att sjukhuset tagit fram ett flertal åtgärdsplaner som endast fått begränsad effekt. Det finns en risk för att den detaljbudget som styrelsen fattar beslut om därmed inte blir styrande. Då regionfullmäktiges budget anger att budgeten är det viktigaste styrinstrumentet finns det anledning att belysa huruvida den budget som styrelsen beslutat om är styrande i styrningen av sjukhuset.

Budgetbeslutet i november 2017 avseende detaljbudget innebar att styrelsen har fattat beslut om en budget med relativt stora ingående obalanser. För att få ihop budgeten har t.ex. läkemedelskostnaderna i flera års tid budgeterats lågt med tanke på den faktiska kostnadsnivån under senare år. Ingen budget har lagts på bemanningsföretag. Åtgärdsplaner för att nå en ekonomi i balans har tagits fram, men de beräknade effekterna av åtgärderna är betydligt lägre än den bedömda ekonomiska obalansen.

I och med att styrelsen skrivit på VÖK med HSN Västra har man indirekt accepterat intäktsramar som sätter begränsning på sjukhusets kostnader. Det öppna ersättningstaket under senare år skulle kunna inneburi ändrade förutsättningar, vilket sannolikt styrelsen tagit med i beräkningen i budgetbeslutet. Styrelsen har signalerat att obalanser finns vid ett flertal tillfällen till såväl regionstyrelsen som hälso- och sjukvårdsstyrelsen.

### **Bedömning**

Revisionsenhetens bedömning är att detaljbudgeten i vissa avseenden är orealistisk samtidigt som ett ökat patienttryck och yttre omständigheter försvårat budgetstyrningen. Målkonflikter har därmed riskerat att uppstå mellan ekonomistyrningen och hälso- och sjukvårdslagens och patientsäkerhetslagens bestämmelser.

Bedömningen är vidare att åtgärdsplanerna är uppenbart otillräckliga. Stora delar av åtgärderna är sådana att det är orealistiskt att förvänta sig några mer betydande effekter ens 2019. Samtidigt är revisionsenhetens bedömning att det sannolikt är svårt att ta fram så kraftfulla åtgärder att det på kort sikt ger tillräckligt stora besparingar i kombination med en verksamhet i balans och en långsiktigt god ekonomisk hushållning. Detta med anledning av den komplexitet i styrningen som finns vad gäller kortsiktig styrning kontra den mer långsiktiga planeringen av det nya Kungälvssjukhuset. En kraftig reduktion avseende vårdpersonal på kort sikt kan vara kontraproduktivt då det 2019-2020 kommer att krävas en relativt omfattande nyrekrytering för att bemanna ett ökat antal vårdplatser. Projektarbetet kring Nya Kungälvssjukhuset har också inneburit ökade kostnader som sjukhuset inte fått täckning för.

### **Rekommendationer**

*Styrelsen för sjukhusen i väster bör*

- *tillse att en genomgripande analys görs avseende Kungälvssjukhusets förutsättningar att få en verksamhet och ekonomi i balans och utifrån analysen ta fram verkningfulla åtgärdsplaner*
- *lyfta frågan till regionstyrelsen ifall styrelsen bedömer att förutsättningar saknas för att bedriva en verksamhet med långsiktigt god ekonomisk hushållning.*

### **Granskning av arbete med kompetensförsörjning (Kungälvssjukhus)**

Ett effektivt arbete med kompetensförsörjning är av största betydelse för Kungälvssjukhuset för att en effektiv och ändamålsenlig verksamhet ska kunna bedrivas. Risk finns att sjukhuset inte lyckas rekrytera personal och bemanna vårdenheter, vilket skapar problem i vårdflödena på sjukhuset. En översiktlig granskning av arbetet med kompetensförsörjning har därför gjorts.

Granskningen visar att varje verksamhet gör sin kompetensförsörjningsplan. Ett problem är att sjukhuset av ekonomiska skäl har svårt att besätta alla vakanta tjänster. Det är också svårt att rekrytera vissa specialister. Uppgiftsväxling är ett viktigt område för att klara kompetensförsörjningen. Sjukhuset arbetar för att hitta flexibla lösningar där t.ex. servicepersonal tar över sjukvårdspersonals arbetsuppgifter. Styrelsen har tagit beslut om en detaljerad kompetensförsörjningsplan.



### **Bedömning**

Revisionsenhetens bedömning är att det sker ett aktivt arbete vad gäller kompetensförsörjning. Det är dock en stor utmaning att klara kompetensförsörjningen till Nya Kungälvssjukhus.

### **Granskning av arbetsmiljöarbete (Kungälvssjukhus)**

Svårigheter med kompetensförsörjning innebär risk för att arbetsmiljöproblem uppstår. Med anledning av det har en översiktlig granskning gjorts av sjukhusets arbetsmiljöarbete.

Granskningen visar att det pågår en stor mängd arbetsmiljöprojekt. En genomlysning har skett av varje enhet på sjukhuset för att få en bild av det samlade arbetsmiljöarbete som pågår. Det finns handlingsplaner för olika områden. Sjukhuset har ett nära samarbete med företagshälsovården och samarbetar också med Institutet för stressmedicin. Ett instrument som används inom såväl arbetet med patientsäkerhet som arbetsmiljö är det så kallade ”Gröna korset”. Arbetet har lett till en rad åtgärder i olika handlingsplaner. Beläggnings-situationen med både överbeläggningar och utlokaliseringar är en viktig orsak till arbetsmiljöproblem. Arbetet med bemanningstal anges vara en viktig åtgärd. Tanken är att skapa en struktur för att möjliggöra ekonomi i balans. En stabil bemanning ger förutsägbarhet i schemaläggning etc.

### **Bedömning**

Revisionsenheten bedömning är att sjukhuset bedriver ett aktivt arbetsmiljöarbete, men att det är en utmaning att bedriva detta arbete långsiktigt samtidigt som sjukhusets ekonomi är i obalans. Samtidigt är ett effektivt arbetsmiljöarbete en viktig framgångsfaktor för att få såväl verksamhet som ekonomi mer långsiktigt i balans och för att därigenom bedriva verksamheten med god ekonomisk hushållning.

### **Granskning av arbete med organisatorisk effektivitet (Kungälvssjukhus)**

Regionfullmäktige har för hälso- och sjukvården fastställt ökad organisatorisk effektivitet som mål. Begreppen effektivitet och effektivare resursutnyttjande kan tolkas på många olika sätt. Den vanligaste definitionen av effektivitet är hur väl målen för en verksamhet uppnås i förhållande till de resurser som används. I nämnders och styrelserns uppdrag ligger att bedriva verksamheten ändamålsenligt och med god ekonomisk hushållning. Revisorskollegiet har i sin risk- och väsentlighetsanalys identifierat styrningen mot ökad organisatorisk effektivitet som ett granskningsområde under 2018. En fördjupad granskning avseende styrningen av personalresurser har genomförts<sup>1</sup>. Syftet med granskningen är att belysa om styrelserna har upprättat ett ändamålsenligt system för att styra personalresurser.

Styrelsen ska tillse att verksamheten är effektivt och ändamålsenligt organiserad. I policy för styrning i Västra Götalandsregionen framgår att styrelsens styrning ska vara tillräcklig för att planera verksamheten utifrån givna uppdrag och resurser, genomföra verksamheten, följa upp verksamheten utifrån väsentliga aspekter samt analysera verksamheten som grund för åtgärder och fortsatt utveckling. För att säkerställa ett effektivt användande av personalresurser behöver styrelsen dels efterfråga och ta del av information om hur personalresurserna utvecklas, i relation till den verksamhet som ska utföras. Dels utforma styrning utifrån den informationen och sedan säkerställa att styrningen genomförs.

<sup>1</sup> ”Granskning av styrelsernas styrning av personalresurser”, Dnr: REV 2018-00096

Granskningen visar att en rapportering löpande sker till styrelsen avseende utvecklingen av personalolymer, personalomsättning och vårdproduktion, men att den långsiktiga trenden och kopplingen mellan vårdproduktion och personalresurser inte synliggörs.

### **Bedömning**

Revisionens bedömning är att det finns flera indikatorer som tyder på att styrelsen inte har en effektiv styrning av personalresurserna. När det gäller att efterfråga och ta del av information redovisas kontinuerligt i styrelsen hur verksamheten utvecklas utifrån perspektiv som personal, produktion, ekonomi och tillgänglighet. Däremot bedömer vi att jämförelser med enbart föregående år, exempelvis när det gäller antalet nettoårsarbetare samt hälso- och sjukvårdens produktion, gör att den mer långsiktiga trenden och utvecklingen riskerar att osynliggöras. Vissa trendanalyser har gjorts, men arbetet kan utvecklas.

När det gäller att utforma styrning är det utifrån styrelseprotokollen svårt att utläsa att styrelsen aktivt efterfrågar eller analyserar varför utvecklingen ser ut som den gör inom flera perspektiv. Utan denna analys menar vi att det är svårt för styrelsen att utforma den styrning som behövs för att kunna följa upp att personalresurserna styrs på ett effektivt sätt. När det gäller arbetet med uppgiftsväxling redovisas exempel på vilka aktiviteter som genomförs för att stimulera arbetet med uppgiftsväxling och nya arbetssätt. Vi bedömer utifrån denna redovisning att det är svårt att få en samlad bild av vilken effekt arbetet med uppgiftsväxling har resulterat i ställt till utvecklingen av antalet nettoårsarbetare och personalsammansättningen.

### **Rekommendationer**

*Utifrån granskningens resultat rekommenderar vi styrelsen för sjukhusen i väster att:*

- *utveckla och stärka styrning och analys av hur personalresurserna utvecklas i relation till den vård som produceras.*
- *klargöra vilken effekt som arbetet med uppgiftsväxling ska resultera i ställt till utvecklingen av antalet nettoårsarbetare samt personalsammansättningen.*
- *säkerställa att riktlinjer och uppdrag avseende arbetet med schemaläggning kopplat till produktions- och kapacitetsplanering implementeras i verksamheten.*

### **Granskning av vårdplatssituation och överbeläggningar (Kungälvssjukhus)**

Kungälvssjukhus har under senare år haft stora svårigheter att öppethålla alla vårdplatser. Antalet disponibla vårdplatser har därmed minskat, vilket resulterat i överbeläggningar på vårdavdelningarna. Årlig granskning under 2017 visade att Kungälvssjukhus har fått stänga ytterligare vårdplatser och flytta planerade operationer. Risk finns att vårdplatssituationen under 2018 är fortsatt ansträngd och att styrelsen inte vidtar tillräckliga åtgärder för att komma till rätta med bristerna. Syftet med granskningen är att bedöma om styrelsen har en styrning och uppföljning avseende vårdplatser och överbeläggningar som säkerställer att patientsäkerheten upprätthålls.

I sjukhusets detaljbudget 2018 redovisas en rad åtgärder för att hantera problematiken med överbeläggningar. Styrelsen får en återrapportering av situationen och en löpande rapportering av de åtgärder som vidtas. Problematiken och vidtagna åtgärder är också tydligt beskrivna i sjukhusets delårsrapporter och i den månadsuppföljning som presenteras för styrelsen. Arbetet med patientsäkerhet har också beskrivits för styrelsen.

### **Bedömning**

Revisionsenhetens bedömning är att vårdplatssituationen är fortsatt mycket ansträngd på Kungälvssjukhus, men att sjukhuset vidtagit en rad åtgärder för att komma tillrätta med problemen. Ett aktivt arbete pågår med kompetensförsörjning, som är avgörande för möjligheterna att öppna upp fler vårdplatser. På sikt, med nya vårdbyggnader och med utökat antal vårdplatser, finns förutsättningar att förbättra situationen markant. En förutsättning för det är dock att sjukhuset lyckas rekrytera vårdpersonal för att bemanna dessa vårdplatser. Bedömningen är vidare att styrelsen med den rapportering som sker har förutsättningar att ha en god intern kontroll avseende vårdplatssituationen och överbeläggningar. Styrelsen torde därmed ha kontroll avseende hur patientsäkerhet upprätthålls för de patienter som vårdas på enheter med överbeläggningar.

### **Granskning av projektet kring Nya Kungälvssjukhus (NKS)**

Nya Kungälvssjukhus är ett av regionens största byggprojekt. Inom ramen för årlig granskning under 2017 har bland annat finansieringsfrågan belysts, dvs om det är klarlagt kring hur finansieringen av de nya vårdbyggnaderna hanteras i samband med arbetet med vårdöverenskommelsen och i dialogen med regionstyrelsen och regionfullmäktige. Allteftersom byggnationen fortskrider finns skäl att fortsatt granska finansieringsfrågan, men också översiktligt belysa hur sjukhusets tänkta vårdutbud överensstämmer med vårdbehov etc. Kompetensförsörjningen är en kritisk fråga som också behöver belysas. Syftet är att bedöma om styrelsen har en god intern kontroll avseende förutsättningarna för den framtida driften av Kungälvssjukhus och den nya vårdbyggnaden.

I granskningen har en översiktlig genomgång gjorts avseende förarbetena till projektet NKS samt hur projektet sedan fortskridit. Regionfullmäktige beslutade 2015-04-14 om att ställa sig bakom de principiella utgångspunkterna som redovisats vad gäller utvecklingen vid Kungälvssjukhus och uppdrog åt sjukhusstyrelse och hälso- och sjukvårdsnämnder att i vårdöverenskommelser 2016 och framåt verka för att genomföra den föreslagna utvecklingen av Kungälvssjukhus. I beslutsunderlaget framgår att för att sjukhuset ska kunna spela en ökad roll i Göteborgsområdets akutsjukvård behöver Kungälvssjukhus på ett nytt och tydligt sätt samverka med stadsdelsnämnden Norra Hisingen för att ge befolkningen i området tillgång till sjukhusets vårdutbud. Det angavs vidare att målsättningen är att nå ett befolkningsunderlag som uppgår till 175 000 invånare år 2025 och att det förutsätter ett förstärkt samarbete med vårdcentralerna i Norra Hisingen, förändrade ambulansinstruktioner och samverkan mellan stadsdelen och sjukhuset. Kungälvssjukhus ska utvecklas för att kunna ta en ökad roll och uppgift inom akutsjukvården i Göteborgsområdet.

Under 2018 har Koncernkontoret bedömt att det finns utestående frågor kring de planerade byggprojekten på Kungälvssjukhus. Det gäller bland annat anpassningen mellan byggplanen och flytten av patientströmmar till Kungälvssjukhus och kompetensförsörjningen. Regionstyrelsen fastställde 2018-09-25 investeringsplanen för åren 2019-2021 och gav regiondirektören i uppdrag att utreda senareläggningen av planerade byggprojekt på Kungälvssjukhus i kommande arbete med förslag på investeringsbudget och investeringsplan 2020-2022. Delar av byggprojektet senareläggs därmed.

## Bedömning

Revisionsenhetens bedömning är att styrelsen fått löpande information om Nya Kungälvssjukhus samt beslutsunderlag i övrigt som torde ge en god bild av de utmaningar som sjukhuset står inför. Regionfullmäktiges beslut 2015-04-14 innebar att ett stort ansvar lades på sjukhusstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnderna att i vårdöverenskommelser 2016 och framåt verka för att genomföra den föreslagna utvecklingen av Kungälvssjukhus. Vår bedömning är att komplexiteten i projektet är av sådan art att sjukhuset behöver hjälp med att ro det i land. I och med att en utveckling av Kungälvssjukhus ställer krav på förändringar som berör ett flertal vårdgivare i Göteborgsområdet, så borde styrelsen tidigt ha aviserat att man behöver stöd från Regionstyrelsen i det fortsatta arbetet. Bedömningen är att det kommer att krävas extraordinära insatser för att Nya Kungälvssjukhus ska kunna bedriva en ändamålsenlig verksamhet med god ekonomisk hushållning och med verksamhet och ekonomi i balans år 2019 och framåt. Detta med anledning av:

1. Vissa oklarheter kring vilken vårdverksamhet som ska bedrivas och hur sjukhusets vårdplatser ska utnyttjas, vilket leder till
2. Vissa oklarheter kring vilka patienter som ska vårdas vid sjukhuset och från vilket geografiskt område, vilket leder till
3. Oklarheter om den långsiktiga finansieringen av verksamheten vid Nya Kungälvssjukhus, vilket sammantaget leder till
4. Oklarheter om sjukhusets kompetensbehov och vilka insatser som ska prioriteras avseende kompetensförsörjning.
5. Punkt 1 och 2 leder också till frågan om vilka följdinvesteringar som behöver göras avseende akutmottagning, operationslokaler, röntgenlokaler, försörjning etc. samt investeringar i övrigt för att få en effektiv vårdlogistik.

Vår bedömning är att det finns omfattande material i beslutsunderlag m.m. som berör dessa 5 punkter, men att de ställningstaganden som hittills tagits inte vilar på någon stabil grund. Även små förändringar i hälso- och sjukvårdens utveckling de närmaste åren kan omkullkasta tidigare planer och ställa krav på relativt stora förändringar i planer. Till det kommer pågående arbete med omställning av vården, framtidens vårdinformationsmiljö etc. som sannolikt också kommer att påverka det fortsatta arbetet med Nya Kungälvssjukhus. Detta är frågor som styrelsen för sjukhuset har svårt att påverka.

## Rekommendation

- *Styrelsen för sjukhusen i väster bör snarast söka klarhet kring vilken verksamhet som ska bedrivas i Nya Kungälvssjukhus och hur verksamheten ska finansieras.*

## Granskning av arbetet för att klara verksamheten i nuvarande vårdlokaler (Frölunda Specialistsjukhus)

Verksamheten vid Frölunda Specialistsjukhus ska flytta till ett nytt större specialistsjukhus i Högsbo under 2023. De nuvarande lokalerna är undermåliga och risk finns att det är svårt att bedriva en ändamålsenlig verksamhet i lokalerna och att klara kompetensförsörjningen med en ekonomi i balans. Syftet med granskningen är att belysa de insatser som gjorts för att säkerställa att verksamheten kan bedrivas med en ekonomi i balans.

Granskningen visar att sjukhuset haft svårigheter att klara produktionsuppdraget på grund av läkarvakanser. I och med att ledig kapacitet i vårdlokalerna uppstått har samverkan med Sahlgrenska Universitetssjukhuset utvecklats inom ett flertal medicinska specialiteter.

Sjukhusets ekonomiska resultat är negativt beroende på svårigheterna att uppnå en vårdproduktion i enlighet med tecknad vårdöverenskommelse. Sjukhusets intäkter är därmed avsevärt lägre än budget. Under hösten har dock situationen förbättrats då sjukhuset lyckats rekrytera ett flertal specialistläkare och sjuksköterskor, vilket ger förutsättningar att förbättra tillgängligheten och öka produktionen under 2019.

### **Bedömning**

Vår bedömning är att sjukhusledning och styrelse arbetat aktivt med kompetensförsörjning, men att de yttre omständigheterna försvårat arbetet. Bedömningen är att de insatser som bedrivits ger förutsättningar att uppnå en verksamhet och ekonomi i balans 2019.

### **Uppföljning – granskning av direktupphandlingar (Kungälv's sjukhus)**

Revisionen gjorde 2015 en fördjupad granskning avseende implementeringen av riktlinjer och rutiner för direktupphandling<sup>2</sup>. I granskningsrapporten var den sammanfattande bedömningen att nämnder och styrelser inte fullt ut hade implementerat de nya riktlinjerna. Risk finns att inköspolicy och riktlinjer inte har implementerats fullt ut på sjukhuset och att delegeringsordning inte följs samt att det brister i uppföljning och intern kontroll.

Granskningen visar att informationsträffar hållits med verksamheterna kring den nya inköspolicyn. Sjukhuset ser inte att det finns några stora problem med direktupphandlingar. Risken för att delegeringsordningen inte följs anges också vara relativt liten i och med att förvaltningsledningen har en god uppföljning av de inköp som görs. Sjukhuset har en särskilt utsedd inköpsansvarig. Samarbetet med inköp uppges fungera bra.

### **Bedömning**

Bedömningen är att styrelsen har en tillräcklig intern kontroll avseende inköp.

### **Uppföljning – verksamhetsanpassad bemanning (Kungälv's sjukhus)**

På uppdrag av revisionen gjorde EY 2015 en fördjupad granskning avseende verksamhetsanpassad bemanning<sup>3</sup>. Fokus i granskningen var schemalaggningsen av läkare. I granskningsrapporten var den sammanfattande slutsatsen att det finns brister i regionstyrelsens och granskade sjukhusstyrelser styrning och uppföljning av läkares schemalaggningsen. Samtliga styrelser behandlade revisionsrapporten och svarade revisionen. De förefaller alla ha ställt sig positiva till granskningens resultat och rekommendationer. Samtliga sjukhusstyrelser beslutade om aktiviteter utifrån rapporten. Syftet med en uppföljande granskning är att belysa sjukhusstyrelsernas genomförande av beslutade aktiviteter.

Med anledning av revisionsrapporten har Kungälv's sjukhus gjort en detaljerad inventering över hur läkarna på de olika klinikerna schemaläggs. Sjukhusets bedömning är att det övergripande arbetet med produktionsplanering och processutveckling har större betydelse för att få både ekonomi och verksamhet i balans, än vad schemalaggningsen av alla läkare mellan klockan 07.00 och 21.00 skulle ha. I dagsläget bedömer verksamheterna att det inte finns skäl utifrån patient- och/eller verksamhetsperspektiv att ytterligare schemalägga de läkare som idag inte är schemalagda 07.00-21.00. Sjukhuset anger därför att man istället

<sup>2</sup> "Granskning av direktupphandling", Dnr: REV 2015-00072

<sup>3</sup> "Verksamhetsanpassad bemanning", Dnr: REV 2015-00029

kommer att ha fokus i arbetet på produktionsplanering, processkartläggning och utveckla samverkan mellan verksamheterna vid bemanningsplanering och schemaläggning.

### **Bedömning**

Revisionsenhetens bedömning är att inventering och uppföljning av klinikernas arbete med schemaläggning visar att åtgärder vidtagits som på ett tydligt sätt adresserar de svagheter som lyftes i revisionsrapporten. Schemaläggning av läkare sker i en omfattning som bedöms vara rimlig utifrån sjukhusets förutsättningar. Med den beredning och de beslut som fattats av styrelse och verksamhetsledning bedöms därmed styrningen och uppföljningen av läkares schemaläggning ha stärkts i linje med bedömningar och rekommendationer i den fördjupade granskningen.

### **Uppföljning – bisysslegranskning**

På revisionens uppdrag genomförde KPMG 2016 en granskning av bisysslor<sup>4</sup>. Syftet med granskningen var att granska följsamheten till regionens regelverk vad gäller anmälan och godkännande av tillsvidareanställda läkares bisysslor. Granskningens slutsatser var att det fanns tydliga brister i tillämpningen av riktlinjerna för bisysslor. Den kontinuerliga uppföljningen brast i att alla chefer inte följde upp förekomst av bisysslor vid utvecklingsamtal. Indikationer på ej anmäld bisyssla följdes inte alltid upp. Kontroller av bisysslor var också bristfälliga. Det fanns kontroller av bisysslor men dessa kontroller skedde med allt för stora intervall. Uppföljningen av existerande bisysslor skedde i ringa omfattning utan att dokumenteras. I granskningsrapporten lämnade revisionen rekommendationer till granskade sjukhusstyrelser att skärpa uppföljning och dokumentation av bisysslor. Granskningens syfte är att belysa vilka åtgärder som vidtagits utifrån de rekommendationer som revisionen lämnade i granskningen 2017 och om sådana eventuella åtgärder bidragit till att styrelsen har en tillräcklig intern kontroll avseende medarbetares bisysslor.

Regiondirektören beslutade 2017-11-21 om en ny rutin för bisysslor för anställda inom Västra Götalandsregionen. I rutinen beskrivs mer allmänt kring vad som kan betecknas vara bisyssla och mer specifikt kring vad som är icke tillåtna bisysslor. I rutinen anges att uppföljning av bisysslor är närmaste chefens ansvar. Uppgifter om bisysslor ska inhämtas och ingå som en naturlig del i anställningsintervjun. Uppföljning ska ske vid de årliga utvecklings- och planeringssamtalen. Närmaste chef ska också underrätta medarbetarna om deras skyldighet att anmäla bisyssla och att lämna uppgifter. Detta ska ske i samband med anställning och uppföljning. Information kan också lämnas på arbetsplatsträffar eller andra informationsmöten. Sjukhusen anger att man arbetar utifrån de riktlinjer och rutiner som finns. Genomgång av medarbetares bisysslor görs regelbundet.

### **Bedömning**

Revisionsenhetens bedömning är att regionens rutin för bisysslor i allt väsentligt följs och att redovisning och uppföljning av bisysslor har stärkts sedan genomförd granskning 2016. Rutinen och tillämpningen av rutinen har bidragit till att kontroller av bisysslor formaliserats och dokumenterats. Styrelsen bedöms med anledning av ovanstående ha en tillräcklig intern kontroll avseende medarbetares bisysslor.

---

<sup>4</sup> ” Granskning av bisysslor i Västra Götalandsregionen”, Dnr: REV 2016-00167

## Uppföljning – IS/IT-granskning (Kungälv's sjukhus)

På revisionens uppdrag genomförde KPMG under 2016 en granskning av finansieringsmodell IS/IT<sup>5</sup>. Bakgrunden till granskningen var att revisorerna inom ramen för årlig granskning av nämnder och styrelser noterat att det i verksamheten finns oklarheter kring finansieringsfrågor, redovisning och fakturering av IS/IT-kostnader. Granskningens slutsats var att "IS/IT-kostnaderna inte fördelas på ett strukturerat och rättvist sätt. Det saknas en koppling mellan respektive verksamhets nyttjande av IS/IT-tjänster och vad de får betala för IS/IT-tjänster. Verksamheterna har mycket begränsade möjligheter att påverka sina IS/IT-kostnader. Den huvudsakliga påverkansmöjligheten finns i objektsorganisationen där IS/IT-kostnaderna kan påverkas på en regional nivå. Det är också en bristfällig insyn i det arbete som genomförs i objekten.....Det saknas en ändamålsenlig balans i objektsorganisationen". Revisorskollegiet har beslutat om att göra en uppföljande granskning avseende vilka åtgärder som vidtagits för att komma till rätta med bristerna.

Granskningen visar att de problem och brister som redovisades i granskningen av finansieringsmodell IS/IT 2016 i allt väsentligt kvarstår. Sjukhuset upplever inte att det finns en tillräcklig transparens kring hur kostnader har beräknats och fördelats ut på verksamheterna. Fakturaspecifikationerna är svårbegripliga. Sjukhuset upplever inte att fakturorna går att kontrollera fullt ut. Man upplever inte heller att kostnaderna går att påverka i någon större utsträckning.

### Bedömning

Revisionsenhetens bedömning är att styrelsen inte har förutsättningar att ha en tillräcklig intern kontroll avseende IS/IT-kostnader och bör påtala detta till regionstyrelsen. Även om samordning av IS/IT i stor utsträckning innebär att verksamheterna får vara beredda på att betala för sin andel av gemensamma kostnader och också till del medverka till en solidarisk finansiering, så bör nämnder och styrelser kunna ha kontroll på vad man betalar för. Fakturors riktighet ska kunna kontrolleras innan attest sker. Verksamheterna ska också kunna påverka inom de delar som är mer volymberoende eller de delar där verksamheten väljer bort något system som varken regionen eller verksamheten ställer krav på ska användas.

### Rekommendation

- *Styrelsen för sjukhusen i väster bör till regionstyrelsen påtala svårigheterna att ha en tillräcklig intern kontroll avseende IS/IT-kostnader.*

## Uppföljning – granskning akutmottagningar (Kungälv's sjukhus)

Revisionen gjorde 2015 en fördjupad granskning avseende tillgängligheten på akutmottagningarna<sup>6</sup>. Den tidigare granskningen identifierade att granskade sjukhus arbetade med i huvudsak fyra områden (akutläkare, schemaläggning, teamarbete, samordning) som på olika sätt skulle öka tillgängligheten och korta väntetiderna på akutmottagningarna. Sjukhusen hade fokus på olika satsningar och var i olika faser av införandet. Sedan granskningen genomfördes har regionen tillfört specialdestinerade medel till akutvården och ytterligare satsningar har genomförts inom respektive akutmottagning. Risk finns att satsningarna inte fått avsedd effekt. Syftet med en uppföljande granskning är att belysa styrelsens fortsatta arbete inom området.

<sup>5</sup> "Granskning av finansieringsmodell IS/IT-kostnader", Dnr: REV 2016-00039

<sup>6</sup> "Tillgängligheten på akutmottagningarna", Dnr: REV 2015-00040

Kungälvs sjukhus anger i sin rapportering 2018 ett flertal aktiviteter som syftar till att förbättra akutvårdskedjan. Det handlar bland annat om att utveckla arbetet med akutläkare och med avancerad specialistsjuksköterska på akutmottagningen samt att arbeta med en rad processförändringar för att förbättra akutflödet. I åtgärderna ingår också utvecklad schemaläggning av personal, förenklingar vad gäller inläggning av patienter och förenklingar vad gäller administration. Aktivt arbete med att rekrytera och behålla personal för att kunna hålla fler vårdplatser öppna anges viktigt. Trots det aktiva arbete som bedrivits och de resurstillskott som erhållits är den totala vistelsetiden fortsatt mycket lång. Inga större förbättringar kan konstateras. Det finns sannolikt flera olika orsaker till detta. Antalet sökande har ökat samtidigt som sjukhuset har haft svårt att bemanna de vårdplatser man har. Det har gjort att sjukhuset tidvis har omfattande överbeläggningar och därmed svårigheter att skriva in patienter från akutmottagningen. Sjukhusets möjlighet att arbeta mer planstyrt med sina vårdprocesser försvåras. Vistelsetiden på akutmottagningen blir då fortsatt lång.

### **Bedömning**

Revisionsenhetens bedömning är att Kungälvs sjukhus arbetar aktivt med utveckling av akutvårdskedjan i syfte att öka tillgängligheten och korta väntetiderna på akutmottagningen. Bedömningen är dock att åtgärder behöver vidtas för att begränsa antalet patienter på akutmottagningen. Patienter ska vårdas på rätt vårdnivå och ska Kungälvs sjukhus ha förutsättningar att förbättra tillgängligheten och korta väntetiderna på akutmottagningen, bör fortsatta insatser göras i samverkan med vårdgrannar i syfte att utveckla vårdprocesserna. Sjukhuset bör också fortsatt utveckla arbetet med produktions- och kapacitetsplanering i syfte att frigöra vårdplatser. I annat fall är risken stor att patienttrycket på akutmottagningen fortsätter att öka med risk för att patienterna blir kvar på akutmottagningen i väntan på inläggning på sjukhuset.

### **Styrelsens resultat och effektivitet**

Styrelsen har att leva upp till fullmäktiges mål, beslut och riktlinjer samt gällande lagstiftning och föreskrifter. Vidare ska styrelsen genomföra sitt uppdrag med tillgängliga resurser. Utifrån granskningsplanen identifierades och prioriterades några områden särskilt för fördjupad granskning.

### **Granskning av måluppfyllelse**

Revisorernas granskning under senare år har visat på att styrelsen haft svårt att uppfylla de mål som fullmäktige beslutat om. Det finns en risk för att styrelsen inte heller 2018 uppfyller fullmäktiges mål, vilket är skäl för att granska resultatet av arbetet med mål och graden av måluppfyllelse.

Kungälvs sjukhus redovisar 2018 ett ekonomiskt resultat på -38,4 mnkr. Intäkterna är +27,6 mnkr jämfört med budget vilket enligt sjukhuset främst förklaras av att produktionen över ersättningstak blev högre än budgeterat samt ökade ersättningar från hälso- och sjukvårdsstyrelsen (HSS) som finansierade ökade kostnader för regionens ambulanshelikopter. Ackumulerat värde av produktion över ersättningstaket uppges per december uppgå till 61,8 miljoner kr, vilket är 21,8 miljoner kr över budget. Kostnaderna avviker med -66,0 miljoner kronor mot budget, varav personalkostnader inklusive bemanningsföretag utgör -20,7 miljoner kronor, läkemedel -14,2 miljoner kronor och ambulanshelikopter -16,5 miljoner kronor.



Frölunda Specialistsjukhus redovisar 2018 ett resultat på -7,7 mnkr. Sjukhuset anger att resultatet har påverkats av att sjukhuset haft svårigheter att klara produktionsuppdraget på grund av läkarvakanser och övrig frånvaro bland läkare. Ytterligare orsaker till avvikelserna är bland annat ökade kostnader kopplat till följsamhet till medicinska riktlinjer, ökade IS/IT-kostnader samt ökade kostnader för avskrivning och ränta.

För Kungälvssjukhus är antal vårdtillfällen inom somatisk slutenvård i princip oförändrat mellan 2017 och 2018. Antalet vårdtillfällen inom psykiatri har ökat jämfört med 2017. Under 2018 har antalet beställda vårdtillfällen i vårdöverenskommelsen inte uppnåtts. Däremot har antalet beställda DRG-poäng uppnåtts. På grund av rådande situation med brist på personal och fortsatta svårigheter att rekrytera främst sjuksköterskor har i genomsnitt vårdplatser motsvarande nästan 2 vårdavdelningar hållits stängda under 2018. Antalet besök inom öppenvård har ökat. Det gäller framförallt akutbesöken.

För Frölunda Specialistsjukhus redovisas en avsevärt lägre vårdproduktion 2018 än 2017. Den huvudsakliga orsaken till den negativa budgetavvikelsen anges vara läkarvakanser och frånvaro inom läkargruppen. Läkarvakanserna påverkar särskilt specialiteterna ortopedi, gynekologi och ögon- och hudsjukvård.

I de båda sjukhusens årsredovisningar beskrivs ett stort antal aktiviteter som genomförts under året för att uppnå de av regionfullmäktige satta målen. Graden av måluppfyllelse framgår beträffande indikatorerna som används för att mäta måluppfyllelsen, men det saknas i allt väsentligt samlade bedömningar av graden av måluppfyllelse för respektive mål. Det går därmed inte att tydligt utläsa sjukhusens bedömning av om den psykiska ohälsan minskat, om patientens ställning inom hälso- och sjukvården stärkts samt om den medicinska kvaliteten ökat och den organisatoriska effektiviteten förbättrats. Resultatredovisningen är dock fyllig, med en tydlig redovisning per indikator. Av redovisningen framgår att t.ex. vårdgarantier inte uppfylls och att brister och problem kvarstår inom hälso- och sjukvården som antyder att mål inte uppnåtts.

### **Bedömning**

Revisionsenhetens bedömning är att styrelsen i allt väsentligt får en ändamålsenlig redovisning av resultatet av sjukhusens arbete. I Koncernkontorets anvisningar för uppföljning 2018 framgår att för regionfullmäktiges mål skall en prognos vad gäller måluppfyllelsen och utveckling av måluppfyllelsen över tid anges. Dessutom ska det vid befarad/konstaterad avvikelse från måluppfyllnad anges orsak, analys och konsekvens av att målet inte uppfylls. Utifrån detta bedömer vi att styrelsen i stort följer de anvisningar som finns men att det saknas en bedömning och analys av måluppfyllelsen vilket medför att vi i vår tur inte kan bedöma styrelsens måluppfyllelse av regionfullmäktiges mål.

### **Rekommendation**

- *Styrelsen för sjukhusen i väster bör tillse att redovisningen av arbetet med regionfullmäktiges mål utvecklas vad gäller bedömning och analys avseende graden av måluppfyllelse.*

### **Granskning av resultatet av genomförandet av regionfullmäktiges uppdrag**

I budget 2018 ges nämnder och styrelser en rad uppdrag. Ett flertal av de fokusområden som anges i budgeten berör de båda sjukhusen som ligger under styrelsens ansvar.

Sjukhusen har i sina budgetar planerat att genomföra ett stort antal aktiviteter inom ramen för respektive fokusområde. Det finns en risk för att styrelsen inte uppnår avsett resultat med de aktiviteter som genomförs, vilket är skäl för att granska resultatet av arbetet med uppdrag och fokusområden.

I sjukhusens delårsrapporter och årsredovisning redovisas de aktiviteter som bedrivits för att fullgöra uppdraget från fullmäktige. Redovisningen är detaljerad och beskriver hur sjukhusen har tagit sig an fullmäktiges uppdrag. I vissa delar saknas dock fortfarande mer utförliga analyser av resultat och effekter av genomförda aktiviteter. Det gör det svårt att bedöma resultatet av arbetet.

### **Bedömning**

Vår bedömning är att sjukhusen inte fullt ut har upprättat sina delårsrapporter och årsredovisningar i enlighet med Koncernkontorets anvisningar. Enligt dessa så ska det anges om aktiviteterna genomförs enligt plan och om tänkt effekt uppnås. Om inte, så ska orsaker och konsekvenser anges. För merparten aktiviteter redovisas att de pågår, men det går inte att utläsa om tänkt effekt uppnås annat än för ett fåtal aktiviteter. Orsaker och konsekvenser framgår inte heller annat än i undantagsfall.

En hel del av aktiviteterna kan kategoriseras som operativa och mer eller mindre självklara att ingå i arbetet med ständiga förbättringar. Delårsrapporterna skulle vinna på att fokusera på de för sjukhuset strategiskt mest viktiga aktiviteterna och beskriva mer utförligt vad sjukhuset konkret gjort inom de områdena. Fokus på allt innebär risk för att man inte har fullt fokus på det mest väsentliga.

### **Rekommendation**

- *Styrelsen för sjukhusen i väster bör tillse att redovisningen av arbetet med genomförandet av regionfullmäktiges uppdrag utvecklas vad gäller bedömning och analys avseende effekter av bedrivna aktiviteter.*

### **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. PwC har på uppdrag av revisorerna i Västra Götalandsregionen granskat om styrelsens interna kontroll i redovisningsrutinerna är tillräcklig och om räkenskaperna är rättvisande. Granskningen har omfattat löpande granskning, delårsrapport och årsbokslut. Därutöver har vissa fördjupade granskningar gjorts.

Kungälv's sjukhus och Frölunda Specialistsjukhus tillämpar inte, i likhet med övriga delar av regionen, komponentavskrivning. Det innebär att styrelsen avviker från god redovisningssed som den kommer till uttryck i RKR 11. 4 Materiella anläggningstillgångar. Vi har noterat att regionen utrett frågan och tagit fram ett förslag på hur komponentavskrivning kommer att tillämpas framöver. Kungälv's sjukhus avviker när det gäller beloppsgräns för aktivering (drift/investering). Kungälv's sjukhus har en beloppsgräns om ett basbelopp. Regionen tillämpar ½ basbelopp.

Enligt PwC: s uppfattning ger årsrapporten en i alla väsentliga avseenden rättvisande bild av styrelsens resultat och finansiella ställning per den 31 december 2018 enligt lag om

kommunal redovisning. Förvaltningsberättelsen är, inom de områden som revisionsverksamheten uppdragit åt PWC att granska, förenlig med årsrapportens övriga delar.

### **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 styrelsen för Kungälvssjukhus och Frölunda Specialistsjukhus. Granskningen har genomförts utifrån revisionsenhetens granskningsprogram och i dialog med berörda verksamheter.

Utifrån vad som framkommit i årets granskning av styrelsen för Kungälvssjukhus och Frölunda Specialistsjukhus bedömer revisionsenheten att verksamheten i stora delar bedrivits ändamålsenligt, med god ekonomisk hushållning, rättvisande räkenskaper och med en tillräcklig intern kontroll. Revisionsenheten bedömer dock att styrelsen inte varit tillräckligt aktiv vad gäller att tillse att Kungälvssjukhus verksamhet bedrivs med en ekonomi i balans. Vår bedömning är att det beror på att styrelsen inte vidtagit tillräckliga åtgärder i tid för att vända den negativa ekonomiska utveckling som sjukhuset haft under senare år. I årsrapporten lämnas ett antal rekommendationer till den nya styrelsen för sjukhusen i väster avseende områden som styrelsen under 2019 bör utveckla och förbättra och som ansvarig yrkesrevisor kommer återkomma till under revisionsåret 2019.

## Bilaga

Följande granskningsrapporter ligger till underlag för årsrapporten

### Fördjupade granskningar

- Granskning av styrelsernas styrning av personalresurser, behandlad av revisorskollegiet 2019-01-30, Dnr: REV 2018-00096

### Nämndfördjupningar, uppföljande granskningar och bevakningsområden

- Granskning av projektet Nya Kungälv's sjukhus
- Granskning av vårdplatser och överbeläggningar
- Granskning av arbetet med RF:s mål och fokusområden
- Granskning av arbetet med att nå en ekonomi i balans
- Granskning av riskanalys och intern kontroll
- Uppföljning – granskning av direktupphandling (Kungälv's sjukhus)
- Uppföljning – granskning av verksamhetsanpassad bemanning (Kungälv's sjukhus)
- Uppföljning – granskning av bisysslor
- Uppföljning – IS/IT-granskning (Kungälv's sjukhus)
- Uppföljning – granskning akutmottagningar
- Granskning av ett flertal olika bevakningsområden enligt granskningsplan 2018