

Till
Regionfullmäktige i Västra Götalandsregionen

Revisionsberättelse för styrelsen för Skaraborgs Sjukhus år 2018

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

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

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

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

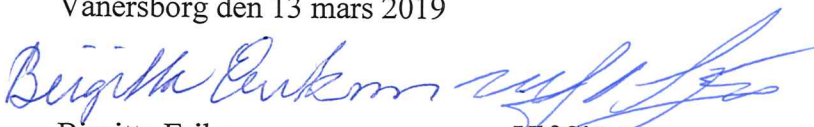
Vi bedömer att verksamheten bedrivits på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt och att den interna kontrollen varit tillräcklig.

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

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

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

Vänersborg den 13 mars 2019



Birgitta Eriksson
Ordförande

Ulf Sjösten
Vice ordförande



Bernt Sabel



Ulla Göthager



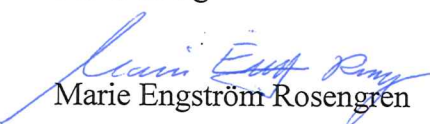
Krister Stensson



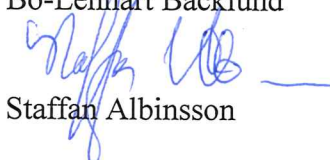
Bo-Lennart Bäcklund



Gun Alexandersson Malm



Marie Engström Rosengren



Staffan Albinsson



Wimar Sundeen

Årsrapport
Styrelsen för Skaraborgs
Sjukhus 2018

Diarienummer REV 2018-00013

Behandlad av revisorskollegiet den 13 mars 2019

Årets granskning	3
Styrelsens ansvar	3
Resultatet av revisorernas granskning	4
Styrelsens utformning av styrning, uppföljning och kontroller.....	4
Granskning: Målet den medicinska kvaliteten ska öka	4
Granskning: Utformning av ekonomistyrning	5
Uppföljning: Utformning av styrning mot regionens inköspolicy.....	6
Uppföljning: Utformning av styrning mot verksamhetsanpassad bemanning	6
Styrelsens genomförande av styrning, uppföljning och kontroller	7
Granskning: Målet den organisatoriska effektiviteten ska öka.....	8
Granskning: Genomförandet av ekonomistyrning.....	8
Granskning: Genomförande av systemet för intern kontroll.....	9
Uppföljning: Genomförande av kontroll av bisysslor	10
Uppföljning: Genomförande av kontroll av IS/IT-kostnader	11
Styrelsens resultat och effektivitet	12
Granskning: Styrelsens ekonomiska resultat	12
Granskning: Styrelsens verksamhetsmässiga resultat	13
Styrelsens räkenskaper	13
Revisorernas sammanfattande bedömning	14

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.

Revisionsenheten har utifrån de styrande dokumenten upprättat en granskningsplan avseende styrelsen för Skaraborgs Sjukhus (SkaS) där de mest väsentliga riskerna identifierats och prioriterats. Granskningsplanen har stämts av med utsedd kontaktrevisor i revisorskollegiet, Marie Engström Rosengren och beslutats av revisionsdirektören. Granskningen har genomförts av verksamhetsrevisor Anna Ljungkvist. Därtill har räkenskaperna granskats av PwC. Granskningens sammantagna resultat utifrån granskningsplanen presenteras kortfattat i denna rapport. I bilaga 1 anges de rapporter och de underlag som ligger till grund för redogörelsen.

Styrelsens ansvar

Styrelsen granskas och bedöms utifrån det samlade ansvar som följer av kommunallag, reglemente, fullmäktiges mål, beslut och riktlinjer samt övrig gällande lagstiftning och föreskrifter. Verksamheten regleras primärt av hälso- och sjukvårdslagen. Verksamheten ska ge en god vård på lika villkor. Styrelsen ska med grund i patientlagen och fullmäktiges mål säkerställa en god tillgänglighet och ett gott bemötande. Vidare ska styrelsen utifrån patientsäkerhetslagen och fullmäktiges mål uppnå en god kvalitet och patientsäkerhet. Ett fullmäktigemål är också att omhändertagandet av personer med psykisk sjukdom ska förbättras. Fullmäktige har även ingått hälso- och sjukvårdsavtal med andra kommuner och landsting, vilka sjukhuset har att följa.

Enligt reglementet ska styrelsen också verkställa de uppdrag som årligen överenskommes med hälso- och sjukvårdsnämnden, vilket framförallt görs i vårdöverenskommelsen (VÖK). VÖK fokuserar bland annat på att man ska fortsätta utveckla den lokala ersättningsmodellen inom mobil närvård, arbeta vidare med uppdraget psykiatri och närvård, att fortsätta arbetet med att förbättra tillgängligheten samt utveckla akutkedjan.

SkaS har valt att styra mot samtliga av RF:s tre hälso- och sjukvårdsmål:

1. Den psykiska ohälsan ska minska och omhändertagandet av personer med psykisk sjukdom ska förbättras.
2. Sjukvårdens förmåga att skapa mesta möjliga värde för patienten ska förbättras.
3. Den medicinska kvaliteten ska öka och den organisatoriska effektiviteten förbättras.

SkaS ska vidare arbeta med följande mål:

1. Klimatutsläppen från fossilbränsle i Västra Götaland samt verksamhetens direkta miljöpåverkan ska minska
2. Möjligheterna till karriär- och kompetensutveckling ska förbättras
3. Arbetsmiljön ska förbättras och sjukfrånvaron ska minska

Resultatet av revisorernas granskning

Revisorernas granskning utgår från att styrelsen 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 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 styrsignaler 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 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 vidare ha utformat tillräckliga och dokumenterade kontroller utifrån en risk- och väsentlighetsanalys baserat på ett helhetsperspektiv på styrelsens styrning och uppföljning.

Utifrån granskningsplanen identifierades och prioriterades särskilt följande granskningar:

Granskning: Målet den medicinska kvaliteten ska öka

(REV 2018-00094)

Regionfullmäktige har i budget fastställt mål för hälso- och sjukvården om att den medicinska kvaliteten ska öka. För uppföljningen av detta mål har ett antal fokusområden och mätbara kvalitetsmål bestämts. Kvalitetsbrister i vård och behandling förorsakar onödigt lidande och medför komplikationer för den enskilde. För organisationen innebär det merkostnader och bristande ekonomisk hushållning samt bristande måluppfyllelse mot regionfullmäktiges mål. Revisorerna har tidigare granskat vård på lika villkor (REV2016-00148) och funnit brister i ledning, styrning och uppföljning. Revisorerna beslutade därför att granska området medicinsk kvalitet med syftet att bedöma om styrelserna inrättat ett ändamålsenligt styrsystem för styrning och uppföljning mot riktlinjer och mot regionfullmäktiges mål avseende medicinsk kvalitet.

En kartläggning av målen i styrdokumentet ger inte en helt tydlig bild av hur målstyrningsarbetet i sin helhet hänger ihop. I dokumenten används begrepp som strategier, mål och fokusområden på olika sätt beroende på handling och det som exempelvis i detaljbudget benämns som indikator kan i patientsäkerhetsplanen omnämnas som mål. Det saknas också en distinkt koppling från RF:s mål till sjukhusens mål. Detta är en uppenbar brist, vilket kan riskera att göra arbetet otydligt för verksamheten, men också att rapportering till både styrelser och fullmäktige riskerar att bli svåröverblickbar. Uppföljning av medicinsk kvalitet har inte haft någon framträdande roll på styrelsens agenda, och styrelsen har inte heller fattat specifika beslut vare sig det gäller

patientsäkerhet eller medicinsk kvalitet. Uppföljningen av medicinsk kvalitet har följt de regionalt beslutade processerna. Detta innebär budgetuppföljning, årlig patientsäkerhetsberättelse och uppföljning av VÖK. Det har även till viss del ingått i internkontrollplanen.

Bedömning

Revisorernas bedömning är att styrelsen inte arbetat helt systematiskt med mål, åtgärder och uppföljning av den medicinska kvaliteten. Styrningen mot målen på området riskerar att bli fragmentiserad utifrån den otydliga koppling som finns mellan styrdokumentet, samt för att styrelsen inte tydligt beslutat om en fortlöpande uppföljning av medicinsk kvalitet. Styrelsen har därmed inte i tillräcklig utsträckning planerat hur man ska kunna säkra kvaliteten. Styrelsen rekommenderas bland annat att tillse att arbetet med regionfullmäktiges mål sker på ett systematiskt sätt utifrån beslutade styrdokument som hänger ihop, att efterfråga underlag med realtidsdata, uppföljning och analys samt förslag på hantering för att kunna fatta erforderliga beslut och att efterfråga uppföljning och resultat av fattade beslut.

Granskning: Utformning av ekonomistyrning

Av god revisionsred i kommunal verksamhet följer att det ska, vid behov, finnas beslutade åtgärder som möjliggör att styrelsen kan uppnå en ekonomisk balans i enlighet med fullmäktiges beslut. Dessa bör beslutas i anslutning till att underskottet kommer till styrelsens kännedom. Vidare ska styrelsens åtgärder vara beslutade med en tidsplan som innebär att de kan implementeras och att resultat kan uppnås inom budgetårets slut. Åtgärderna ska även motsvara behovet och relateras till fullmäktiges beslut. Det vill säga att beslutade åtgärder bör motsvara underskottets omfattning mot budget. Följande revisionsfråga ställdes:

1. Har styrelsen vidtagit tillräckliga åtgärder för att komma tillrätta med den ingående obalansen i budget för 2018?

SkaS detaljbudget 2018 återremitterades av styrelsen i november för ny beredning. I detaljbudgeten hade förvaltningen presenterat åtgärder inom 4 strategiskt viktiga områden för att komma tillrätta med obalansen. Styrelsen återremitterade budgeten på grund av att de enskilda områdenas förväntade effekter inte var tillräckligt tydligt redovisade. Styrelsen hade ett extrainsatt möte i december-17 där man beslutade att anta detaljbudgeten. Obalansen beräknades då till -70 mnkr och de ekonomiska åtgärderna var kompletterade med beräknad nettoeffekt 2018-2020. Styrelsens plan för att neutralisera obalansen var att minska kostnader med 46 mnkr. Dessa effektiviseringar har arbetats in under ordinarie poster, därför framgår det inte i förhållande till vad som nettoeffekten beräknats. Vidare skulle man öka intäkterna med 24 mnkr, dels genom att äska medel för omställningen, dels genom att öka produktionen med 2% men med oförändrade resurser. Det beskrivs att det på längre sikt kan komma att krävas strategiska beslut om strukturella förändringar för att säkra en effektiv och patientsäker vård. Granskningens iakttagelser visar skillnader i hur detaljerat styrelsens åtgärder brutits ned och beskrivits.

Bedömning

Av iakttagelserna framgår att styrelsen har beslutat om åtgärder för att komma tillrätta med den ingående obalansen i budget för 2018, samt att de beslutat om dessa i tid. Några av de områden SkaS beslutar om att minska sina kostnader för är några av de poster som 2017 avvikit allra mest i förhållande till budget och tidigare resultat. Att försöka få stopp på

kostnadsökningarna inom dessa poster är därför av stor vikt, men för att lyckas krävs då att man också har upprättat tydliga planer för hur det ska genomföras. Revisionsenhetens bedömning är att åtgärderna inte är tillräckligt tydligt beskrivna för att styrelsen ska ha en rimlig möjlighet att bedöma om de är genomförbara. Revisionsenhetens bedömning är att detaljbudgeten i vissa avseenden är orealistisk samtidigt som yttre omständigheter i viss mån försvårat budgetstyrningen. Vår bedömning är vidare att utformningen av styrning och uppföljning av åtgärder riskerar att inte vara tillräcklig för att skapa förutsättningar för att nå en budget i balans.

Uppföljning: Utformning av styrning mot regionens inköspolicy

Revisorskollegiet genomförde en fördjupad granskning av regionstyrelsen avseende införandet av inköspolicyn under 2017 som rapporterades i februari 2018. Mot bakgrund av de risker som konstaterades i granskningsrapporten för implementeringsåret 2017 beslutade revisorskollegiet att en uppföljande granskning skulle genomföras 2018 då policyn ska tillämpas fullt ut (diarienummer REV 2018-00140). Granskningen riktades främst mot regionstyrelsen, men för samtliga nämnder och styrelser har en övergripande kartläggning av efterlevnaden av inköspolicyn gjorts. Följande frågor har ställts:

1. Följer styrelsen inköspolicyn fullt ut?
2. Finns det ett internt kontrollsystem för att följa upp att inköspolicyn efterlevs?

Granskningen visar att styrelsen redan 2017 beslutade att direktören skulle säkerställa SkaS implementering och följsamhet till denna. En åtgärdsplan togs då fram där man bland annat genomförde utbildningsinsatser för samtliga chefer. Man uppdaterade även informationsmaterialet till nya chefer för att säkerställa att det var korrekt. Inköpsanmodan för kapitalvaruinköp får endast ske av utsedda handläggare på förvaltningskontoret, och tjänsteköp sker endast via SkaS inköpscontroller. Kontroll görs om befintliga avtal med upphandlade leverantörer kan tillgodose behovet eller om upphandling krävs. Kontroll görs också kontinuerligt av följsamhet mot avtal och i samarbete med koncerninköp för att identifiera eventuella inköpsområden som saknar avtal och leder till att nya upphandlingar sker vid behov och i enlighet med LOU. Återrapportering till styrelsen av verksamhetens uppföljning av inköpsfrågor, följsamhet mot avtal med mera ska ske i samband med delårsrapportering och årsbokslut, vilket också har gjorts.

Bedömning

Bedömningen är att styrelsen har utformat ett system och en organisation för inköpsprocessen som är i enlighet med den nya inköspolicyn. Styrelsen bedöms även ha utformat en tillräcklig intern kontroll avseende inköp.

Uppföljning: Utformning av styrning mot verksamhetsanpassad bemanning

På revisorernas uppdrag genomfördes en fördjupad granskning 2015 avseende verksamhetsanpassad bemanning (diarienummer REV 29-2015). 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. Samtliga sjukhusstyrelser beslutade om aktiviteter utifrån rapporten. Syftet med en uppföljande granskning är att belysa sjukhusstyrelsernas fortsatta arbete med beslutade aktiviteter.

Iakttagelserna har visat att sjukhusdirektören tagit fram en handlingsplan med mål och riktlinjer för hur schemaläggning av läkare (och övriga grupper) ska gå till. Målet är att verksamhetens behov ska styra schemaläggningen. Styrande riktlinjer är främst att alla anställs på dygnets alla timmar, jourer och beredskap ska normalfördelas, jourkompledighet ska läggas ut regelbundet och flexramar ska förändras för att minska övertid. I handlingsplanen beskrivs även åtgärder verksamheterna ska vidta för att uppnå målet och följa riktlinjerna. Sjukhuset har även tillsatt en tvärprofessionell arbetsgrupp som arbetat fram en modell för produktions- och kapacitetsplanering, där handlingsplanens krav och åtgärder omhändertogs. Modellen presenterades för sjukhusledningen 2017-03-14 och innehåller ett antal steg som bör genomföras för att tillgodose regionens invånares behov av vård och att tillgängliga resurser används på bästa möjliga sätt.

Modellen slår fast att det är verksamhetens behov som ska styra schemaläggningen, för att kunna uppnå en effektiv vård med god tillgänglighet för patienten. Målet var att alla verksamheter skulle vara igång med produktions- och kapacitetsplanering under 2017. En riktlinje har tagits fram för hur SkaS ska arbeta på övergripande nivå med produktions- och kapacitetsplanering, där roller och ansvar beskrivs för införandet, genomförandet och uppföljningen av sjustegsmodellen. Vid uppföljning i maj -18 konstaterades att de flesta öppenvårdsverksamheter samt operationsverksamheten kommit igång med arbetet och uppnått steg 3 eller mer. Målet för 2018 är att samtliga mottagningar ska ha uppnått steg 7 i modellen. Enligt de intervjuade ser man en positiv trend och att alltfler arbetar enligt modellen. Vid årsskiftet 18/19 verkar dock inte målet ha nåtts fullt ut, då bedömningen av denna aktivitet i årsredovisningen är ”Pågår” samt att målet för aktiviteten i detaljbudget 2019 nu är ”att fler verksamheter ska koppla läkarschema till produktionsplanens aktiviteter samt införa vecko- eller månadsvisa strukturerade beslutsmöten för att tydligare styra produktionsplaneringen framåt.”

Bedömning

Med de beslut avseende handlingsplan med förtydligade riktlinjer på övergripande nivå, samt övriga åtgärder som styrelse respektive sjukhusledning beslutat om har utformningen av styrning av läkares schemaläggning stärkts och bedöms vara tillräcklig. Styrelsen bör dock tillse att en tillräcklig uppföljning av området sker som kan säkerställa att målen för verksamhetsanpassad bemanning uppnås.

Styrelsens genomförande av styrning, uppföljning och kontroller

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

Utifrån granskningsplanen identifierades och prioriterades särskilt följande granskningar.

Granskning: Målet den organisatoriska effektiviteten ska öka*(REV 2018-00096)*

Regionfullmäktige har för hälso- och sjukvården fastställt ökad organisatorisk effektivitet som mål. Den årliga granskningen av styrelserna inom hälso- och sjukvården visar att antalet anställda ökar, medan produktionen inte tycks öka i motsvarande grad. Hur den ökade personalresursen styrs är inte helt transparent. Samtidigt åläggs verksamheterna allt fler administrativa uppgifter när verksamheter omorganiseras och nya projekt skall bemannas med medicinskt utbildad personal. Revisorerna hade därför styrningen mot ökad organisatorisk effektivitet som ett granskningsområde under 2018. Granskningen syftade till att granska om styrelsens system för att styra personalresurser är ändamålsenligt. Granskningen skulle ge svar på följande revisionsfrågor:

1. Hur säkerställer styrelserna ett effektivt användande av personalresurser?
2. Har styrelserna säkerställt att önskade effekter uppnåtts av uppgiftsväxling i organisationen?
3. Har styrelserna vidtagit åtgärder med anledning av resultatet av uppföljning och analys?

Granskningen visade att styrelsen får information om hur verksamheten utvecklats utifrån perspektiv som personal, produktion, ekonomi och tillgänglighet. Utifrån protokollen är det dock svårt att utläsa att styrelsen aktivt efterfrågat eller analyserat varför utvecklingen ser ut som den gör inom flera perspektiv. När det gäller arbetet med uppgiftsväxling redovisas framförallt vilka aktiviteter som genomförs för att stimulera arbetet med uppgiftsväxling och nya arbetssätt.

Bedömning

Revisorerna bedömer att jämförelser med främst föregående år, exempelvis när det gäller antalet nettoårsarbetare samt hälso- och sjukvårdens produktion, gör att den mer långsiktiga trenden och utvecklingen riskerar att osynliggöras. Utifrån redovisningen av uppgiftsväxling är det också svårt att få en samlad bild av vilken effekt arbetet har resulterat i ställt till utvecklingen av antalet nettoårsarbetare och personalsammansättningen. Revisorerna bedömer att styrelsen behöver utveckla och stärka styrning och analys av hur personalresurserna utvecklas i relation till den vård som produceras, för att kunna säkerställa att personalresurserna styrs på ett effektivt sätt. Revisorernas sammanfattande slutsats är att styrelsen för Skaraborgs Sjukhus inte har en tillräckligt ändamålsenlig styrning av personalresurserna.

Granskning: Genomförandet av ekonomistyrning

Av kommunallagen 6:6 framgår att styrelsen har ett ansvar att följa upp verksamheten. Genom uppföljning och kontroller ska styrelsen se till att de beslut som fattats efterlevs samt följa upp resultatet av åtgärderna för att bedöma om ytterligare åtgärder behöver vidtas. Vid behov ska styrelsen ha redovisat sin situation för fullmäktige och efterfrågat riktlinjer. Detta ska leda till att styrelsen i slutet av året har genomfört sitt uppdrag med tillgängliga resurser. Granskningen syftade till att bedöma om styrelsen genomfört sin ekonomistyrning som planerat och på ett sätt som säkerställer att budget i balans uppnås.

Granskningen visade att styrelsen vid samtliga styrelsemöten fått en redogörelse för ackumulerat resultat, nedbrutet på olika kostnadsposter och nivåer. Vad gäller åtgärderna har aktiviteter redovisats, däremot har det inte (åtminstone i text) angivits på systematisk

och samlad nivå om åtgärder följer tidsplan och förväntat ekonomiskt resultat/effekt. Vid styrelsemöte 2018-06-14 presenterades en åtgärdsplan med uppdaterad beräkning av förväntade nettoeffekter, utifrån en summering av verksamhetschefernas åtgärdsplaner för kostnadsreduktion inom respektive verksamhetsområde. Effekten beräknades då till 24 mnkr för 2018 och man konstaterade att tidigare vidtagna åtgärder inte fått avsedd effekt på ekonomi. Ytterligare åtgärder som presenterades var genomlysning och effektivisering av vårdstrukturen, översyn av befintliga jourlinjer och jourkostnader, förbättrad kvalitet för medicinsk registrering för ökade intäkter, utökad granskning av fakturor för köpt vård samt minskad personalvolym. Styrelsen fastställde åtgärdsplanen, inskräppte att det övergripande målet för 2018 är en ekonomi i balans, noterade och bilade de nya åtgärderna till protokollet samt uppdrog åt sjukhusdirektören att vidare utreda långsiktig och optimal vårdstruktur utifrån ett omställningsperspektiv.

Vid styrelsemöte 2018-08-22 konstaterades att åtgärder för effektivisering och kostnadsminskning 2018 ännu inte visat på förväntad effekt, men att intensivt arbete pågår i verksamheterna, bland annat reducering av antalet nettoårsarbetare och minskad användning av bemanningspersonal. Styrelsen noterade informationen om den ekonomiska situationen och emotser effekten av beslutade åtgärder. Styrelsen fastställde delårsrapport augusti 2018-09-26. Inga ytterligare ekonomiska åtgärder för 2018 vidtogs vid detta eller nästkommande möte i oktober. I november beslutade man om detaljbudget för 2019 med en åtgärdsplan som skulle korrigera de kommande beräknade obalansen på -250 mnkr. Ett antal aktiviteter är sammanställda med tillhörande effekt beräknad. Dock framgår inte (uppdaterade) handlingsplaner för respektive aktivitet eller en beskrivning av hur åtgärden ska genomföras på styrelsenivå.

Bedömning

Revisionsenhetens bedömning är att den uppföljning av åtgärdsplanerna som skett inte varit helt ändamålsenlig, utifrån att man inte följt mer i detalj hur de olika insatserna följt sin tidsplan samt redovisat om och vilken effekt de gett. Vid delårsrapport mars var det ändå tydligt för styrelsen att förväntade effekter skulle bli svåra att nå, då samma poster som man räknat på minskade kostnader för i åtgärdsplanen genom effektivisering visade på ökade kostnader jämfört med budget. Trots detta fattade man inte beslut om nya åtgärder eller en uppdaterad beräkning av åtgärdsplanen i april, utan nya beslut kom först i juni. Under våren har förvaltningen arbetat med mer detaljerade handlingsplaner och försökt att åtgärda de poster som visat negativ utveckling, men den nya beräkningen av effekter blev för 2018 endast 24 mnkr. Åtgärderna motsvarar därmed inte den prognos som lades i delårsrapport mars. Trots detta har styrelsen inte formellt redovisat sin situation till fullmäktige, utan enbart informellt genom möten med ägarutskottet samt att delårsrapport sänts till regionstyrelsen. Bedömningen är sammantaget att styrelsen inte vidtagit tillräckliga åtgärder, i god tid, utifrån befarade avvikelser för att komma tillrätta med sitt befarade underskott för 2018.

Granskning: Genomförande av systemet för intern kontroll

Styrelsens interna kontroll ska vara ett system som syftar till att hantera potentiella brister i styrelsens styr- och uppföljningssystem. På så sätt säkras en effektiv förvaltning och allvarliga fel kan undvikas. I förlängningen ska det bidra till att verksamheten lever upp till fullmäktiges mål, beslut och riktlinjer samt gällande lagstiftning och andra föreskrifter som gäller för verksamheten. Styrelsens styrning och uppföljning respektive interna kontroll ska vara komplementära. Syftet med granskningen var att granska och bedöma huruvida

styrelsen använt sitt system för intern kontroll som det är tänkt, för att därigenom kunna upptäcka och åtgärda eventuella brister och avvikelser. Följande revisionsfrågor ställdes:

1. Har styrelsen säkerställt att systemet för intern kontroll genomförts som beslutat?

Granskningen visade att styrelsens arbete med intern kontroll har utvecklats under senare år. Styrelsen antog 2015 en lokal riktlinje för internkontrollarbetet, som i allt väsentligt sammanfaller med regionstyrelsens Riktlinjer för intern kontroll. För 2018 har riskanalys utifrån budget och vårdöverenskommelse genomförts, och mynnat ut i en kontrollplan. Det är dock inte dokumenterat att styrelsen gått igenom övriga delar i sin kontrollmiljö, eller gjort ett tydligt ställningstagande om hur riskerna ska hanteras.

Iakttagelserna visar också att SkaS har genomfört sin interna kontroll under 2018 och rapporterat detta till styrelsen. Avseende kontrollernas kvalitet är redovisningen dock inte särskilt tydligt presenterad utifrån ett riskperspektiv. En orsak till detta kan vara att SkaS internkontroll är tätt sammanlänkad med det övriga uppföljningssystemet, och att området kontrollerna tillhör därför rapporteras ofta ändå och kontrollerna blir en del av helheten. Då de specifika kontrollernas metod inte anger någon omfattning av kontrollerna – endast att uppföljning ska ske, men inte vad denna uppföljning ska ge styrelsen för svar eller information, så är det svårt att bedöma om kontrollerna genomförts med en tillräcklig kvalitet.

Bedömning

Revisionsenhetens bedömning är att styrelsen på en övergripande nivå har utformat sin interna kontroll till stora delar i enlighet med regionens riktlinje. Man säkerställer dock endast delvis att den genomförs som planerat. Styrelsen har därmed endast delvis använt sitt system för intern kontroll i tillräcklig utsträckning. Att systemet för intern kontroll hänger ihop med systemet för uppföljning är positivt, det är dock viktigt att de risker som identifierats faktiskt kontrolleras på ett sådant sätt att redovisningen gör att styrelsen kan bedöma om riskerna tagits omhand, reducerats eller kvarstår. Det är också viktigt att styrelsen vet om en kontroll/uppföljning skett utifrån ett riskhanteringsperspektiv eller ordinarie uppföljning så att adekvata åtgärder kan vidtas. Det är därför av vikt att styrelsen redan i planeringsstadiet dels går igenom hela sin styrmiljö, dels gör ett ställningstagande om vilken risknivå som är acceptabel, så att kontrollerna kan bli ännu mer riktade mot respektive risk.

Uppföljning: Genomförande av kontroll av bisysslor

På revisorernas uppdrag genomfördes en granskning av bisysslor 2016 (diarienummer REV 2016-00167). 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 utvecklingssamtal. 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 revisorerna rekommendationer till granskade sjukhusstyrelser att skärpa uppföljning och dokumentation av bisysslor.

Syftet med den uppföljande granskningen var att belysa vilka åtgärder som vidtagits utifrån de rekommendationer som revisorerna lämnade i granskningen 2017 och om sådana eventuella åtgärder bidragit till att nämnder och styrelser har en tillräcklig intern kontroll avseende medarbetares bisysslor. Följande revisionsfrågor skulle besvaras:

1. Har kontroller av bisysslor formaliserats och dokumenterats?
2. Görs det uppföljning av efterlevnaden av de regionala riktlinjerna för bisysslor?

Iakttagelserna visar att SkaS använder sig av regionens riktlinjer och rutin för genomgång av bisysslor. På ledningsnivå har man under året dock diskuterat att SkaS inte bör fokusera på att utarbeta förtydliganden av riktlinjerna, utan fokus ska vara att arbeta för att säkerställa efterlevnaden utav dem. Det finns en mall som ska fyllas i av medarbetaren inför varje medarbetarsamtal, där en fråga om eventuell bisyssla finns med. Samtliga enheter använder inte just den mallen i dagsläget, men uppföljning ska göras av samtliga vid varje utvecklingssamtal eller medarbetarsamtal och dokumenteras. HR gör årligen en uppföljning på övergripande nivå där man går igenom vilka bisysslor som beviljats och inom vilka verksamhetsområden dessa finns. 2018 genomfördes också en mer fullständig inventering av bisysslor. Utifrån arbetet som pågår avseende produktions- och kapacitetsplanering kommer det framöver inte heller längre vara möjligt för personal som arbetar i verksamheter där SkaS har brist att ha bisyssla.

Bedömning

Granskningen visar att SkaS har utformat formaliserade kontroller av bisysslor och skapat förutsättningar för att dessa ska dokumenteras. Bedömningen är att detta samt den årliga uppföljningen och den särskilda inventeringen som görs sammantaget gör att SkaS har en tillräcklig intern kontroll av bisysslor. Förutsättningar torde finnas för att upptäcka avvikelser som skapar möjlighet att vidta åtgärder.

Uppföljning: Genomförande av kontroll av IS/IT-kostnader

På revisorernas uppdrag genomfördes en granskning av finansieringsmodellen för IS/IT 2016 (diarienummer: REV 2016-00039). 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.” Revisorerna beslutade att göra en uppföljande granskning avseende vilka åtgärder som regionstyrelsen vidtagit för att komma till rätta med bristerna. En kartläggning har gjorts av nämnder och styrelsers möjligheter att utöva en intern kontroll över kostnaderna.

Granskningen visar att de problem och brister som redovisades i granskningen 2016 i allt väsentligt kvarstår. Sjukhuset upplever inte att det finns en 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 även att flera av kostnaderna inte går att påverka i någon större utsträckning.

Bedömning

Vår bedömning är att styrelsen inte har förutsättningar att ha en tillräcklig intern kontroll avseende IS/IT-kostnader och bör fortsätta 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 där verksamheten väljer bort något system som varken regionen eller verksamheten ställer krav på ska användas.

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. Granskningen av nämndens resultat och effektivitet grundas framförallt på årsredovisning och andra dokument som tydliggör nämndens resultat. Granskningen syftar till att få svar på följande fråga:

1. Har styrelsen levt upp till fullmäktiges mål, beslut och riktlinjer samt gällande lagstiftning och föreskrifter, med tillgängliga resurser?

Granskning: Styrelsens ekonomiska resultat

SkaS resultatutveckling 2018												
	jan	feb	mars	april	maj	juli	aug	sept	okt	nov	dec	
Resultat ack	-20	-50	-44	-66	-85	-97	-89	-108	-127	-129	-148	
Budget ack	0	-16	-5	-10	-6	4	20	11	14	13	0	
Diff mot budget	-20	-34	-39	-56	-80	-101	-110	-119	-141	-142	-148	
Prognos	0	0	-75	-75	-75	-75	-160	-160	-160	-160	-160	

SkaS ekonomiska resultat blir slutligen -148,3 mnkr. Detta är något bättre än prognosen i augusti på -160 mnkr. Orsakerna beskrivs bland annat vara brist på specialist-sjuksköterskor, som lett till stängda vårdplatser och neddragning av planerade operationer. Detta påverkar ekonomin på grund av det direkta inkomstbortfallet. Det skapar även ökade kostnader på andra avdelningar. Volymen enligt vårdöverenskommelsen samt brutna tak uppnås, men sjukhuset har inte klarat att utföra samtliga tillgänglighetsuppdrag.

Bruttokostnadsutvecklingen uppgår per december till 8,1%, vilket är något bättre än augustis 9,1%. Totalt har personalkostnaderna under 2018 ökat med 186,9 miljoner kronor eller 7,1 % men om kostnadsökningen för ob-ersättning och sociala avgifter exkluderas från utfallet uppgår den procentuella förändringen till 4,6%. För gruppen övriga kostnader syns en hög kostnadsutveckling under 2018 på 9,7 % eller 168,4 miljoner kronor. Om hänsyn tas till de intäkter sjukhuset erhållit på grund av ökade kostnader för läkemedel och köpt vård uppgår nettokostnadsförändringen till 7,1 %. Huvudorsaker till kostnadsutvecklingen för gruppen övriga kostnader är köp av sjukvårdstjänster, labtjänster, läkemedel, medicinskt material, städ, IT-tjänster, hyreskostnader och SOS-alarm.

I årsredovisningen beskrivs att det har tagit tid att genomföra förändringar och få önskvärd ekonomisk effekt av vidtagna åtgärder. Målet att vid årets slut uppnå en kostnadsnivå som var i balans med sjukhusets intäkter har inte uppnåtts. Positivt är dock att ekonomin under hösten börjat vända med en sjunkande kostnadsutveckling, bland annat har kostnaderna för bemanningsföretag sjunkit sedan september.

Bedömning styrelsens ekonomiska resultat

SkaS har inte nått en ekonomi i balans 2018. Man har därmed inte levt upp till fullmäktiges mål med befintliga resurser.

Granskning: Styrelsens verksamhetsmässiga resultat

Bilden nedan (sammanställd ur regionens ”Snabbfakta”) visar att SkaS har svårt att uppnå målen ur ett verksamhetsperspektiv. Främst är tillgängligheten problematisk, i december var det endast 65% som fick operation/behandling inom garantitiden 90 dagar, att jämföra med 74% 2017. En tydlig förbättring har dock skett på detta område under hösten. Vad gäller förstabesök är tillgängligheten något bättre, där 83% fått detta inom 90 dagar (87% 2017). Under året har man nått eller legat nära målnivån (55%) på akuten för tid till läkare inom 1 timma. I snabbfakta mäts dock enbart att total vistelsetid på akuten ska vara under 4 timmar för 90% av patienterna. I genomsnitt har ca 70% en total vistelsetid under 4 timmar, vilket är långt ifrån målet men bland de bästa resultaten i regionen. Sjukfrånvaron har under året varit något lägre än 2016-2017, men blev totalt 6,5% vilket är en ökning med 0,2% jämfört med 2017. Även personalomsättningen har varje månad legat 1-2% under nivåerna 2017. 2018 innebar det en omsättning på ca 10,1% (12,8% 2017).

Månad	Ekonomi	Beläggning som/psyk	TVT akuten	Tillgängl. besök/åtg.	Misstänkt cancer	Kvalitet	Sjukfrånvaro	Personalomsättn.
Dec-17								
Jan								
Feb								
Mars								
April								
Maj								
Juni								
Juli								
Aug								
Sep								
Okt								
Nov								
Dec								

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.

Revisorskollegiet har upphandlat redovisningsrevisionen av PwC för perioden 2017-2020. I sin granskning noterar PwC att SkaS, på samma sätt som övriga nämnder och styrelser, inte tillämpar komponentavskrivning. De har även noterat att underskottet på -148 mnkr avviker negativt från budgeten på 0 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 styrelsen. Granskningen har genomförts utifrån revisionsenhetens granskningsprogram och i dialog med berörda verksamheter.

Utifrån vad som framkommit i årets granskning av styrelsen för Skaraborgs sjukhus 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 verksamheten bedrivs med en ekonomi i balans. Vår bedömning är att det beror på att styrelsen inte vidtagit tillräckliga åtgärder för att vända den negativa ekonomiska utvecklingen utifrån den uppföljning styrelsen fått under 2018.

Bilaga 1. Rapporter och underlag

Följande granskningsrapporter ligger till underlag för årsrapporten.

Fördjupade granskningar

- Granskning: Målet den medicinska kvaliteten ska öka, dnr: REV 2018-00094.
- Granskning av styrelsernas styrning av personalresurser, dnr: REV 2018-00096

Nämndfördjupningar och uppföljande granskningar

- Granskning: Utformning av ekonomistyrning
- Granskning: Genomförandet av ekonomistyrning
- Granskning: Genomförande av systemet för intern kontroll
- Granskning: Styrelsens ekonomiska resultat
- Granskning: Styrelsens verksamhetsmässiga resultat
- Uppföljning: Utformning av styrning mot regionens inköspolicy
- Uppföljning: Utformning av styrning mot verksamhetsanpassad bemanning
- Uppföljning: Genomförande av intern kontroll av bisysslor
- Uppföljning: Genomförande av intern kontroll av IS/IT-kostnader