

Till  
Regionfullmäktige i Västra Götalandsregionen

Revisionsberättelse för styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset år 2018

Vi, av regionfullmäktige utsedda revisorer har granskat styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhusets verksamhet under år 2018.

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

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

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

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

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

Vi tillstyrker att ansvarsfrihet beviljas för styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset och dess enskilda ledamöter.

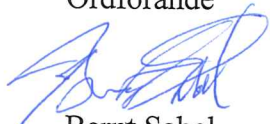
Vänersborg den 13 mars 2019



Birgitta Eriksson  
Ordförande



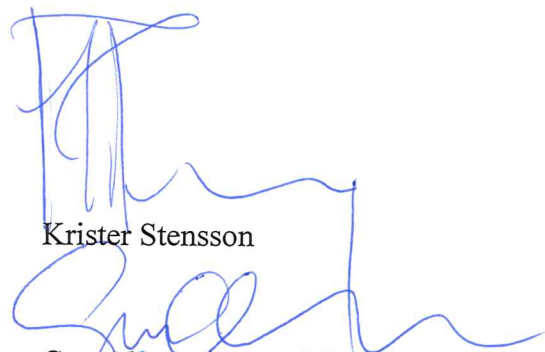
Ulf Sjösten  
Vice ordförande



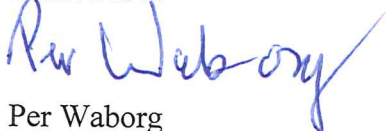
Bernt Sabel



Ulla Göthager



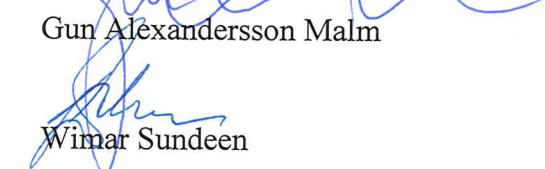
Krister Stensson



Per Waborg



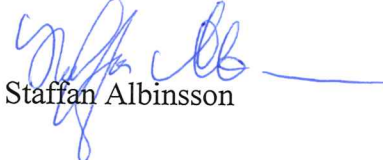
Bo-Lennart Bäcklund



Gun Alexandersson Malm



Marie Engström Rosengren



Staffan Albinsson

Wimar Sundeen

# Årsrapport

## Styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset 2018

Diarienummer REV/2018-00010

Behandlad av revisorskollegiet den 13 mars 2019

## INNEHÅLL

<b>Årets granskning</b> .....	<b>1</b>
<b>Nämndens/styrelsens ansvar</b> .....	<b>1</b>
<b>Resultatet av revisorernas granskning</b> .....	<b>2</b>
A. Nämndens/styrelsens utformning av styrning, uppföljning och kontroller .....	2
Granskning A 1 Styrelsens utformning av styrning mot ekonomi i balans .....	3
Granskning A 2 Medicinsk kvalitet .....	5
Granskning A 3 Granskning av IS/IT .....	5
B. Nämndens/styrelsens genomförande av styrning, uppföljning och kontroller .....	8
Granskning B 1 Styrelsens styrning mot fullmäktiges mål om ökad tillgänglighet. ....	8
Granskning B 2 Fakturakontroll på Sahlgrenska Universitetssjukhuset .....	10
Granskning B 3 Bisysslor uppföljning av granskning .....	10
Granskning B 4 Uppföljning av granskning verksamhetsanpassad bemanning.....	11
Granskning B 5 Granskningsrapport uppföljning direktupphandling.....	12
Granskning B 6 Uppföljande granskning samverkan mellan kommunen och SU kring barn med behov av samordnade insatser .....	13
C. Nämndens/styrelsens resultat och effektivitet.....	14
Granskning C 1 Resursplanering organisatorisk effektivitet – styrning personalresurs.....	14
Granskning C 2 Akutkedjan – Sahlgrenska akuten – uppföljande granskning .....	15
D. Nämndens/styrelsens räkenskaper .....	17
Granskning D1.....	17
<b>Revisorernas sammanfattande bedömning</b> .....	<b>18</b>
<b>Rapporter, underlag och bilagor</b> .....	<b>19</b>

## 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 Sahlgrenska Universitetssjukhuset där de mest väsentliga riskerna identifierats och prioriterats. Granskningsplanen har stämts av med utsedd kontaktrevisor i revisorskollegiet Ulf Sjösten och beslutats av revisionsdirektören. Granskningen har genomförts av Marianne Förars. Därtill har räkenskaperna granskats av PwC. Granskningens sammantagna resultat presenteras kortfattat i denna rapport. I bilaga 1 anges de rapporter och de underlag som ligger till grund för redogörelsen. Siffror inom parentes i redogörelsen avser hänvisning till dessa rapporter och underlag.

Styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset (genom sjukhusdirektör Ann-Marie Wennberg) har beretts tillfälle att faktagranska rapportens innehåll.

## Nämndens/styrelsens ansvar

Styrelsen granskas och bedöms utifrån det samlade ansvar som följer av fullmäktiges mål, beslut och riktlinjer samt gällande lagstiftning och föreskrifter.

Enligt reglementet ska styrelsen bland annat verkställa de uppdrag som årligen överenskommes med hälso- och sjukvårdsnämnderna samt bedriva den hälso- och sjukvård som åligger verksamheten enligt lag och enligt av regionen ingångna avtal.

I vårdöverenskommelsen definieras 2018 års inriktning, volymer och ersättning avseende vård vid SU för invånare i Västra Götalandsregionen. Överenskommelsen beskriver sjukhusets uppdrag, förändringar i förhållande till föregående år, samt uppföljning av verksamheten.

Vårdöverenskommelsen (VÖK) med hälso- och sjukvårdsnämnd omfattar akutsjukvård, imperativ vård och planerad vård. Vården ska ges med högsta möjliga medicinska säkerhet och kvalitet grundad på evidens samt följa regionala prioriteringar. Vården ska vara likvärdig och patientanpassad där diagnostisering och behandling ska ske på jämlika villkor. Inom ramen för uppdraget ska utföraren samverka med andra vårdgivare, kommuner och myndigheter. I vårdöverenskommelsen anges också att sjukhuset ska arbeta systematiskt med hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärder och integrera dessa i hälso- och sjukvården. VÖKen omfattar också forskning, utveckling och undervisning (FoUU) samt uppdrag som sista utpost i regionens hälso- och sjukvård. FoUU samt sista utpost finansieras av HSS. SU har också ett uppdrag att bedriva rättspsykiatrisk vård. Därutöver har SU

uppdrag ge vård till invånare i Halland enligt samverkansavtal, rikssjukvård till invånare i Sverige samt öppen vård till invånare i övriga landet som väljer att söka vård på SU. En treårig överenskommelse om samverkan för åren 2018 - 2020 är avtalad mellan Norrlandstingens Regionförbund och Sahlgrenska Universitetssjukhuset

En särskild uppdragshandling fastställs årligen av styrelsen som redovisar fördelning av uppdrag till respektive område utifrån vårdöverenskommelsen. Dessutom fastställs en SU intern uppföljningsplan för att följa upp överenskommelsen.

I detaljbudget och verksamhetsplan för SU 2018 anges RF:s mål

- Den psykiska ohälsan ska minska och omhändertagande av personer med psykisk sjukdom ska förbättras
- sjukvårdens förmåga att skapa mesta möjliga värde för patienten ska förbättras
- den medicinska kvaliteten ska öka och den organisatoriska effektiviteten förbättras
- möjligheterna till karriär- och kompetensutveckling ska förbättras
- arbetsmiljön ska förbättras och sjukfrånvaron ska minska
- klimatutsläppen från fossilbränsle i VGR samt verksamhetens direkta miljöpåverkan ska minska.

SU långsiktiga mål och utvecklingsplan anges i detaljbudget och verksamhetsplan fastställd av styrelsen för 2018.

- Vi har akutsjukvård i toppklass
- Vi skapar värde för patienten
- Vi är landets ledande universitetssjukhus

## 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.

### A. Nämndens/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 om styrelsen säkerställt att styrning mot fullmäktiges mål avseende ekonomi i balans når ända ut i linjen. Vidare prioriterades styrsystem för styrning och uppföljning av medicinsk kvalitet mot riktlinjer och fullmäktiges mål. Därutöver granskades styrelsens system för att säkerställa implementering av GDPR.

### **Granskning A 1 Styrelsens utformning av styrning mot ekonomi i balans**

I grundläggande granskning för verksamhetsår 2017 gjordes iakttagelser avseende att styrelsens styrning mot ekonomi i balans inte nådde hela vägen ut i linjen. I årets granskning kan ur protokoll<sup>1</sup>, dokument och kontakter med verksamheten härledas att kunskap om styrelsens handlingsprogram nått hela vägen ut i styrlinjen. Det finns dokumenterat i protokoll att åtgärdsprogram informerats om, att åtgärder diskuterats och hanterats.<sup>2</sup> Iakttagelsen har verifierats genom intervjuer.

Styrelsen har under året tagit beslut om åtgärdsplan och begärt återrapportering kontinuerligt. Förvaltningsledningen har rapporterat till presidiet mellan varje styrelsemöte som vid varje styrelsemöte.<sup>34</sup>

Styrelsen har i mars tagit beslut om åtgärdsprogram §20 samt i april om förstärkt åtgärdsprogram §46 vilket följts upp av styrelsen. ”Uppföljning per februari visar en total avvikelse på -99 mnkr mot fastställd budget. Med anledning av resultatet efter februari har styrelsen gett sjukhusdirektören i uppdrag att ta fram ett förstärkt åtgärdsprogram. Styrelsen vill att särskild uppmärksamhet ägnas åt att anpassa personalvolymen till gällande budgetförutsättningar.”

Styrelsen prognosticerade resultatet i mars till resultat i enlighet med budget (+3,6 mnkr) samt i augusti till – 197 mnkr. Det redovisade resultatet för verksamhetsåret uppgick till – 211 mnkr eller en negativ budgetavvikelse om 214 mnkr.<sup>5</sup>

I åtgärdsprogrammet som antogs i mars ställer sig styrelsen bakom att genomföra handlingsplanen på två år med ett av styrelsen godkänt underskott om -99 mnkr vid årsskiftet 2018/2019.<sup>6</sup> Med ekonomi i balans avses att budgetmål nås. Att i styrelsens åtgärdsprogram fastställa och arbeta mot annat mål än ekonomi i balans under verksamhetsåret är inte förenligt med kommunallagens krav om budget i balans. Sjukhusets styrelse antog därefter den 17 april 2018 ett förstärkt åtgärdsprogram för verksamhet och ekonomi i balans. Ingen notering finns om upphävande av tidigare beslut men i alla protokoll efter april anges endast målet ekonomi i balans. Styrelsen har inte i

---

<sup>1</sup> §§ ekonomi i balans samt avvikelserapporter §1 §2 §19 §20 §37 §39 §40 §46 §47 §48 §62 §63 §64 §76 §77 §78 §91 §93 §94 §106 §107 §118 §119 §§140 §141 §160

<sup>2</sup> Under avsnitt A1 redovisas granskning av såväl styrelsens utformning av styrning som genomförande och resultat avseende ekonomi och ekonomi i balans.

<sup>3</sup> Diarienummer SU 2018–00783, protokoll §20

<sup>4</sup> Förstärkt åtgärdsprogram för ekonomi i balans, diarienummer SU 2018–00783, protokoll §46

<sup>5</sup> Sjukhuset hade vid ingången av 2018 ett negativt eget kapital om 329 mnkr. 3,7 mnkr av dessa avser underskott hänförligt till verksamhetsåret 2015. Detta måste enligt rådande regelverk ha återställts inom tre år. Därför budgeterar sjukhuset ett positivt resultat om 3,7 mnkr under verksamhetsåret 2018.

<sup>6</sup> Protokoll §20

protokoll och beslut tillräckligt starkt markerat vilket ekonomiskt mål man har för verksamhetsåret.

Styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset bifaller i junisammanträdet §78 ett gemensamt yrkande:

*”Styrelsen konstaterar att givna uppdrag kring verksamhet och ekonomi i balans inte fått tillräckligt genomslag. Åtgärderna har inte haft tillräcklig effekt. Styrelsen ser allvarligt på den bristande följsamheten till styrelsens beslut. Handlingsplanen har inte genomförts fullt ut och med avsedd effekt. Med anledning av det allvarliga ekonomiska läget påkallar styrelsen ett extrainsatt styrelsemöte den 17 augusti för rapportering av resultatet för juni och juli månad 2018 samt redovisning av det fortsatta arbetet med verksamhet och ekonomi i balans 2018/2019.”* Noteras att styrelsen här gör tydlig markering att styrelsens beslut skall fullföljas.

Vid augustimötet §93 fastställer styrelsen avvikelserapport för juli samt skriver *”Eftersom delårsbokslutet väntas inom kort och att åtgärderna skall följas upp vid presidieöverläggning den 2018-09-18 ser vi ingen anledning att fatta ytterligare beslut nu. Vi känner dock oro inför utvecklingen och vill därför inskräpa vikten av att förvaltningsledningen med kraft genomför det åtgärds paket som tidigare beslutats.”*

Noteras att styrelsen 17 augusti gav uppdrag till sjukhusdirektör §91 att sjukhusledningen återkommer med förslag på fler åtgärder för ekonomi och verksamhet i balans till 31 augusti, med en analys av effekter och konsekvenser för ekonomi, tillgänglighet och arbetsmiljö av nya och redan genomförda samt planerade åtgärder. Trots underskott och uppdrag om att återkomma med förslag på fler åtgärder så efterfrågar inte styrelsen nya förslag. Inte heller redovisas beställd analys på styrelsemötet den 31 augusti.

Styrelsen godkänner ett yrkande till protokollet där bland annat hänvisas till ett underlag i regionstyrelsens protokoll från 2018-08-28 att *”koncernkontoret bedömer att sjukhusen i första hand inte behöver ytterligare åtgärdsplaner utan kraft och förmåga att genomföra och få effekt av redan fattade beslut. I vissa fall kan dock vissa koncerngemensamma inriktningsbeslut på skynda och underlätta genomförandet.”* Ur styrelsens för SU protokoll framgår inte om förvaltningsledningens analys kommer till samma slutsats. Styrelsen ser ingen anledning att fatta ytterligare beslut. Det är anmärkningsvärt att styrelsen inte fullföljer tidigare beslut om ytterligare åtgärder.

Inga protokollförda beslut om ytterligare åtgärder avseende ekonomi i balans togs under hösten.

Resultatet för 2018 förbättras av ökade externa vårdintäkter, tillkommande ej budgeterade extra statsbidrag och bidrag från hälso- och sjukvårdsnämnden i Göteborg.<sup>7</sup> Styrelsen redovisar för verksamhetsåret lägre personalkostnader än budgeterat.

### Bedömning

Styrelsen har under året styrt mot budget i balans genom beslut om åtgärder och kontinuerlig uppföljning och avrapportering. Dock bör styrelsen iaktta kravet på att under året ställa en realistisk prognos.

---

<sup>7</sup> Styrelseprotokoll §140, §160

## Rekommendationer

- *Styrelsen rekommenderas att stärka sin styrning av ekonomi och verksamhet i balans genom att följa upp prognos, resultat, analysera och styra på resultatet.*

## Granskning A 2 Medicinsk kvalitet

Under året har revisionsenheten granskat styrningen mot ökad medicinsk kvalitet.<sup>8</sup> [1] Granskningens syfte har varit att bedöma om styrelserna inrättat ett ändamålsenligt styrsystem för styrning och uppföljning av medicinsk kvalitet mot riktlinjer och mot fullmäktiges mål. Granskningen ger en översiktlig bild av sjukhusens arbete. Särskilt fokus riktas på patientsäkerhet vid läkemedelsbehandling. Granskningen är avgränsad till år 2018 och granskade styrelser är styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset samt styrelsen för Skaraborgs sjukhus.

Både lagstiftning och regionala målsättningar slår fast att utförarstyrelsen är ansvarig för att vården den bedriver ska vara av god medicinsk kvalitet. För att uppnå detta måste utförarstyrelsen styra mot de mål och riktlinjer som finns på området, genom att systematiskt och fortlöpande både säkra och utveckla kvaliteten genom att planera, leda, kontrollera och följa upp verksamheten. Detta innebär också att styrelsen behöver få tillgång till de data och den uppföljning som krävs för att kunna ta erforderliga beslut.

## Bedömning

I rapporten anges att uppföljning av medicinsk kvalitet inte har haft någon framträdande roll på styrelsernas agendor. De granskade styrelserna har inte heller fattat specifika beslut vare sig det gäller patientsäkerhet eller medicinsk kvalitet.

## Rekommendationer

*Styrelserna för Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Skaraborgs sjukhus rekommenderas att:*

- *Tillse att ändamålsenliga styrsystem upprättas för styrning och uppföljning av medicinsk kvalitet mot riktlinjer och mot regionfullmäktiges mål. Det innebär att förvaltningarnas arbete med patientsäkerhet och medicinsk kvalitet ska ske i enlighet med lagstiftning, regionala beslut och målsättningar samt reglementen.*
- *Tillse att arbetet med regionfullmäktiges mål sker på ett systematiskt sätt utifrån beslutade styrdokument som hänger ihop.*
- *Efterfråga underlag med realtidsdata, uppföljning och analys samt förslag på hantering för att kunna fatta erforderliga beslut.*
- *Synliggöra fattade beslut och dokumentera dessa i protokoll.*
- *Efterfråga uppföljning och resultat av fattade beslut.*

## Granskning A 3 Granskning av IS/IT

Revisorskollegiet har genomfört en granskning av IS/IT, rapport REV 2017–00119 utförd av KPMG<sup>9</sup> [2]. Syftet har varit att granska att nämnder och styrelser har säkerställt att IS/IT-stödet utgjort en ändamålsenlig del av styrsystemet med syfte att stödja

---

<sup>8</sup> Medicinsk kvalitet skall öka REV 2018–00094

<sup>9</sup> Granskning av IS/IT REV 2017–00119



måluppfyllelse samt bidra till verksamheternas effektivitet. De revisionsfrågor som har besvarats är:

- Har nämnder och styrelser utformat en tillfredsställande styrning, uppföljning och kontroll för att säkerställa ett funktionellt IS/IT-stöd?
- Har nämnder och styrelser utformat en tillräcklig intern kontroll i syfte att säkerställa att styrning, uppföljning och kontroll av att syftet med IS/IT-stödet uppfylls?
- Utgår nämnder och styrelser interna kontroll av IS/IT-stödet från en risk- och väsentlighets analys?
- Följer och analyserar nämnder och styrelser löpande att IS/IT-stödet bidrar till en ökad effektivitet i verksamheten?
- Vidtar nämnder och styrelser löpande åtgärder för att säkerställa IS/IT-stödets ändamålsenlighet utifrån identifierade brister och avvikelser i IS/IT-stödet?

Granskningen har omfattat regionstyrelsen, styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Angereds närsjukhus, primärvårdsstyrelsen och naturbruksstyrelsen.

Utdrag ur rapport avseende styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU):

”Via revisionskontoret har vi erhållit en riktlinje avseende Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU) förhållande till informationssäkerhet. I dokumentet anges det vara ett tillägg till riktlinjerna för informationssäkerhet i Västra Götalandsregionen. Dokumentet är daterat 2018-02-23 och vi bedömer att det tvåsidiga dokumentet har mer karaktären av ett policydokument än att vara en anslutande riktlinje. Det särskilt när det i dokumentet anges att: ”SU ska arbeta med ledningssystem för informationssäkerhet på ett strukturerat sätt utefter standarden ISO/IEC 27001. Med stöd av ledningssystemet beslutas rätt nivå på informationssäkerheten samtidigt som medarbetare får ett stöd i sitt dagliga arbete.” Det är en vällovlig och omfattande ambition som inte återfinns i de regionövergripande dokument vi har haft tillgång till. Ett ledningssystem för informationssäkerhet (vanligtvis, och hädanefter, förkortat LIS) behöver kopplas till flera standarder i 27000-serien<sup>10</sup> för att fungera ändamålsenligt. Inga sådana anges i dokumentet eller i de fyra rutindokument som vi i övrigt erhållit.

- ”Informationssäkerhetsincidenter”, giltig från 2017-07-04. Reviderad 2018-06-15 med upplysande texten: ”Uppdatering av dokumentet i och med dataskyddsförordningen (GDPR)”
- ”Ledningens genomgång – Informationssäkerhet”, giltig från 2017-07-19.
- ”Riskanalys för informationssäkerhet”, giltig från 2018-07-06.
- ”Loggranskning”, giltig från 2018-03-22.

Vi noterar att SU delvis ligger före de funktioner i regionen som vi uppfattar övergripande har ansvaret för att styra anpassningen till GDPR. Risk finns för att SU i sin organisation behöver kommunicera och justera ändrade sätt att förhålla sig till GDPR. Eventuella

---

<sup>10</sup> I ett första steg behöver även SS-ISO/IEC 27002 Riktlinjer för styrning av informationssäkerhet, SS-ISO/IEC 27003 Vägledning för införande av ledningssystem för informationssäkerhet, SS-ISO/IEC 27004 Vägledning för mätning av informationssäkerhet och SS-ISO/IEC 27005 Riskhantering för informationssäkerhet.

informationssäkerhetsincidenter som inträffat eller bedömts inte inträffat under senare delen av 2018 kan då behöva bedömas på nytt eller efter andra rutiner.

Från personer vi hänvisats till har vi erhållit ”Styrmodell för IS/IT Västra Götalandsregionen 3.2”, utfärdad 2017-09-20. Detta är ett dokument som vi bedömer omfattar hela regionen och det är inte kompletterat med några strategiska IT-planer för SU. Från personer vi hänvisas till framkommer i kommunikation att styrning av IS/IT anges i ”verksamhetsplanen” och uppföljning sker kvartalsvis. Revisionsfrågan: Hur följs och analyseras löpande att IS/IT-stödet bidrar till en ökad effektivitet i verksamheten besvaras med: ”Det är med verksamhetsplanen och verksamhetsberättelsen som sjukhusledningen kan följa upp och styra utifrån dess önskemål att ISIT (eHälsa) ska bidra till verksamheten.” Revisionsfrågan: Vilka löpande åtgärder ska utföras för att säkerställa IS/IT-stödets ändamålsenlighet utifrån identifierade brister och avvikelser i IS/IT-stödet besvaras med: ”Avvikelsehantering är en stående punkt på våra APT och avdelningsmöten. Alla avvikelser inom ISIT på SU hanteras och vi har en utsedd ansvarig medarbetare på eHälsostrategisk avdelning för bevakning av dessa.” Vi efterfrågar vad som styr samt stödjer och får svar som gör att vi inte kan utesluta att IS/IT är föremål för styrning, uppföljning och kontroller men inte dokumenterat hur och efter vilka beslutade förutsättningar.

Av erhållna dokument kan noteras om den interna kontrollen att en riskanalys är upprättad. Det framgår av ”Sahlgrenska Universitetssjukhusets plan för intern styrning och kontroll 2018” daterad 2017-11-24, diarienummer. SU 2017–04825. I samma dokument noterar vi att följande riskområden med tillhörande kontrollåtgärd identifierats.

- Ekonomistyrning IS/IT genom uppföljning IS/IT-kostnader.
- Systemförvaltning IS/IT genom att upprätta plan för systemförvaltning.
- Systemförvaltning IS/IT genom uppföljning av överenskommelser och avtal.
- Systemförvaltning IS/IT genom att upprätta krav- och behovsframställan avseende IS/IT-system och tjänster.

Resultatet av kontrollåtgärderna har inte erhållits.

*Kommentarer (forts. utdrag ur rapport)*

När inte alla efterfrågade styrande dokument erhålls kan vi inte utesluta att kännedom i någon omfattning inte finns om deras existens, betydelse samt hur de är avsett att användas och varför. Av kommunikation under granskningsperioden och i internkontrollplanen spårar vi att de ändå finns i någon form. Vår rekommendation blir att ansvariga behöver säkerställa och visa att de finns och fyller sin funktion. I det sammanhanget påminner vi om att det är väsentligt att det i alla dokument finns en ”bit röd tråd”<sup>11</sup> att följa. Från IS/IT-policyn via de regionövergripande stödande dokumenten vidare till ansvarsområdenas strategier och till slut i alla de tillämpningsföreskrifter som behövs för det praktiska arbetet. Inte minst gäller det de som vid kontinuerlig användning ska stödja säkerställandet av IS/IT-systemens funktion, ändamålsenlighet och effektivitet.

Vad gäller informationssäkerhet i allmänhet och GDPR i synnerhet verkar SU ligga före det regionövergripande arbetet. Vällovligt men risk kan inte uteslutas att insatserna inte harmonierar med vad som allmänt och grundläggande gäller och/eller kommer att gälla för

---

<sup>11</sup> På vilket sätt upprättade dokument beslutade i olika instanser förhåller sig till varandra.

hela regionen. De kunskaper som indikeras i de dokument som erhållits från SU borde i effektivitetens namn kunna användas för att gagna även övrig verksamhet i regionen.

Från faktakontrollen: ”Det är sjukhusets E-hälsostategiska avdelning som är ISO 27001 certifierad, inte hela SU. I övrigt har vi inte funnit några faktafel i rapporten avseende SU.”

#### Rekommendationer

- *Styrelsen rekommenderas redovisa sin medvetenhet, målsättning och styrning vad gäller att efterleva regionens IS/IT-policy. Alternativt redovisas var ansvariga och medarbetare samlat finner upprättade dokument. Vi rekommenderar även att det säkerställs att de internkontrollåtgärder avseende IS/IT som beslutats är och/eller kommer att bli utförda.*

## **B. Nämndens/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.

Styrelse 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 styrelse ska ha säkerställt att beslutad 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 styrelsens styrning mot fullmäktiges mål om ökad tillgänglighet, säkrad fakturakontroll, beslutskedjan i omställningen av vården, implementering av nya riktlinjer bisysslor samt implementering ny inköspolicy.

### **Granskning B 1 Styrelsens styrning mot fullmäktiges mål om ökad tillgänglighet.**

Styrelsen har under ett antal år redovisat bristande måluppfyllelse avseende tillgänglighet. I årlig granskning har därför styrelsens beslut och åtgärder följts löpande. Metod för granskningen har varit dokument<sup>12</sup> och protokollgranskning<sup>13</sup> kompletterad med frågor till förvaltning och styrelse.

Granskningen syftar till att bedöma om styrelsens arbete varit tillräckligt för att fullfölja regionfullmäktiges mål. Granskning av styrelsens beslut i protokoll ger ingen tydlig bild av styrelsens styrning avseende tillgänglighet. Det är oklart vilka ytterligare åtgärder styrelsen

<sup>12</sup> Budget och verksamhetsplan 2018, VÖK 2018

<sup>13</sup> Styrelsens protokoll §1 §2 §3 §5 §19 §20 §35 §39 §40 §45 §47 §48 §62 §63 §75 §76 §78 §93 §94 §107 §119 §141 §142 §150 §15 2§160

vidtagit och om styrelsen säkerställt en effektiv styrning mot ökad måluppfyllelse. I beslutad handlingsplan för ekonomi i balans står inskrivet att planen ska innebära ett fortsatt fokus på tillgänglighet. I styrelsens protokoll kan under resterande året noteras att statistik över väntetider redovisats för styrelsen. Generellt noteras att jämförelser görs över tid om antalet väntande ökat eller minskat, men den bristande måluppfyllelsen mot vårdgarantimål och regionfullmäktiges mål synliggörs inte i protokoll. Vid dialogmötet i oktober anför ordförande ”att tillgängligheten har blivit bättre, åtminstone har väntetiderna till första besök kortats. Statistik över väntetid till operationer/åtgärder kan inte tas fram på grund av systembyte. Ledtiderna på akutmottagningarna har kortats, både tid till läkare och total vistelsetid på akuten som har minskat. Regionens satsning på specialistutbildade akutmottagare har gett effekt. Detta och mycket annat har även lett till en bättre arbetsmiljö för personalen på akutmottagningarna. Svaren i patientenkäterna är positivare.”

Tillgänglig statistik visar att SU redovisar bristande tillgänglighet till vård och behandling. Tillgängligheten till första besök inom tre månader har ökat något men måluppfyllelsen är fortsatt bristfällig, varannan patient får vänta längre än tre månader. En angiven orsak är brist på personal. Noteras att i protokoll och handlingar även om det varit styrelsens ambition att åtgärder skall vidtas så saknas dokumenterade beslut om åtgärder för att behålla anställd specialistkompetens. Beslut om exempelvis extra förmåner finns på verksamhetsnivå, vilka understundom ligger utanför beslutade regionala avtal. Verksamheten har ställts inför en svår situation då brist på personal medför svårigheter att genomföra verksamhetens uppdrag. Likaså har ett icke önskvärt utnyttjande av bemanningsföretag ökat under året, vilket får vägas mot krav på verksamheten att öka tillgänglighet och produktion.

Under året har rapporteringen över ledtider och väntetider till vård och behandling varit bristfällig då många siffror saknats på grund av byte till nytt IT-verktyg för uppföljning av opererande verksamheter. Det är anmärkningsvärt att en verksamhet med så stora volymer inte säkerställt uppföljning av produktionen.

Noteras beslut om tilläggsöverenskommelse om produktion utöver fastställda taknivåer i syfte att nyttja Västra Götalandsregionens samlade produktionskapacitet för att möjliggöra tillgänglighet. Noteras också att sjukhusdirektör redovisat fem åtgärder för ökad tillgänglighet som tagits fram av sjukhusledningen. Under 2019 kommer SU intensifiera arbetet med att förbättra tillgänglighet enligt beslut i verksamhetsplan och detaljbudget för 2019.

### Bedömning

Styrelsen har inte vidtagit tillräckliga åtgärder för ökad tillgänglighet. Styrelsen har heller inte säkerställt att den har tillräcklig och tillförlitlig information om opererande verksamheter.

Tillgängligheten på akuten har dock förbättrats avseende tid till läkare och total genomloppstid som ett resultat av riktade insatser.

### Rekommendationer

- *Styrelsen rekommenderas att stärka sin styrning mot fullmäktiges mål om ökad tillgänglighet.*

## Granskning B 2 Fakturakontroll på Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Revisionsenheten har i granskningsplan för SU identifierat revisionsrisk med avseende på om styrelsens arbete är tillräckligt för säker och effektiv fakturahantering. Bristande rutiner och kontroll av fakturaunderlag bedömdes kunna medföra att kontering görs på kostnadskonton i den löpande bokföringen som inte överensstämmer med hur kostnaderna budgeterats. Under 2018 har därför revisionsenheten granskat fakturakontrollen på SU. Granskningen syfte var att bedöma om styrelsens arbete är tillräckligt för att säkerställa en effektiv fakturakontroll och att kostnader bokförs på konton som överensstämmer med hur kostnaderna budgeterats. Granskningen har utförts av PwC och har omfattat stickprov på fakturor och verifikationer.<sup>14</sup> [3], (Bilaga 2)

### *Utdrag ur rapport:*

”Utifrån genomförd granskning kan vi konstatera att bokföringen till största del är förenlig med god redovisningssed. Alla fakturor är inte korrekt bokförda vilket resulterar i att vi bedömer konteringen av kostnader som delvis förenlig med gällande kontoplan och redovisningsprinciper.

Granskningens resultat tyder på att det finns tydliga riktlinjer och styrdokument för att säkerställa att bokföringen sker på ett korrekt sätt, för att få en rättvisande bild av verksamhetens kostnader. Däremot är uppföljningen av riktlinjerna och tillvägagångssättet inte lika tydligt. Rent teoretiskt står det i styrelsens styrdokument vad SU utgår ifrån men det saknas tydliga exempel på hur det genomförs i praktiken. Granskningens resultat visar att det finns en del felbokförda fakturor. De felbokförda fakturorna är på oväsentliga belopp. Felbokföringen tyder emellertid på att den uppföljning som görs inte är fullständig. Vi bedömer att kontrollen och uppföljningen av bokföringen är delvis ändamålsenlig.

Slutligen kan vi konstatera att omföringen av de manuella bokföringsorderna är korrekt utifrån granskningen. Vi bedömer att den interna omföringen är ändamålsenlig.

### Bedömning

Vår samlade bedömning är att Sahlgrenska Universitetssjukhuset till stor del säkerställer en ändamålsenlig styrning och uppföljning av att korrekt bokföring görs av vissa kostnader.”

### Rekommendationer

*Utifrån granskningens resultat rekommenderas Sahlgrenska Universitetssjukhuset att:*

- *utveckla uppföljningen av bokföringen för fakturor mer regelbundet,*
- *säkerställa vilken typ av personal som kostnaderna berör för konton 5551,5552 och 5559.*

## Granskning B 3 Bisysslor uppföljning av granskning

På revisionens uppdrag genomförde KPMG under perioden juni-december 2016 en granskning av bisysslor. Granskningens slutsatser var att det fanns tydliga brister i tillämpningen av riktlinjerna för bisysslor. I granskningsrapporten lämnade revisionen rekommendationer till granskade sjukhusstyrelser men rekommenderade också övriga sjukhusstyrelser inom regionen att kontrollera om slutsatser och rekommendationer är applicerbara i den egna organisationen. Granskningsrapport 1 avrapporterades i mars 2017 (Dnr: REV 2016 – 00167). Inom ramen för årlig grundläggande granskning har uppföljande granskats styrning, uppföljning och kontroll av bisysslor. Styrningen har

---

<sup>14</sup> Fakturakontroll på Sahlgrenska Universitetssjukhuset REV 2018–00010,

granskats mot av regiondirektören fastställd regional rutin. Denna uppföljande granskning avrapporterades i kollegiet 2018-11-21 i rapport REV 2018 – 00146.<sup>15</sup> [4]

#### *Iakttagelser*

Noteras att den regionala riktlinjen tillämpas samt därutöver är förvaltnings specifika riktlinjer framtagen för SU. Uppföljning av bisysslor görs vid medarbetarsamtal och nyanställning. Vartannat år görs en inventering. All uppföljning av bisyssla dokumenteras i Barium. Rutin, mallar och checklistor finns lätt tillgängliga på sjukhusets intranät.

Uppföljningens övergripande bedömning för alla granskade nämnder och styrelser  
Bedömningen är att den av regiondirektören beslutade rutinen tar fasta på de rekommendationer som revisionen lämnade. Rutinen tycks också i allt väsentligt följas och 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. Det innebär också att efterlevnaden av regional rutin för bisysslor följs upp mer systematiskt och strukturerat. Nämnder och styrelser bedöms med anledning av ovanstående ha en tillräcklig intern kontroll avseende medarbetares bisysslor. Granskningen visar dock att rutinen inte fått fullt genomslag bland regionens bolag.

Inom ramen för löpande årlig granskning följer revisionen även fortsättningsvis upp styrelsens uppföljning och kontroll av bisysslor.

#### Rekommendationer

- *Ingen rekommendation lämnas.*

### **Granskning B 4 Uppföljning av granskning verksamhetsanpassad bemanning REV 2018–00151**

Den fördjupade granskningen – Verksamhetsanpassad bemanning genomfördes 2015. Fokus i granskningen var schemalaggnings av läkare. Granskningen resulterade i rekommendationer till sjukhusen att stärka sin styrning och uppföljning av läkares schemalaggnings. Styrelserna rekommenderades också att tillse att det finns ett stöd för chefer i verksamheten att förändra hur läkare schemaläggs. Under 2018 har revisionen följt upp sjukhusstyrelsernas genomförande av beslutade aktiviteter.<sup>16</sup> [5]

#### *Iakttagelser SU*

Vid genomgång av protokoll och övergripande beslutsdokument på SU noteras inga separata beslut eller handlingsplaner om läkares schemalaggnings. Ingen uppföljning redovisas i protokoll eller delårsrapport. Dock diskuteras och behandlas bemanningsfrågor inom åtgärdsprogrammet för ekonomi i balans.

En rekommendation till styrelsen var att tillse att det finns ett stöd för chefer i verksamheten att förändra hur läkare schemaläggs. Riktlinjer för schemalaggnings finns och schemalaggnings av läkare görs i Medinet. Jourlinjer har analyserats och setts över. Linjebeskrivning jourer finns (uppdrag). Varje område har egen HR-resurs

#### Bedömning

Den övergripande bedömning för samtliga granskade styrelser är att de agerat på granskningen *Verksamhetsanpassad bemannings* rekommendationer på ett

---

<sup>15</sup> Bisysslor uppföljning av granskning REV 2018-00146

<sup>16</sup> Uppföljning av granskning verksamhetsanpassad bemanning REV 2018–00151

tillfredsställande sätt. Vår bedömning är därmed att det inte krävs någon ytterligare gemensam uppföljning eller fördjupad granskning avseende läkares schemaläggning under 2019.

#### Rekommendationer

- *Ingen rekommendation lämnas.*

### Granskning B 5 Granskningsrapport uppföljning direktupphandling

Under året har revisionsenheten följt upp direktupphandling<sup>17</sup> i syfte att granska om styrelsen säkerställer att den har kontroll över inköp och avtal samt om styrelsen säkerställt implementeringen av ny inköspolicy? Granskningen har bland andra nämnder och styrelser även omfattat styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset. [6]

#### *Analys, bedömning och slutsatser i granskningsrapport – utdrag ur rapport*

”Av genomförd granskning bedöms att regionstyrelsen och respektive nämnd/styrelse säkerställt att delegationsordningen i huvudsak följts gällande direktupphandling och tecknande av externa avtal med leverantörer. Regionstyrelsen har delvis säkerställt att den interna kontrollen av att inköspolicyn och riktlinjerna följs under den tid som har granskats. Regionstyrelsen har inte säkerställt att tillräckliga och tillförlitliga underlag och uppgifter kan tas fram för uppföljning och kontroll av genomförda upphandlingar fram till och med oktober 2018. Anledningen anges vara att systemplattformen byts ut och att det varit problem att få igång de nya rutinerna. Tillförlitlig inköpsstatistik kommer troligen att saknas året ut då systemstöd inte bedöms vara installerat under 2018.

Koncernkontorets bedömning av att ”förvaltningarna generellt har låg kunskap kring lagkrav kopplat till inköp och upphandling” medför risk för att bristfälliga eller felaktiga upphandlingar görs både avseende direktupphandlingar i intervallet 0–100 tkr samt för service och supportavtal som genomförs av förvaltningarna. Detta bör innebära återhållsamhet med att låta förvaltningar genomföra egna upphandlingar då risken för fel annars sannolikt är stor. Regionstyrelsen konstaterar i beslut RS 2018–00384 § 202 att de majoritetsägda bolagen ännu inte har infört inköspolicyn och att detta arbete nu behöver påbörjas. Enligt TU 2018-04-26 skall en plan för införandet tas fram i syfte att följa intentionerna i inköspolicyn. Vidare anges att oklarheter kring vad policyn innebär i praktiken för bolagen har diskuterats och det finns ett behov av förtydligande. En översyn av bolagens möjligheter att närma sig inköspolicyn bör göras och bland annat omfatta om tillgång till marknadsplatsen och Västra Götalandsregionens IT-miljö kan förbättra följsamheten gentemot inköspolicyn.

Med utgångspunkt i svaren på ställda revisionsfrågor och med beaktande av iakttagelser och bedömningar som redovisas ovan, är vår slutsats att regionstyrelsen delvis skapat förutsättningar som säkerställer införande och efterlevnad av den nya policyn för inköp men att det också finns brister som behöver hanteras.”

”Det finns fortsatt utmaningar avseende hanteringen av inköp och upphandlingar och dessa kan medföra risk för bristande intern styrning och kontroll avseende nämnders och styrelsers följsamhet till inköspolicyn.

Vår bedömning är att revisorskollegiet under 2019 fortsatt bör följa tillämpningen av inköspolicyn inom ramen för årlig granskning. Revisorskollegiet bör vid dialogmöte med regionstyrelsen framföra följande:

---

<sup>17</sup> Granskningsrapport uppföljning direktupphandling Diarienummer REV 2018–00140

- Regionstyrelsen bör säkerställa ett regelverk för service- och supportavtal som inte generellt undantar dessa från policyn till och med 2019-12-31 oavsett avtalens omfattning och pris.
- Regionstyrelsen bör snarast säkerställa att ett fungerande systemstöd för uppföljning av efterlevnad av den nya inköspolicyn finns.
- Regionstyrelsen bör säkerställa att upphandlingsrätt inte beviljas för förvaltningar där kunskaperna kring lagkrav kopplat till inköp och upphandling är så låga att risk för att bristfälliga eller felaktiga upphandlingar föreligger.
- Regionstyrelsen bör säkerställa att införandet av inköspolicyn hos de majoritetsägda bolagen genomförs och att oklarheter kring vad policyn innebär i praktiken för bolagen utreds och förtydligas.”

### Bedömning SU

I rapporten riktas ingen kritik mot styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Styrelsen bör fortsatt tillse och följa upp att inköspolicyn efterlevs. Revisionen kommer fortsatt följa upp efterlevnaden inom ramen för årlig grundläggande granskning.

### Rekommendationer

- *Ingen rekommendation lämnas.*

### Granskning B 6 Uppföljande granskning samverkan mellan kommunen och SU kring barn med behov av samordnade insatser

Göteborgs Stadsrevision och Västra Götalands revisionsenhet granskade "Samverkan mellan kommunen och regionen kring barn med behov av samordnade insatser", diarienummer REV-52-2015, rapport publicerad den 16 mars 2016. Granskade styrelser inom Västra Götalandsregionen var primärvårdsstyrelsen, styrelsen för beställd primärvård samt styrelsen för Sahlgrenska universitetssjukhuset. Revisionen rekommenderade på basen av granskningen att styrelsen för SU skulle säkerställa dokumentation och upprätta riktlinjer, se tabell nedan.

Rekommendation 2015	Styrelsens åtgärder och beslut
Att säkerställa att dokumentationen av arbetet med samordnade individuella planer följer gällande regelverk.	Styrelsen har beslutat om Handlingsplan till följd av rapport "Samverkan mellan kommunen och regionen kring barn med behov av samordnade insatser", REV 52-2015 (TU 2016-06-02 Dnr SU 2016-00991) Åtgärder och ansvar inskrivet i plan för intern kontroll. Uppföljning skall göras i delårsrapport och årsredovisning
Att utifrån de övergripande riktlinjerna, upprätta lokala rutiner för arbetet med samordnade individuella planer. Rutinerna bör omfatta en beskrivning av hur dokumentationen ska hanteras och förvaras	Rutin fastställd. Dokumentation från SIP-möte (samordnad individuell planering) skall förvaras i patientens journal. Detta innebär: samtyckesblankett, kallelse, mötesprotokoll, uppföljning av SIP med mera.



Uppföljande granskning under året<sup>18</sup> [7] finner att styrelsen har beslutat om åtgärder och fastställt rutin. Planen innehåller åtgärder som syftar till att förbättra det individuella omhändertagandet.

#### Bedömning:

Styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset arbetar med förbättringsåtgärder i enlighet med rekommendationer.

#### Rekommendationer

- *Ingen rekommendation lämnas.*

### C. Nämndens/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 särskilt resursplanering relaterat till målet god ekonomisk hushållning, bristande måluppfyllelse avseende tid till behandling på akuten.

#### Granskning C 1 Resursplanering organisatorisk effektivitet – styrning personalresurs.

Revisionsenheten har under året granskat om styrelsen har upprättat ett ändamålsenligt system för att styra personalresurs inom områden som uppvisar bristande tillgänglighet såsom ortopedi och operation. Inriktningen har varit att bedöma om styrelsens arbete varit tillräckligt för att uppfylla kraven på god ekonomisk hushållning. Granskningen som genomfördes som fördjupad granskning avgränsades till styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset samt styrelserna för Kungälv och Skaraborgs sjukhus<sup>19</sup> [8].

##### *Urklipp ur rapport Granskning av styrelsernas styrning av personalresurser:*

”I kommunallagen samt hälso- och sjukvårdslagen framgår att styrelsen ska ha en styrning som säkerställer att verksamheten bedrivs i enlighet med fullmäktiges beslutade mål och riktlinjer och de lagar och föreskrifter som gäller för verksamheten. Styrelsen ska även tillse att verksamheten är effektivt och ändamålsenligt organiserad. I reglementet för respektive sjukhusstyrelse framgår att det i styrelsens uppgifter ingår att svara för bemannings- och personalförsörjningsfrågor för samtliga personalkategorier på kort och lång sikt. Vidare framgår att styrelsen har hand om personalfrågor inklusive arbetsmiljöfrågor inom sitt verksamhetsområde. 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.”

”Granskningen visar att respektive styrelse får information om hur verksamheten utvecklas utifrån perspektiv som personal, produktion, ekonomi och tillgänglighet. Däremot bedömer vi att jämförelser med framförallt föregående år, exempelvis när det gäller antalet

---

<sup>18</sup> Uppföljande granskning samverkan mellan kommunen och SU kring barn med behov av samordnade insatser REV 2018–00138

<sup>19</sup> Granskning av styrelsernas styrning av personalresurser REV 2018–00096.

nettoårsarbetare samt hälso- och sjukvårdens produktion, gör att den mer långsiktiga trenden och utvecklingen riskerar att osynliggöras. Utifrån styrelseprotokollen är det svårt att utläsa att styrelserna aktivt efterfrågar eller analyserar varför utvecklingen ser ut som den gör inom flera perspektiv. Exempelvis hur det kommer sig att antalet nettoårsarbetare på varje sjukhus har ökat sedan 2014, medan de disponibla vårdplatserna minskar och tillgängligheten utifrån kraven i vårdgarantin försämras. Detta samtidigt som köp av tjänster från bemanningsföretag ökar, trots att samtliga styrelser under flera år angett att den inhyrda personalen ska minska. 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 hur styrelserna säkerställt att önskade effekter uppnåtts av uppgiftsväxling i organisationen visar granskningen att det som framförallt redovisas till styrelserna är exempel på vilka aktiviteter som genomförs för att stimulera arbetet med uppgiftsväxling och nya arbetssätt. Vi bedömer att det utifrån denna redovisning är svårt att få en samlad bild av vilken effekt arbetet med uppgiftsväxling har resulterat i ställt till utvecklingen av antalet nettoårsarbetare och personalsammansättningen.”

### Bedömning

”Vår sammanfattande slutsats, utifrån granskningens syfte och grunderna för ansvarsprövning, är att styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset, styrelsen för Kungälvssjukhus och Frölunda Specialistsjukhus<sup>20</sup> samt styrelsen för Skaraborgs Sjukhus inte har en tillräckligt ändamålsenlig styrning av personalresurserna.”

### Rekommendationer

”För att kunna följa upp och vidta eventuella åtgärder behöver respektive styrelse först efterfråga och analysera hur personalresurser och produktion utvecklas, för att därefter utforma den styrning som behövs. Vi bedömer att respektive styrelse 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.

*Utifrån granskningens resultat rekommenderar vi styrelserna för Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Kungälvssjukhus och Frölunda Specialistsjukhus samt Skaraborgs Sjukhus att:*

- utveckla och stärka styrning och analys av hur personalresurserna utvecklas i relation till den vård som produceras,
- klargöra vilken effekt 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 C 2 Akutkedjan – Sahlgrenska akuten – uppföljande granskning**

Under 2015 granskades akutvårdkedjan på Sahlgrenska varvid styrelsen rekommenderades att förbättra tillgängligheten på akuten REV 40 – 2015.

I årlig grundläggande granskning har denna granskning följts upp, dels avseende uppnådd målluppfyllelse för tid till behandling, dels avseende vidtagna förbättringsåtgärder och tillkommande satsningar.

---

<sup>20</sup> Vi har granskat Kungälvssjukhus.

I detaljbudget och verksamhetsplan för 2018 beskrivs tänkta och vidtagna insatser för att förbättra akutvårdkedjan.

*Ur Sus detaljbudget och verksamhetsplan 2018 Dnr SU 2017–04756*

”Under 2017 etablerades ett Akutvecklingscentrum, som stöd till arbetet med förbättrad tillgänglighet inom akutmottagningarna. I arbetet med hela akutvårdkedjan ligger också ett ansvar för alla verksamheter att bidra till ett snabbt och adekvat omhändertagande av akuta patienter.

Närakutmottagning etableras under hösten 2017 på Östra sjukhuset i samverkan mellan sjukhusvården och primärvården, som ett sätt att ta hand om patienter på rätt vårdnivå.

Aktiviteter för att nå målet:

- Fortsatt arbete med stöd av Akututvecklingscentrum t.ex.:
  - Streamteam
  - Nytt triagesystem
  - Fortsätta utbilda bedömningssjuksköterskor och akutläkare
  - Ny digital akutjournal
- Stärka samarbetet med andra vårdgivare
- Delta i pilotprojekt med Närakut på Östra sjukhuset
- Fortsatt arbete med regionalt traumacentrum”

Styrelsen följer upp akutsjukvårdens tillgänglighet genom fem mätetal:

Mätetal för att nå målet	Mål 2018	Utfall 2018	Utfall 2017
Andel pat med en genomloppstid på mindre än 4 timmar på akutmottagningen	75 %	65 %	62 %
Ande patienter som lämnar akuten inom 30 minuter efter beslut om inläggning	55 %	34 %	38 %
Andel prio 1-larm som nås av ambulans inom 20 minuter	90 %	91 %	84 %
Andel patienter som är nöjda med bemötandet vid akutbesöket	95 %	99 %	99 %
Andel akuta patienter som opereras inom fastställd tid	85 %	65 %	70 %

Vår granskning visar att åtgärder vidtagits och tillgängligheten på akuten förbättrats avseende genomloppstid. Tiden till bedömning av läkare och tiden för total vårdtid på akuten har kortats. Dock medför brist på tillgängliga vårdplatser att en andel får vänta alltför länge på akuten innan vidaretransport sker till vårdavdelning. Det medför en ökad patientsäkerhetsrisk. Andelen akuta patienter som opereras inom fastställd tid har minskat. Således har effektiviseringar gjorts vilket påverkar de patienter som inte har behov av ytterligare insatser, medan de som har behov av ytterligare insatser påverkas av bristande tillgänglighet till slutenvård och behandling. Styrelsen åtgärder för att bromsa kompetenstappet inom operations- och slutenvårdsverksamheten har inte varit tillräckliga eller gett effekt, vilket påverkar tillgängligheten till sjukhusets akutvård.

#### Rekommendationer

- *Nämnd/styrelse rekommenderas att fortsätta effektivisera akutvårdkedjan samt vidta ytterligare styråtgärder för förbättrad kompetensförsörjning.*

## D. Nämndens/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.

### **Granskning D1 Rapport om årsrapporten** - revision av årsrapporten för Sahlgrenska Universitetssjukhuset för räkenskapsåret 2018-01-01 – 2018-12-31.(Bilaga 3)

Vi (PwC) har utfört en revision av årsrapporten för Sahlgrenska Universitetssjukhuset för räkenskapsåret 2018-01-01 – 2018-12-31. [9]

*Vi har i allt väsentligt utfört revisionen enligt SKYREV:s vägledning för redovisningsrevision och enligt instruktioner från Västra Götalandsregionens revisionsverksamhet. SKYREV:s vägledning kräver att vi följer yrkesetiska krav samt planerar och utför revisionen för att uppnå rimlig säkerhet att årsrapporten inte innehåller väsentliga felaktigheter.*

En revision innefattar att genom olika åtgärder inhämta revisionsbevis om belopp och annan information i de finansiella rapporterna. Det sakkunniga biträdet väljer vilka åtgärder som ska utföras, bland annat genom att bedöma riskerna för väsentliga felaktigheter i de finansiella rapporterna, vare sig dessa beror på oegentligheter eller på fel. Vid denna riskbedömning beaktar det sakkunniga biträdet de delar av den interna kontrollen som är relevanta för hur nämnden upprättar årsrapporten för att ge en rättvisande bild i syfte att utforma granskningsåtgärder som är ändamålsenliga med hänsyn till omständigheterna, men inte i syfte att göra ett uttalande om effektiviteten i nämndens interna kontroll. En revision innefattar också en utvärdering av ändamålsenligheten i de redovisningsprinciper som har använts och av rimligheten i nämndens uppskattningar i redovisningen, liksom en utvärdering av den övergripande presentationen i årsrapporten.

Vi anser att de revisionsbevis vi har inhämtat är tillräckliga och ändamålsenliga som grund för våra uttalanden.

### Uttalande

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

### lakttagelser

Sahlgrenska Universitetssjukhus tillämpar inte, i likhet med övriga delar av regionen, komponentavskrivning. Det innebär att nämnden avviker från god redovisningssed som den kommer till uttryck i RKR 11. 4 Materiella anläggningstillgångar. Vi har noterat att regionen utrett frågan och tagit fram ett förslag på hur komponentavskrivning kommer att tillämpas framöver.

Styrelsen för Sahlgrenska universitetssjukhus har budgeterat ett resultat om 3,7 mnkr. I delårsrapporten angavs ett prognostiserat resultat om -193 mnkr. Slutligt utfall blev -210,7 mnkr, det vill säga ett budgetunderskott med drygt 214 mnkr. Sjukhuset har nu ett negativt eget kapital om 455 mnkr. Styrelsen för Sahlgrenska universitetssjukhus har i februari 2018 beslutat om en handlingsplan för att få verksamhet och ekonomi i balans 2018/2019.

I årsredovisningen anges att handlingsplanens effekter bedöms sammantaget uppgå till 360 mnkr. De åtgärder som hitintills haft mest effekt är en restriktiv anställningsprövning och anställningsstopp för vissa yrkeskategorier. Med denna översiktliga granskning kan vi inte uttala oss om hur realistiskt det är att sjukhuset får en ekonomi i balans 2019. Noteras skall att det budgeterade resultatet för 2019 uppgår till 3,7 mnkr (återställande av 2015 års underskott).

Moment som ej utförts i enlighet med revisionsverksamhetens revisionsinstruktioner och som därmed inte påverkat vårt uttalande:

- Årsrapport; Granskning av årsrapport avser endast de områden som revisionskontoret angett i revisionsinstruktioner.
- Skriftligt uttalande; Skriftliga uttalande från ledningen har inte begärts in.
- Granskning av måluppfyllelse kopplad till god ekonomisk hushållning utförs inte enligt SKYREV:s vägledning granskning av årsredovisning.

#### Rekommendationer

- *Ingen rekommendation lämnas*

## 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 nämnd/styrelse. Granskningen har genomförts utifrån revisionsenhetens granskningsprogram och i dialog med berörda verksamheter.

Utifrån vad som framkommit i årets granskning av styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset bedömer revisionsenheten att verksamheten i tillräcklig omfattning bedrivits ändamålsenligt, med god ekonomisk hushållning, rättvisande räkenskaper och med en tillräcklig intern kontroll. Av årsrapporten och övriga granskningsrapporter framgår på vilka grunder revisionsenheten gör sin bedömning. Revisionsenheten lämnar i årsrapporten och i övriga granskningsrapporter rekommendationer inom områden som styrelsen bör fokusera på under 2019 för att stärka ledning och styrning av verksamheten.

## Rapporter, underlag och bilagor

### Revisionsrapporter

- [1] Revisionsenheten, ”Medicinsk kvalitet skall öka REV 2018-00094,” Revisorskollegiet, Västra Götalandsregionen, 2019.
- [2] Revisionsenheten/KPMG, ”Granskning av IS/IT REV 2017-00119,” Revisorskollegiet, Västra Götalandsregionen, 2018.
- [3] Revisionsenheten/PwC, ”Fakturakontroll på Sahlgrenska Universitetssjukhuset REV 2018-00010,” Revisorskollegiet, Västra Götalandsregionen, 2018.
- [4] Revisionsenheten, ”Bisysslor uppföljning av granskning REV 2018-00146,” Revisorskollegiet, Västra Götalandsregionen, 2018.
- [5] Revisionsenheten, ”Uppföljning av granskning verksamhetsanpassad bemanning REV 2018-00151,” Revisorskollegiet, Västra Götalandsregionen, 2018.
- [6] Revisionsenheten, ”Granskningsrapport uppföljning direktupphandling Diarienummer REV 2018-00140,” Revisorskollegiet, Västra Götalandsregionen, 2018.
- [7] Revisionsenheten, ”Uppföljande granskning samverkan mellan kommunen och regionen kring barn med behov av samordnade insatser REV 2018-00138,” Revisorskollegiet, Västra Götalandsregionen, 2018.
- [8] Revisionsenheten, ”Granskning av styrelsernas styrning av personalresurser REV 2018-00096,” Revisorskollegiet, Västra Götalandsregionen, 2019.
- [9] Revisionsenheten/PwC, ”Rapport om årsrapporten REV 2018-00010,” Revisionsenheten, Västra Götalandsregionen, 2018.

### Bilagor

1. Lista övriga dokument och underlag
2. Revisionsenheten/PwC, ”Fakturakontroll på Sahlgrenska Universitetssjukhuset REV 2018-00010,” Revisorskollegiet, Västra Götalandsregionen, 2018
3. Revisionsenheten/PwC Rapport om årsrapporten - revision av årsrapporten för Sahlgrenska Universitetssjukhuset för räkenskapsåret 2018-01-01 – 2018-12-31