

Till
Regionfullmäktige i Västra Götalandsregionen

Revisionsberättelse för styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset år 2016

Vi, av fullmäktige utsedda revisorer har granskat styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhusets verksamhet under år 2016.

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 fullmäktige.

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

Granskningen har utförts enligt kommunallagen, god revisionsd 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.

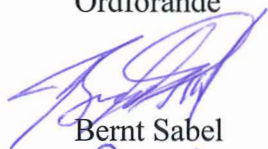
Vänersborg den 15 mars 2017



Birgitta Eriksson
Ordförande



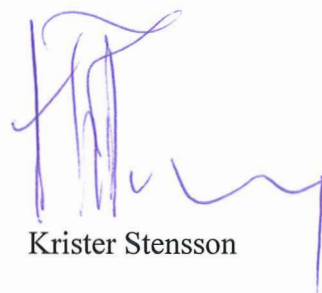
Ulf Sjösten
Vice ordförande



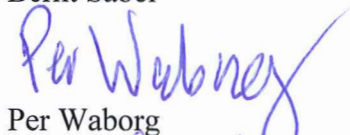
Bernt Sabel



Ulla Göthager



Krister Stensson



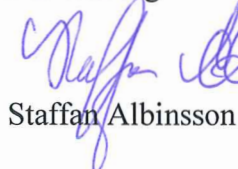
Per Waborg



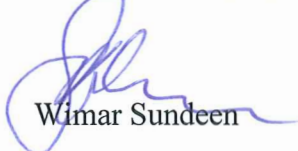
Bo-Lennart Bäcklund



Marie Engström Rosengren



Staffan Albinsson



Wimar Sundeen

Årsrapport
Sahlgrenska
Universitets-sjukhuset
2016

Diarienummer REV 2017-00024

Behandlad av revisorskollegiet den 15 mars 2017

Årets granskning av Sahlgrenska Universitetssjukhuset

1. Inriktning

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. Den årliga revisionen omfattar granskning och bedömning inom följande områden:

- Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat
- Intern kontroll
- Räkenskaper

2. Genomförd granskning

Revisionen har utförts enligt kommunallagen och enligt god revisionsledning för kommunal verksamhet. Revisionen har utgått från revisionsplanen som fastställts av revisorskollegiet samt från en granskningsplan avseende Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU). I granskningen har revisorerna biträttats av revisionsenheten. Därtill har räkenskaperna granskats av Deloitte AB.

Genomförd granskning leder till bedömningar och, i förekommande fall, rekommendationer till styrelsen. I denna årsrapport redovisas iakttagelser och revisionsenhetens bedömningar. Några av granskningarna avser fördjupade granskningar som resulterat i särskilda granskningsrapporter som behandlats av revisorskollegiet. I dessa fall redovisas bedömningarna som revisionens bedömning. De rekommendationer som lämnats i dessa fördjupade granskningar återfinns i respektive granskningsrapport och redovisas inte här.

Under året har följande granskning genomförts:

2.1 Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat

Granskningen av styrelsens årsredovisning 2016 utgör en del i den grundläggande granskningen. Granskningen syftar till att bedöma om styrelsen rapporterar enligt de anvisningar som koncernkontoret utfärdat samt om de resultat styrelsen redovisar för verksamhet och ekonomi överensstämmer med fullmäktiges beslut om budget, mål och uppdrag.

Iakttagelser

SU redovisar 2016 ett positivt resultat på -73,8 mnkr. Regionfullmäktige har beslutat om att godkänna ett resultat på -75 mnkr för året. Även om vårdintäkterna är högre än budget så är också kostnader för köpt vård, läkemedel och köp av material, varor och tjänster avsevärt högre än budget. SU har producerat vård med 2,4% över det ersättningstak man har. Värdet av den vården beräknar sjukhuset till 159 mnkr. Besöken till akutmottagningarna har fortsatt öka. SU redovisar i sin årsredovisning att man inte uppnår flertalet av de mål man själva satt upp. Det är svårt att utläsa om sjukhuset når de av regionfullmäktige beslutade målen. Någon bedömning av graden av måluppfyllelse görs inte. Av beskrivningarna framgår dock att det i vissa fall återstår mycket arbete innan målen uppnås. Det gäller särskilt tillgänglighet och väntetider till besök och behandlingar.

Bedömning

Revisionsenhetens bedömning är att SU i allt väsentligt har genomfört det uppdrag man har genom vårdöverenskommelser med hälso- och sjukvårdsnämnderna. Sjukhuset redovisar också ett ekonomiskt resultat som är i linje med regionfullmäktiges beslut. Sammantaget är bedömningen likväl att sjukhuset inte uppnår flera av de mål som regionfullmäktige satt upp. Inte heller sjukhusets egna mål uppnås. Bedömningen är att sjukhusets målarbete är fragmentariskt och att det saknas ett helhetsgrepp kring mål och strategier, vilket långsiktigt innebär en risk för att verksamheten bedrivs på ett ineffektivt vis. Sjukhuset arbetar systematiskt och strukturerat med sparåtgärder i syfte att uppnå en ekonomi i balans. Det kan dock ha fått allvarliga konsekvenser i verksamheten. Styrelsen bör tillse att en detaljerad konsekvensanalys görs som belyser de långsiktiga effekterna av beslutade sparåtgärder.

2.2 Sjukhusets målstyrning

I en stor och komplex verksamhet som SU är en effektiv målstyrning av vikt för att kunna styra verksamheten. Syftet med granskningen är att översiktligt belysa hur SU arbetar med mål i verksamhetsplanering samt uppföljning och analys av mål.

Iakttagelser

Granskningen visar att SU gör en detaljerad redovisning av såväl RF:s mål som sina egna mål i detaljbudgeten för 2016. I de delårsrapporter, månatliga avvikelserrapporter och i den årsredovisning som sjukhuset tar fram redovisas mål och aktiviteter i enlighet med Koncernkontorets anvisningar. Graden av måluppfyllelse vad gäller regionfullmäktiges mål framgår dock inte i alla delar. Även om målen följs upp löpande framgår inte ur styrelseprotokoll eller protokoll från ledningsgruppen hur målen sammantaget diskuteras och om åtgärder vidtas ifall mål inte uppnås.

Bedömning

Revisionsenhetens bedömning är att SU arbetar utifrån tydliga och konkreta måldokument. Kopplingen mellan SU:s egna måldokument och regionfullmäktiges budget är dock otydlig, även om det går att se samband mellan sjukhusets egna mål och regionfullmäktiges mål. Målstyrning handlar om fokus på ett fåtal viktiga frågor. Redovisningen av målarbetet i sjukhusets rapportering, såväl i delårsrapporter som sjukhusets avvikelserapporter, visar inte tydligt vad sjukhuset har fokus på. Intrycket är att det finns två parallella målsystem och att arbetet sker med målen i båda systemen och utan koordinering sinsemellan. Sjukhuset är långt ifrån att nå de måltal som satts upp för de egna målen. Sjukhuset är också långt ifrån att nå flera av de mål regionfullmäktige angivit i budget 2016. Bedömningen är att arbetet med mål kan utvecklas, såväl vad gäller analys av avvikelser mot måltal som åtgärdsplaner för att komma till rätta med avvikelser.

2.3 Sjukhusets arbete för att uppfylla vårdöverenskommelsen (VÖK)

Arbetet med VÖK med hälso- och sjukvårdsnämnder är omfattande och tidskrävande. Arbetet resulterar i en relativt detaljerad överenskommelse mellan parterna. Revisorerna har under senare år ifrågasatt betydelsen av VÖK:en för sjukhusens styrning och ledning. Syftet med granskningen är att belysa om en utveckling skett vad gäller SU:s uppföljning av VÖK 2016 samt av rapportering till hälso- och sjukvårdsnämnder (HSN).

Iakttagelser

VÖK:en mellan HSN och SU anger övergripande sjukhusets åtagande under verksamhetsåret. Uppföljning delår 1 av VÖK 2016 presenteras på HSN:s möten i juni 2016. Uppföljning delår 2 presenteras i slutet av november 2016. Rapporteringen är på en övergripande nivå och redovisar endast översiktligt resultat som uppnåtts kontra mål m.m. i VÖK.

Analys, bedömningar och förslag på åtgärder ifall mål inte uppnås och uppdrag inte genomförts saknas. Utöver dessa rapporter innebär redovisningen i SU:s delårsrapporter en viss information om hur sjukhuset uppfyllt VÖK. Vid några tillfällen under året har också särskild information lämnats till HSN i specifika frågor, såsom vårdplatssituationen, tillgänglighet och måluppfyllelse avseende psykiatri, tillgänglighet inom ögonsjukvården, utskrivningsklara patienter m.m.

Bedömning

Revisionsenhetens bedömning är att uppföljningsrapporten avseende VÖK 2016 endast i ringa grad bidrar till ökad kunskap om utvecklingen på SU. Regionens övriga rapportering och SU:s egen rapportering bedöms vara betydligt mer detaljerad och utförlig.

Bedömningen är vidare att rapporteringen inte är ändamålsenlig för att HSN under löpande år ska kunna påverka utvecklingen på SU. Det går inte av rapporterna att bedöma om SU uppfyllt kraven i VÖK annat än i vissa detaljer. Rapporteringen har knappast haft någon större effekt på verksamheten vid SU. Ansvaret för att ställa högre krav på rapporteringen ligger inte primärt på SU utan på HSN. SU bör dock verka för att uppföljning och rapportering av VÖK blir ändamålsenlig.

2.4 Sjukhusets arbete med regionfullmäktiges mål om att patientens ställning inom hälso- och sjukvården ska stärkas

I budget 2016 anges som ett prioriterat mål att patientens ställning inom hälso- och sjukvården ska stärkas. Syftet med granskningen är att belysa hur SU arbetar för att uppfylla målet.

Iakttagelser

SU anger i sin detaljbudget för 2016 en rad aktiviteter för att uppnå målet. Sjukhuset har under 2015 arbetat fram en värdegrund som utgår från patienten och har under 2015-2016 kommunicerat värdegrunden med sjukhusets verksamheter. Den kanske viktigaste och mest omfattande aktiviteten rör värdebaserad vård, där utvecklingsarbetet fortsatt under 2016. Allt fler patientgrupper omfattas nu av ett arbetssätt som i högre grad utgår från patienten och dennes behov.

Bedömning

Bedömningen är att det finns strukturerat arbete på SU för att uppnå målet om att patientens ställning inom hälso- och sjukvården ska stärkas, men att det är för tidigt att uttala sig om vilka effekter sjukhusets arbete med värdebaserad vård får.

2.5 Arbetet med sjukhusets övergripande mål om att vara landets ledande akutsjukhus

SU har angivit tre övergripande mål för verksamheten åren 2014-2016. Två av målen granskades 2015. Det tredje målet är "Att vara landets ledande akutsjukhus". Gransk-

ningen syftar till att belysa vilken uppföljning och analys som görs kopplat till målet om att bli landets ledande akutsjukhus samt vilka åtgärder som vidtas för att nå målet.

Iakttagelser

I SU:s verksamhetsplaner för åren 2014-2016 anges att SU ska vara landets ledande akutsjukhus som ett av tre prioriterade mål för sjukhuset. De prioriterade målen uppges gälla fram till 2018. SU anger att målet om att bli landets ledande akutsjukhus innebär att forskning, utbildning och utveckling i större utsträckning behöver utgå från patientens behov och bli sammanvävd med vården så att ny kunskap bättre ska kunna tas tillvara i vårdarbetet. Mål, strategier, aktiviteter och indikatorer har angivits för arbetet. En kortfattad rapportering av utfallet sker i delårsrapporten augusti samt i årsredovisning för 2016. I Dagens medicins rankinglista över landets bästa universitetssjukhus, publicerad i januari 2017, hamnar SU på sjunde och sista plats bland landets universitetssjukhus.

Bedömning

Bedömningen är att SU arbetar med viktiga aktiviteter för att utveckla sjukhuset till att bli landets ledande akutsjukhus. Inte minst gäller det arbetet med BOIC. Likväl är det otydligt hur sjukhuset strategiskt arbetar för att uppnå det prioriterade målet om att bli landets ledande akutsjukhus. Bland strategierna finns att ta ansvar för ett sammanhållet vårdssystem och utveckla nätverkssamarbete med flera aktörer. Det är stora problemområden i Göteborgssjukvården idag. Bedömningen är att arbetet är fragmentariskt och att det saknas ett helhetsgrepp vad gäller det prioriterade målet. Det saknas också analyser av hur arbetet framskrider.

2.6 Sjukhusets arbete med Framtidens vårdavdelning

SU har stora förhoppningar på att ett breddinförande av "Framtidens vårdavdelning" ska ge kvalitetsvinster och innebära besparingar. "Framtidens vårdavdelning" är en viktig komponent i det åtgärdsprogram sjukhuset lagt fram. Granskningen syftar till att belysa det utvecklingsarbete som bedrivits med särskilt fokus på uppföljning, analys och rapportering.

Iakttagelser

Projektet startade 2012 och har etablerat en klinisk verksamhet inom område kirurgi på SU/Östra (avdelning 349A). Avdelningen har 14 vårdplatser inom kolorektal kirurgi. Verksamheten startade upp under oktober 2014. För att uppnå syftet med projektet utvecklades ett mer patientcentrerat arbetssätt. Arbetet ska ske "smartare", med en mer effektiv arbetsfördelning med rätt kompetens på rätt plats. Även nya yrkeskategoriers kompetens tas tillvara. Avdelningen fungerar i mångt och mycket som en utvecklings-/innovationsavdelning. Av resultatrapporteringen att döma har goda resultat uppnåtts i projektet. Sjukhusledningen har tagit beslut om att i ett utvecklat pilotprojekt sprida utvalda delar av de nya arbetssätten till andra avdelningar på SU. Arbetet med införande på sjukhuset rapporteras gå trögt.

Bedömning

Revisionsenhetens bedömning är att projektet uppvisar så goda resultat ur flera olika perspektiv att det bör vara angeläget för SU att tillse att de nya arbetssätten sprids mer systematiskt till andra vårdavdelningar på sjukhuset. Det finns skäl för sjukhuset att mer i detalj kartlägga orsakerna till att motstånd till förändringar tycks finnas och analysera om det finns någon grund ur ett patientperspektiv eller ur ett ekonomiskt perspektiv för detta motstånd. För att säkerställa att rätt insatser görs bör sjukhuset mer i detalj utvärdera det

arbete som bedrivits på avdelning 349A. På SU pågår ett omfattande utvecklingsarbete, där arbetet med Framtidens vårdavdelning är en liten avgränsad del, som riskerar att hamna i bakgrunden för andra större utvecklingsarbeten. Det finns anledning för styrelse och ledning att ha större fokus på koordinering av alla utvecklingsaktiviteter.

2.7 Sjukhusets samverkan med Göteborgs kommun kring barn med behov av samordnade insatser

Stadsrevisionen i Göteborg och Västra Götalandsregionens revisorer har tillsammans i en fördjupad granskning ("Granskning av samverkan mellan kommunen och regionen kring barn med behov av samordnade insatser", Dnr: Rev 52-2015) granskat samverkan kring barn med behov av samordnade insatser. Syftet med granskningen har varit att bedöma om det finns en ändamålsenlig samverkan, i enlighet med gällande regelverk, för de barn som bedömts ha behov av samordnade insatser.

Iakttagelser

Vid granskningen av samordnade individuella planer, samtyckesblanketter och kallelser var det svårt att få fram dokumentation. Flera av de intervjuade har uppgett att det inte finns något enkelt sätt att få en överblick över hur många barn som har en SIP i respektive stadsdels verksamheter. Inom regionens verksamheter så finns det möjlighet att, i det IT-stöd som används inom barn- och ungdomspsykiatri, klassificera SIP med särskilda koder. Detta möjliggör en utsortering och överblick över vilka barn som har en sådan. Definitionen av vad som är en SIP tycks variera. Det råder oklarheter kring hantering och förvaring av dokumentationen kring SIP.

Bedömning

Inom ramen för Västbus-samarbetet har regionen och kommunerna kommit överens om hur samverkan ska ske och hur den ska dokumenteras. Revisionens bedömning är att styrningen och uppföljningen av rekommenderade arbetssätt och användningen av mallar generellt sett behöver stärkas. Detta för att säkerställa att lagstiftning och gällande riktlinjer följs samt att samverkan är ändamålsenlig så att det säkerställs att barnets behov av stöd tillgodoses och att barnets mening tas tillvara. En SIP kan inte ersättas av respektive verksamhets journalanteckningar eller egna planer, utan är ett centralt gemensamt dokument för samordningen av insatser för barnet. Granskningen visar att det saknas en struktur för hantering och förvaring av dokumentationen. Bedömningen att samverkan inte fullt ut sker i enlighet med gällande regelverk. Det finns risk för att den samverkan som sker mellan huvudmännen kring barn med behov av samordnade insatser inte är ändamålsenlig.

2.8 Jämlik cancervård – professionernas styrning

Cancersjukvården är en komplex och omfattande verksamhet med flera vårdgivare med olika lokalisering och styrning. EY har på uppdrag av regionens revisorer genomfört en fördjupad granskning av cancervården ("Granskning av jämlik cancervård – professionens styrning", Dnr: Rev 14-2016). Granskningen syftar bland annat till att bedöma om sjukhusstyrelserna har säkerställt att fastställda vårdprogram och riktlinjer efterlevs.

Iakttagelser

Tjänstemän i regionledningen och politiker har begränsat inflytande över den medicinska professionsutövningen. Den politiska styrningen skapar dock förutsättningar för professionsstyrningen genom att bl.a. fördela resurser till olika verksamheter. Den styrning som

utövas av professionen handlar om kunskapsstyrning och syftet är att åstadkomma en evidensbaserad praktik i hälso- och sjukvården. I cancervården handlar det om vårdprogram, vårdförlopp, kvalitetsregister samt kliniska och epidemiologiska studier. Införandet av standardiserade vårdförlopp inom cancervården innebär att styrning från politik, tjänstemannaledning och profession i stora delar integreras. Vårdförloppen är framtagna av professionen men sanktionerade och beslutade av politiken. Införandet påverkar även förvaltningen då cancervården får en tydligare prioritering än tidigare.

Bedömning

Revisionens bedömning är att den övergripande styrningen av cancervården är väl utvecklad i ett flertal avseenden. Professionsstyrningen, d.v.s. den medicinska styrningen bedöms vara väl organiserad med processägare och processledare. I de fall cancervården brister eller kommer att uppvisa brister så kommer det att bli synligt i den struktur som byggts upp. Det gäller även behov av eventuella förändringar i utbudsstrukturen. Strukturen bedöms även vara ändamålsenlig för att efterlevnaden av nationella riktlinjer blir god. På operativ nivå är bedömningen att avsevärda förbättringar för cancerpatienterna har skett i samband med införandet av de standardiserade vårdförloppen. Det finns dock brister. Vid SU noteras särskilt bristande tillgänglighet till datortomografisk diagnostik för lungcancerpatienter samt till avancerade urinblåseoperationer (cystectomi) samt långa ledtider i vissa delar av de standardiserade vårdförloppen.

2.9 Bisysslor

Revisorerna har inom ramen för årlig granskning av nämnder och styrelser noterat att regionen under senare år tecknat ett flertal vårdavtal med regionexterna vårdgivare, ofta vårdbolag, i syfte att förbättra tillgängligheten till hälso- och sjukvård. Risk finns att läkare anställda vid SU arbetar i dessa bolag utan godkänd bisyssla. KPMG har på uppdrag av regionens revisorer genomfört en fördjupad granskning av följsamheten till regionens regelverk vad gäller bisysslor ("Granskning av bisysslor i Västra Götalandsregionen", Dnr: Rev 41-2016).

Iakttagelser

Granskningen visar att regionens riktlinjer för att hantera bisysslor är tydlig och väl känd inom organisationen. De rutiner som används följer regionens riktlinjer. SU har därutöver preciserat rutiner för hanteringen av bisysslor. Det finns dock tydliga brister i tillämpningen av riktlinjerna då endast några få identifierade bisysslor har varit anmälda, godkända och diarieförda. Alla chefer följer inte kontinuerligt upp förekomsten av bisysslor vid utvecklingssamtal. Det finns kontroller, men dessa kontroller sker med stora intervall.

Bedömning

Revisionens bedömning är att sjukhuset behöver skärpa upp uppföljningen av bisysslor vid de årliga utvecklingssamtalen. De kontroller som sker bör mer systematiskt formaliseras och dokumenteras. Sjukhuset bör också arbeta för att identifiera ytterligare åtgärder som ökar kännedomen om vilka rättigheter och skyldigheter man har som medarbetare gällande bisysslor.

2.10 Sjukhusets analyser i samband med rapportering

Revisionen har vid granskning av delårsrapporter och årsredovisning under 2015 noterat att verksamheter redovisar stora avvikelser mot uppsatta mål vad gäller ekonomi, tillgänglighet, vårdkvalitet m.m. I rapportering till nämnder och styrelser saknas ofta information som klargör orsakerna till avvikelser, analytiska kommentarer och konsekvensbeskrivningar. Revisorskollegiet har i en fördjupad granskning ("Granskning av nämnders och styrelser analyser i samband med rapportering till RS/RF", Dnr: Rev 26-2016) granskat arbetet med analyser.

Iakttagelser

I granskningen har en genomgång gjorts av styrande dokument samt nämnders och styrelser rapportering. Representanter i förvaltningsledningar samt ansvariga för analyser och rapporter har intervjuats. Granskningen visar att det finns en struktur för arbetet med analyser och rapportering och att åtgärder vidtas för att utveckla arbetssätten. Det finns också en ambition att utveckla analyserna, inte minst på Koncernkontoret och inom de större förvaltningarna. Granskningen visar dock att det finns en del brister. Det saknas i hög grad trendanalyser där utvecklingen över en längre tidsperiod analyseras. Granskningen visar också att det bara delvis görs utvärderingar och "analyser av analyser"

Bedömning

Revisionens bedömning är att Koncernkontorets riktlinjer och anvisningar för uppföljning och rapportering inte är helt tydliga. Så som de är utformade finns risk för att rapporteringen från nämnder och styrelser saknar analyser och slutsatser som kan vara väsentliga som underlag för ändamålsenliga beslut vad gäller åtgärder m.m. Analyserna bör leda till bedömningar av framtidsutsikterna. Beslutsunderlag riskerar därmed att vara ofullständiga, vilket i sin tur riskerar att leda till beslut om åtgärder som inte är ändamålsenliga och effektiva på längre sikt. Bedömningen är vidare att utvärdering och kvalitetssäkring av analysarbete kan utvecklas i nämnders och styrelser arbete med intern styrning och kontroll. Ett viktigt led i det är att säkerställa att indata håller hög kvalitet. Bedömningen är också att en större tyngd bör läggas på årets första delårsrapport då det fortfarande finns tid att åtgärda eventuella avvikelser så att nämnder och styrelser kan uppfylla regionfullmäktiges mål och genomföra de uppdrag fullmäktige gett dem.

2.11 Sjukhusets kostnadskontroll

SU:s ekonomi har successivt försämrats under perioden 2012 – 2015. Granskning 2015 fokuserade på sjukhusets analyser avseende kostnadsutvecklingen samt på vilka åtgärder sjukhuset vidtog för att åter få kostnadskontroll. Med tanke på att åtgärdsplanerna inte fick full effekt under 2015 har det funnits skäl att granska det fortsatta arbetet med kostnadskontroll under 2016.

Iakttagelser

SU har utfärdat en relativt detaljerad anvisning för uppföljning, analys och rapportering avseende verksamhet och ekonomi. SU tar fram månatliga rapporter rörande verksamhetens utveckling och den ekonomiska utvecklingen. De delårsrapporter som lämnas till regionstyrelsen per mars och augusti är relativt fylliga och detaljerade och innehåller beskrivningar och analyser av utvecklingen. Även de rapporter som tas fram övriga månader, de s.k. avvikelserrapporterna, är relativt detaljerade. Samtliga rapporter behandlas i sjukhusets styrelse. Med anledning av svårigheterna att nå en ekonomi i balans tog

styrelsen beslut om ett mer omfattande åtgärdsprogram med mer än 200 konkreta åtgärder. Ca 80% av planerade åtgärder redovisas ha fått effekt under året.

Bedömning

Revisionsenheten bedömning är att sjukhuset arbetar systematiskt och strukturerat med sparåtgärder i syfte att uppnå en ekonomi i balans. Det har dock blivit allt svårare att nå ekonomisk balans. Inte heller verksamheten är i balans. Under året rapporteras om fortsatt stora problem vad gäller tillgängligheten till besök och behandlingar. Problemen inom akutsjukvården har ökat ytterligare jämfört med 2016. Antalet disponibla vårdplatser har minskat vilket medfört fler överbeläggningar och längre väntetider för patienter på akutmottagningarna att få vårdplats. Sannolikt har en del av de av styrelsen fattade besluten om åtgärder haft negativa effekter på verksamheten, som kan ha skapat problem som på sikt ökar kostnaderna. Styrelsen bör tillse att en detaljerad konsekvensanalys görs som belyser de långsiktiga effekterna av beslutade sparåtgärder.

2.12 Sjukhusets arbete med produktivitet och effektivitet

SU:s utvecklingsarbete under senare år har bland annat haft som mål att utveckla sjukhusets produktivitet och effektivitet. I sjukhusets budget 2016 betonas att detta arbete fortsätter. Syftet med granskningen är att belysa vilka åtgärder sjukhuset vidtar för att utveckla produktivitet och effektivitet och utifrån det bedöma om sjukhuset har en god ekonomisk hushållning.

Iakttagelser

I SU:s verksamhetsplan och detaljbudget för 2016 anges ett flertal åtgärder för att öka produktiviteten och effektiviteten. Arbetet med värdebaserad vård har som mål att öka både kvalitet och produktivitet. SU:s arbete med produktionsplanering är också en viktig del i insatserna för att öka produktiviteten. Åtgärderna för att öka effektivitet och produktivitet handlar om att genomföra förändringar för att skapa bättre flöde, förbättringar vad gäller operationsplanering, att dela på akut och elektivt flöde, skapa ett operationsråd för det akuta flödet m.m. SU gör ingen bedömning av produktivitetsutvecklingen 2016, vilket gör att det inte går att bedöma om produktiviteten ökat eller inte.

Bedömning

Revisionsenhetens bedömning är att sjukhuset arbetar aktivt för att effektivisera verksamheten och öka produktiviteten. Inom framförallt akutsjukvården kvarstår dock stora problem. Det finns risk för bristande vårdkvalitet och patientsäkerhet. Sjukhusets delårsrapporter och årsredovisning skulle vinna på att produktivetsbedömningen redovisas och analyseras. Med tanke på att sjukhuset betonat vikten av ökad effektivitet och produktivitet bör utvecklingen följas upp löpande. Bedömningen är att sjukhuset inte har en verksamhet i balans och att det därmed finns risk för bristande ekonomisk hushållning.

2.13 Direktupphandling

Den 1 juli 2014 trädde nya LOU-regler ikraft gällande direktupphandling. Beslut har fattats om tillägg till gällande riktlinjer för tillämpning av inköspolicyn med avseende på direktupphandling. I en fördjupad granskning ("Granskning av direktupphandling", Dnr: Rev 72-2015) belyses hur dessa har implementerats i förvaltningar. Ansvarsgrunden i denna granskning är risken för bristande styrning, ledning, uppföljning och kontroll.

Iakttagelser

I delegeringsordning för SU fastställs vad som gäller för att träffa avtal med externa intressenter om inköp av varor och tjänster när det inte är en uppgift för Koncerninköp och när regionala avtal saknas. Den nya riktlinjen för direktupphandling har kommunicerats till verksamheterna. SU har en inköpsstrategi och ekonomer som också är inköpscontrollers inom respektive område. Kontroll av att regler för att direktupphandling/upphandling görs i enlighet med riktlinjer och inköpsprocess sker på flera sätt. I SU:s plan för internkontroll finns inga kontrollmoment riktade mot inköpsprocessen. Under den granskade perioden har sjukhusstyrelsen inte behandlat inköpsprocess eller inköbspolicy.

Bedömning

Revisionens bedömning är att riktlinjerna för direktupphandling inte följs i önskad utsträckning och att de inte implementerats av sjukhusets styrelse på föreskrivet sätt. Det finns risk för att det är väsentliga inköpsvolymerna som inte hanteras på ett processmässigt professionellt sätt. Det är därför väsentligt att styrelsen säkerställer rutiner och resurser för att implementera riktlinjerna för direktupphandling fullt ut. Bedömningen är också att styrelsen har behov av att säkerställa att delegeringsordningen är förstådd och förankrad i organisationen avseende direktupphandling, så att konflikter med inköbspolicy och vem som ska teckna avtal undviks och att risk för eventuella överträdelser mot delegeringsordningen inom den egna organisationen elimineras. Det finns också ett behov att skärpa den interna kontrollen.

2.14 Ändamålsenligheten i investeringsprocessen

Regionen fastställer årligen en 3-årig investeringsplan. För att investeringsprocessen ska vara ändamålsenlig och effektiv krävs en prioriteringsprocess på koncernnivå ur ett långsiktigt perspektiv. En fördjupad granskning ("Granskning av ändamålsenligheten i regionens investeringsprocess", Dnr: Rev 54-2016) belyser detta. Granskningens syfte är att bedöma om nämnders/styrelser och regionens investeringsprocesser för fastigheter respektive utrustning är ändamålsenliga. Vad gäller SU har investeringen i Bild- och interventionscentrum (BOIC) granskats.

Iakttagelser

Investeringsprocessen utgår från ett nedifrånperspektiv där nämnderna presenterar sina förslag baserat på hur de vill utveckla sin verksamhet. De ekonomiska konsekvenserna ska vara tydligt beskrivna och förslagen ska ligga i linje med regionens planer. Utvecklingen av vården sker i snabb takt och SU har sett investeringen i BOIC nödvändig för att följa med i den medicinska utvecklingen och vara ledande inom forskningen. SU har gjort en bedömning av driftkostnaderna för den nya byggnaden vid full verksamhet. Koncernkontoret har gjort en lägre bedömning med hänvisning till att SU inte ska kompenseras för kostnader som hänförs till verksamhet som flyttats från andra delar av sjukhuset.

Bedömning

Revisionens bedömning är att investeringsbeslut fattas utan långsiktiga perspektiv och utan säkerställda kalkyler. Kostnaderna för investeringarna fördelas på framtida generationer och det är otillfredsställande att beslutsfattarna inte kan bedöma den ekonomiska påverkan. Styrelsen för SU bör vid stora investeringar utvärdera fler investeringsalternativ samt att utveckla ekonomiska kalkyler vad gäller beräkning av tillkommande kostnader och ange hur mycket av dessa som kan egenfinansieras och hur mycket som kräver regional

finansiering. Vad gäller BOIC så bedöms det ligga väl i linje med regionens beslut om att koncentrera viss vård. Projektarbetet bedöms ha bedrivits på ett systematiskt sätt som så här långt resulterat i att projektet bedrivits utifrån uppsatta projektmål och tidplaner.

2.15 Styrning och ledning i nämnder och styrelser – delstudie 2

Nämnd/styrelse ska upprätta ett väl fungerande styrsystem som inkorporerar lagstiftning och författning, regionfullmäktiges styrdokument, visioner och policyer samt överenskommelser. Nämnd/styrelse ska vidare säkerställa att styrsystemet efterlevs i verksamheten samt att styrsystemet är effektivt och uppnår avsedda effekter. I delstudie 1 som genomfördes under 2015 konstaterades vissa brister när det gällde det styrsystem som SU upprättat. I en fördjupad granskning ("Styrning och ledning i nämnder och styrelser – delstudie 2", Dnr: Rev 34-2015) görs en bedömning av om nämnd/styrelse, samt regionstyrelsen via uppsiktsplikten, har säkerställt att nämnd/styrelsens styrsystem efterlevs i verksamheten.

Iakttagelser

SU:s styrelse har fattat beslut om plan för intern styrning och kontroll. Den anger övergripande hur den interna kontrollen ska utövas. Planen är inriktad på riskhantering. Den består huvudsakligen av att utsedda funktioner ska upprätta planer inom ett stort antal riskområden. Kontrollmomenten är inriktade på att kontrollera om det finns en utformning av styrning inom ett område. Den kontroll som rapporteras till styrelsen utgörs av en kontroll om det finns planer eller inte. Vid stickprov visar det sig att kontroller inom flertalet områden genomförts och rapporterats. Patientsäkerhetsfrågor och frågor som rör ekonomi/kostnadskontroll har avrapporterats löpande, medan uppföljning av en del policys och riktlinjer inte har avrapporterats till styrelsen. Styrelsen har inte vidtagit några särskilda åtgärder med anledning av rapportering utifrån internkontrollplanen. Vad gäller ekonomi och kostnadskontroll har beslut om åtgärder fattats.

Bedömning

Revisorernas bedömning är, när uppföljning och kontroller granskas sammantaget, att styrelsen inte säkerställt att styrsystemet efterlevs när det gäller inköspolicyn, representationspolicyn och policy för handikappfrågor/mänskliga rättigheter och i viss mån även när det gäller patientlagen. Det följer först och främst av att organisation och processer för den interna kontrollen, huvudsakligen beskrivna i den nuvarande internkontrollplanen, varit utformade på ett sätt som inte ger förutsättningar för kontrollinformation med en tillräckligt god kvalitet. Kvaliteten har inte varit tillräcklig för att denna information vid behov skulle kunna ha legat till grund för styråtgärder som säkerställer att styrsystemet efterlevs och att styrelsen i dessa avseenden ska kunna ta ansvar för verksamheten.

2.16 Granskning av intern kontroll

Styrelser och nämnder har ett ansvar för att tillse att verksamheten bedrivs med en tillräcklig intern kontroll. Detta regleras i kommunallagen 6 kap 7 § som beskriver nämndernas ansvar för verksamheten.

Iakttagelser

Granskningen av SU:s arbete med intern styrning och kontroll har utgått från COSO-modellens fem komponenter: Kontrollmiljö, Riskanalys, Kontrollaktiviteter, Information och kommunikation samt Uppföljning. Granskningen visar att SU har utgått från regionens övergripande policys och riktlinjer för intern styrning och kontroll i arbetet med att ta fram

en internkontrollplan. Ett system vad gäller uppföljning och rapportering av kontrollmoment har fastslagits. Systemet är integrerat med styrnings- och ledningsprocesser såtillvida att kontrollmomenten är integrerade till övrig planering, uppföljning etc. Internkontrollplanen är framtagen på en övergripande nivå av förvaltningen.

Bedömning

Revisionsenhetens bedömning är att systemet för intern kontroll är systematiskt uppbyggd och har förutsättningar att säkerställa att verksamheten bedrivs på ett ändamålsenligt sätt, men att det behöver kompletteras i vissa delar, se ”Bedömning” under avsnitt 2.14. Sjukhuset har en utvecklad planering, uppföljning och rapportering som ger goda förutsättningar för styrelsen att få en god bild av verksamhetens utveckling och de avvikelser mot budget, plan och beslut som eventuellt uppstår. Mer detaljerade kontroller bör dock göras så att styrelsen säkerställer att man har en god intern kontroll.

3. Granskning av räkenskaper

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

Vid granskningen noteras att sjukhusets egna kapital är negativt per 2016-12-31. Sjukhuset tillämpar per 2016-12-31 inte komponentavskrivning på materiella anläggningstillgångar. Någon beräkning av en eventuell effekt av övergång till komponentavskrivning på materiella anläggningstillgångar har inte skett. Enheten följer de riktlinjer som regionen tagit fram för komponentavskrivningar. Förutom ovanstående områden har det inte framkommit något som tyder på några väsentliga avvikelser:

- Årsbokslutet visar en rättvisande bild av enhetens resultat och ställning
- Årsredovisningen och den löpande redovisningen uppfyller i allt väsentligt kraven enligt den kommunala redovisningslagen och regionstyrelsens anvisningar
- Oförändrade redovisningsprinciper har tillämpats

Deloitte AB har av revisionsenheten fått i uppdrag att granska nämndernas/styrelsernas hantering av anläggningstillgångar. Utifrån granskning konstateras att SU efterlever många av de rutiner som finns för att säkerställa en korrekt redovisning av anläggningstillgångar. Det konstateras dock att man inte gör någon nedskrivningsprövning på sina anläggningstillgångar, att man inte märker samtliga anläggningstillgångar samt att det inte finns någon central styrning och rutin för inventering av anläggningstillgångarna. Slutsats av granskningen är att SU inte fullt ut säkerställer att anläggningstillgångar hanteras på ett korrekt sätt i redovisningen.