

Till
Regionfullmäktige i Västra Götalandsregionen

Revisionsberättelse för styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus år 2016

Vi, av fullmäktige utsedda revisorer har granskat styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus verksamhet under år 2016.

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

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

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

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

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

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

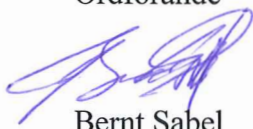
Vänersborg den 15 mars 2017



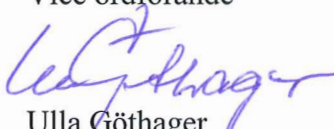
Birgitta Eriksson
Ordförande



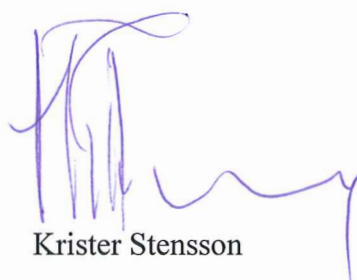
Ulf Sjösten
Vice ordförande



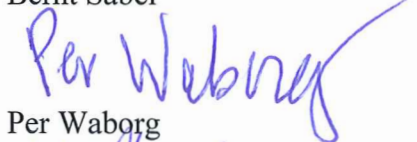
Bernt Sabel



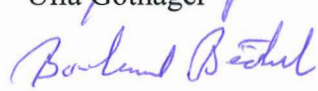
Ulla Göthager



Krister Stensson



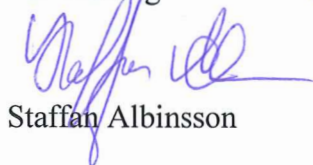
Per Waborg



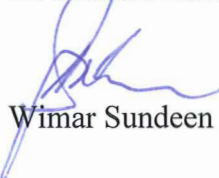
Bo-Lennart Bäcklund



Marie Engström Rosengren



Staffan Albinsson



Wimar Sundeen

Årsrapport SÄS 2016

Diarienummer REV 2017-00025

Behandlad av revisorskollegiet den 15 mars 2017

Årets granskning av SÄS

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 styrning och kontroll
- Räkenskaper

2. Genomförd granskning

Revisionen har utförts enligt kommunallagen och enligt god revisionssed för kommunal verksamhet. Revisionen har utgått från revisionsplanen som fastställts av revisorskollegiet samt från en granskningsplan avseende SÄS. I granskningen har revisorerna biträtt av revisionsenheten. Granskningen har genomförts av Ulf Aronsson vid revisionsenheten. Därtill har räkenskaperna granskats av Deloitte.

2.1 Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat

Från sammanfattning i SÄS ÅR 2016:

Vårdbegäran har ökat inom ett flertal specialiteter under 2016. Besöken på de somatiska akutmottagningarna har ökat med 4,8 procent jämfört med föregående år. Samtidigt har även antalet slutenvårdstillfällen och vård dagar ökat med 1,9 respektive 1 procent. I förhållande till den av södra hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) beställda vården har Södra Älvsborgs Sjukhus (SÄS) producerat 4,4 procent över budget, motsvarande 40 mnkr. Som kompensation har SÄS av HSN erhållit 20 mnkr.

SÄS har under året bedrivit ett brett och systematiskt arbete för att öka tillgängligheten till förstabesök i öppenvården inom alla specialiteter. Det har gett effekt på ett flertal mottagningar trots att antalet inkommande remisser ökat med 7,9 procent inklusive ökat uppdrag inom hudsjukvård.

Tillgänglighet till första besök och efterföljande besök har förbättrats under 2016. Måluppfyllelse för vårdgaranti behandling ligger på samma nivå som 2015. Inom barn- och ungdomspsykiatri har tillgängligheten förbättrats med cirka 25 procentenheter. Den totala vistelsetiden (TVT) på akutmottagningen minskar men inte i samma takt med målsättningen (70 % < 4 h i december 2016). Uthålligt arbete pågår samtidigt som allt fler patienter söker vård på akutmottagningen.

SÄS har 2016 en något lägre sjukfrånvaro än 2014 och 2015. Ett uthålligt engagemang hos första linjens chefer genom olika aktiviteter har varit mycket betydelsefullt. Arbetet fortsätter under 2017.

Det ekonomiska åtgärdsprogrammet för 2016 har inte haft full effekt i förhållande till planen vilket har medfört en fortsatt ansträngd ekonomisk situation. Det ökade söktrycket - tillsammans med inte fullt ut genomförda åtgärder - har inneburit att det av regionfullmäktige godkända resultatet på minus 25 mnkr inte har kunnat nås. En kassation av fuktskadat sterilt sjukvårdsmaterial har påverkat resultatet negativt med 10 mnkr. Resultatet för 2016 blev minus 64,7 mnkr.

Kvalitet och patientsäkerhet; uppnådda resultat för ettårsperioden t.o.m. kvartal tre 2016 ger en måluppfyllelse i Kvartalen på 13 av 19 områden (gröna). Under året har det skapats en egen, mera täckande kvalitetsuppföljningsmodell än Kvartalen på SÄS. Även ett nytt och uppskattat arbetssätt med systematiska kvalitetsdialoger på alla verksamheter har införts under 2016.

En mer detaljerad uppföljning av verksamheten återfinns i bilaga *Uppföljning mål och fokusområden 2016 – SÄS, bilaga 1*

Revisionens bedömning av måluppfyllelse:

Vad gäller måluppfyllelse avseende ekonomi, hänvisas till *NF Ekonomi i balans 2016, bilaga 2*. Den sammanfattande bedömningen i denna är att SÄS styrelse, trots redovisat negativt resultat 2016, väsentligen har bedrivit sin styrning mot ekonomi i balans på ett ändamålsenligt och tillfredsställande vis i enlighet med de av regionfullmäktige beslutade målen. Följande konstateras:

- Att åtgärdsplanerna för 2016 inte var realistiska och tillräckliga för att uppfylla RF-mål
- Att styrelsen fått frekvent och detaljerad rapportering varje månad under året
- Att styrelsen har fattat tillräckligt kraftfulla beslut under året - utifrån den vid de tidpunkterna tillgängliga informationen
- Att byte av nyckelpersoner i förvaltningsledningen kan ha haft effekt på informationskvaliteten i styrningen och uppföljningen av åtgärder
- Att åtgärdsplanerna som sådana förefaller ha haft en begränsad påverkan på vårdkvalitet och patientsäkerhet
- Att kvarstående obalans i ekonomin om 49 mkr arbetats in i budgeten på verksamhetsnivå, vilket därmed utgör den konkreta nedbrutna åtgärds-/ effektiviseringsplanen för 2017 som också fastställts av styrelsen december 2016

Årets granskning bekräftar i all väsentlighet informationen om verksamheten i ÅR inklusive måluppfyllelse.

2.2 Patienterna ska erbjudas vård inom garantitiderna

Syfte/ Revisionsrisk	Att styrelsen inte uppnår de lagstadgade nivåerna eller de fastställda av RF. Granskningen har fokuserat på uppföljning av analyser, beslut och löpande resultat. Risker har behandlats på samtliga möten med förvaltningsledningen, fördjupad diskussion med chefsläkare och processchef samt arbetsmöte med SÄS presidium.
Iakttagelse	Som framgår av uppföljning av RF mål och fokusområden och kommentarer i ÅR realiserades som väntat risken, se bilaga 1. Granskningen visar dock på ett stort fokus på tillgängligheten inom SÄS och det kan konstateras att verksamheter med större problem är Lungmedicin, Neurologi och Ögon. Tillgänglighet omfattas i x-matrisen i fokusområdet vård i rätt tid och är i fokus i samtliga verksamheters åtgärder, styrning och uppföljning. 3 av 11 sjukhusövergripande måltal i matrisen är direkt kopplade till tillgänglighet – samtliga dock med "rött ljus" i uppföljningen över hela året
Bedömning	Revisionsenhetens bedömning är att SÄS har en tillfredsställande styrning och uppföljning av att patienter ska erbjudas vård inom garantitiderna, men att det kvarstår stora utmaningar att uppfylla definierade målnivåer totalt sett.

2.3 Värdebaserad vård

Syfte/ revisionsrisk	Risk för att arbetet med värdebaserad vård inte bidrar till måluppfyllelse och att kostnaderna därmed överstiger nytta Granskningen har fokuserat på uppföljning av analyser, beslut och löpande resultat. Risker har behandlats på samtliga möten med förvaltningsledningen, fördjupad intervju med chefsläkare och processchef samt arbetsmöte med SÄS presidium.
-------------------------	--

Iakttagelse	SÄS x-matrisstyrning uppfyller i all väsentlighet Porters 8-stegsmodell, som ligger till grund för SUs modell för värdebaserad vård. SÄS styrning har sin utgångspunkt i ett systematiskt processarbete inom diagnoser/ verksamhetsområden och att inom dessa finna och genomföra best-practise. Arbetet med denna styrning initierades för 3 år sedan och har successivt utvecklats, under 2016 i version 7 av modellen och version 8 som implementeras 2017. SÄS ledning ser inte att den befintliga interna styrningen kommer att väsentligheten behöva justeras/ utvecklas för att uppfylla VGRs intentioner med Värdebaserad vård.
Bedömning	Revisionsenhetens bedömning är att risken är hanterad på ett tillfredsställande sätt av SÄS styrelse.

2.4 Ekonomi i balans

Syfte/ Revisionsrisk	Att planerade åtgärder inte ger den effekt som avses och att därmed inte RF-mål uppfylls Risken har varit föremål för nämndförklaring
Iakttagelse	Se bilaga 2 och kommentarer under 2.1 ovan.
Bedömning	Se bedömning under 2.1 ovan

2.5 Minskad administrativ börda för vårdpersonal

Syfte/ Revisionsrisk	I RF budget 2016 finns uppdraget: <i>Medarbetarna ska kunna fokusera på sin huvuduppgift som till exempel ge patienterna en god vård. Därför är det en central uppgift att avlasta medarbetarna från så mycket administration som möjligt.</i> Uppdraget ovan kan ses som en fortsättning på uppdraget i RF budget 2015; <i>RS får i uppdrag att utarbeta förslag till strategi för att minska den administrativa bördan för vårdpersonalen.</i> Revisorerna bedömer att det finns en risk för att fokus på frågan hindras av till exempel; administration, byråkratisering och IT-krångel. Granskningen har fokuserat på uppföljning av analyser, beslut och löpande resultat. Risken har behandlats på möten med förvaltningsledningen, fördjupad intervju med ansvarig tjänsteman samt arbetsmöten med SÄS presidium.
Iakttagelse	I granskningen kan det konstateras att SÄS medverkar aktivt i de centrala initiativ som drivs centralt - Administrativ förenkling – förenklad vårdadministration. Utöver detta driver SÄS följande egna initiativ som syftar till att minska den administrativa bördan för vårdpersonal på olika nivåer; Uppgiftsväxling mellan ssk och usk; etablering av en Vårdadministrativ handbok; Etablering av ett Registreringsråd; Standard och införande av Optimal textjournal för alla verksamheter samt förnyad dialog med Regionservice avseende Vårdnära service.
Bedömning	Revisionsenhetens bedömning är att de initiativ som är aktuella inom SÄS är relevanta. De kommer ur behov från verksamheterna och den situation man är i – resursmässigt och ekonomiskt.

2.6 Granskning av intern styrning och kontroll

Syfte/ Revisionsrisk	Att SÄS har utövat en tydlig intern styrning och kontroll. Granskningen har genomförts utifrån revisionsenhetens riktlinjer och vägledning för granskning av styrning, uppföljning och intern kontroll.
Iakttagelser	Granskningen av nämndprotokoll och underlag till dessa styrker att SÄS • Haft 12 protokollförda nämndmöten • Att SÄS haft en tillfredsställande kontroll över en verksamhet och ekonomi i balans över hela kalenderåret, se dock kommentarer i NF Ekonomi i balans • Att beslutsunderlag i all väsentlighet bedöms ha varit relevanta och varit tillräckliga som grund för välgrundade beslut • Att ÅR 2015, detaljbudget, delårsbokslut, månadsbokslut, beslut och uppföljning avseende intern kontroll varit föremål för styrelsebeslut i rätt tid SÄS har i all väsentlighet följt RS riktlinjer för intern kontroll.
Bedömning	Den sammanfattande bedömningen är att SÄS har utformat ett tillfredsställande och ändamålsenligt system för styrning och uppföljning och att detta genomförts på ett tillfredsställande och ändamålsenligt sätt. Vad gäller den interna kontrollen specifikt är den sammanfattande bedömningen att SÄS utformat och genomfört ett tillfredsställande och ändamålsenligt system för denna, vilket inkluderar; risk- och väsentlighetsanalys; kontrollplan samt uppföljning av kontrollplanen. Bedömningen är att SÄS som sådan uppvisar en tillfredsställande säkerhetskultur.

2.7 Fördjupad granskning 2016 som berör SÄS - Granskning av direktupphandling (Dnr: Rev 72-2015)

Syfte/ Revisionsrisk	Den 1 juli 2014 trädde nya LOU-regler ikraft gällande direktupphandling. Regionstyrelsen beslutade 2014-12-09, utifrån dessa nya LOU-regler, om tillägg till gällande riktlinjer för tillämpning av inköspolicyn avseende riktlinjer för direktupphandling. Syftet var att granska hur dessa har implementerats.
Iakttagelse	För SÄS gjordes bland andra följande iakttagelser • Aktuell delegationsordning för SÄS är från maj 2015 och är upprättad i enlighet med den standardmall som tagits fram inom VGR och förvaltningschef och ekonomichefen är de enda firmatecknarna. Delegationsordningen gör ingen åtskillnad för direktupphandling. • I de interna riktlinjer för inköp som tagits fram inom SÄS, lyfts att alla inköp omfattas av regionens inköpsprocess och Koncerninköps roll vid till exempel direktupphandling. • Det finns två inköpskoordinatorer inom SÄS som inom sina respektive ansvarsområden täcker samtliga inköp av medicinteknik och andra varor. Det finns ingen motsvarande funktion för inköp av tjänster. • Under den granskade perioden har 22 direktupphandlingar initierats.
Bedömning	Iakttagelserna från SÄS ligger bland andra till grund för följande rekommendationer som också riktades till SÄS att: • Säkerställa att tillägget till gällande riktlinjer för tillämpning av inköspolicyn i VGR avseende direktupphandling implementeras fullt ut • Säkerställa att delegationsordningen är förstådd och följs gällande direktupphandling och tecknande av externa avtal med leverantörer • Stärka den interna kontrollen av att riktlinjerna för direktupphandling följs

- Säkerställa att rutiner för direktupphandling sprids och är förstådda i linjeorganisationen på sådant sätt att följsamheten till riktlinjerna för direktupphandling säkras

2.8 Fördjupad granskning 2016 som berör SÄS - Granskning av jämlik cancervård – professionernas styrning (Dnr: Rev 14-2016)

Syfte/ Revisionsrisk	EY har på upp-drag av regionens revisorer genomfört en fördjupad granskning av cancervården med syftet att bedöma om sjukhusstyrelserna har säkerställt att fastställda vårdprogram och riktlinjer efterlevs.
Iakttagelse	Tjänstemän i regionledningen och politiker har begränsat inflytande över den medicinska professionsutövningen. Den politiska styrningen skapar dock förutsättningar för professions-styrningen 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 i högsta grad sanktionerade och beslutade av politiken. Införandet påverkar även förvaltningen då cancervården får en tydligare prioritering än tidigare.
Bedömning	Iakttagelserna från granskningen ligger till grund för följande rekommendationer som också berör SÄS enligt nedan: • Tydliggör vilka initiativ som bör förväntas av Hälso- och sjukvårdsstyrelsen, Hälso- och sjukvårdsnämnderna och utförarstyrelserna vid identifierade brister i cancervården. • Utförarstyrelserna rekommenderas att vidta åtgärder för att korta de ledtider inom de standardiserade vårdförloppen som inte uppfyller kraven

3 Granskning av räkenskaper

I Deloitte's granskningsrapport daterad 2017-02-23 lyfts följande avseende boksluts- och den löpande granskningen:

Negativt eget kapital - Vid vår granskning har noterats att enhetens eget kapital är negativt vilket det även var per 151231, 141231, 131231 och 121231. 2013 var första året som den erhålla bokslutsdispositionen inte täckte föregående års förlust.

Komponentavskrivningar materiella anläggningstillgångar - Enheten tillämpar per 2016-12-31 inte komponentavskrivning på materiella anläggningstillgångar. Någon beräkning av en eventuell effekt av övergång till komponentavskrivning på materiella anläggningstillgångar har ej 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 i fråga om huruvida:

- 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

Rekommendationer har lämnats under året. Vår bedömning är dock att inte någon av rekommendationerna innebära sådana brister att delårsbokslutet 2016-08-31 eller årsbokslutet 2016-12-31 inte ger en rättvisande bild.

4 Revisorernas sammanfattande bedömning

Revisionsenhetens bedömning är att SÄS styrelse i allt väsentligt har bedrivit sin verksamhet på ett ändamålsenligt och effektivt vis och i enlighet med de av regionfullmäktige beslutade målen. Det kan dock konstateras att SÄS inte lyckats uppfylla RF-mål för 2016 och då främst avseende ekonomi i balans och tillgänglighet till vård.

Styrelsen har utövat en tydlig intern kontroll. En strukturerad internkontrollplan finns som följs upp löpande. I övrigt har inget framkommit som tyder på att verksamheten inte bedrivits i enlighet med lag och förordning eller att förvaltningen inte har berett ärenden som förelagts styrelsen på ett ändamålsenligt sätt. Den ekonomiska redovisningen är i allt väsentligt rättvisande.

Checklista Årsredovisning

Följande revisionsfrågor ställs och besvaras enligt nedan:

- Är nämndens/styrelsens rapport i enlighet med anvisningarna från regionkansliet?
- Är den resultatredovisning som nämnden/styrelsen lämnar för verksamhet och ekonomi i överensstämmelse med fullmäktiges beslut om budget, mål och uppdrag?

BEDÖMNINGSPROTOKOLL: Granskning av årsredovisning 2016

Frågeställningar	Ja	Del-vis	Nej	Kommentar/not
1. Nämnd/styrelse följer anvisningarna för rapportering från regionkansliet	X			
2. Nämnd/styrelse har antagit mål som knyter an till Rf:s mål och fastställda indikatorer		X		Se bilaga 1
3. Nämnd/styrelse har indikatorer med måltal som på ett tillfredsställande sätt mäter styrelsens måluppfyllelse		X		Se bilaga 1
4. Nämnd/styrelse redovisar graden av måluppfyllelse vad gäller Rf:s mål		X		Se bilaga 1
5. Avvikelser mot budget har analyserats och kommenterats på ett tillfredsställande sätt		X		Se bilaga 1
6. Avvikelser mot Rf:s mål har analyserats och kommenterats på ett tillfredsställande sätt		X		Se bilaga 1