

Till
Regionfullmäktige i Västra Götalandsregionen

Revisionsberättelse för styrelsen för Skaraborgs Sjukhus år 2016

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

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

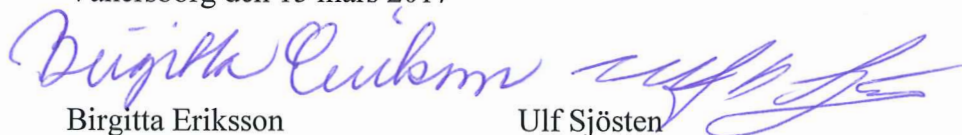
Granskningen har utförts enligt kommunallagen, god revisionssed i kommunal verksamhet och regionens reglemente för revisorskollegiet. Granskningen har genomförts med den inriktning och omfattning som behövs för att ge rimlig grund för bedömning och ansvarsprövning. Vår samlade kommentar och bedömning 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.

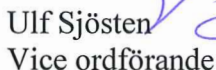
Vi har vid granskningen av styrelsens redovisning funnit att den fyller kraven enligt den kommunala redovisningslagen.

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

Vänersborg den 15 mars 2017



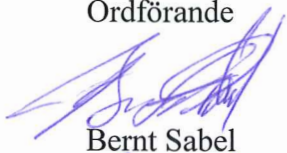
Birgitta Eriksson
Ordförande



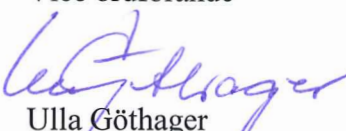
Ulf Sjösten
Vice ordförande



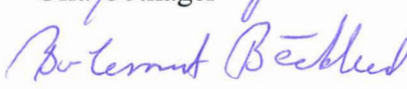
Krister Stensson



Bernt Sabel



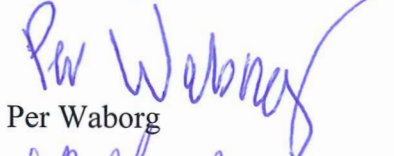
Ulla Göthager



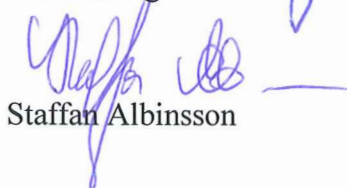
Bo-Lennart Bäcklund



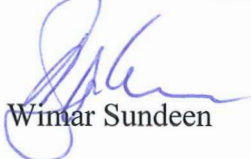
Marie Engström Rosengren



Per Waborg



Staffan Albinsson



Wimar Sundeen

Årsrapport styrelsen för Skaraborgs sjukhus 2016

Diarienummer REV 2017-00027

Behandlad av revisorskollegiet den 15 mars 2017

Innehåll

Årets granskning av nämnd/styrelse.....	2
1. Inriktning	2
2. Genomförd granskning	2
2.1 Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat	2
2.2 Styrelsens målstyrning	2
2.3 Minskad administrativ börda för vårdpersonalen	3
2.4 Arbetsmiljö och AFS	4
2.5 Asylsökande	4
2.6 Direktupphandling	4
2.7 Uppföljning basgranskning	4
2.8 Patientsäkerhet	5
2.9 Granskning av intern kontroll.....	5
3. Granskning av räkenskaper - Granskningsrapport 2017-02-23-.....	6
Sammanfattande rapport för Skaraborgs Sjukhus – granskning av redovisning för 2016/Deloitte	6

Årets granskning av nämnd/styrelse

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 revisionsled för kommunal verksamhet. Revisionen har utgått från revisionsplanen som fastställts av revisorskollegiet samt från en granskningsplan avseende nämnd/styrelse. I granskningen har revisorerna biträtt av revisionsenheten. Därtill har räkenskaperna granskats av Deloitte.

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.

lakttagelser

2016 års resultat är +2,6 mnkr, augustiprognozen var – 43 mnkr (beviljat underskott på -45 mnkr) Bruttokostnadsökningen uppgår per december till 3,7 procent. Under året har intäkterna ökat med 5,4 procent vilket till stor del beror på asylintäkter, ökade bidrag och icke budgeterade ersättningar. Såväl kostnader som intäkter är högre än budgeterat. Avvikelser mot budgeterade kostnader och intäkter redovisas och kommenteras. Resultatet av åtgärder för ekonomi i balans redovisas som en kostnadssänkning jämfört med 2015 på ca 41,5 miljoner kronor.

Bedömning

Styrelsen redovisar ekonomi i balans. Till viss del beror detta på ökade bidrag och icke budgeterade ersättningar. Revisionsenheten bedömer att styrelsen dock, trots avvikelse från budget och prognos, har kontroll och styr över ekonomin.

2.2 Styrelsens målstyrning

Granskningen avser styrelsens och sjukhusets målstyrning avseende regionfullmäktiges mål, mål i sjukhusets detaljbudget och vårdöverenskommelse samt medicinska mål. Syftet

med granskningen är att översiktligt belysa hur SkaS arbetar med mål i verksamhetsplanering samt uppföljning och analys av mål.

Iakttagelser

Styrelsen har fastställda måldokument, verksamhetsplan. I årsredovisning kommenteras måluppfyllelsen och redovisas även mätetal. Dock saknas kommentar om måluppfyllelse inom några områden. Det finns skrivningar om planerat och pågående arbete och man kan av text dra slutsatsen att målet inte nås. Noteras att inom området "Den psykiska ohälsan" omskrivs endast pågående arbete, vakanssituation och planerade utbildningsåtgärder. Måluppfyllelse i termer av uppnått resultat kommenteras inte explicit. Ur verksamhetens uppföljning under året framgår bristande måluppfyllelse.

Verksamheten mäter kontinuerligt och följer upp vårdkvalitet och måluppfyllelse avseende medicinska mål och följsamhet till riktlinjer och vårdprogram. Noteras att brister uppmärksammas. Oklart hur aktiv styrelsen varit för att åtgärda brister, då det inte är helt tydligt beskrivet i protokoll.

Tillgängligheten kan förbättras. Noteras att kommenteras men oklart vad som görs. Åtgärdsplan för att minska väntetid till operation av höftfraktur.

Oklart hur vägledande mål i vårdöverenskommelsen är i den dagliga verksamhetsstyrningen.

Bedömning

Revisionsenhetens bedömning är att SkaS arbetar utifrån tydliga och konkreta måldokument. Det finns en struktur och rutin för uppföljning, återkoppling och åtgärd. Dock saknas tydligt redovisat åtgärdsprogram för förbättrad tillgänglighet inom BUP. Likaså saknas analys och åtgärdsprogram för att förkorta väntetiden vid misstänkt cancer. Aktiviteter redovisas, men saknas redovisning av aktuellt läge och mål för förbättringsarbete.

Styrelsen har förbättrat redovisning och gör bättre analyser i årsredovisning och delårsrapporter. Revisionsenheten noterar att rekommendationer i basgranskning följts. Dock finns förbättringspotential.

2.3 Minskad administrativ börda för vårdpersonalen

Under året granskades regionstyrelsen säkerställer fullmäktiges uppdrag om att minska den administrativa bördan för vårdpersonalen. I granskningen ingick också att belysa på vilket sätt sjukhusstyrelserna har behandlat frågan utifrån det övergripande uppdraget till regionstyrelsen.

Iakttagelser

På SkaS har handling rubricerad Administrativ förenkling RS 150-2015 behandlats i båda ledningsgrupperna och varit uppe i styrelsen som informations-ärende. Dokumentet handlar om schemaläggning. Normtalet för chefers medarbetare har hanterats av styrelsen. Noteras att då det är svårt att få kollegor i Göteborg att resa till Skövde blir det mycket resande för Skas-medarbetare. En annan iakttagelse är att uppdrag från koncernkontoret kommer med kort varsel och det krävs ofta att vårdpersonal deltar i arbetet.

Bedömning

Minskad administrativ börda har diskuterats. Utöver planering och diskussion har det inte varit mycket verkstad. Styrelsen bör kunna styra kraftfullare.

2.4 Arbetsmiljö och AFS

Granskades vilka åtgärder som vidtagits efter de nya riktlinjerna för arbetsmiljö AFS 2015:4.

Iakttagelser

Planer är fastställda och rutiner upplagda

Bedömning

Styrelsen har vidtagit tillräckliga åtgärder för att verksamheten skall följa de nya riktlinjerna.

2.5 Asylsökande

Alla asylsökande vuxna och barn ska inom två månader erbjudas en kostnadsfri hälsoundersökning. Asylsökande barn och barn utan nödvändiga tillstånd har rätt till sjukvård och tandvård på samma villkor som folkbokförda barn. Styrelsen ansvarar för att verka för att lagar föreskrifter och givna uppdrag och angivna riktlinjer följs.

Bedömning

Fördjupad granskning visar att styrelsen delvis brister i styrningen. I rapporten rekommenderar revisorerna styrelsen för Skaraborgs sjukhus att säkerställa att samverkan och kommunikation är tillräcklig vad gäller barn med psykiska besvär.

2.6 Direktupphandling

Revisorerna granskade direktupphandling på SkaS, fann ett antal förbättringsområden och gav ett antal rekommendationer för att förbättra följsamhet och säkerhet:

1. Att säkerställa att tillägget till gällande riktlinjer för tillämpning av inköspolicyn i VGR avseende direktupphandling implementeras fullt ut inom SkaS.
2. Att säkerställa delegationsordningen är förstådd och följs gällande direktupphandling och tecknade av externa avtal med leverantörer.
3. Att stärka den interna kontrollen av att riktlinjerna för direktupphandling följs.
4. Att säkerställa att rutiner för direktupphandling sprids och är förstådda i linjeorganisationen på sådant sätt att följsamheten till riktlinjerna för direktupphandling säkras.

Bedömning

Styrelsen har utifrån rekommendationer i september tagit beslut om handlingsplan med detaljerade anvisningar, åtgärder och beslut om uppföljning. Revisionsenheten bedömer att åtgärderna är adekvata och skapar förutsättningar för förbättringar.

2.7 Uppföljning basgranskning

Basgranskning av styrelsen för Skaraborgs Sjukhus utmynnade i ett antal rekommendationer.

Iakttagelser

Ur årsredovisning och delårsrapporter framgår att analysarbetet förbättrats

Bedömning

Styrelsen har tagit fasta på rekommendationerna och arbetar med förbättringsåtgärder. Protokollen är tydligare och det går att utläsa beslut om åtgärder och beslut om avrapportering uppföljning. Beskrivning av måluppfyllelse kan förbättras.

2.8 Patientsäkerhet

Sjukhuset har kritiserats för brister i patientsäkerhet inom området ortopedi. Ett antal brister har identifierats i hanteringen av ärendet såsom brister i den nära arbetsledningen, bristande tillstånd för utökad indikation, brister i mailkommunikation med extern granskare.

Bedömning

Styrelse och verksamhetsledning har rättat till brister och tydliggjort vilka riktlinjer som skall gälla. Revisionsenheten bedömer att styrelse och ledning under år 2016 tagit sitt ansvar och vidtagit åtgärder.

2.9 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. Granskningen har syftat till att bedöma om styrelsen har en ändamålsenlig styrning av intern kontroll. I granskningen har sökts svar på följande frågor:

- Genomför nämnden någon riskanalys utifrån de mål som finns för verksamheten?
- Om ja, har nämnden tillsett att det finns kontroller inrättade för identifierade riskområden?
- Har nämnden en struktur för att fånga upp ev. avvikelser i förhållande till målen?
- Är arbetet med intern styrning och kontroll integrerat i ordinarie styrnings- och ledningsprocesser

Iakttagelser

Styrelsen har utgått från regionens övergripande policys och riktlinjer för intern styrning och kontroll i arbetet med att ta fram en internkontrollplan. Riskanalys har genomförts och beslut har tagits om rutiner för uppföljning och rapportering av kontroller. Arbetet med planen för intern kontroll har engagerat ledningsfunktioner i verksamheten. Det finns en svårighet för ledningen att ha total kontroll över alla inköp och fakturering i en decentraliserad organisation. Under året har beslut tagits om handlingsplan för förbättrad uppföljning och kontroll

Bedömning

Bedömningen är att systemet för intern kontroll är systematiskt uppbyggd och har förutsättningar att säkerställa att verksamheten bedrivs på ett ändamålsenligt sätt. 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

3. Granskning av räkenskaper - Granskningsrapport 2017-02-23-

Sammanfattande rapport för Skaraborgs Sjukhus – granskning av redovisning för 2016/Deloitte

Vi har granskat redovisningen i Skaraborgs Sjukhus för 2016. Granskningen har omfattat löpande granskning, delårsrapport och årsbokslut. Utifrån granskningen har vi gjort nedanstående bedömningar.

3.1 Löpande granskning och granskning av delårsrapport

Det har inte framkommit något som tyder på några väsentliga avvikelser i fråga om huruvida:

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

3.2 Bokslutsgranskning

3.2.1 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

3.2.2 Tvister

Deloitte har noterat att enheten har en utestående extern tvist per bokslut som totalt uppgår till ca 650 tkr. Tvisten avser vitesfakturer till bemanningsföretag som enligt enheten ej uppnått överenskomna avtal.

3.3 Övrigt

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.